

1 **Diplôme Universitaire Traumatismes crânio-cérébraux UFR de Médecine Montpellier-**
2 **Nîmes, UMI**

3 Direction, Pr Jacques Touchon et Pr Jacques Pélissier

4 Module 2, aspects médicaux, responsable Dr Frédéric Pellas.

5 14 mars 2008

6

7 **Prise en charge et accompagnement ambulatoire des sujets traumatisés crânio-**
8 **cérébraux**

9 Pr Alain Delarque, Pr Jean-Michel Viton, MPR

10 Pôle d'Activités Médicales Inter Sites de Médecine Physique et de Réadaptation
11 de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (PMPR)

12 Dr Monique Delarque, MPR

13 Praticien attaché au PMPR, médecin coordonnateur au SAMSAH TC-CL 13 et
14 médecin MPR au centre du Grand Large Marseille

15

16 **Introduction sur les différentes structures et leur coopération**

17 **1 Pôle d'Activités Médicales Inter Sites de MPR de l'Assistance Publique Hôpitaux de**
18 **Marseille (PMPR)**

19 Pr Alain Delarque, Pr Jean-Michel Viton

20 Présentation générale du pôle AD (doc)

21 HDJ court séjour du pôle AD

22 **1.1 Bilan CIM10-CIF (AD)**

23 (Secrétaires, externes, internes, médecins MPR dont MD, spécialistes organes ou
24 de fonctions du CHU, psychologue, neuropsychologue, assistante sociale,
25 ergothérapeute, kinésithérapeute, orthoprothésistes, podo-orthésiste)

26 Rôle de l'infirmière qui coordonne la planification de la journée

27 Chaque professionnel de santé ou du social intervient pour

28 - évaluer, dans son domaine de compétence, le sujet TCE au niveau de ses
29 déficiences, ses activités, sa participation et son environnement, pour,

30 - proposer dans son domaine de compétence les soins ou les mesures qui
31 pourraient améliorer les capacités, et (ou) la participation et la qualité de vie
32 du sujet TCE et si possible de ses proches,

33 - proposer des professionnels de santé ou du social pouvant intervenir dans
34 l'environnement du sujet (SAMSAH TC-CL, autres) et, en accord avec le
35 sujet et sa famille, faire le lien avec ces personnes.

36 - proposer un suivi médico-social.

37 **1.2 Evaluation et traitement des conséquences néfastes de la spasticité**

38 (JMV)

39 évaluation des patients présentant des troubles de la marche

40 exemple d'un cas de prise en charge thérapeutique

41 **2 SAMSAH TC-CL13 (MD)**

42 Rôle du MPR,

43 Bilan de 6 mois

44 **3 Centre de MPR Grand Large (MD)**

45 Rôle du MPR,

46 Bilan de 6 mois d'activité

47

TRAUMATISME CRANIO CEREBRAL

Prise en charge ambulatoire

Dr M.Delarque

DU TCC Aspects médicaux et sociaux

Nîmes 14 mars 2008

Problème de santé publique

- 155 000 TC hospitalisés / an
- Hommes adultes jeunes AVP
- Pathologie méconnue
- Séquelles spécifiques
- Accompagnement spécialisé
- Décrets, circulaire

TCC EN AMBULATOIRE

- Rééducation
- Réadaptation
- Réinsertion



TCC EN AMBULATOIRE

- CHU La Timone Consultation
- CRF Le Grand Large HDJ en MPR
- SAMSAH TC-CL 13 Médico Social

Pôle de MPR CHU – Consultations

- Adressé par ?
- Suivi médical MPR PC globale
- Orientation Coordination

CRF Le Grand Large

Pertinence de la prise en charge
ambulatoire de patients cérébro-lésés

Dr Monique Delarque

Accréditation novembre 2007



C.Alarco, F.Aubert, G.Burguiere, C.Dubosquet, E.Dutel,
N.Fedi, N.Florid, V.Pereira, L.Muntoni,
MH.Paulet, G.Schiesko

Objectifs

- améliorer les capacités
- améliorer la participation
- adapter leur environnement

Résultats

- Population
- Interventions
- Evolution

Population

- 20 patients cérébro-lésés
- Etude sur totalité de leur séjour
- A distance de leur lésion
- Score de dépendance élevé
- Pas de travail
- Dépendante de leur environnement

Population activités participation

GOS 3/5 16 patients

MIF 77,7 / 126

Dépendance selon le PMSI 15,1 / 24

Population environnement humain

Aidants familiaux 20

Professionnels

- Soins

15 kinés 9 infirmières 6 orthophonistes

1 psychol 1 ergo 1 psychomotricien

- Non médicaux

2 auxiliaires de vie, 4 aides ménagères

Population environnement matériel

Architecture, aménagement 7

Produits et systèmes techniques à usage
personnel dans la vie quotidienne 17

Aides techniques à la mobilité et au transport
(14 FRM, 2 FRE)

Population doléances

Handicap physique 20

Communication 12

Accompagnement 12

Population séquelles

Physiques 20

Cognitives 18

Comportementales 8

Psychologiques 7

9 épilepsie 13 fatigue

Pathologies associées : 2 amputations,
insuff rénale, diabète...

Interventions

- Professionnels du Grand Large
- Professionnels extérieurs au Grand Large
- Le médecin de MPR

Interventions médecin de MPR

- Suivi médical et social PC globale
- Coordination médicale
 - Diagnostic lésionnel et associé 5 hosp
 - Coordination médecins traitants et spécialistes
 - Coordination soins famille social travail droit...
- Préparer l'arrêt de l'HDJ
- Organiser le suivi médico-social après la sortie

Evolution

- Etat de santé non stabilisé
- Score de dépendance amélioré
- Reprise d'activité professionnelle
- Sollicitation d'un environnement humain et matériel

Evolution population

- Evènements médicaux
- Capacités, Score de dépendance
14,7/24
- Participation
 - Reprises du travail 3 Orientation UEROS 1
Demande de curatelle 1
- Environnement humain et matériel
 - aux de vie 1, PCH en aides humaines 4 en attente
 - SAMSAH TC-CL 10, associations 8

Conclusions

Pertinence de l'HDJ CRF Le Grand Large

Population patients cérébro-lésés

Interventions professionnels coordination
médecin de MPR

Evolution favorable

dépendance, adaptation environnement,
suivi médico social

SAMSAH TC-CL 13

Service d'**A**ccompagnement

Médico **S**ocial

Adultes **H**andicapés

Traumatisés **C**râniens – **C**érébro **L**ésés

Bouches du Rhône **13**

SAMSAH TC-CL 13

Evaluation 6mois

Population Demandes Interventions

Monique Delarque

B.Hussy B.Dherbey A.Delarque



Fiche signalétique

- SAMSAH décret 11 mars 2005
- SAMSAH TC-CL 13 (1er juillet 2005)
 - Origine : association, social, médico social
 - Circulaire 280 DHOS juin 2004
 - Enveloppe globale 50 % SS 50 % CG
 - File active

Rôle

- Local
- Centré sur la personne
- Situations de vie réelles
- Santé Social
- Bien être physique, psychologique et social



Fonctionnement

- 31 places en file active
- 2 Relais de proximité
- Salariés
- Vacataires

Fonctionnement

- Admission
 - âge
 - lieu géographique
 - étiologie
 - orientation
- Plan individuel intervention

Objectifs

- Population
- Demandes
- Interventions

Matériel & Méthodes

- Analyse rétrospective
- Dossiers
- Paramètres étudiés
 - population
 - demandes
 - interventions

RESULTATS

- Population
- Demandes
- Interventions

Population

- 56 personnes
- Origine
 - 86% associatif social
- Etiologie
 - 80% traumatisme crânio encéphalique
- Ancienneté des lésions
 - moyenne 11 ans

Population

- Séquelles
 - 100% cognitives
 - 93% motrices
 - 79% comportementales

Population

- Séquelles
 - 68% fatigue
 - 13% épilepsie
 - 7% conduites addictives

Population

- Sexe
 - 71 % H 29 % F
- Age
 - 34 ans
- Lieu de vie
 - 41 % parents proches naissance
- Protection juridique
 - 36 % tutelle curatelle

Population

- Emploi
 - 77% sans travail



- Ressources
 - 25% allocation adulte handicapée 610€
 - < seuil de pauvreté 645€



Demandes

« activités et participation »

« facteurs environnementaux »

Demandes

« activités et participation »

- Vie de relation Vie sociale 70%
- Vie professionnelle 50%
- Vie autonome 37%
- Mobilité 14%

Demandes

« facteurs environnementaux »

- Soutiens et relations 66%

- santé 30%



- social 25%



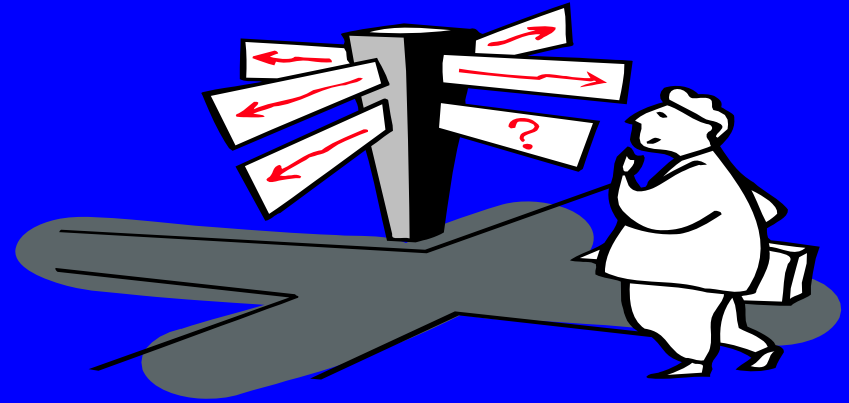
- assistance 23%



Demands

« facteurs environnementaux »

- Services 48%



- Attitudes 30%



Demandes

« facteurs environnementaux »

- Logement adapté 29%



Interventions

évaluation médico-sociale
personnes environnement

écoute compréhension confiance



Interventions

personnes

environnement
humain & matériel

Interventions

personnes

- prise de conscience
- capacités
- stratégies de compensation
- assistance soutien

Interventions personnes

- Santé 77%
- Social 57%
- Travail emploi 37%



Interventions

Personnes

- Gestion quotidien 20%
- Mobilité 14%
- Communication 9%

Interventions

Environnement humain

- services 100%
- attitudes 34%
- relations 84%

Interventions

Environnement matériel

- Aménagement & aides techniques 16%

secretariat@samsahtc-cl13.com

adultes jeunes sans emploi handicap invisible

limitations activités restrictions de participation

personnes et environnement

1 **Diplôme Universitaire Traumatismes crânio-cérébraux UFR de Médecine Montpellier-**
2 **Nîmes, UM1**
3 Direction, Pr Jacques Touchon et Pr Jacques Pélissier
4 Module 2, aspects médicaux, responsable Dr Frédéric Pellas.
5 14 mars 2008

6
7 **Evaluation des patients présentant des anomalies de la marche**

8 Pr Delarque Alain, Pr Jean-Michel Viton, Dr Monique Delarque
9 PMPR AP-HM

10

11 L'évaluation en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) a pour premier objectif, en
12 tenant compte des projets et des désirs des personnes, d'établir un programme médico-social
13 dont le but est d'améliorer la qualité de vie des personnes handicapées.

14

15 L'évaluation en Médecine Physique et de Réadaptation s'est enrichie sous l'influence de
16 différents facteurs :

17 - le premier facteur est démographique. C'est l'augmentation de la population de personnes
18 handicapées dans la plupart des pays européens. Cette augmentation est liée à l'allongement
19 de l'espérance de vie et au progrès de la médecine de réanimation et de la médecine
20 d'urgence ;

21

22 - le deuxième facteur est éthique. Les associations de personnes handicapées, au niveau
23 national, européen et international font entendre leurs voix et cela a abouti à des
24 recommandations et des lois basées sur des notions d'éthique. Ces lois font respecter les
25 droits des personnes handicapées dans la société. Ce respect des droits implique une
26 évaluation ;

27

28 - le troisième facteur est un facteur conceptuel. Dans la famille des classifications de
29 l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), à la suite de la Classification Internationale des
30 Maladies (CIM 10), a été créée une Classification Internationale du Fonctionnement, du
31 Handicap et de la Santé (CIF 2001). Cette classification s'intéresse à de nouveaux paramètres
32 tels les facteurs environnementaux et la participation des personnes à la vie en société ;

33

34 - le quatrième facteur, c'est la médecine basée sur la preuve. Cette médecine repose sur la
35 preuve de l'efficacité des traitements et programmes de soins qu'elle met en place. Il est
36 nécessaire pour juger de l'efficacité, de disposer d'outils et de méthodes d'évaluation adaptés
37 aux populations de personnes handicapées ;

38

39 - le dernier facteur est économique. Il implique d'évaluer des programmes de soins ou des
40 traitements, sur la base non seulement de leur efficacité, mais aussi de leur coût. L'évaluation
41 elle-même a un coût et peut être développée si elle bénéficie d'une reconnaissance par un
42 organisme tel la Haute Autorité de Santé puis d'une tarification par les organismes
43 « payeurs » tels la CNAM.

44

45 Si on analyse les évaluations qui sont faites pour une personne victime d'un traumatisme
46 grave, d'un accident de la voie publique par exemple, on retrouve chronologiquement trois
47 grandes périodes :

48

49 La première c'est celle qui est située avant le traumatisme. C'est l'aspect biographique de
50 cette personne, de son développement au sein d'une famille, ses études, son début dans le
51 milieu du travail, sa participation dans la société, pour créer une nouvelle famille, avoir des
52 activités professionnelles.

53

54 Ensuite c'est la survenue de l'accident qui va entraîner lors d'un accident grave, une
55 hospitalisation, avec un premier temps de médecine et de chirurgie « de sauvetage » et dans
56 un deuxième temps, si l'évolution est favorable, un séjour dans un centre de médecine
57 physique et de réadaptation ;

58

59 La troisième phase, c'est celle du retour et du maintien à domicile.

60

61 L'évaluation durant ces trois périodes, devra apporter des réponses à trois grandes questions :

62

63 qui était cette personne avant son accident et quelle était sa vie ?

64

65 qu'est-elle devenue à la suite de cet accident, quelles sont ses lésions et déficiences, quelles
66 sont les activités qu'elle peut encore réaliser ?

67

68 enfin qui sera-t-elle et quelle sera sa vie dans le futur ?

69

70 La première question « qui était-elle et quelle était sa vie »,

71 conduit à retrouver :

72 - la biographie :

73 l'enfance, la scolarité, le travail, la création d'une nouvelle cellule familiale, toutes les
74 activités qui avaient été réalisées progressivement et le statut social de la personne avant
75 l'accident ;

76 - les antécédents :

77 le recueil, l'évaluation complète des antécédents médicaux avec leurs séquelles éventuelles
78 est faite par un médecin.

79

80 Vient ensuite l'accident et se posent les questions de « qu'est devenue cette personne après le
81 drame ».

82 L'évaluation se fera ici tout d'abord dans un service de court séjour hospitalier, puis dans le
83 cadre d'un centre de médecine physique et de réadaptation.

84

85 Durant le court séjour : l'évaluation est réalisée au quotidien par les kinésithérapeutes, les
86 médecins de MPR et elle recherche toutes les pathologies liées à l'immobilité pour les
87 prévenir et les traiter le plus tôt possible.

88

89 Ensuite si l'évolution est favorable, les personnes sont adressées dans les centres de médecine
90 physique et de réadaptation.

91 Au sein de ces centres est retracée de façon la plus précise possible l'histoire de la maladie
92 depuis l'accident, sont précisées toutes les lésions au niveau des différents appareils. L'aide
93 de différents spécialistes médicaux est demandée pour parfaitement préciser, à la fois les
94 lésions récentes et d'éventuelles lésions anciennes de type séquellaire.

95 Les thèmes suivants de l'évaluation portent sur les déficiences, avec certaines qui concernent
96 l'appareil locomoteur, les limitations de mobilité d'articulations, des diminutions de la force
97 de groupes musculaires associées à des amyotrophies, des anomalies du contrôle du tonus des
98 muscles dans les atteintes neuromusculaires avec un clonus observé à certains niveaux.

99 Des modifications de la course de muscles poly-articulaires ; les déficiences au niveau de la
100 sensibilité, de la trophicité.

101 Les capacités sont aussi évaluées, que ce soit au niveau de capacités motrices, mentales,
102 cognitives, sensorielles, des capacités de communication et des capacités génito-urinaires.

103 Dans le domaine des capacités motrices les choses ont progressé grâce à l'utilisation de
104 nouveaux outils et méthodes, avec une évaluation qualitative de la marche qui est plus facile
105 grâce au ralenti, une évaluation quantifiée des paramètres cinématiques et cinétiques de
106 station debout ou de marche.

107 L'évaluation des capacités mentales, cognitives et comportementales est faite dans le cadre
108 des bilans neuro-psychologiques.

109 L'ensemble des capacités sensorielles est aussi évalué, ainsi que celles de communication,
110 sous tous les modes, ou des capacités génito-urinaires avec notamment les bilans vésico-
111 sphinctériens.

112

113 Un élément très important pendant toute l'évolution, que ce soit en centre ou après le retour
114 au domicile, c'est l'évaluation des doléances, celle des souhaits et des projets. C'est le cas de
115 cette jeune femme qui a été victime d'un traumatisme crânio-encéphalique, qui se plaint de
116 chutes fréquentes, qui souhaiterait pouvoir marcher seule à l'extérieur et dont le projet est de
117 reprendre ses études.

118

119 Les explications données aux personnes et à leur famille sont un des points très importants
120 dans l'évolution de l'évaluation en MPR. Elles permettent aux personnes et à leur famille de
121 parfaitement comprendre les anomalies observées et les traitements qui leur seront proposés.

122

123 A ce stade de l'évaluation des lésions, déficiences et capacités lorsque l'évolution est
124 stabilisée, dans un contexte médico-légal l'incapacité permanente partielle (IPP) peut être
125 établie sous la réserve d'un lien direct entre l'accident et les lésions, les déficiences et les
126 capacités observées. Cela aboutit à établir un taux d'incapacité, taux qui peut être semblable
127 pour des atteintes pathologiques totalement différentes.

128

129 Après la sortie du centre se pose la troisième question : qui sera-t-elle et quelle sera sa vie
130 dans le futur ?

131 Les paramètres de lésions, déficiences et capacités permettent d'envisager qui sera cette
132 personne dans l'avenir et quelle sera sa vie, mais l'évaluation avant et au moment du retour au
133 domicile doit aussi, dans les conditions de vie réelles, étudier les performances et la
134 participation de ces personnes, étudier leurs facteurs environnementaux et leur qualité de vie.
135 Cela implique de se déplacer au domicile des personnes pour étudier leurs possibilités à
136 l'intérieur de leur domicile, les risques éventuels qu'elles courent et ainsi mettre en place des
137 mesures appropriées. Cette évaluation en situation doit porter sur tous les lieux fréquentés par
138 la personne, que ce soit bien sûr la maison, la cité, le quartier, le travail, les lieux de vacances,
139 les lieux d'activités culturelles et religieuses.

140 Les facteurs environnementaux sont de mieux en mieux connus pour leur rôle dans la
141 participation à la qualité de vie de des personnes accidentées, qu'il s'agisse de facteurs
142 environnementaux humains, des personnes les plus proches aux personnes beaucoup plus
143 éloignées, ou de facteurs environnementaux matériels. Ces facteurs environnementaux
144 peuvent avoir des effets favorables ou défavorables, qui d'ailleurs peuvent varier dans le
145 temps.

146

147 Le dernier élément c'est l'évaluation qui porte sur la qualité de vie : au moment du retour au
148 domicile il faut bien évaluer ce qui est important pour la personne et qui fait partie en général
149 de son projet de vie. Le désir de marcher sur la plage sans orthèse, est exprimé parfois dans
150 notre région. Cette évaluation qui se fait avant et au moment du retour au domicile, pour des
151 personnes porteuses d'un handicap lourd, doit être prolongée tout au long de la vie.

152 L'insertion et le devenir social et professionnel à long terme des grands accidentés restent mal
153 connus. Ainsi une étude faite récemment dans notre région par un service médico-social
154 ambulatoire dédié au sujets traumatisés crânio-encéphaliques, a montré sur une population de
155 56 adultes jeunes de sexe masculin, qui étaient vus en moyenne 11 ans après l'installation de
156 leur lésion encéphalique, que chez ces personnes porteuses d'un handicap invisible et
157 d'autres déficiences, on avait observé progressivement une limitation de leurs activités, une
158 restriction de leur participation, avec en particulier la perte de leur emploi.

159

160 En résumé :

161

162 L'évaluation d'une personne ayant des anomalies de la marche, en Médecine Physique et de
163 Réadaptation, doit apporter les réponses à trois questions :

164 - qui était-elle et quelle était sa vie, avant l'accident ou la maladie ? (biographie, antécédents)

165 - qu'est-elle devenue dans la période qui a fait suite à l'accident ou à la maladie ? (lésions,
166 déficiences, capacités locomotrices)

167 et enfin après le retour au domicile ou dans une structure adaptée

168 - qui est elle et quelle sera sa vie ? (activités, participation et qualité de vie)

169

170 Le programme des enseignements du Pôle d'Activités Médicales Intersites de Médecine Physique et de Réadaptation de
171 l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille sur le thème du handicap est disponible sur le site www.univmed.fr/ehm

**Le pôle N° 9 d' Activité Médicale Inter-sites de Médecine Physique et de Réadaptation
(PMPR),
secteur Timone
activités de soins, d'enseignement et de recherche**

Le PMPR assure des **fonctions d'évaluation et de soins** dans deux cadres :

- d'une part celui d'un service central prestataire d'évaluations et de soins de MPR, pour les unités d'hospitalisation et
- d'autre part, celui d'un secteur d'activités de type ambulatoire (hospitalisation de jour court séjour de MPR et consultations ou soins externes).

Le service central de MPR a en charge :

- les unités de l'hôpital adulte Timone :
Neuro-chirurgie, Neurochirurgie Fonctionnelle, UNSIN, Neurologie, Neurologie et neuropsychologie, Maladies neuro-musculaires, Cardiologie, Cardiologie soins intensifs, Chirurgie cardiaque, URCC, Réanimation polyvalente, Chirurgie vasculaire, Chirurgie générale et endocrinienne, Chirurgie digestive, Médecine oncologie, Oncologie, Chirurgie Maxillo-Faciale, ORL, Ophtalmologie, Dermatologie, Psychiatrie.
- les unités de l'hôpital enfant Timone :
Chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale, neuro-chirurgie, chirurgie cardiologique, chirurgie ORL, oncologie, médecine, neurologie, bronchiolite, hématologie, Centre de Ressources et de Compétences pour la Mucoviscidose, néonatalogie, réanimation.

Le secteur ambulatoire comporte :

- l'hospitalisation de jour court séjour de MPR, avec quatre lits ouverts depuis mars 2007,
- les activités de consultations et de soins ambulatoires
Consultations médicales (affections du système nerveux, du système musculo-squelettique, de la peau et des tissus sous-cutanés (brulures), de l'appareil-vésico-sphinctérien, chez les adultes et les enfants, médecine manuelle,,...),
Consultations médico-techniques (appareillage, podologie),
Consultations médico-sociales,
Traitement des troubles moteurs liés à la spasticité.
Centre d'Exploration et de Rééducation neuro-urologique fonctionnelle (CERF) :
Soins de Rééducation :
Kinésithérapie :
prise en charge des troubles vésico-sphinctériens dans les lésions du système nerveux chez l'adulte et l'enfant.
Rhumatologie, Neurologie, Brûlés, Reconstruction posturale, Orthopédie,
Oncologie, Rééducation périnéale, Drainage lymphatique manuel, Rééducation respiratoire, Balnéothérapie.
Ergothérapie :

Neurologie, Brûlés, Rhumatologie, Orthopédie, Bilans.
Appareillage.
Podologie.

Le PMPR assure aussi des **fonctions d'enseignement et de recherche** dans les domaines du handicap d'origine motrice, avec notamment un PHRC sur les sujets cérébro-lésés, un parcours du master ingénierie de la santé (parcours 6, handicap et santé) et un enseignement européen annuel.

Sites internet :

- Enseignement handicap Marseille

<http://www.univmed.fr/ehm>

- European School Marseille on Motor Disabilities

<http://www.univmed.fr/esm>

- Pour les programmes accrédités au niveau européen

<http://www.euoprm.org/>

Prise en charge et accompagnement ambulatoires des sujets traumatisés crânio- cérébraux

Pr Alain Delarque, Pr Jean-Michel Viton, MPR

Pôle d'Activités Médicales Inter Sites de Médecine Physique et de Réadaptation de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille
(PMPR)

Dr Monique Delarque, MPR

Praticien attaché au PMPR, médecin coordonnateur au SAMSAH TC-CL 13 et médecin MPR au centre du Grand Large Marseille

MPR évolue sous l'influence de différents facteurs

démographiques
éthiques
conceptuels
scientifiques
économiques

MPR concernée par 3 périodes

première, biographique

deuxième, en court puis moyen séjour

troisième phase, ambulatoire

PMPR
activités soins
enseignement recherche

service central

HDJ court séjour de MPR

HDJ court séjour de MPR

RH

Secrétaires, externes, internes, médecins MPR dont MD, psychologue, neuropsychologue, assistante sociale, ergothérapeute, kinésithérapeute, orthoprothésistes, podo-orthésistes...

Médecins spécialistes d'organes, de fonctions ou de techniques du CHU

Infirmière qui coordonne la planification de la journée

organisation MPR

HDJ court séjour de MPR

évaluer

dans son domaine de compétence, le sujet TCE au niveau de ses déficiences, ses activités, sa participation et son environnement pour,

proposer

dans son domaine de compétence les **soins ou les mesures** qui pourraient améliorer les capacités, et (ou) la participation et la qualité de vie du sujet TCE et si possible de ses proches,

orienter

vers des professionnels de santé ou du social pouvant intervenir dans l'environnement du sujet (SAMSAH TC-CL, autres) et en accord avec le sujet et sa famille faire le lien avec ces personnes.

proposer un **suivi médico-social**.