



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

politique à l'égard des handicapés

Question écrite n° 44095

Texte de la question

Mme Marie-Jo Zimmermann attire l'attention de M. le ministre de la santé et de la protection sociale sur la prise en charge des victimes de traumatismes crâniens. Il arrive en effet que celles-ci soient lésées par le « barème guide d'évaluation médicale » utilisé par les COTOREP et qui amène ces dernières à leur refuser le droit à l'allocation compensatrice tierce personne en l'absence de séquelles physiques apparentes. De plus, une inégalité subsiste à travers le territoire national en matière de comités de pilotage régionaux chargés de l'application de la politique médico-sociale de prise en charge des traumatisés crâniens, pourtant prévus par une circulaire ministérielle n° 96-428 du 4 juillet 1996. Elle souhaiterait donc qu'il lui indique les intentions du Gouvernement en la matière.

Texte de la réponse

L'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes d'un traumatisme crânien constitue l'une des priorités du Gouvernement dans le cadre de la politique qu'il mène en direction des personnes handicapées. S'agissant d'une reconnaissance du handicap par les COTOREP, le législateur a prévu que le support des décisions était le guide barème annexé au décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993, outil conçu pour permettre de déterminer un taux d'incapacité. Cependant, certains droits ouverts par la législation nécessitent, outre la fixation d'un taux d'incapacité minimum, que d'autres conditions soient remplies, notamment pour l'attribution des allocations compensatrices et de l'allocation aux adultes handicapés attribuée au titre de l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale. Par ailleurs, l'attribution de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et l'orientation professionnelle ne nécessitent pas qu'un taux d'incapacité soit fixé. Le guide barème s'appuie sur les concepts de déficience, d'incapacité et de désavantage développés dans la classification internationale des handicaps élaborée par l'Organisation mondiale de la santé. Si le principe du guide barème repose sur les déficiences, le handicap de chaque personne doit être apprécié dans sa globalité, à partir de l'analyse des déficiences et de leurs conséquences dans la vie quotidienne et socioprofessionnelle de la personne, et non sur la seule nature médicale de l'affection qui en est l'origine. Pour chaque type de déficience, est présentée une échelle de gravité définissant le plus souvent quatre niveaux de gravité. La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 garde le taux d'incapacité comme référence pour l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés ainsi que pour la carte d'invalidité ou la carte de priorité. Deux seuils sont importants pour l'ouverture de droits : le seuil de 50 % et le seuil de 80 %. Le seuil de 50 % correspond à des troubles importants obligeant à des aménagements notables de la vie quotidienne limitée au logement ou à l'environnement immédiat avec une autonomie conservée pour les actes élémentaires de la vie quotidienne. Le seuil de 80 % correspond à une déficience grave entraînant la perte de l'autonomie dans les actes essentiels de la vie quotidienne. Par ailleurs, lorsqu'une seule déficience aboutit à une situation justifiant de l'attribution d'un taux supérieur ou égal à 80 %, la recherche de déficiences associées, qui majoreraient ce taux, n'apporte aucun avantage supplémentaire. Le contenu des différents chapitres et la méthode d'analyse développée dans le guide barème permettent donc de prendre en compte les déficiences et les incapacités ayant pour origine un traumatisme crânien, même en l'absence de référence

explicite à ce type de handicap. Ainsi le retentissement de l'atteinte des fonctions supérieures est-il pris en compte en fonction de son impact dans la vie quotidienne de la personne. En complément, il convient de signaler que le retentissement sur la sphère psychique et l'existence de symptômes susceptibles d'entraîner ou de majorer d'autres incapacités doivent être recherchés et évalués, afin d'en mesurer l'impact. Toutefois, le guide barème est un outil qui peut bénéficier d'évolutions, notamment vers plus d'homogénéité des décisions entre les commissions et plus de pédagogie dans la démarche évaluative. À ce titre, une révision des chapitres concernant, d'une part, les déficiences intellectuelles et les difficultés de comportement et, d'autre part, les déficiences du psychisme est envisageable et peut s'inscrire dans la suite des travaux qui ont conduit à proposer une révision du chapitre portant sur les déficiences viscérales, laquelle a été menée, ces dernières années, avec les professionnels et les associations. Par ailleurs, une circulaire du 4 juillet 1996 a organisé la mise en place des dispositifs régionaux visant à améliorer la prise en charge médico-sociale et la réinsertion professionnelle de ces personnes. Elle a notamment prévu la possibilité, pour les services déconcentrés, de mise en oeuvre de comités de pilotage régionaux. Certaines directions régionales ont estimé qu'il était opportun d'associer les principaux décideurs, les financeurs, des experts professionnels, des associations et des représentants des commissions départementales d'éducation spéciale (CDES), des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), du centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (CREAI) ainsi que, le cas échéant, des représentants des collectivités territoriales concernées, et ont donc choisi de mettre en place un comité de pilotage régional. Les travaux actuels du comité national de pilotage sur l'évaluation de la politique menée en direction des traumatisés crâniens, mis en place de manière à évaluer les résultats de la politique initiée par cette circulaire, aboutiront à l'élaboration de nouvelles dispositions. Cela permettra également de relancer la politique régionale en faveur des traumatisés crâniens. Il accompagnera la mise en oeuvre de mesures supplémentaires en matière, notamment, de rééquilibrage de l'offre de soins, d'articulation entre structures d'accueil d'urgence, de soins de suite et de réadaptation et structures médico-sociales et à promouvoir les mesures destinées à favoriser la réinsertion familiale, sociale et professionnelle des traumatisés crâniens. Enfin, dans le cadre du chantier sur la sécurité routière lancé par le Président de la République le 4 juillet 2002, une circulaire du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires établit les principes organisationnels de leur prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale, dès l'accident et tout au long de leur vie. Elle met l'accent sur les caractéristiques de ces blessés et sur la nécessité d'apporter rapidité, fluidité, pertinence et durabilité à leur prise en charge, sur les plans physique, psychique et social. Elle préconise une organisation en réseau d'acteurs expérimentés et identifiés. Elle insiste également sur l'accueil, l'écoute, l'information et le soutien indispensables aux proches des personnes traumatisées.

Données clés

Auteur : [Mme Marie-Jo Zimmermann](#)

Circonscription : Moselle (3^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 44095

Rubrique : Handicapés

Ministère interrogé : santé

Ministère attributaire : santé et solidarités

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 20 juillet 2004, page 5467

Réponse publiée le : 6 septembre 2005, page 8403