Présentation dispositif TCCL IDF

27 novembre 2025

Article 51 : « Traumatisme cranio-cérébral léger : filières oubliées des SSR »

Félicité Béguin – Chef de projet dispositif « Filières oubliées »

TCCL : un constat

Traumatisme crânien est un enjeu majeur de santé publique *(Rapport « Programme gouvernemental d'action 2012 sur la prise en charge des traumatisés crâniens », André Aoun, Pr Pascale Pradat-Diehl)*

Différentes études sur le sujet montrent que :

- TCCL sont les plus fréquents et représentent environ 80% des TC
- En Ile-de-France : entre 40 et 50 000 TCL/an dont environ 35 000 passent aux urgences
- Le plus souvent, patients ne sont pas hospitalisés et sortent des urgences après quelques heures, sans suivi
- Environ 20% des accidentés gardent des séquelles cognitives, psychologiques et comportementales persistantes et pouvant être invalidantes.
- Un an après l'accident, près de 15% d'entre eux n'ont pas repris leur activité professionnelle au même niveau qu'avant
- TCCL est source d'errance médicale
- Urgentistes peu formés sur le TCCL (« syndrome subjectif »)

Symptômes post-commotionnels

Physiques	Cognitifs	Comportementaux/émotionnels
- Maux de tête - Vertiges - Nausées/vomissements - Hypersensibilité au bruit - Hypersensibilité à la lumière - Vision embrouillée - Vision double - Fatigue physique - Ralentissement	- Difficultés de mémoire, oublis - Difficultés de concentration - Ralentissement de la pensée - Fatigue cognitive - Difficultés organisationnelles	- Problèmes de sommeil - Irritabilité (s'agace facilement) - Sentiments de tristesse et/ou pleurs - Sentiment de frustration /impatience - Agitation

- Sous réserve que ces symptômes ne soient pas expliqués par une autre cause
- Tableau clinique très différent d'une personne à l'autre

Contexte à l'origine du dispositif

- Diverses études montrent qu'une prise en charge précoce (information, réassurance, psychoéducation voire rééducation physique et/ou cognitive) permet d'améliorer de façon significative le pronostic

- Mise en place d'une antenne pilote de coordination entre les urgences de Beaujon-Bichat et le MPR de Raymond Poincaré depuis 2017 et à la Pitié-Salpêtrière depuis 2021

➔ Suivi précoce des patients après leur passage aux urgences

- Groupe de travail régional sur le TCCL et piloté par le CRFTC

➔ Publication d'un rapport en janvier 2021 : constat de la nécessité de mettre en place une filière adaptée

- Rédaction d'un cahier des charges pour proposition d'un projet article 51

➔ Validé à l'été 2022

Les particularités de l'article 51: un dispositif dérogatoire pour inventer les modèles de demain

Prérequis article 51

- Dispositif doit être innovant
- Doit être efficient sur le plan économique
- Doit être évaluable
- Doit pouvoir être généralisable à l'ensemble du territoire en cas de succès

Financement et mise en place

- Un fond pour financer des expérimentations nationales et régionales (FISS)
- Modèle de financement dérogatoire
- Financement au forfait
- Une co-construction par les acteurs de terrain et les institutions

Décloisonner les acteurs → Renforcer l'accès aux soins → Transformer le système de santé → Faire émerger des innovations à partir du terrain → Favoriser les organisations en mode parcours et la prévention

Déploiement

Un porteur : le Centre Ressources Francilien du Traumatisme Crânien (CRFTC)

- **Des partenaires**

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Hôpitaux Paris Est Val de Marne

FONDATION SANTÉ DES ÉTUDIANTS DE FRANCE

Art. 51 Innovation En santé

l'Assurance Maladie

ars Agence Régionale de Santé Île-de-France

- Un financement dérogatoire
- Un déploiement sur 4 ans (de 2023 à 2027)
- Déploiement uniquement en Ile-de-France
- **Une évaluation** du dispositif par un évaluateur externe, pour que le Conseil Stratégique des Innovations en Santé (CSIS) se prononce sur un éventuel passage dans le droit commun et sur une généralisation à l'ensemble du territoire

CEMKA

Objectifs du dispositif

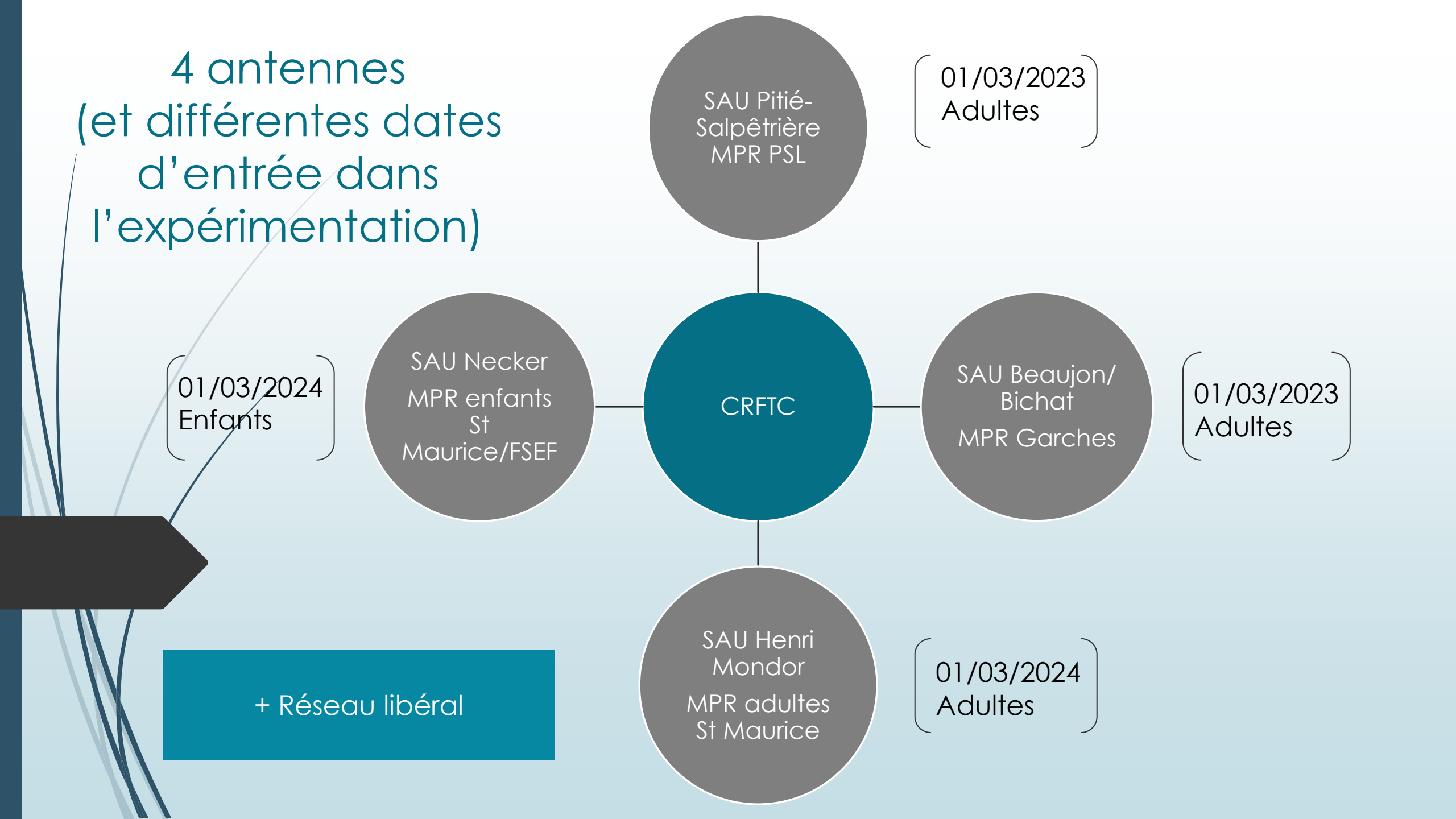
- **Objectifs :** dépistage et prise en charge précoce des patients TCCL pour éviter:
  - la chronicisation des symptômes
  - les pertes de chance
  - les errances médicales
  - la désinsertion sociale

➡ permettre un retour rapide à l'emploi

- Prévoit la détection de 9 036 patients et l'inclusion de 7 020 d'entre eux en 4 ans et sur 4 sites

- Pour chaque site :
  - Un à deux service(s) de SAU dans lequel sont recrutés les patients
  - Une infirmière coordinatrice qui gère la détection des patients et leur évaluation
  - Un réseau libéral et hospitalier pour les consultations pluridisciplinaires et la psychoéducation

4 antennes (et différentes dates d'entrée dans l'expérimentation)



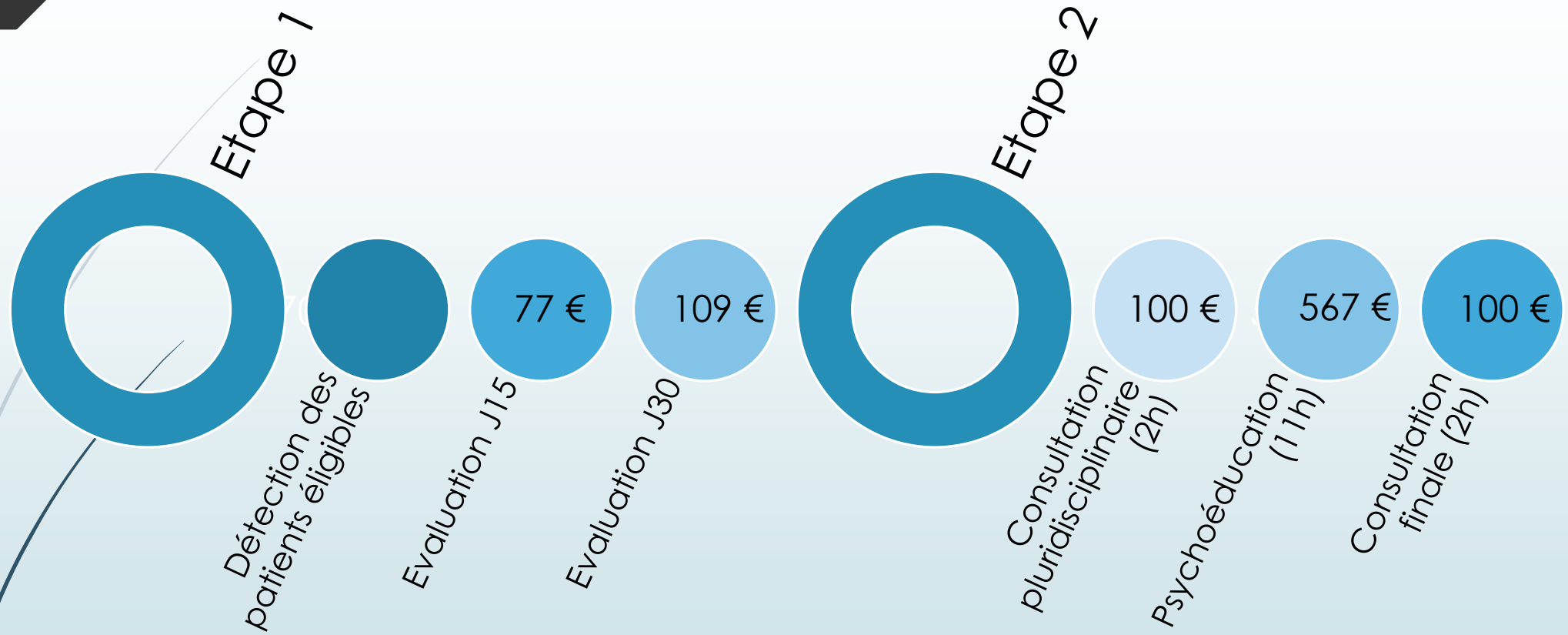
Les professionnels impliqués dans le dispositif

- 1 Chef de projet
- 4 infirmières coordinatrices
- Médecins MPR
- Kinésithérapeutes, EAPAs
- Orthophonistes
- Neuropsychologues, psychologues cliniciens
- Ergothérapeutes

En libéral

En hôpital (services de Médecine Physique et Réadaptation, Hôpital de Jour)

Parcours patients TCCL



Coordinatrices

Equipes de psychoéducation

A chaque étape, les patients qui ne présentent plus de symptômes post-commotionnels sortent du dispositif.

Critères d'exclusion :

- **Résidant hors IDF**
- **TC datant de plus de 6 mois**
- Vivant en structure
- SDF
- Barrière de la langue
- ATCD médicaux et/ou psychiatriques au premier plan
- OH/toxicomanie chronique (non sevrée)
- Bébés secoués

Résultats depuis le début de l'expérimentation (01/03/2023 – 27/10/2025) soit en 2 ans et 8 mois

Etape	Antenne PSL	Antenne BJN/BCH-RPC	Antenne Necker/HSM enfants	Antenne Henri Mondor / HSM adultes	Libéral	Total
Patients détectés	1 637	1 596	775	507	-	**4 515**
Appels J15	1 136	1 133	751	337	-	**3 357**
Appels J30	348	246	67	54	-	**715**
Consultation pluridisciplinaire	72	52,5	14	13	12,5	**164**
Débuts de psychoéducation	30	49	13	10	31	**133**
Fins de psychoéducation	30	43	11	2	27	**113**

Entretiens par les IDE coordinatrices J15 et 30 du TCL

- Recueil d'informations sur le plan clinique
- Ecoute, réassurance
- Passation d'échelles spécifiques
- Sensibilisation, prévention (conduite auto, consommation alcool/stupéfiants, gestion de la fatigue, etc.)
- Préconisations pour la suite de la prise en charge

Des échelles spécifiques à la population pédiatrique sont utilisées pour l'antenne enfant

Consultation pluridisciplinaire (2h)

- Durée de la consultation : 2h
- 2 professionnels de corps de métier différents
- Présence d'un médecin n'est pas obligatoire (mais souhaitable pour les cas les plus complexes)
- Différents objectifs :

Evaluation plus poussée

- Passation d'échelles spécifiques
- Echelles adaptées à l'âge du patient

Décision d'une orientation ou non en psychoéducation

- Si non, réorientation dans le système de droit commun
- Si oui, où ? (libéral, hospitalier)

Préconisation des thèmes à aborder en psychoéducation

- Permet d'adapter l'adressage en psychoéducation selon besoins du patient
- Préconisation ≠ obligation

Organisation de la psychoéducation (11h)

En groupe/en individuel

Durée des séances variables (30 min, 45 min, 1h, 1h30, 2h, etc.)

En visioconférence /en présentiel

Avec un seul professionnel /avec une équipe

Parcours mixtes

Groupes ouverts/ fermés

L'objectif est de s'adapter autant que possible au patient et à ses besoins

Principaux thèmes abordés en psychoéducation

Sommeil/Fatigue

- Psychoéducation du sommeil
- Gestion de l'énergie

Adaptation émotionnelle et sociale

- Psychoéducation des émotions
- Affirmation de soi
- Relaxation
- Psychoéducation de l'ESPT
- Comprendre la dynamique d'évitement
- Prévention des attaques de panique
- Mettre en lien les sensations et les émotions

Reprise progressive des activités antérieures

- Mettre en lien les sensations et les émotions
- Préparation à la reprise professionnelle
- Reprise progressive des APAS en vie quotidienne

Douleur

- Reprise progressive des APAS en vie quotidienne
- Métacognition de la douleur
- Psychoéducation sur la douleur

Remédiation cognitive

- Mise en situation de la **mémoire**
- Psychoéducation sur la mémoire
- Métacognition de la mémoire
- Mise en situation de **l'attention**
- Psychoéducation sur l'attention
- Métacognition de l'attention
- Mise en situation des **fonctions exécutives**
- Psychoéducation des fonctions exécutives
- Métacognition des fonctions exécutives

Différents outils pour la psychoéducation

- Outils très variés selon les équipes pour venir en support pendant et après leurs séances de psychoéducation :
- Présentations sur power point
- Transmission de ressources spécifiques (structures, podcasts, applications, etc.)

- Outils sont structures et patients dépendants

- Elaboration d'une boîte à outils à destination des professionnels en cours :

- 12 fiches sur les grandes thématiques de psychoéducation
- Pour chacune : une fiche patient, une fiche professionnel, une fiche support
- Fiches seront diffusées à l'ensemble des professionnels du dispositif



Bilan final (2h)

- Durée du bilan : 2h
- 1 à 2 professionnels
- Habituellement fait par le(s) professionnel(s) ayant fait la psychoéducation
- Différents objectifs :

Evaluation de l'évolution des symptômes

- Passation des échelles faites lors de la consultation pluridisciplinaire
- Point sur la situation professionnelle, difficultés au quotidien

Orientation à l'issue de la psychoéducation

- Si parcours suffisant, arrêt du suivi
- Si difficultés persistantes : réorientation dans le système de droit commun pour suite de PEC

Evaluation de la satisfaction du patient

- Satisfaction générale
- Apport de l'aide du dispositif

Plateforme numérique dédiée



Hébergeur agréé données de santé

Financement

- Financement au forfait : chaque étape déclenche un forfait précis
- Exception pour la phase de détection des patients : dotation

- CRFTC est structure concentratrice : remonte les informations à l'Assurance Maladie, récupère les montants concernés et les renvoie aux expérimentateurs

- Convention entre le CRFTC et l'Assurance Maladie : tous les soins sont considérés comme conventionnés

- L'ensemble du parcours est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie (pas d'avance de frais pour les patients)

- Problématique : pas de facturation possible si NIR non valide

Premiers retours d'expérimentation

- Patients très rassurés d'être pris en charge par le dispositif : ont parfois mal vécu leur passage aux urgences, besoin ++ d'être rassurés.
- Très demandeurs d'avoir des conseils, et d'avoir une personne référente (coordinatrice) qu'ils peuvent contacter en cas de besoin
- Impact très positif des appels des coordinatrices -> Nombre de parcours de psychoéducation nettement inférieur à ce qui était prévu
- Professionnels participant à l'expérimentation (coordinatrices et équipes de psychoéducation) : très investis dans le dispositif
- Cependant, sensibilisation des urgentistes reste compliquée (charge de travail importante, turn over des équipes, banalisation du TCL par les urgentistes)

Vignette clinique : Mme M. 34 ans

- TC par AVP : a percuté une portière de voiture en voulant freiner à vélo (casquée)

- **Appel à J15 :** vertiges, céphalées, difficultés à supporter le bruit et la lumière, cauchemars en lien avec l'accident, perte de mémoire, fatigue importante – **Rivermead à 33**

- Suivi mis en place avec psychologue (très angoissée à l'idée de sortir de chez elle et appréhension ++ à l'idée de refaire du vélo)

  Consultation ORL prévue pour vérifier l'oreille interne (vertiges)

- **Appel à J30 :** persistance des vertiges (mais RAS selon l'ORL), pertes de mémoires, difficultés à supporter le bruit et la lumière. Symptômes s'accentuent avec la fatigue. Constate également une vision floue (probablement liée à la fatigue). **Rivermead à 27**

  En revanche : arrêt des cauchemars grâce aux séances d'hypnose sur les conseils de la coordinatrice

Vignette clinique : Mme M. 34 ans (suite)

- **Consultation pluridisciplinaire** proposée à St Maurice – **Rivermead à 25**
- Prise en charge en **psychoéducation** (12h) par l'équipe de MPR
- **Bilan final :** Persistance des vertiges et de l'anxiété (poursuit l'hypnose). Nette amélioration des autres symptômes. **Rivermead à 12**
- **Satisfaction de la patiente :** 10/10
  - Parcours a permis de diminuer drastiquement ses symptômes
  - Souligne l'importance de l'appel de la coordinatrice à J15 qu'elle juge réconfortant

Vignette clinique : Mlle E., 17 ans

- Chute d'une mezzanine sur la tête avec doute sur une perte de connaissance
- **Appel à J15 :** multiples symptômes post-commotionnels impactant considérablement sa vie quotidienne et sa scolarité : céphalées, vertiges, asthénie, sensibilité lumière/bruit, difficultés de mémorisation et d'attention, ralentissement psychomoteur, angoisse intense liée au Baccalauréat et à ses performances scolaires

  PCSI – Avant : 2 - PCSI – Après : 42

- Au cours de l'appel :
  - Ecoute et réassurance de la famille et de l'adolescente
  - Conseils pour faciliter la scolarité
  - Prévention utilisation intensive des écrans
  - Prévention risque de second choc à la tête
  - Conseils sur la reprise graduelle des activités physiques antérieures

- **Appel à J30 :**
  Disparition des symptômes post-commotionnels après mise en place des conseils prodigués
- Sortie du dispositif Article 51

Les patients en parlent

« Cette expérimentation a été essentielle pour mon bon rétablissement »

« J'ai repris un peu plus sereinement les cours. »

« La psychoéducation aide beaucoup, c'était assez complet. »

« La coordinatrice m'a donné des infos sur ce que je vivais et j'ai été soutenue, elle a pointé les problèmes et ça m'a conforté que c'était bien un accident avec des vrais symptômes. »

« La coordinatrice était vraiment la plus à l'écoute, elle m'a donné des solutions, elle avait un rôle très déterminant. »

« Le groupe de psychoéducation expliquait ses expériences, c'était rassurant. »

« Ca m'a permis de mieux comprendre mes symptômes, d'identifier et surtout démystifier les problèmes, parce que vraiment sinon on était lâchés dans la nature après les urgences. »

Et les patients non passés par les services d'urgence couverts par le dispositif ?

- Si les patients :
- Résident en IDF
- Sont à moins de 6 mois de leur TCL
- Ne présentent pas de critère d'exclusion

→ Peuvent nous être adressés pour prise en charge dans le dispositif

- Adressage doit être fait par **un médecin** (hospitalier ou libéral, généraliste ou spécialiste)

- Adressage à faire par mail à la cheffe de projet (parcourstccl@crftc.org)

→ Répartition des adressages entre les coordinatrices selon l'âge et la domiciliation du patient + charge de travail/congés des coordinatrices

- Coordinatrices contactent ensuite les patients pour vérifier que leurs difficultés rentrent dans le cadre du dispositif et débuter la prise en charge

Merci à tous pour votre attention

FRANCE CÉRÉBROLÉSION
UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE FAMILLES DE TRAUMATISÉS CRANIENS ET CÉRÉBROLÉSÉS