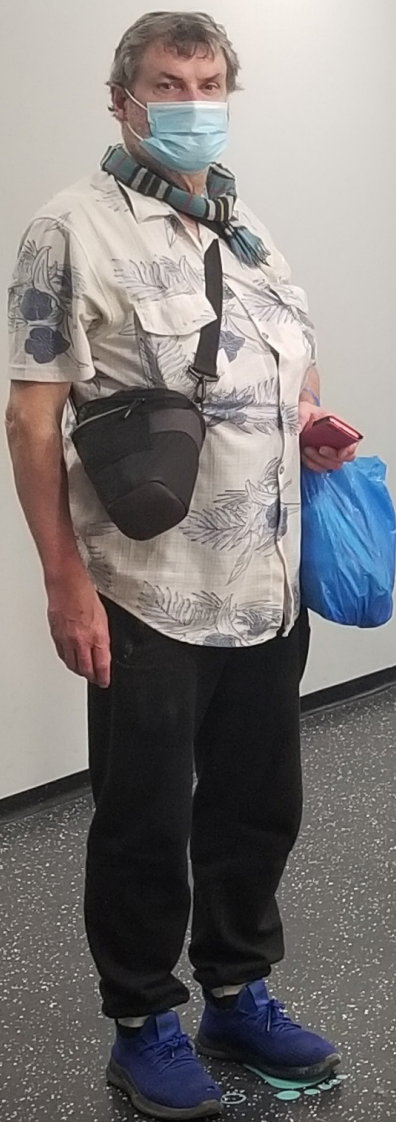


# ... PARCOURS ...



## AFTC Ile-de-France / Paris

Association de Familles de Traumatisés crâniens et de Cérébro-lésés



### FOCUS

Bien préparer les expertises médicales P 14-18

Accompagnement  
du Parcours de vie P 4-9



## Edito

### Notre cause

L'association représente les victimes de Lésion Cérébrale Acquise et leur Famille pour faire valoir leurs droits légitimes et pour en obtenir de nouveaux. Elle s'est aussi donnée pour mission de participer à la création de structures diversifiées pour l'hébergement et l'accompagnement des blessés. Elle doit enfin élaborer des propositions contribuant à l'allègement de la charge des Aidants familiaux.

Atteindre ces objectifs, suppose de réunir un certain nombre de conditions : Une équipe d'administratrices et d'administrateurs dont la réflexion commune se traduit par un engagement partagé dans l'action ; une visibilité susceptible d'atteindre le public concernée par ce handicap spécifique; une capacité à motiver le concours de donateurs privés

En 35 années d'existence, l'AFTC Ile-de-France / Paris à fait preuve d'implication auprès de ses adhérents et au delà, de constance dans son activité et son action, ce qui a conduit, en osmose avec les autres AFTC et l'UNAFTC, à une amélioration notable de la situation des victimes et de leur entourage.

Mais, nous sommes encore loin du but et pour porter notre cause dans la sphère publique et concrétiser nos aspirations, il nous faut donc nous renforcer aussi bien en terme de moyens humains que financiers.

Nous avons quelques raisons d'espérer : huit nouvelles personnes bénévoles viennent de rejoindre notre Conseil d'administration sans autre à priori que de partager leur bonne volonté et leurs compétences.

**Thierry Derocles**

### Sommaire

P 2

Editorial

P 3

Vie de l'Association

P 4-9

Accompagnement  
du Parcours de vie

P 10-11

Patrimoine et Aides sociales

P 12-17

Expertise médicale

P 17

Soutien mobile

P 18-19

Filières de soin  
traumatismes graves

#### Crédits iconographie

Couverture © GEM l'Astrolabe - P2 © GEM Loisirs et Progrès  
P5 © GEM Les Colibris - P6 © GEM l'Astrolabe - P5 / 6 © AFTC Lorraine  
P8 © Case manager Associés - Page 16 © GEM Les Colibris  
P17 © GEM L'Astrolabe - © GEM sur Seine  
P18 /19 © AFTC IdF/Paris

#### AFTC Ile de France / Paris

**Responsable de la publication**  
Thierry Derocles

**Responsable de la rédaction**  
Françoise Foret

**Maquette**  
Agence Jus de Citron

**Courrier**  
80 rue de Paris - 93100 Montreuil

**Contact** : 01 40 44 43 94  
secretariat@aftcidfparis.org

**Site** :  
www.aftcidfparis.org

### De 2021 ...

Bien que perturbée par la crise sanitaire, l'activité de notre association a été, pour l'essentiel, maintenue.

Les responsables bénévoles de la **Permanence d'accueil "Ecoute - Soutien - Orientation"**, qui s'efforcent de répondre aux besoins toujours croissants des blessés et des familles, ont pu assurer leurs consultations dont certaines par téléphone.

Les **Déléguées départementales** qui assurent une présence et une aide de proximité, contribuent au suivi des GEM et développent les contacts avec les hôpitaux et les structures médico-sociales ont poursuivi leur mission locale. Elles ont participé, à distance ou en présentiel, aux réunions et commissions dont elles font partie (CDAPH, Conseil Territorial de Santé...).

Il faut féliciter les **13 GEM franciliens** (parrainés par notre association) qui, malgré l'épidémie de la COVID 19, ont préservé des liens et ouvert leur local en adaptant l'accueil aux normes de sécurité sanitaire.

Et c'est avec un plaisir partagé que les adhérents se sont retrouvés le 27 novembre lors de l'Assemblée plénière pour participer à une conférence-débat, sur le thème : "*Faciliter le parcours de vie d'une personne avec Lésion Cérébrale Acquise*".

Malheureusement, les adhérents ont été privés de deux moments de rencontres et d'échanges que sont le "**Séminaire**" annuel que l'AFTC organise conjointement avec le CRFTC et la "**Journée des Familles**".

Plus prosaïquement, notre association ainsi que le CRFTC ont dû **déménager de leurs locaux** en mai 2021 à la demande de l'AP-HP pour intégrer des bureaux dans l'immeuble qui abrite son siège social.

### ... à 2022

L'occupation de ces bureaux étant provisoire (jusqu'à fin juillet), nous avons recherché un nouveau local en coopération avec le CRFTC qui était confronté au même impératif. Compte-tenu du prix du mètre carré à Paris, nos deux associations ont opté pour une surface réduite à Montreuil (93).

Le 26 mars, s'est tenue notre **Assemblée générale**. Après le vécu pénible et triste des deux précédentes AG qui s'étaient déroulées en visioconférence, ce fut pour les participants un réel contentement de pouvoir renouer avec une ambiance conviviale et des échanges directs.

Citons quelques unes des orientations retenues pour cette année :

**-Intégrer de nouveaux bénévoles et responsables** pour insuffler un nouvel élan à l'association. Déjà huit nouvelles personnes ont rejoint le Conseil d'administration et l'équipe de la Permanence d'accueil est désormais composée de huit personnes.

**-Consolider l'implantation des Délégations Départementales** sur l'ensemble du territoire francilien afin d'être au plus près des familles et des instances locales.

**-Favoriser l'insertion des blessés en milieu ordinaire** par le développement de projets d'Habitat inclusif et la création de nouveaux GEM.

**-Sensibiliser les professionnels concernés** en valorisant notre expertise dans l'accompagnement des blessés et des familles et en dispensant des formations aux juristes.

**-Déployer une meilleure communication** plus réactive et attractive pour renforcer notre action et accroître notre influence.

**-Contribuer à la prévention des risques d'accident** par le partenariat avec la Sécurité routière et par des interventions en milieu scolaire.

### Nouvelle adresse

**AFTC Ile-de-France / Paris**  
**80 rue de Paris - 93100 Montreuil**

(À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2022)

## Accompagnement du parcours de vie

Le 27 novembre 2021, notre association réunissait ses adhérents en Assemblée plénière pour une conférence-débat sur le thème : "Faciliter le parcours de vie d'une personne avec Lésion Cérébrale Acquise" présentée et animée conjointement par Josette Bury, Présidente de l'AFTC Lorraine, et par Franck Mulot, Case manager Secteur Lille Métropole. Les participants ont exprimé un vif intérêt pour ces deux démarches d'accompagnement que notre association souhaiterait promouvoir.

### I/ Facilitateur de parcours de vie

Les séquelles liées aux lésions cérébrales acquises sont multiples et ont, pour la plupart, des incidences majeures sur l'intégration tant sociale que citoyenne des personnes qui en sont victimes. Certaines d'entre-elles, après un long séjour en centre hospitalier notamment en service de rééducation, milieu protecteur basé sur un rythme de vie et une stimulation quotidienne, se retrouvent souvent livrées à elles-mêmes et confrontées au monde extérieur sans réel projet de vie.

De plus, les familles, qui se reposaient jusque-là sur les thérapeutes sans vraiment se projeter dans l'avenir, doivent rapidement s'adapter et réapprendre à vivre avec une personne totalement différente du fait du handicap. De plus, les troubles dysexécutifs, les problèmes de comportement et l'isolement provoquent à terme un essoufflement familial.

Or, il faut bien constater l'insuffisance voire le manque de structures d'accompagnement adaptées aux personnes cérébro-lésées.

Pour contribuer à répondre à ces difficultés spécifiques, l'AFTC Lorraine et l'Agence Régionale de Santé (ARS) ont formalisé par convention un dispositif expérimental : le « **Facilitateur de parcours de vie** ». Il s'agit d'un professionnel qui propose un accompagnement de proximité en vue d'une prise en charge (santé et soins) adaptée et d'une participation à la vie sociale. Un premier poste a été financé par le FIR (Fonds d'Intervention Régional) pour dix ans (2013 à 2023).

### Objectifs de la mission

La mission principale du « Facilitateur de parcours de vie » consiste à pallier les ruptures dans le parcours de vie de personnes avec Lésions Cérébrales Acquises âgées de 15 à 45 ans (GOS 1 à 3).

Elle est conduite dans le respect de la personne et de son projet de vie (ne pas faire à la place mais faire-avec), de la confidentialité et du secret partagé, de la place et du rôle de facilitateur (ne pas se substituer aux autres professionnels et/ou aux proches).

Elle a pour objet :

- l'écoute et l'instauration du lien avec la famille et les professionnels qui entourent la personne
- l'aide à la sociabilisation (activités GEM...)
- l'accompagnement, si besoin, dans les démarches (rendez-vous médicaux et paramédicaux, kiné, ...)

### Modalités et provenance des demandes

Pour bénéficier d'un tel accompagnement, nulle obligation d'une orientation préalable de la MDPH : il peut être sollicité directement par les personnes cérébro-lésées, les proches ou les tuteurs ou par les professionnels de centres de rééducation, de réadaptation, CHRU, CHU, IRR, établissements médicaux et/ou sociaux, CHRS, MAS, FAM, FAS, CPN, CMP, Maisons de repos...

### Modalités de prise en charge

La prise en charge s'inscrit dans un cadre contractuel et les modalités de suivi personnalisé comprennent :

- un entretien préalable et une évaluation réalisés par le facilitateur de parcours de vie qui s'appuie, si nécessaire, sur des compétences spécialisées (équipe pluridisciplinaire, médecins de rééducation et de réadaptation, ergothérapeutes, psychologues...), équipes spécialisées dans l'accueil et l'insertion des personnes avec LCA ...
- l'élaboration du projet individuel de la personne établi avec elle, le responsable légal ainsi que les aidants naturels (il précise les objectifs individuels de la personne et de l'entourage, les besoins, attentes et moyens à mettre en œuvre, le type de coordination et d'organisation technique et logistique...).
- la réévaluation régulière des objectifs avec la personne, la famille qui reste un partenaire privilégié, l'équipe de professionnels (point sur la prise en charge, évolution rencontrée, difficultés persistantes, changements possibles dont la réorientation vers une autre structure plus adaptée, recherche de solutions en fonction des besoins nouveaux de la personne...).

- une synthèse et un bilan concertés et réguliers (la fréquence est définie selon la situation de chaque personne).

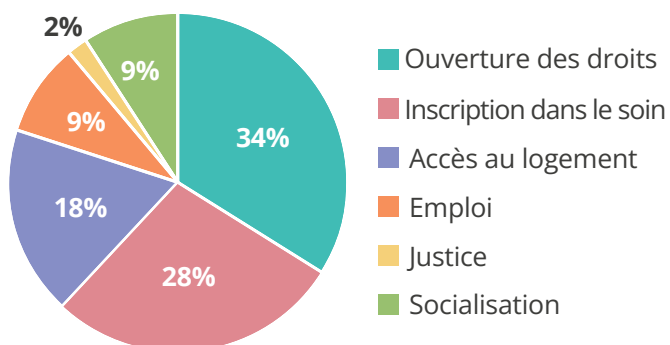
Pour chaque personne, un pacte est formalisé, qui est révisable à tout moment. S'il s'agit d'une situation de rupture dans son parcours qui demande une réactivité rapide voire immédiate de la prise en charge, la souplesse à l'admission s'impose comme un critère fondamental au sein de l'AFTC Lorraine (par exemple en cas de sortie urgente d'un centre de réadaptations ou renvoi...).

## Lancement du projet

Le « Facilitateur de parcours de vie » a veillé à favoriser des partenariats avec différents types de professionnels et de structures (hôpitaux, cliniques, établissements médico-sociaux, Maisons de repos, Maisons de retraite, IRR, MAS, FAM, MDPH, CHRS, CAF, CARSAT, Collectifs inter associatifs, professionnels médicaux et paramédicaux, associations spécialisées, Maisons de la Jeunesse et de la Culture, mairies, musées, institutions, services de droit commun...) afin de permettre à chaque personne de prendre place au sein de son (ses) lieu (x) de vie et de concrétiser son projet de vie.

Le « Facilitateur de parcours de vie » a procédé à un accompagnement régional itinérant afin de mailler plus efficacement le territoire Lorrain, en désenclavant les campagnes et en redonnant du dynamisme à des zones éloignées des grands pôles urbains. L'intérêt a aussi été de pouvoir se rendre au domicile des personnes (milieu naturel de la personne et/ou de sa famille) et ainsi de constater éventuellement les situations conflictuelles liées aux troubles comportementaux et essayer de fournir des outils susceptibles de les désamorcer.

Pour les personnes, ne bénéficiant pas de moyens de locomotion, le chargé de mission a organisé également des transports grâce à un véhicule dédié.



Première demande des personnes prises en charge (2018)

## 7 ANS APRES

### La population prise en charge

D'août 2020 à juillet 2021, les facilitatrices de parcours de vie ont accompagné 136 personnes sur l'ensemble du territoire de la Lorraine avec une forte variable selon les départements (de 4 à 67 personnes).

Si la prise en charge du public concerné est majoritairement pluriannuelle (67%), elle présente néanmoins un taux de renouvellement notable (33%).

Globalement, on observe une baisse annuelle du nombre de personnes constituant la file active qui s'explique à la fois par la stabilisation des situations des personnes prises en charge intégrant des services et/ou des établissements et par les difficultés d'autres personnes liées à la crise sanitaire (repli sur soi). Les Facilitatrices ont tout fait pour maintenir le contact avec les personnes accompagnées (notamment par téléphone).

Quelques chiffres sur cette file active : 65% sont des hommes et 35% des femmes. 51% des personnes ont plus de 46 ans - nombre en augmentation par rapport à l'année précédente. 71% ont subi un traumatisme crânien et 27% une lésion cérébrale.

### L'activité

Une analyse du temps passé par les Facilitatrices de Parcours de Vie avec chaque personne de la file active montre que dans 80% des cas ce temps est inférieur ou égal à 7 heures (hors temps de transport). Toutefois certaines personnes nécessitent un temps de présence beaucoup plus important, le maximum avec une seule personne étant de 33 heures.

Dans près de 40% des cas, il y a une notion d'urgence dans la réponse à apporter à la situation de la personne. La réactivité des Facilitatrices de Parcours de Vie a donc un intérêt majeur pour les personnes, notamment par rapport à d'autres services pouvant réaliser des tâches similaires mais beaucoup plus longues à mettre en place (SAVS, SAMSAH...).

Enfin, le périmètre géographique du projet (ensemble de la région Lorraine) implique de nombreux déplacements pour les Facilitatrices dont les postes sont basés à Nancy. Ainsi, près d'un tiers de leur temps est consacré au transport certes chronophage et énergivore mais indispensable aux "missions de terrain" propre à la nature de leur travail et aux spécificités du public accompagné.

Les facilitatrices accompagnent les personnes sur six thématiques : médicale, administrative, logement, emploi, loisir, justice. Comme on pouvait s'y attendre, les besoins liés à l'administratif et au médical sont prédominants.

Les activités se déroulent selon cinq modes : les visites à domicile, action incontournable lors de la mise en place de l'accompagnement et qui restent le type d'action le plus important en temps de travail ; suivent les rendez-vous extérieurs, le plus souvent médicaux, pour la reconnaissance des troubles et handicaps en lien avec les lésions cérébrales acquises ; dans le contexte particulier de la crise sanitaire, la place des appels téléphoniques a augmenté tandis que celle des réunions a diminué.

### Evolution

Nous constatons que l'accompagnement est global et non limité à un seul acte. Même si les personnes, ou leur famille, contactent généralement l'association dans un but bien précis, la relation tissée au fur et à mesure des rencontres amène les facilitatrices à cibler et affiner les besoins et ainsi élargir leur champ d'action.

Près de 60% des actions réalisées au cours de l'accompagnement visent directement à éviter les ruptures de parcours, soit en prévision d'un risque identifié, soit en réaction à une situation déjà fragilisée. Les autres actions sont celles qui s'inscrivent dans la création de la relation d'accompagnement (première rencontre, informations des bénéficiaires et des proches...) et celles qui permettent ensuite de maintenir le lien tout en renforçant le sentiment d'une continuité, d'une disponibilité du soutien et de l'aide pour éviter que ces personnes ne se sentent livrées à elles-mêmes. Lorsque les actions s'inscrivent dans les démarches liées à la vie professionnelle et sociale, elles permettent également de limiter l'isolement et le sentiment d'inutilité et participent ainsi globalement à la stabilisation des situations.



Josette Bury



### Conclusion

Les fonctions des facilitatrices auprès des personnes sont multiples. Au démarrage, elles participent de la prise de conscience et de la reconnaissance des troubles et handicaps liés au traumatisme ou aux lésions. Ensuite, selon les besoins, le niveau d'autonomie et l'entourage de la personne, les facilitatrices peuvent aussi bien intervenir comme guides en orientant les personnes, leurs proches et les professionnels, que comme véritable soutien, avec dans ce dernier cas, une présence plus marquée au cours des étapes clés du parcours.

Pour celles et ceux qui ont des familles, des proches, des collègues, elles jouent un rôle de relai, d'appui et parfois d'intermédiation. Mais pour de nombreuses autres personnes isolées, elles sont les seules ressources disponibles et deviennent des interlocutrices indispensables vers lesquelles se tourner en cas de besoin, de doutes ou de craintes, dans tous les domaines de la vie.

**Josette Bury**  
AFTC Lorraine

## II/ Case manager

Trois professionnels issus du secteur médico-social (Assistant Social, Orthophoniste et Psychomotricienne) ont fondé, il y a quelques années sur le Secteur Lille Métropole, "Case Managers Associés" (CMA). L'un d'entre eux résume ici sa présentation lors de notre Assemblée plénière.

L'impératif et l'imperfection actuelle de l'accompagnement des victimes de Lésion Cérébrale Acquise imposent le développement d'une pratique professionnelle adéquate qui peut être nommée "Case manager". Cette pratique professionnelle, si elle doit se développer, impliquera à l'avenir une structuration claire, notamment une exigence de formation à préciser et à améliorer, l'élaboration de documents références tels un contrat avec la personne accompagnée ou ses représentants légaux ou encore une charte éthique.

Il existe autant de façons d'exercer le case-management que de case-managers, ce qui explique le défaut de structuration actuelle de cette activité. Lorsqu'on souhaite s'engager avec un case-manager, il convient donc de bien définir ensemble ce qui est attendu de cette relation et son évolutivité dans le temps.

Plus largement développé hors de nos frontières sous des formes très diverses, le Case-Management, encore émergent en France, se présente comme un dispositif complet d'accompagnement qui combine un programme, un modèle et une méthode.

La spécificité du case-management se définit par une approche intégrative et globale qui s'appuie sur le décloisonnement des intervenants et institutions impliqués dans le réseau d'accompagnement.

Cette définition rejoint d'autres. Par exemple pour Cathy Johnson (anglo-saxonne) : « *Le Case Management est, avant tout, un processus qui consiste à coordonner les ressources et à élaborer des orientations flexibles, avec un bon rapport qualité/prix. Ces orientations concernent des victimes d'affections aiguës ou chroniques. Elles sont déterminées au cas par cas, dans le but de répondre, de manière optimale, aux besoins et objectifs de chaque personne* ».

Ou pour le Professeur Jean-Luc Truelle (France) : « *La coordination suppose la transdisciplinarité [...] une cohérence des décisions [...] de la flexibilité [...]. Le Case Management est une approche individuelle [...] prenant en compte l'histoire individuelle, la personnalité, l'environnement... Il revient au "Case Manager" de déplacer constamment le curseur, à la mesure d'un projet de vie évolutif. Car les enjeux de l'existence du sujet traumatisé crânien sont très souvent fluctuants et imprévisibles* ».

Des points communs et des divergences sont perceptibles entre ces deux définitions. D'une manière générale, les contextes de mise en place du case-management, sa formation initiale, son degré d'autonomie dans l'action auprès de la personne et bien d'autres critères conduisent à des pratiques différentes.

L'ambition de ce qui est encore un nouveau métier est d'accompagner des adultes ou enfants après leur sortie de SSR afin de favoriser "un retour en milieu ordinaire". Sont essentiellement concernées des personnes présentant un "handicap invisible", ce terme convenant imparfaitement tant il est vrai qu'il ne reste pas invisible bien longtemps pour une personne aguerrie.

Ayant le souhait de compléter une pratique du case-management, par l'obtention d'un diplôme attestant de cette compétence, nous avons recherché une formation diplômante qui nous a conduits vers l'Université de Tours dont le site mentionne à propos du Case-Management : « *A cet outil structuré et structurant que l'on peut appliquer à de nombreux domaines, nous apportons une approche novatrice offrant un paradigme plus souple et adaptatif dans la conduite du projet : la méthode agile (Isabelle Nanty et Pierre Gobet)* ».

Suite au diplôme, nous avons créé à trois Case Managers Associés (CMA), pool de professionnels de formations initiales différentes, afin d'instaurer une complémentarité de regards sur les situations accompagnées et de mutualiser les compétences selon un programme, un modèle et une méthode communs.

### 1. Le programme

#### A/ Pour qui ?

CMA propose un accompagnement en Case Management aux enfants, adolescents et adultes fragilisés par un accident de vie suite à un Traumatisme Crânien, un AVC, une Tumeur Cérébrale ou autre lésion cérébrale acquise (nous sommes parfois contactés pour d'autres pathologies).

Ces personnes sont dans des situations de vie complexe (c'est le terme couramment utilisé). Une définition de la complexité parmi d'autres par Nathalie Tanquerel (à partir de divers déterminants contextuels qui contribuent à la complexité d'une situation en matière de santé de la population) :

- Transition démographique et épidémiologique (accroissement de la longévité, évolution de la prévalence des maladies chroniques et dégénératives, des situations poly-pathologiques, des incapacités) ;
- Multiplication des situations précaires ;
- Complexification du système de santé (nombre d'acteurs, diversité des services, multiplicité des dispositifs induisant confusion et télescopage dans les rôles et missions de chacun) ;
- Formalités administratives spécifiques à chaque acteur ; systèmes de compensation divers ;
- Evolution de la place, des attentes, et des postures des usagers (attente d'une prise en charge globale, respect des choix individuels, qualité des services, reconnaissance de l'état potentiel de victime).

## B/ Pour quoi ?

Il s'agit de favoriser la continuité de parcours de la personne accompagnée en l'aidant à cheminer dans les différents domaines de sa vie familiale, sociale, scolaire ou professionnelle, à partir des attentes qu'elle a pu formuler lors d'un premier entretien avec le Case Manager.

Favoriser l'autonomie des personnes et leur inclusion dans leur milieu de vie et dans la société, faciliter la structuration des parcours de santé et l'accès aux soins, prévenir les situations de ruptures de parcours afin de prévenir l'exclusion sociale et professionnelle, la marginalisation, l'errance médicale font partie des préoccupations de CMA.

L'action consiste aussi à favoriser l'accès aux droits et à l'information, à la compensation des conséquences des maladies sur la vie quotidienne.

Lorsque la situation de la personne accompagnée ne lui permet pas de participer à l'élaboration d'un projet, l'action de CMA s'orientera vers l'assistance aux proches dans les actions auprès d'elle, parfois à les relayer (gestion des ressources humaines, aide administrative, accompagnement aux rendez-vous médicaux, cogestion du projet avec un Mandataire de justice à la protection des majeurs...).

## 2. Qui contacte le CMA ?

Parfois les personnes prennent contact spontanément parce qu'elles ont rencontré une personne déjà aidée ou parce qu'elle ou un de leurs proches en ont eu connaissance par notre site internet.

Certaines structures sanitaires ou médico-sociales des Hauts-de-France qui accompagnent des personnes présentant des lésions cérébrales acquises informent aussi sur l'existence du CMA qu'elles invitent à contacter en cas d'intérêt. Il peut s'agir d'intervenir en synergie ou de préparer un relais à l'approche d'une sortie de la structure.

Certaines personnes peuvent aussi demander conseil à leur avocat en charge de leur dossier d'indemnisation. Après un ou plusieurs entretiens avec la victime et/ou ses proches, un accompagnement est proposé. Son financement afin de permettre une intervention immédiate est sollicité dans le cadre de la procédure d'indemnisation.

L'intérêt de soutenir la personne et sa famille par la mise en place d'un case-management pendant ce processus de reconstruction d'un projet de vie est rarement remis en cause désormais. A la phase de consolidation il est également possible de convenir dans l'offre d'indemnisation d'un financement du case-management pour un volume d'heures et une durée définie. Evidemment, contacter un case-manager reste possible après indemnisation.

Plus récemment, des Mandataires Judiciaires à la protection des Majeurs (MJPM) exerçant dans un cadre privé ont sollicité l'intervention en Case Management pour compléter leur action, notamment pour gérer la bonne mise en œuvre des soins et de l'assistance humaine et favoriser le développement des activités de loisirs (sports, sorties, vacances,...). Les MJPM exerçant dans un cadre associatif n'ont pas initié de demande de case-management mais ont validé la continuité lorsqu'il était en place avant la mesure de protection.



Emeric Grzonka



Fabienne Lahaye



Franck Mulot

CASE MANAGER ASSOCIÉS

Quelle que soit la situation, l'accompagnement est contractualisé avec la personne accompagnée si elle est majeure et a la capacité d'exercer seule ses droits.

Dans le cas d'une personne mineure ou d'un majeur sous protection, l'accompagnement est contractualisé avec le représentant légal. Cependant, le Case Manager a le souci d'associer l'enfant et le majeur protégé en fonction de leurs capacités de discernement à la réflexion et la mise en œuvre des actions en lien avec son projet.

### 3. Le rôle et la posture du Case Manager

L'accompagnement est personnalisé. Le Case Manager respecte l'autonomie de la personne accompagnée. Le projet est réalisé avec l'intéressé.

L'accompagnement consiste à l'aider à élaborer son projet, à définir les ressources humaines ou matérielles utiles, à coordonner les actions, à le faire évoluer, à faire des choix éclairés, à prendre des décisions le concernant, en lui permettant de disposer d'informations concrètes, de conseils objectifs. Il convient d'analyser avec lui les conséquences des actions entreprises afin de les réajuster avec le projet si nécessaire.

Le Case Manager a un rôle de soutien, de médiation, de conseil auprès de la personne accompagnée, de l'environnement et des partenaires. Il s'efforce de garantir le sens de l'action pour la personne et l'ensemble des intervenants mobilisés auprès d'elle.

### 4. Le travail en réseau

Il s'agit de repérer les partenaires présents et intervenant dans la situation de la personne accompagnée (famille, services, professionnels de santé, partenaires du milieu professionnel...), d'identifier l'aide apportée, de suggérer de nouveaux partenaires potentiels, de favoriser si nécessaire à l'entrée en relation, d'informer les partenaires quant à la spécificité des personnes accompagnées, sous réserve de leur accord et en leur présence si possible.

Le case-manager ne limite pas son champ d'intervention puisqu'il s'étend à toute question pour laquelle la personne sollicite son assistance (domaine médical et paramédical, diététique, sports et sports adaptés, domaine scolaire, préprofessionnel et professionnel). Aucun partenaire n'est contacté sans son accord.

L'étendue du réseau de partenaires en lien avec le case-manager correspond dès lors aux limites définies par la personne accompagnée au cours de l'accompagnement.

### 5. Un suivi méthodique et structuré

Après la prise de contact, il est proposé rapidement un premier entretien voire un second si cela apparaît nécessaire utile. Il permet à la personne de présenter sa situation « telle qu'elle la perçoit ». Par la suite un « rapport d'élucidation » est rédigé qui reprend les éléments d'information sur sa situation, comment elle aimerait la voir évoluer, puis une déclinaison des actions à réaliser apparues au cours de l'entretien. Sont aussi évoqués dans cet écrit les partenaires intervenant déjà et avec lesquels un contact paraît pertinent ainsi que ceux susceptibles d'être sollicités car représentant un intérêt pour améliorer la situation de la personne.

Il faut aussi qu'un autre intervenant assure la dimension sociale et administrative des situations accompagnées par CMA (connaissance des droits, démarches, montages de dossiers, délais de traitement...). La connaissance de la situation mais aussi une implication "plus à distance" permet de croiser les regards et favorisent une lecture complémentaire et/ou parfois différente de la situation.

Si la personne confirme que le "rapport d'élucidation" est conforme à sa représentation de sa situation, une proposition d'accompagnement est formulée qui indique une fréquence de rencontres avec la personne ainsi que le volume horaire mensuel estimé de case-management.

### 6. Elaboration et signature du contrat et du devis

Les prestations sont payantes, avec les fonds propres de la personne mais, en fonction de la situation, d'autres sources de financement sont possibles. Un devis est élaboré avec tarif horaire et nombre d'heures d'interventions mensuelles nécessaires pour accompagner la personne dans la mise en œuvre de son projet et un contrat formalise la collaboration future. Le projet, le contrat et le devis sont signés par la personne accompagnée et le Case Manager et l'accompagnement peut dès lors débuter.

**Franck Mulot**

*"Case Managers Associés"*

## Patrimoine et Aides sociales

*La vulnérabilité d'une personne cérébro-lésée engendre des contraintes spécifiques dans l'organisation, la gestion et la transmission de son patrimoine qu'il convient de bien appréhender afin de pouvoir préserver ses ressources actuelles et futures, accompagner son parcours de vie et sauvegarder sa part du patrimoine familial. Ce thème a fait l'objet de la conférence-débat animée par Frédéric Hild en ouverture de l'Assemblée générale de notre association, le 26 mars 2022.*

### 1/ Les contraintes spécifiques qui pèsent sur la gestion du patrimoine

#### • Les conditions de ressources pour le calcul de l'AAH

L'allocation adulte handicapé (AAH) est octroyée puis versée chaque année sous conditions de ressources que sont les revenus imposables. Lorsque la stratégie patrimoniale consiste à préserver cette ressource "socle", il faut donc veiller à ce que le patrimoine ne génère pas d'intérêts, de revenus ou de plus-values imposables. Ainsi, les livrets imposables, les nouveaux PEL ou ceux de plus de 12 ans, les valeurs mobilières détenues en direct et dégageant des revenus (actions, obligations, SCPI) ou les investissements immobiliers locatifs se révèlent inadaptés. Leur rendement « net d'incidence sur l'AAH » se révèle nul car, jusqu'au montant annuel de l'AAH soit 11 038 €, ce rendement ne fait que remplacer une ressource déjà existante. Cette stratégie peut bien-sûr être suivie mais il s'agit simplement de la mettre en œuvre en connaissance de cause.

#### • Le mécanisme de l'aide sociale à l'hébergement

Lorsque le lieu de vie adapté à la personne vulnérable se révèle être un foyer d'hébergement, de vie ou un foyer d'accueil médicalisé, les prix de journée sont tels qu'il est en général nécessaire d'avoir recours à une aide sociale à l'hébergement.

Cette aide sociale comprend deux étapes distinctes: la constitution d'une créance d'aide sociale et la récupération de l'aide sociale.

Pour la **contribution** de la personne hébergée, le code de l'action sociale et des familles précise que c'est à la personne accueillie de financer prioritairement les frais d'entretien et d'hébergement, l'aide sociale ne pouvant venir qu'en complément de sa participation.

Cette contribution est calculée sur la base de l'ensemble de ses ressources, intérêts inclus. Elle est égale à 90% des ressources non issus du travail et à 2/3 des revenus d'activité. L'allocation logement est quant à elle versée le plus souvent directement et totalement au foyer par la CAF.

Après contribution, le minimum de ressources laissé à disposition de la personne accueillie ne peut pas être inférieur à 30% de l'AAH à taux plein (50% de l'AAH à taux plein si elle travaille). Sa contribution peut donc être réduite pour respecter ces minima.

Contrairement à l'aide sociale aux personnes âgées, il n'y a donc pas de recours aux obligés alimentaires.

La différence entre le prix de journée de l'établissement et la contribution de la personne hébergée constitue l'aide sociale versée par le département à l'établissement pour cette personne. Elle est considérée comme une « avance » faite par le conseil départemental et elle est donc récupérable. Elle constitue une **créance** du département, c'est-à-dire une dette de la personne accueillie. Elle augmente chaque jour au fur et à mesure de la participation du département aux frais d'hébergement et peut donc atteindre sur la durée des sommes très importantes. Afin de garantir cette créance, le département peut prendre une hypothèque sur les biens immobiliers que détiendrait la personne vulnérable.

La **récupération** (remboursement de la créance) ne peut être exercée qu'au décès de la personne hébergée, jamais de son vivant, y compris si elle vend un bien immobilier, reçoit une donation ou un héritage.

Si les héritiers se trouvent être ses parents, son conjoint ou ses enfants, la récupération ne s'exerce pas. Il en est de même pour un héritier (frère ou sœur par exemple) qui arrive à prouver qu'il a assumé la « charge effective et constante » de la personne hébergée (rôle dans la protection juridique, visites très régulières, accueil au domicile lors de weekends et de congés, participation aux réunions sur le projet de vie, ...).

Si la personne vulnérable a pu rédiger un testament, les biens ainsi transmis sont exonérés de récupération, quel que soit le lien de famille avec le légataire, qui peut d'ailleurs être une association ou un fonds de dotation. Il en est de même pour les contrats d'assurance vie et les contrats d'épargne-handicap, dont les bénéficiaires sont également exonérés de récupération d'aide sociale sur les capitaux ainsi reçus.

Lorsque la récupération trouve à s'exercer, elle est cantonnée à l'actif net successoral. Cela signifie que les héritiers ne sont pas redevables du solde de la dette si la succession de la personne hébergée ne suffit pas pour la rembourser.

Ces règles sont très différentes et plus favorables que celles en vigueur pour l'hébergement des personnes âgées. La connaissance de ces règles est indispensable car le CCAS ou le département communique souvent des informations erronées en mettant en avant l'article L132-8 du CASF qui s'applique aux personnes âgées alors qu'il devrait communiquer l'article L344-5 du CASF relatif aux personnes handicapées.

## 2/ L'organisation du patrimoine de l'adulte cérébro-lésé

### • L'épargne-handicap

Les contrats d'épargne-handicap sont des contrats d'assurance vie souscrits par une personne dont le handicap l'empêche d'exercer une activité professionnelle dans des conditions normales de rentabilité. Ces placements, dédiés aux personnes en situation de handicap, apportent une réponse particulièrement adaptée par rapport aux contraintes décrites précédemment :

- Possibilité de capitaliser les intérêts puis de percevoir des ressources complémentaires sans incidence sur l'AAH.
- Exonération de contribution aux frais d'hébergement sur les intérêts capitalisés et en cas de perception de ressources complémentaires sous la forme d'une rente viagère.
- Transmission des capitaux en cas de décès sans récupération d'aide sociale et avec peu ou pas de droits de succession.

Ainsi, ce type de placements permet de mettre le patrimoine de la personne cérébro-lésée au service de son parcours de vie. Sa part du patrimoine familial est ensuite préservée pour ses héritiers au moment de sa succession.

### • La location meublée non professionnelle (LMNP)

Lorsque le patrimoine de la personne cérébro-lésée est important, notamment dans le cadre d'une indemnisation pour préjudice corporel (et à la condition que le lieu de vie adapté ne soit pas un foyer d'hébergement, de vie ou d'accueil médicalisé avec recours à l'aide sociale à l'hébergement) une partie du patrimoine peut être orientée vers des investissements en immobilier géré : résidences étudiantes, séniors ou établissements de soins de suite et de réadaptation par exemple.

Ce type d'investissement bénéficie d'un mécanisme d'amortissement qui permet d'obtenir des revenus complémentaires non imposables et donc sans incidence sur l'AAH. Le bail de location est conclu avec la société qui exploite la résidence, ce qui permet de sécuriser le versement des loyers sans pour autant se soucier de la gestion.

## 3/ La transmission du patrimoine

### • État des lieux et préconisations possibles

Plusieurs questions préalables doivent être posées pour engager la réflexion quant à la transmission du patrimoine de la personne cérébro-lésée.

Qui sont les héritiers ? Est-elle en mesure d'exprimer sa volonté ? Bénéficie-t-elle d'une mesure de protection juridique ? Y a-t-il une créance d'aide sociale ? A-t-elle perçu une indemnisation pour préjudice corporel ? Les réponses sont déterminantes pour construire la stratégie adaptée. L'assurance-vie (dans le cadre de l'**épargne-handicap**) et le legs par **testament** sont le plus souvent le ou les moyens à utiliser.

Il est également possible d'agir au niveau du patrimoine des parents et d'anticiper la transmission de la part d'héritage reçue par l'enfant en situation de handicap. Il s'agit des **libéralités résiduelles** qui consistent, lors d'une donation ou d'un legs, de désigner cet enfant comme premier gratifié et sa fratrie (le cas échéant) comme second gratifié. Au décès du premier gratifié, le second sera réputé tenir ses droits sur les biens concernés directement des parents, ce qui permettra de faire obstacle à une éventuelle récupération de l'aide sociale et de limiter les droits de succession.

### • Piste de réflexion en vue d'une transmission solidaire

Les stratégies patrimoniales ont comme finalité premières de mettre le patrimoine de la personne cérébro-lésée au service de son parcours de vie, de préserver ses intérêts et son indépendance financière de son vivant. Les mesures mises en œuvre peuvent aussi avoir pour effet de limiter ou d'annuler les droits de succession et la récupération de l'aide sociale au moment de son décès.

La famille peut décider alors d'organiser un retour maîtrisé vers la collectivité en orientant une partie du patrimoine vers une association. L'UNAFTC a créé pour cela un fonds de dotation (ECLAT) qui permet de recueillir, avec un fléchage possible vers l'AFTC IdF/Paris, le bénéfice de contrats d'assurance vie, des donations ou des legs. Une partie du patrimoine peut ainsi trouver un sens sur le très long terme et une dimension solidaire en bénéficiant à d'autres personnes cérébro-lésées et leur famille grâce aux actions futures des AFTC et de l'UNAFTC.

**Frédéric Hild**  
*Jiminy conseil*

## Bien préparer les expertises médicales

Pour obtenir une AAH, une PCH, une pension d'invalidité, une rente accident du travail, la prise en charge par un assureur du règlement des mensualités d'un crédit bancaire (immobilier, à la consommation...), la mise en œuvre par un assureur d'une "garantie accidents de la vie", "habitation" ou autre, la prise en charge d'une indemnisation par l'assureur du responsable d'un accident domestique, de la circulation, du travail, d'une agression, d'une erreur médicale ou d'un aléa thérapeutique...., il est obligatoire de se soumettre à une expertise médicale.

Cette expertise peut être effectuée par un ou plusieurs médecins "experts" (qui le sont rarement mais "font office de") de spécialités différentes qui peuvent s'associer à d'autres "experts" appartenant à des professions paramédicales (neuropsychologue, orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, ...), voire être réalisée par une équipe pluridisciplinaire au grand complet.

C'est à l'issue de l'évaluation effectuée au cours de cette expertise médicale que seront décidés l'accord de prise en charge et son étendue par les différents organismes et/ou assureurs concernés. Impossible donc d'échapper à cette épreuve !

La mission d'expertise médicale la plus complète en matière de "Lésion Cérébrale Acquise" est celle qui a été élaborée par le groupe de travail interministériel dirigé par Madame Elisabeth VIEUX, Magistrate, à la demande du Ministre de la Justice avec mission de proposer des mesures destinées à l'amélioration de l'indemnisation des victimes de traumatisme crânien. Son Rapport remis le 1er juin 2002 fait toujours référence à ce jour (consultable sur Internet).

Je me permets de retranscrire de larges extraits de ce Rapport même si sa lecture peut paraître un peu ingrate, car tout y est prévu tant pour les enfants que pour les adultes victimes de lésions cérébrales acquises.

Désigner un médecin expert neurologue qui sera un praticien hospitalier, avec faculté de s'adjoindre tout sapiteur de son choix, avec la mission qui suit :

### 1) Communiquer

- Les renseignements d'identité du blessé
- Tous les éléments relatifs aux circonstances tant factuelles que psychologiques et affectives de l'accident,
- Tous les documents médicaux relatifs à l'accident, depuis les constatations des secours d'urgence jusqu'aux derniers bilans pratiqués, y compris les bilans neuropsychologiques,
- Tous les éléments relatifs au mode de vie du blessé avant l'accident :
  - sur le degré d'autonomie fonctionnelle et intellectuelle par rapport aux actes élémentaires et élaborés de la vie quotidienne,
  - sur les conditions d'exercice des activités professionnelles,
  - sur le niveau d'études pour un étudiant,
  - sur le statut exact, la carrière professionnelle antérieure et la formation pour un demandeur d'emploi,
  - sur les activités familiales et sociales s'il s'agit d'une personne au foyer sans activité professionnelle rémunérée,
- Tous les éléments relatifs au mode de vie du blessé contemporain de l'expertise (degré d'autonomie, statut professionnel, lieu habituel de vie...)
- Tous les éléments relatifs au degré de développement de l'enfant ou de l'adolescent antérieurement à l'accident :
  - degré d'autonomie fonctionnelle et intellectuelle par rapport aux actes élémentaires de la vie quotidienne en rapport avec l'âge,
  - les bulletins scolaires pré-traumatiques et toutes précisions sur les activités extra-scolaires.

- Ces mêmes éléments contemporains de l'expertise : préciser le soutien scolaire mis en place (soutien individualisé en dehors et à l'école, soutien en groupe) et le comportement face au travail scolaire. Préciser le cursus (classes redoublées, type de classe, type d'établissement),
- Toutes précisions sur l'activité professionnelle et sociale des parents et de la fratrie (niveau de formation par exemple).

**2) Après recueil de l'avis des parties, déduire de ces éléments d'information, le lieu ou les lieux de l'expertise, et prendre toutes dispositions pour sa réalisation en présence d'un membre de l'entourage, ou à défaut du représentant légal.**

**3) Recueillir de façon précise, au besoin séparément, les déclarations de la victime et du membre de son entourage :**

- sur le mode de vie antérieur à l'accident,
- sur la description des circonstances de l'accident,
- sur les doléances actuelles, en interrogeant sur les conditions d'apparition des douleurs et de la gêne fonctionnelle, sur leur importance et sur leurs conséquences sur les actes élémentaires et élaborés de la vie quotidienne.

**4) Après discussion contradictoire en cas de divergence entre les déclarations ainsi recueillies et les documents produits :**

- Indiquer précisément le mode de vie du blessé antérieur à l'accident retenu pour déterminer l'incidence séquellaire :
- degré d'autonomie, d'insertion sociale et/ou professionnelle pour un adulte;
- degré d'autonomie en rapport avec l'âge, niveau d'apprentissage scolaire, soutien pédagogique, etc... pour un enfant ou un adolescent;
- Restituer le cas échéant l'accident dans son contexte psycho affectif,
- Avec retranscription intégrale du certificat médical initial, et totale ou partielle des autres éléments médicaux permettant de connaître les principales étapes de l'évolution, décrire de la façon la plus précise possible les lésions initiales, les modalités du ou des traitements, les durées d'hospitalisations (périodes, nature, nom de l'établissement et service concerné); les divers retours à domicile (dates et modalités), la nature et la durée des autres soins et traitements imputables à l'accident,
- Décrire précisément le déroulement et les modalités de 24 heures quotidiennes de la vie de la victime au moment de l'expertise, et ce, sur une semaine, en cas d'alternance entre structure spécialisée et domicile, en précisant, lorsqu'il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent, la répercussion sur la vie des parents et des frères et sœurs, voire l'aide ou la surveillance que doit apporter la famille et qu'elle ne devrait normalement pas apporter compte tenu de l'âge de l'enfant.

**5) Procéder à un examen clinique détaillé permettant :**

- De décrire les déficits neuro-moteurs, sensoriels, orthopédiques et leurs répercussions sur les actes et gestes de la vie quotidienne,
- D'analyser en détail les troubles des fonctions intellectuelles, affectives et du comportement et leur incidence sur les facultés de gestion de la vie et d'insertion ou de réinsertion socio-économique s'agissant d'un adulte, sur les facultés d'insertion sociale et d'apprentissage scolaires s'agissant d'un enfant ou d'un adolescent.

**6) Procéder aux examens neuropsychologiques nécessaires pour apprécier les fonctions intellectuelles et du comportement.**

- Pour un enfant ou un adolescent, l'évaluation neuro psychologique doit comporter plusieurs bilans (appréciation du retentissement immédiat et du retentissement sur la dynamique d'apprentissage) : compléter les évaluations neuropsychologiques par les données des bulletins scolaires actuels, Dans l'appréciation de ces bulletins, rapporter le niveau de l'enfant ou de l'adolescent à celui de sa classe, et le niveau de sa classe aux normes.

**7) Après avoir décrit un éventuel état antérieur physique ou psychique pouvant avoir une incidence sur les lésions ou leurs séquelles, rechercher si cet état antérieur était révélé et traité avant l'accident (préciser les périodes, la nature et l'importance des déficits et des traitements antérieurs)**

- Pour déterminer cet état antérieur chez l'enfant ou l'adolescent, il convient de :
  - différencier les difficultés d'apprentissage et de comportement,
  - décrire comment ces troubles antérieurs ont été pris en charge : type de rééducation, type de soutien scolaire, autre type de soutien, type de scolarité, en précisant bien la chronologie.
- Analyser dans une discussion précise et synthétique, l'imputabilité aux lésions consécutives à l'accident et les séquelles invoquées en se prononçant sur les lésions initiales, leur évolution, l'état séquellaire et la relation directe et certaine de ces séquelles aux lésions causées par l'accident en précisant :
  - si l'éventuel état antérieur défini ci-dessus aurait évolué de façon identique en l'absence d'accident,
  - si l'accident a eu un effet déclenchant une décompensation,
  - si l'accident a entraîné une aggravation de l'évolution normalement prévisible en l'absence de ce traumatisme. Dans ce cas, donner tous les éléments permettant de dégager une proportion d'aggravation et préciser si l'évaluation médico-légale des séquelles est faite avant ou après application de cette proportion.

**8) Il est nécessaire de connaître, avant de consolider un enfant ou un adolescent, la dynamique des apprentissages scolaires ainsi que la qualité d'insertion sociale de l'enfant puis de l'adolescent.**

Dans le cas où la consolidation ne serait pas acquise, indiquer :

- Pour un adulte, quels sont les projets thérapeutiques et de vie envisagés ou mis en place, et donner toutes indications de nature à déterminer les besoins nécessaires à leur réalisation (aménagement de matériels, aides humaines et/ou matérielle...),
- Pour un enfant ou un adolescent, quels sont les projets thérapeutiques, de scolarité et de vie envisagés ou mis en place et donner toutes indications de nature à déterminer les besoins nécessaires à leur réalisation (aménagements de matériels, aides humaines et/ou matérielles, soutiens scolaires, rééducations telles que ergothérapie et psychomotricité,...),
- En tout état de cause, indiquer les fourchettes d'évaluation prévisibles des différents postes de préjudices cités au paragraphe suivant.

**9) Pour un enfant ou un adolescent lorsque la consolidation semble acquise, l'évaluation des séquelles doit préalablement tenir compte des données suivantes :**

- La description des déficiences et du handicap doit être rapportée à ce qui est attendu pour l'âge. Préciser l'incidence sur la vie familiale, sur la scolarité (type de scolarité, type d'aide nécessaire).
- Décrire les activités extra scolaires et l'insertion sociale de l'enfant et les comparer avec celles des frères et sœurs et éventuellement avec celles d'avant l'accident,
- Analyser les conséquences financières pour la famille (soutien scolaire, école privée, transport scolaire, tierce personne, psychothérapie, ergothérapie, psychomotricité, activités de loisirs, vacances),
- Analyser les besoins exprimés par la famille compte tenu du défaut d'autonomie pour l'âge,
- Analyser la qualité de vie du blessé et de sa famille (parents et frères et sœurs),
- Donner une idée du retentissement ultérieur sur la vie professionnelle, sur les possibilités d'autonomie sociale, et sur les possibilités de fonder une famille.

**10) Evaluer les séquelles aux fins de :**

- Fixer la durée des périodes pendant lesquelles, pour des raisons médicales en relation directe, certaine et exclusive avec l'accident, la victime a dû interrompre totalement ou partiellement ses activités professionnelles, scolaires, universitaires ou de formation,
- Fixer la durée des périodes pendant lesquelles, pour des raisons médicales en relation directe, certaine et exclusive avec l'accident, la victime a subi une incapacité totale ou partielle dans sa sphère personnelle générant un Déficit Fonctionnel Temporaire, et fixer le taux de ce déficit,

- Fixer la date de consolidation en établissant que les différents bilans et examens pratiqués prouvent la stagnation de sa récupération des séquelles physiques, neurologiques et neuropsychologiques,
- Si la victime conserve après consolidation un Déficit Fonctionnel Permanent :
  - évaluer l'altération permanente d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, cognitives, comportementales ou psychiques en évaluant leur taux,
  - dire si des douleurs permanentes existent, et si elles ont été prises en compte dans le taux retenu; à défaut, majorer ce taux en considération de l'impact de ces douleurs sur les fonctions physiologiques, sensorielles, mentales ou psychiques de la victime,
  - décrire les conséquences de ces altérations permanentes et de ces douleurs sur la qualité de la vie de la victime.

Evaluer en outre ces trois composantes du Déficit Fonctionnel Permanent résultant à la fois de l'accident et d'un éventuel état antérieur.

- En cas de vie à domicile, se prononcer sur la nécessité pour la victime d'être assistée par une tierce personne (cette évaluation ne devant pas être réduite en cas d'assistance familiale), nécessaire pour pallier l'impossibilité ou la difficulté d'effectuer les actes élémentaires mais aussi les actes élaborés de la vie quotidienne, et les conséquences des séquelles neuro-psychologiques quant elles sont à l'origine d'un déficit d'initiative et/ou de troubles du comportement.

Dans l'affirmative, préciser si cette tierce personne doit ou non être spécialisée, ses attributions exactes ainsi que les durées respectives d'intervention de l'assistant spécialisé et de l'assistant non spécialisé,

- Se prononcer, le cas échéant, sur les modalités des aides techniques,
- Se prononcer sur l'aménagement éventuel du logement,
- Dire si les frais médicaux, pharmaceutiques, paramédicaux, d'hospitalisation, d'appareillage et de transports postérieurs à la consolidation et directement imputables à l'accident sont actuellement prévisibles et certains. Dans l'affirmative, préciser lesquels et pour l'appareillage, le véhicule automobile et son aménagement, préciser la fréquence de leur renouvellement et leur surcoût,
- Après s'être entouré au besoin d'avis spécialisés, dire :
  - si la victime sera capable de poursuivre dans les mêmes conditions son activité professionnelle antérieure à l'accident,
  - dans la négative, ou à défaut d'activité professionnelle antérieure à l'accident, dire si elle est ou sera capable d'exercer une activité professionnelle. Dans ce cas, en préciser les conditions d'exercice et les éventuelles restrictions ou contre indications.
- Décrire les souffrances physiques et psychiques endurées du fait des blessures subies et les évaluer sur une échelle de 0 à 7,
- Décrire la nature et l'importance du préjudice esthétique temporaire (avant consolidation) et du préjudice esthétique permanent (après consolidation) et les évaluer sur une échelle de 0 à 7,
- Décrire le préjudice d'agrément, défini comme le préjudice spécifique lié à l'impossibilité pour la victime de pratiquer régulièrement une activité spécifique sportive ou de loisirs,
- Indiquer si il existe ou existera un préjudice sexuel et un préjudice d'établissement.

L'analyse du préjudice sexuel doit distinguer trois types d'atteintes :

- le préjudice morphologique lié à l'atteinte aux organes sexuels primaires et secondaires,
- le préjudice lié à l'altération de l'acte sexuel par un facteur mental (perte de l'envie ou de la libido, perte de la capacité à accéder au plaisir, besoins incessants et irrépressibles, perte du rapport affectif au partenaire pendant l'acte sexuel...),
- le préjudice lié à une impossibilité ou à une difficulté à procréer,

Le préjudice d'établissement est défini comme la perte d'espoir et de chance de normalement réaliser un projet de vie familiale (vivre en couple, fonder une famille, élever des enfants...) en raison de la gravité du handicap.

**11) Indiquer si la victime est apte à conduire une automobile.****12) Indiquer si l'état de la victime nécessite une mesure de protection judiciaire et notamment si elle est apte à gérer seule les fonds provenant de l'indemnisation.**

Toutes les autres missions d'expertises confiées aux médecins "experts" et autres "équipes pluridisciplinaires" par la CPAM, la CRAMIF, la MDPH et par tous autres organismes et assureurs, sont des formes partielles, adaptées à leurs objectifs respectifs, de la mission du Rapport VIEUX retranscrite ci-dessus.

Par exemple, les missions d'expertise MDPH destinées à déterminer le droit à attribution de l'AAH se basent sur la sévérité de l'incapacité à accomplir telle ou telle activité. Celles destinées à évaluer la PCH (besoins en aides humaines et techniques) se basent sur la notion de "difficulté grave" ou de "difficulté absolue" pour accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne.

Les missions CPAM visent pour leur part à déterminer un "taux d'incapacité professionnelle" à partir duquel sera calculée la rente accident du travail ou maladie professionnelle, avec une majoration prévue en cas de besoin d'assistance en aide humaine pour effectuer les actes essentiels de la vie quotidienne.

Les missions CRAMIF doivent déterminer la capacité de travail restante pour fixer la catégorie d'invalidité (1, 2 ou 3) et donc le montant de la pension d'invalidité à venir, sachant que la catégorie 3 prend en compte les besoins d'assistance en aide humaine pour les actes essentiels de la vie quotidienne.

Mais, quels que soient ces différences d'objectifs, le travail de préparation de l'expertise médicale à effectuer par le blessé et surtout par sa famille dans la perspective du résultat le plus juste est toujours le même.

Ce travail consiste à :

- Commander, réunir et communiquer les documents médicaux nécessaires au médecin "expert" avant l'expertise,
- Les étudier,
- Lire attentivement les questions posées dans le rapport VIEUX, car il envisage toutes les questions possibles,
- Récapituler sur un brouillon la totalité des difficultés du blessé de la façon la plus objective possible en s'inspirant des questions posées dans cette mission,
- Récapituler aussi la totalité des besoins en aide humaine du blessé de la façon la plus objective possible, en prenant en compte les besoins de stimulation, d'incitation, de contrôle, de surveillance, de substitution et d'accompagnement (aide à faire) dans chacun des actes de la vie quotidienne, sans distinguer si ces besoins sont remplis ou non, ni si ils sont remplis par la famille ou par un tiers, et en n'oubliant pas de prendre en compte les temps de trajets, le temps d'accompagnements extérieurs à tout rendez-vous médical, paramédical, démarche sociale ou administrative, démarche en vue d'un emploi ou d'une formation, exercice du droit de vote, ou exercice d'une activité sportive associative ou de loisirs, puis calculer le temps réel nécessaire à chacun de ces besoins, et en effectuer l'addition sur une semaine ou sur un mois,
- Accompagner toujours le blessé à l'expertise pour pouvoir expliquer tout cela au médecin "expert" et, si possible, se faire accompagner par un médecin conseil de victimes à cette expertise.

Ce travail de préparation et d'assistance garantit toutes les chances d'obtenir le meilleur rapport d'expertise médicale, et donc la meilleure compensation ou indemnisation possible, quel que soit l'organisme qui a missionné le médecin "expert", et quelle que soit la mission qui lui a été confiée. Il est donc fondamental.

Pour les blessés comme pour les familles, l'exercice de l'expertise médicale est à l'opposé de tout ce qu'ils ont connu et vécu au cours du parcours de soins, car les soins ont pour objectif la meilleure récupération possible, de sorte que les intervenants médicaux et paramédicaux se concentrent sur ce qui va mieux, et sur ce qui pourrait bientôt aller





encore mieux grâce à des soins complémentaires, car l'instinct de vie et la nécessité d'espérance pour continuer à avancer procèdent du même esprit, alors que l'expertise médicale doit au contraire souligner et mettre en relief toutes les séquelles, toutes les souffrances et toutes les difficultés dans la vie quotidienne qui subsistent à la date fixée, au-delà de la récupération déjà obtenue et des espoirs de récupération à venir.

Il s'agit donc d'une sorte d'exercice particulièrement difficile à concevoir et encore plus difficile à réaliser, mais dont la préparation est particulièrement nécessaire parce que la sécurité financière et l'assurance de pourvoir aux besoins fondamentaux du blessé en dépendent pour l'avenir.

Les Avocats spécialisés de la "Permanence d'accueil" de l'AFTC peuvent aider les familles et les victimes dans cette préparation, un rendez vous peut être obtenu sur simple appel téléphonique au secrétariat de l'association.

**Marie-Louise Mégrelis**  
*Accueil des Familles*

## Un soutien mobile

L'une des activités essentielles de notre association consiste à recevoir dans ses locaux les personnes cérébro-lésées et leur famille en quête de solutions pour faire face au bouleversement qui résulte de l'accident et aux nombreux problèmes que soulève ce handicap spécifique.

Ainsi, chaque année, plus de 250 personnes prennent un rendez-vous auprès du secrétariat de l'AFTC pour un entretien avec l'un ou l'une des huit bénévoles qui composent l'équipe de cette Permanence d'accueil.

Cependant, certaines personnes cérébro-lésées peuvent être empêchées de se déplacer de leur lieu de résidence à notre local de Permanence, soit pour une raison objective de carence de transport, soit par incapacité de surmonter un état de stress ou d'anxiété voire de détresse.

Pour répondre à ces situations, notre association a mis en place un "**Appui Social Mobile**" : ce dispositif peut être sollicité, sur simple appel téléphonique ou envoi de courriel, par toute personne cérébro-lésée confrontée à une difficulté d'ordre médical, social, juridique, ou moral.

L'intervenante Psycho-Sociale répond à la personne en demande pour l'écouter et évaluer avec elle si un rendez-vous sur son lieu de résidence est nécessaire. En ce cas, une rencontre au domicile est planifiée le plus rapidement possible. A partir de leur échange, téléphonique ou en présentiel, devront être échauffées des solutions concrètes ou des perspectives de résolution des difficultés rencontrées.

Une campagne de communication sur l'existence de ce soutien est en cours avec, notamment, des déplacements au sein d'Etablissements et Services Hospitaliers et Médicaux-Sociaux.

L'Intervenante Psycho-Sociale est déjà allé dans des GEM pour présenter ce dispositif aux usagers. Après un échange collectif, chaque personne qui a désiré partager sa difficulté, son besoin d'une solution adaptée a pu le faire à l'écart du groupe.

Le dispositif Appui Social Mobile est là pour vous !

### Appui Social Mobile

Eva Gomez  
Intervenante psycho-sociale  
01 83 64 75 39  
intervenante-asm@aftcidfparis.org  
*Du lundi au vendredi*

## Filières de soin traumatismes graves

*Texte du collectif de médecins et de familles de victimes de traumatismes graves publié le 20 avril 2022 dans le supplément hebdomadaire « Science & médecine » du journal Le Monde.*

### « Il est urgent de créer des filières de soin consacrées aux traumatismes graves »

Le traumatisme crânien provoque dans notre pays un handicap silencieux, souvent invisible, qui concerne plus de 1,2 million de personnes. Il constitue la première cause de handicap acquis chez les adultes en âge de travailler, frappant des personnes jeunes avec un pic de fréquence entre 15 et 30 ans. Il est provoqué par des accidents de la circulation, notamment en milieu urbain avec le développement des nouveaux engins de mobilité dite « douce » (vélo, trottinettes), ou par des accidents sportifs et de loisirs (ski).

Les victimes de traumatisme crânien peuvent souffrir de déficiences neurologiques visibles (troubles moteurs -hémiplégie-, troubles de l'équilibre, troubles sensoriels - audition, odorat, goût, vue -, épilepsie...) mais dans la majorité des cas, leur handicap est invisible, lié à des déficiences cognitives : troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration, des fonctions exécutives, de la vitesse de traitement de l'information, fatigabilité, incapacité de prendre des décisions, avec très souvent des modifications du comportement et de la personnalité.

Quelle que soit la gravité initiale du traumatisme crânien c'est un évènement qui déstructure la personnalité de la victime (" plus tout à fait le même, pastout à fait un autre ") et fait voler en éclats l'équilibre de sa famille. Les plus graves ont des conséquences qui marquent les esprits (un coma prolongé, un état végétatif persistant ou un état pauci-relationnel). Mais la situation des victimes et des familles est tout aussi catastrophique dans les formes moins sévères, aux conséquences moins visibles, mais qui induisent souvent incompréhension et désarroi de l'entourage.

Or ce handicap majeur ne fait pas l'objet dans notre pays d'une prise en charge à la hauteur des enjeux. Elle est insuffisante et trop souvent inadaptée, avec une grande inégalité de ressources médicales, médico-sociales et sociales selon les territoires et selon les interlocuteurs, souvent insuffisamment formés.

Au-delà du traumatisme crânien, les traumatismes graves, toutes lésions confondues, constituent une des premières causes de mortalité et d'invalidité en France, après le cancer et les maladies cardiovasculaires sur l'ensemble de la population.

On estime qu'environ 144 000 personnes sont victimes d'un traumatisme sévère chaque année même si le chiffre réel est probablement plus élevé. Appréhendé différemment, ce chiffre traduit que 16 personnes sont victimes d'un traumatisme grave toutes les heures.

Face à ce problème sanitaire silencieux et occulté, les signataires de la présente tribune, représentant les familles et les acteurs de ces deux filières (cérébro-lésion acquise et traumatismes graves), s'associent pour lancer un appel aux tutelles et à la société civile. Il est temps de relever ce défi sanitaire et les conséquences socio-économiques et psychologiques pour les patients et leurs familles. Il est temps de répondre par la construction de filières de soins intégrées dignes de ce nom et à l'instar des structures créées dans d'autres pays européens comme l'Allemagne, les Pays-Bas, les pays scandinaves.

Ces filières se conçoivent en amont même de l'accident par des politiques volontaristes puis font appel aux maillons sanitaires (services de secours et urgence, l'hôpital, les centres de rééducation et de réadaptation), médico-sociaux et d'accompagnement qui sont autant d'étapes jalonnant le parcours des traumatisés dans leur ensemble et qui reflètent la complexité et la durée de l'affection qui impacte profondément leur vie. Il est temps aussi de promouvoir une vraie démarche de prévention.

En conséquence les signataires demandent que soit créé un centre national de ressources pour le traumatisme crânien et la lésion cérébrale acquise (CNR-TCLA) et qu'une lettre de mission officielle appuie la mission du groupe d'intérêt pour la traumatologie grave (GITE) pour continuer à fédérer et construire des filières à l'échelle nationale concernant les traumatismes graves.

Le nombre de personnes touchées (directement et indirectement) par les traumatismes graves, dont les traumatismes crâniens, et la sévérité du handicap qu'ils induisent, commandent une mobilisation nationale de grande ampleur de la part des tutelles et de la société civile. Il s'agit en effet d'améliorer les parcours de soins et de vie des blessés, et le soutien apporté à leurs proches. Il est temps d'agir ensemble pour répondre à cette épidémie silencieuse.

## Collectif Filière traumatisme crânien et traumatismes graves

**Pr Pierre Bouzat**, anesthésie-réanimation, CHU Grenoble-Alpes, président du Groupe d'intérêt en traumatologie grave (GITE)

**Dr Emmanuel Chevrillon**, président de France Traumatisme Crânien

**Emeric Guillermou**, président de l'UNAFTC

**Pr Isabelle Laffont**, présidente de la Société française de médecine physique et de réadaptation (Sofmer)

**Pr Julien Pottecher**, président du Collège national des enseignants d'anesthésie-réanimation, membre du GITE

**Pr Karim Tazarourte**, Chef de Service, SAMU 69-Urgences, vice-président du GITE

(Intégralité des signatures sur [Lemonde.fr](http://Lemonde.fr))



### Journée des Familles

**Samedi 11 juin 2022**

Un moment d'amitié et de convivialité au bord de l'eau et dans un agréable jardin

"Guinguette de l'île du Martin-pêcheur"

41 Quai Victor Hugo  
Champigny-sur-Marne (94)



### 10 km de l'Hexagone

**Dimanche 26 juin 2022**

Un évènement sportif et familial dans une ambiance estivale et musicale

Hippodrome d'Auteuil

2 Rte d'Auteuil aux Lacs - Paris 16

Départ de la course à 9h

## "Le Dit du mardi"

Depuis plusieurs années, ce Groupe de parole permet à des adultes dont l'un des proches est cérébro-lésé (conjoint, enfant, frère ou sœur...) de se réunir pour écouter, échanger, comprendre, partager, se ressourcer dans le respect de la parole de chacun, sans aucun jugement et en toute confidentialité.

La participation au Groupe de parole est libre, gratuite et sans inscription préalable. Les réunions se déroulent un mardi par mois, de 14 h à 15 h 30, dans le "Salon des Familles" de "La Note Bleue", 10 rue Erard Paris XII.

Les séances sont animées par Madame Eva Tazopoulou, psychologue clinicienne. L'accueil est assuré par Madame Alexandra Beaufiles (06 84 19 78 70).

Les prochaines réunions sont prévues le **7 juin** et le **28 juin** date à laquelle sera fixé le calendrier pour le second semestre 2022.



**AFTC Île-de-France / Paris**

Association de Familles de Traumatisés crâniens et de Cérébro-lésés

## **Lésions Cérébrales Acquises**

**Traumatisme Crânien - AVC - Tumeur - Anoxie...**



**Ne restez pas seul...**

Agissons ensemble pour assurer  
un accompagnement adapté  
à la situation et aux aspirations  
de la victime et de ses proches.

**Rencontrez l'association !**

01 40 44 43 94

[contact@aftcidfparis.org](mailto:contact@aftcidfparis.org)

[www.aftcidfparis.org](http://www.aftcidfparis.org)