

FONDATION MUTUELLE DES MOTARDS

TRAUMATISES CRÂNIENS QUELLE PRISE EN CHARGE ?

LIVRE BLANC

JUIN 2025



SOMMAIRE

INTRODUCTION	04.
QUELQUES CHIFFRES	06.
1. LE TRAUMATISME CRÂNIEN UN HANDICAP INVISIBLE	07.
DÉFINITION DU TRAUMATISME CRÂNIEN	08.
PRISE EN CHARGE DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT	09.
DEUX SITUATIONS DE TRAUMATISME CRÂNIEN	12.
2. TÉMOIGNAGES	16.
3. LE BILAN NEUROPSYCHOLOGIQUE	22.
4. LE BINÔME MÉDECIN-EXPERT ET NEUROPSYCHOLOGUE	28.
5. POINTS À RETENIR	30.
6. LEXIQUE	31.

INTRODUCTION

Le 25 mai 2023, la Fondation de la Mutuelle des Motards organisait un colloque pluriprofessionnel intitulé « *Traumatisés crâniens, quelle prise en charge ?* », au cinéma Gaumont-Comédie à Montpellier, devant 200 assureurs, représentants du monde des deux-roues motorisés et personnalités médicales.

Comment identifier et mesurer les séquelles du traumatisme crânien¹ ?

Les parcours médicaux et indemnitaire actuels peuvent-ils y répondre entièrement ?

Quelles évolutions pouvons-nous imaginer, proposer ?

Autant de points abordés pendant une journée d'échanges, que la Fondation prolonge à travers ce Livre blanc dédié.

¹Traumatisme crânien : Le traumatisme crânien désigne tout choc reçu au niveau de la tête. À l'issue du choc, le tissu cérébral peut être endommagé et ne plus fonctionner correctement.



POURQUOI ABORDER, AUJOURD'HUI, CE THÈME DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS ?

Explications d'Alain Borie,
Président de la Fondation Mutuelle des Motards.

INTERVIEW

“ Beaucoup de lacunes dans la prise en charge des traumatisés crâniens ”

Pouvez-vous décrire l'action de la Fondation Mutuelle des Motards ?

La Fondation existe depuis 9 ans. Nous sommes "abrités" par la Fondation de l'Avenir, représentée aujourd'hui par Marion Lelouvier, présidente du directoire. Ainsi notre Fondation est d'intérêt général et d'utilité sociale. Elle vise à encourager la recherche et les études, en lien avec la prévention du risque routier pour les utilisateurs de 2 et 3-roues à moteur. Le spectre est large, depuis l'étude de la protection des motards apportée par les gilets airbags jusqu'à la prise en charge d'accidentés de la route.

Pourquoi avoir organisé un colloque sur les traumatisés crâniens ?

Parmi les sociétaires de la Mutuelle des Motards accidentés - une minorité, heureusement - certains le sont gravement. Nous mettons un point d'honneur à les accompagner le mieux possible. Or, nous constatons qu'il y a beaucoup de vides et de lacunes juridiques dans la prise en charge des traumatisés crâniens. Leur handicap n'est pas correctement évalué, et ils ne sont pas indemnisés et accompagnés à la hauteur de leur incapacité. Ce qui a des impacts directs dans leur propre vie quotidienne, mais aussi celle de leur entourage. D'autant plus qu'il s'agit d'un handicap invisible, difficile à discerner. Il faut le faire savoir aux pouvoirs publics, magistrats, avocats, assureurs... D'où ce colloque, et ce Livre blanc destiné à un public le plus large possible. En lien avec sa Fondation, la Mutuelle des Motards, en tant qu'entreprise de l'économie sociale et solidaire, mise sur l'intelligence collective qui devrait sous-tendre cette journée.

Les sujets sont graves, avec des vies brisées. Mais l'humour s'est quand même invité lors du colloque...

En effet, l'humour et l'humain ne sont pas incompatibles avec la gravité du sujet. Les débats ont ainsi été illustrés par les auteurs de bande dessinée Ptiluc (lui-même victime d'un traumatisme crânien à l'âge de 17 ans) et Frank Margerin. Mustapha Zem, ancien directeur financier devenu romancier suite à une chute, a témoigné des impacts de son propre traumatisme crânien, relatés dans son livre « Les Pas Perdus ». Ce livre a été adapté au cinéma par son frère, Roschdy Zem, dans le film « Les Miens ».

QUELQUES CHIFFRES

80% 10% 10%

**80% des traumatisés crâniens ont eu un traumatisme léger,
10% ont eu un traumatisme modéré,
10% ont eu un traumatisme sévère**



Source : www.france-traumatisme-cranien.fr

1%

1% de la population adulte en France déclare avoir des séquelles de TC

(Source Enquêtes Handicap Santé INSEE)

155 000

Chaque année en France 155.000 personnes se rendent aux urgences pour un traumatisme crânien



Source : www.france-traumatisme-cranien.fr



- Dans la pratique du rugby chez les mineurs, un traumatisme* crânien entraîne un arrêt du sport pendant 3 semaines ;
- S'il y a un deuxième traumatisme crânien dans les 12 mois suivants c'est 6 semaines d'arrêt ;
- S'il y en a un troisième c'est 6 mois d'arrêt



Source : www.ffr.fr

3 à 6 heures

La durée d'un bilan neuropsychologique est de 3 à 6 heures



Source : www.neuropsychologue-nantes.fr

1

LE TRAUMATISME CRÂNIEN, UN HANDICAP INVISIBLE

TROIS ÉTAPES DE PRISE EN CHARGE



Valérie Zimmermann
MPR¹ pédiatrique
Institut Saint-Pierre

"Le rôle du médecin rééducateur au sein de notre structure à orientation pédiatrique est de coordonner la prise en charge des patients de nos services, qui arrivent par le biais de nos consultations, ou directement des services de neurochirurgie, d'orthopédie infantile, ou de réanimation (le passage transitoire par un service de médecine est impératif).

À l'institut Saint-Pierre, l'activité de rééducation représente 60% de l'activité de l'ensemble de l'établissement. Le champ d'intervention en rééducation pédiatrique est assez large, tant en terme d'âge (du nouveau-né à 18 ans), qu'en terme de pathologies. Pour ce qui concerne les enfants suivis après un traumatisme crano-encéphalique, la prise en charge est pluridisciplinaire, adaptée aux besoins de chacun, et s'étalera sur une durée prolongée, jusqu'au relais adulte selon les cas.

En effet, les soins rééducatifs intègrent les besoins moteurs, mais également les besoins cognitifs, dans un objectif de projet de vie et d'intégration scolaire (milieu ordinaire avec ou sans AESH², avec ou sans aménagements pédagogiques ou dispositif d'inclusion, ou secteur médico-social). Dans notre établissement, nous avons la chance de nous organiser autour d'une équipe transversale comprenant médecins, infirmiers, aides-soignants, cadres, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthoprothésistes, psychomotricien, orthophonistes, psychologues, neuropsychologues, éducateurs, enseignants... et bénéficiant de temps partagés (pédopsychiatres, neuropédiatres, orthopédistes pédiatres..), de plateaux techniques développés (balnéothérapie, atelier d'appareillage intégré, exosquelette, isocinétisme,

GRAIL...) et de spécialistes dans les autres unités (endocrinologues, cardiaques, pneumologues) que nous pouvons solliciter au besoin, sans compter sur les partenaires adresseurs, essentiellement pour des raisons de logique territoriale sur le CHU de Montpellier et les cliniques adjacentes."



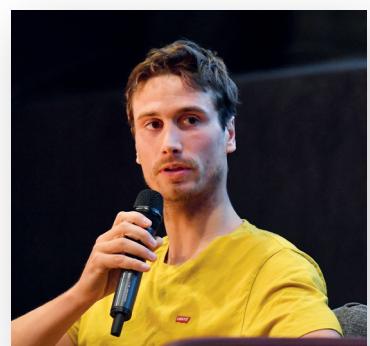
Claire Jourdan
MPR¹ adultes
CHU de Montpellier

"Le département de médecine physique et de réadaptation au CHU de Montpellier possède à la fois des unités de rééducation, qui prennent en charge différentes typologies de patients, mais aussi des traumatismes crâniens, aussi bien en phase aigüe après la réanimation ou une hospitalisation en neurochirurgie que plus tard quand il y a des besoins particuliers pour ces patients.

C'est une particularité du CHU de Montpellier : nous avons une importante organisation de la rééducation dans les services aigus, c'est-à-dire à Gui de Chauliac en réanimation neurologique, en neurochirurgie, en neurologie, où nous essayons d'accompagner dès le départ la rééducation précoce des personnes. Nous avons mis en place un parcours systématique après l'hospitalisation

initiale en réanimation ou neurochirurgie au CHU, pour que tous les patients soient réévalués à distance et pris en charge à la Clinique des Cérébrolésés."

"AMIS est une association spécialisée dans la médicalisation des courses d'enduro, discipline de compétition de moto tout-terrain, qui se déroulent sur le territoire français. Cette association a 30 ans cette année et médicalise assez régulièrement des motards qui se sont blessés et qui sont traumatisés crâniens. Je suis réanimateur à l'hôpital de Perpignan et nous prenons en charge assez régulièrement des polytraumatisés, des traumatisés de la route dont le traumatisme crânien est parfois au premier plan."



Ludovic Rancé
Anesthésiste réanimateur
Membre de l'association AMIS

¹MPR : médecine physique et de réadaptation

²AESH : Accompagnant(e) d'élèves en situation de handicap

DÉFINITION DU TRAUMATISME CRÂNIEN

La définition du Larousse décrit le traumatisme crânien comme un "choc accidentel sur le crâne, compliqué ou non, de lésions de l'encéphale." Difficile de résumer en une phrase la complexité d'un traumatisme crânien. "Il y a différents degrés de traumatismes crâniens : légers, sévères et modérés", rappelle Claire Jourdan. Les traumatismes légers sont les plus répandus, les modérés et sévères sont plus rares.

« Le traumatisme crânien peut prendre des formes très différentes, allant du simple coup sur la tête sans aucun signe de gravité, jusqu'à un traumatisme très grave qui peut se manifester par un coma, une perte de connaissance et la nécessité de prise en charge médicale très lourde », explique Ludovic Rancé.



TRAUMATISME CRÂNIEN LÉGER

"L'individu peut se rendre à l'hôpital, ou parfois aux urgences, ou peut ne pas consulter du tout : les victimes de ces traumatismes crâniens n'ont pas besoin de rester hospitalisés."

TRAUMATISME CRÂNIEN MODÉRÉ

"Il entraîne des altérations neurologiques qui ne nécessitent pas de réanimation. L'individu doit cependant être hospitalisé quelques temps, pour surveiller son évolution. Cela n'empêche pas d'avoir des séquelles à la suite de ce choc."

TRAUMATISME CRÂNIEN SÉVÈRE

"Il plonge l'individu dans un état de coma initial, une perte de connaissance assez importante et requiert donc de passer au service de réanimation."

● LES CONSÉQUENCES DU TRAUMATISME CRÂNIEN

« En général, le traumatisé crânien récupère assez bien sur les aspects moteurs : paralysie, troubles de l'équilibre... Mais ce n'est pas ce qui va être le plus handicapant pour les patients. Le plus handicapant, ce sont les problèmes intellectuels (cognitifs) et psycho-émotionnels. »

Claire Jourdan.

Léger, modéré ou sévère, le traumatisme crânien peut vite se révéler être un handicap invisible. Troubles de mémoire, de concentration, fatigue intellectuelle font partie des séquelles faciles à expliquer, à la victime comme à son entourage. "Il y a cependant une composante plus compliquée à verbaliser, qui est la pire : les troubles des fonctions exécutives", alerte Claire Jourdan. Ce sont les fonctions les plus élaborées, le chef d'orchestre du cerveau, qui va arbitrer : "J'ai un but, je planifie, je vais mettre en place une stratégie, ça ne se passe pas comme prévu je m'adapte, je change de plan, etc." Une atteinte des fonctions exécutives bouleverse alors complètement

le quotidien de la victime et de son entourage. "Ce point majeur est pourtant difficile à prendre en compte lors d'un diagnostic : lorsque nous effectuons des tests, nous ne nous en rendons pas forcément compte", regrette Claire Jourdan. D'où l'importance cruciale de suivre les victimes de traumatismes crâniens. "Cela peut faire sortir un individu des rails de sa vie de façon complètement bouleversante sans qu'on puisse l'anticiper, ni l'expliquer clairement dès le départ." Difficulté supplémentaire : la victime de traumatisme crânien n'a parfois elle-même pas conscience de ses symptômes, la capacité d'auto-critique et de jugement étant altérée lors d'un traumatisme.

« On peut parler à cette personne, elle aura l'air tout à fait normal mais elle vit un quotidien catastrophique, et parfois sans en comprendre la cause. »

● LA PRISE EN CHARGE DES ADULTES AUX URGENCES

Comment évaluer l'urgence d'une prise en charge d'un traumatisme crânien ?

Comment le niveau de priorité est-il instauré face à des fractures ouvertes aux urgences ?

“ **À l'hôpital de Perpignan, nous prenons en charge les patients qui ont leur pronostic vital engagé, et la problématique du traumatisme crânien est forcément grave** ”, précise Ludovic Rancé.

Les patients sont alors plongés dans un coma artificiel, puis mis au repos pendant une période parfois prolongée. Même si le patient n'est pas surveillé sur le plan neurologique, les médecins contrôlent régulièrement d'autres paramètres, observés au-dessus du crâne.

“ Notamment avec des capteurs de pression intracrânienne, des paramètres d'oxygénation au niveau de la peau du cerveau, au-dessus du crâne, etc.”.

Le danger d'une prise en charge incomplète a surtout lieu lorsque les patients arrivant aux urgences ont subi un accident grave, à haute cinétique (choc violent). Les blessures physiques sont au centre de l'attention, le traumatisme crânien passe alors au second plan.

“ Le patient va au bloc opératoire, puis au service orthopédie, où la prise en charge du traumatisme crânien est complètement délaissée... ”, se désole Ludovic Rancé.

Les semaines suivant l'accident laissent ensuite apparaître des symptômes de type céphalées persistantes, flous visuels, troubles de l'attention, etc.

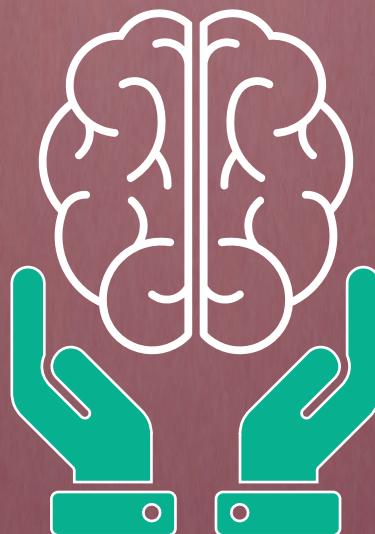
“ Ces patients-là mériteraient d'être vraiment suivis dès la prise en charge initiale et bien orientés vers les services de rééducation adaptés ”.



“ **Plus il y a d'intervenants, plus le parcours peut être mal coordonné** ”

“ Il existe différentes prises en charge pour l'adulte. Des centres spécialisés en fractures, neurologie, etc. sont présents pour les patients. Mais plus nous avons d'intervenants, plus il y a un risque d'avoir un parcours mal coordonné. Les besoins des patients sont également plus variés : soins cardiaques, orthopédiques, etc. Le parcours peut rapidement partir dans tous les sens, avec des interlocuteurs différents à chaque étape. Cependant, malgré un parcours multiple, il est crucial de ne pas perdre de vue cet enjeu majeur qu'est la prise en charge des aspects cognitifs.”

Claire Jourdan



UNE ORGANISATION DES SOINS À PARFAIRE

"Nous rencontrons un problème d'organisation des soins. L'idéal serait d'avoir des protocoles codifiés, où chaque patient qui passe aux urgences serait évalué sur des aspects similaires à ceux des protocoles post-commotionnels, puis envoyé vers une consultation systématique de suivi en cas de souci. Mais il faut quand même avoir la notion des chiffres.

Le traumatisme crânien, et uniquement pour ceux qui passent aux urgences, c'est 175.000 cas par an en France. En Occitanie, c'est 16.000 cas par an. Cela voudrait dire qu'il faudrait qu'il y ait des médecins spécialistes du trauma crânien qui soient capables d'encaisser 16.000 consultations par an ; en sachant qu'une grosse proportion de ces gens-là vont aller bien n'auront au final pas besoin d'un tel suivi.

Claire Jourdan

Pour l'instant, nous avons du mal à mettre en place des protocoles qui répondent à cette systématisation et ce volume. L'enjeu va être d'avoir plus de moyens de consultations spécialisées pour ces gens-là, parce qu'elles sont clairement insuffisantes, et aussi d'avoir des façons de filtrer les patients en fonction de ceux qui ont le plus de risques d'aller mal. Ou alors, d'avoir des informations suffisamment adaptées à donner aux gens pour qu'ils aient une modalité de recours. Ce serait une projection de ce qui peut leur arriver.

Par exemple : dans 1 an, si vous n'allez pas bien, vous devez consulter. C'est, selon moi, la solution."



UNE SOUS-ÉVALUATION DE LA RÉALITÉ DES SYMPTÔMES

“ Nous manquons d’éléments, de preuves : car le médecin expert n’est pas là pour croire ou ne pas croire, il est là pour prouver ”
rappelle Éric Baccino, chef du service médecine légale au CHU de Montpellier.



Éric Baccino
Chef du service médecine légale
au CHU de Montpellier

UNE SOUS-ÉVALUATION DE LA RÉALITÉ DES SYMPTÔMES

Les victimes de traumatisme crânien font généralement face à une sous-évaluation dès le départ de leur prise en charge aux urgences. L'absence de test neuropsychologique entraîne irrémédiablement une absence de preuve. Les symptômes de type syndrome post-traumatique chronique, ou post-commotionnel chronique, sont ainsi sous-évalués sans IRM ou tests.

“ Quand vous avez une expertise qui se passe 1 an ou 2 ans après, les experts vont considérer qu'ils ont des troubles psychosomatiques et vont rarement les évaluer à leur juste valeur, toujours par manque d'éléments de preuves ”, se désole Éric Baccino.

L'IMPORTANCE DE RÈGLES D'IMPUTABILITÉ POUR LE TRAUMATISME LÉGER

Comment imputer des séquelles neurologiques ou psychologiques à un traumatisme crânien léger ?

“ Aucune règle n'existe. Il est plus facile d'expertiser les séquelles graves d'un traumatisé crânien que d'imputer, quantifier et aider à l'indemnisation des traumatisés légers ”, observe Éric Baccino.

Pour les traumatismes crâniens graves, le chef de service requiert un “ guide du besoin d'une tierce personne. Il n'y a pas de barèmes bien définis, si la Mutuelle des Motards pouvait essayer de nous sortir quelque chose sur la tierce personne pour les traumatisés crâniens ça pourrait nous aider ”, indique-t-il.

“ C'est souvent du marchandage de tapis plus ou moins agressif au moment de l'expertise, c'est gênant pour tout le monde et ce n'est pas objectif ”, conclut-il.

L'IMPORTANCE CRUCIALE D'IDENTIFIER LE TRAUMATISME CRÂNIEN POUR UNE PRISE EN CHARGE CORRECTE

Enjeu crucial dans la prise en charge du patient : la continuité des soins. Cette dernière est souvent mise à mal par manque de connaissance des problématiques du traumatisme crânien, venant des professionnels, des patients, et des familles.

“ La situation que nous redoutons le plus : que la personne sorte de l'hôpital et se retrouve face à un certain nombre de troubles neurologiques très pénalisants, qui déstabilisent sa vie et celle de son entourage ”, relève Claire Jourdan.

“ Ne pas informer dès le départ sur les conséquences d'un traumatisme crânien peut rapidement handicaper les patients par la suite. Les traumatismes crâniens peuvent être « stabilisés », lorsque les fonctions cognitives ont fini de progresser. Pour connaître l'avancée de ces fonctions, des tests cognitifs peuvent être effectués, au bout de deux ou trois ans, et avec beaucoup de réserves ”, souligne Claire Jourdan.

Deux à trois ans chez l'adulte, cela peut paraître long et court à la fois.

“ Ce délai prend compte des difficultés que peut rencontrer le patient pour retracer une nouvelle trajectoire de vie stable. Rappelons que le traumatisme crânien rend cette dernière fragile, il est donc important de prendre le temps tout en gardant une certaine réserve ”, souligne-t-elle.

UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE AUX PROFILS : 2 EXEMPLES



SPORTIFS :

L'EXEMPLE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA COMMOTION CHEZ LES SPORTIFS : DES PROTOCOLES STRICTS MIS EN PLACE

“Quand nous nous faisons une entorse, ou que nous nous cassons une clavicule, la question ne se pose pas parce qu'on a un plâtre, avec une immobilisation imposée de fait. Quand on prend un coup à la tête, on a l'impression que deux jours plus tard, tout va bien, mais c'est une illusion.”

Dans le monde du rugby, sport de contacts, les médecins font face à une problématique récurrente : la difficulté du diagnostic. “Lorsque le traumatisme crânien est sévère, nous n'avons aucun mal à le repérer. A contrario, la commotion (traumatisme crânien léger), pose des difficultés”, explique Ludovic Rancé.

Ainsi pour faire sortir un joueur du terrain, il est essentiel de diagnostiquer la commotion. Un protocole commotion peut être décidé par l'arbitre ou un membre du staff pour faire sortir le joueur, “ou des médecins indépendants en réalité”, rappelle Ludovic Rancé. La commotion peut sembler complètement bénigne mais avoir des conséquences à long terme très graves, surtout en cas de nouvelle commotion dans les jours qui suivent. Il y a deux protocoles commotion différents : chez le mineur, il est préconisé un arrêt des sports de contact pendant 3 semaines. S'il y a une deuxième commotion dans les 12 mois qui suivent, l'arrêt est de 6 semaines. S'il y a une troisième commotion, il faut un avis spécialisé avant la reprise de l'activité avec contact, et il est alors préconisé 180 jours (soit 6 mois) d'arrêt de sport avec contact.

Du côté des courses de moto, l'identification est moins facile : les chutes ne sont pas toutes filmées.

“C'est souvent le pilote qui vient de lui-même. Nous lui interdisons alors de reprendre le guidon et de continuer la compétition”, explique Ludovic Rancé.

Les médecins cherchent alors à dépister des signes de commotion qui sont un mauvais fonctionnement du cerveau et de l'activité cérébrale. Cela peut se manifester par une perte de la mémoire, des troubles de l'attention, de l'équilibre, des vomissements, des maux de tête très intenses...

“Nous faisons passer au sportif un petit questionnaire et s'il n'y a une seule réponse qui n'est pas bonne, on interdit au pilote de continuer la course”, conclut-il.

Quoi qu'il en soit, après une commotion, le repos est très important, et encore plus chez la personne jeune. La mise au repos de l'organisme et du cerveau est vraiment à prendre en compte et à observer de manière très stricte, pendant 3 semaines chez l'enfant et 1 semaine chez l'adulte si c'est une première commotion.



MOTARDS ACCIDENTÉS

FAUT-IL LEUR ENLEVER LE CASQUE ? LE LAISSER ? JUSQU'À QUEL MOMENT ?

“Il n'y a pas de réponse formelle, parce que chaque accident est différent. Globalement, nous laissons le casque en place, si possible. Tant qu'il n'y a pas une très bonne raison de l'enlever, nous le laissons. Une très bonne raison d'enlever le casque de quelqu'un qui vient de faire une chute à moto, c'est quelque chose qui va mettre en jeu de manière plus urgente son pronostic vital.

Quand le motard vient de chuter et qu'il est inconscient, la question à se poser tout de suite : est-il vivant ou est-il en train de mourir ? Pour le savoir, on va regarder s'il respire. S'il ne respire pas c'est qu'il est

en arrêt cardiaque, donc il faut mettre en place des manœuvres de réanimation de manière instantanée. S'il faut effectuer un massage cardiaque, approcher un défibrillateur, le casque peut être gênant pour les manœuvres de ventilation. Dans ce cas, il faut enlever le casque.

Dans tout autre cas, si le patient respire, il ne faut pas toucher l'axe tête-cou-tronc. C'est l'axe de la colonne vertébrale. Tout traumatisé crânien est un traumatisé du rachis cervical, jusqu'à preuve du contraire. Jusqu'à ce qu'on ait fait un scanner qui nous prouve qu'il n'y a pas de fractures au niveau de la colonne

cervicale, ou plus bas, il faut éviter autant que possible de le mobiliser. Pour un patient, même inconscient, qui respire, la première chose à faire est d'essayer de mettre en place un maintien de l'axe tête-cou-tronc à la main, puis après avec un collier cervical. Après, quand le traumatisme est léger, que le patient n'a pas perdu connaissance, qu'il n'y a pas manifestement de signes de gravité, le motard va souvent enlever le casque lui-même. En résumé, il ne faut pas prendre la décision d'enlever le casque à un motard, surtout s'il est inconscient et qu'il respire”.



LE CAS PARTICULIER DES TRAUMATISMES CRÂNIENS CHEZ LES ENFANTS

LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS

Chez l'enfant, tout un spectre doit être considéré. Il y a les troubles antérieurs, que ce soient des troubles du développement, de l'attention, de l'hyperactivité... Et il y a les syndromes post-traumatiques, et la façon dont les familles les vivent. Il y a comme une éponge entre ce qui est vécu par la famille et ce qui est vécu par l'enfant „

Analyse Valérie Zimmermann médecin rééducateur (MPR) pédiatrique à l'Institut Saint-Pierre (enfants malades, Palavas-les-Flots).

“L'enfant est pris en charge dans sa globalité : pour comprendre l'enfant qui se présente maintenant, il est nécessaire d'interroger sa famille pour connaître l'enfant qu'il était avant (troubles du neurodéveloppement, trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité...) .”

Dans le cas des traumatismes crâniens de l'enfant, l'interrogatoire concernant la courbe développementale, les compétences scolaires, les traits de personnalités, les antécédents notables, sont recherchés.

Les troubles présentés initialement sont amenés à évoluer, et peuvent parfois passer inaperçus, soit parce que la plainte semble invisible (céphalées, fatigabilité... cas du « handicap invisible ») ; soit parce que ces symptômes sont masqués par d'autres plus criants (syndrome frontal et troubles du comportement).

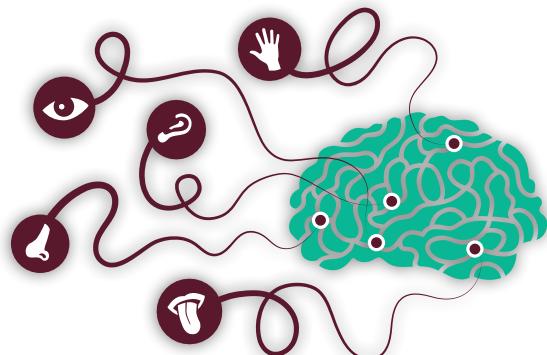
Lorsque les enfants retournent dans leur milieu habituel, il faut être attentif aux difficultés du quotidien qui pourraient ne pas avoir été anticipées ; notamment au moment du retour à l'école, qui pose un cadre avec ses exigences en terme d'apprentissage, de mémorisation, de planification.

Ceci explique le suivi au fil des années, selon les objectifs de rescolarisation, de resocialisation et d'autonomie. Les modalités de suivi de ces patients dépendent uniquement de leurs besoins, les intervenants libéraux et les familles peuvent nous interpeler dans le cas où de nouvelles difficultés surviendraient, mais habituellement des consultations de suivi se pérenniseront régulièrement dans le temps pour anticiper les besoins en soin, en appareillage et en aménagements scolaires.

“ Il ne faut pas croire que la consolidation² est systématiquement possible à un an ”

Valérie Zimmermann, médecin rééducateur à l’Institut Saint-Pierre

Toute la complexité du traumatisme crânien de l’enfant s’explique par la réalité d’un cerveau immature qui nécessite de parfaire de nouvelles acquisitions dans de nombreux domaines au fil du temps ; qui du fait de la plasticité cérébrale peut encore permettre une récupération ou/et des compensations utiles, et qui du fait de la trajectoire de vie nécessite un suivi régulier afin de co-construire un projet de vie qui n’était pas réfléchi avant l’accident. Dans les situations les plus complexes, il peut être utile de solliciter l’unité mobile de l’institut Saint Pierre (EMRP).



● À PARTIR DE QUEL DÉLAI POUVONS-NOUS CONSIDÉRER QUE L’ÉTAT DU TRAUMATISME CRÂNIEN EST CONSOLIDÉ ?

Il n’y a pas de délai dans le cas d’un traumatisme crânien de l’enfant, le traumatisme crânien est un mécanisme lésionnel et non une pathologie en soit avec une trajectoire évolutive prédéfinie. Il ne faut pas penser que les lésions neurologiques sur un enfant en bas âge (bébés secoués par exemple) sont plus susceptibles d’évoluer favorablement ; bien au contraire. La question de la consolidation ne se pose que lorsque

l’ensemble du projet de vie, des besoins en termes d’adaptation scolaires, professionnelles et en termes de compensation du préjudice subi (adaptation du domicile, tierce personne) sont fixés. Ceci n’est donc par définition pas si évident chez les patients que nous recevons (traumatisés crâniens graves).

● QU’EN EST-IL DES ENFANTS PLUS ÂGÉS ?

Ce n’est pas parce que nous parlons de pédiatrie que tout est question d’âge. La question concerne la récupération en fonction de ce qui avait déjà été acquis, et les possibilités de réintégrer ou non un cursus scolaire ordinaire ou adapté. Les aides humaines (AESH) ne sont pas suffisamment nombreuses pour permettre d’accompagner tous les enfants qui le nécessitent. Il en va de même pour les orientations en structure médico-sociales où les places sont chères.

Les délais pour intégrer ces structures se comptent souvent en années. Pour tous, et notamment pour ceux qui peuvent envisager une insertion dans la vie active, il est licite de les accompagner jusqu’au bout ; pour ne pas méconnaître des difficultés d’accessibilité par exemple, ou pour évaluer les besoins matériels dans leur domicile de sorte à pousser au maximum les possibilités d’autonomie.

● LES Trottinettes, bon pourvoyeur d’accidents

Un fléau chez l’enfant, les accidents de trottinettes ; électriques ou non. Peu respectent les précautions (casque conseillé ; en revanche système de freinage, avertisseur sonore, feux avant et arrière, dispositifs réfléchissants arrière et latéraux sont obligatoires) ; sans compter le respect de la limite d’âge (âge minimal 14 ans pour

l’électrique !), le respect des limites de vitesse, du nombre de personnes sur la trottinette... Les accidents sont fréquents, générant des lésions orthopédiques ; et neurologiques pour les situations les plus graves.

Peu savent qu’il faut assurer sa trottinette électrique (assurance

responsabilité civile) ; pourtant il s’agit bien d’un véhicule, même s’il se retrouve dans les mains d’un mineur. Peu savent qu’il faut assurer sa trottinette électrique (assurance responsabilité civile) ; pourtant il s’agit bien d’un véhicule, même s’il se retrouve dans les mains d’un mineur.

²Consolidation : désigne une situation dans laquelle les blessures accidentelles atteintes sont devenues stables et où aucune amélioration significative n'est attendue malgré le traitement. Ce sont les stades des séquelles indemnisiées selon l'évaluation expertale de leur gravité.

2

UNE PRISE EN CHARGE INSUFFISANTE LA PAROLE DE VICTIMES DE TRAUMATISMES CRÂNIENS

La prise en charge des traumatisés crâniens est insuffisante aujourd’hui. Nombreux sont les patients qui n’ont jamais été indemnisés à la hauteur du préjudice subi. Pour comprendre leur quotidien, nous leur donnons la parole. Des témoignages étayés par Marie-Christine Cazals, aidante au sein de l’Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et cérébrolésés (UNAFTC).





Victime d'une chute grave, plongé cinq jours dans le coma, Mustapha Zem raconte dans un livre, intitulé « *Les Pas Perdus* », adapté ensuite en film par son frère Roschdy Zem (*Les Miens*, novembre 2022), l'impact de son traumatisme crânien sur sa vie professionnelle et personnelle.

Mustapha Zem

Auteur du roman
« Les pas perdus »

“ Personne n'est informé sur ce que peut provoquer un traumatisme crânien ”

COMMENT S'EST CONCRÈTEMENT PASSÉE VOTRE PRISE EN CHARGE À VOTRE RÉVEIL À L'HÔPITAL ?

"J'ai eu mon accident, en pleine pandémie du Covid-19. L'hôpital était plein, et ne pouvait prendre le temps de s'occuper d'un traumatisé crânien."

À mon réveil d'un coma, qui a duré cinq jours, les infirmiers ont appelé ma famille. Je suis rentré chez moi le jour même, auprès d'eux. Le souci, c'est que personne, encore moins moi-même, n'était au courant du handicap invisible qu'un traumatisme crânien pouvait déclencher.

Ma famille, avec qui j'habitais, ne m'a tout simplement pas reconnu. Je n'étais plus le même. De gentil frère, père et fils exemplaire, je suis devenu du jour au lendemain quelqu'un de colérique, féroce et irascible.

Ma fille m'a comparé à « *L'Exorciste* » (film d'épouvante de 1973, note)... Personne n'est informé sur ce que peut provoquer un traumatisme crânien.

Le Pr. Jean-François Chermann, neurologue que j'ai consulté régulièrement par la suite, a consulté mes IRM et a été outré.

L'hôpital va mal, comment a-t-on pu vous laisser sortir, uniquement avec du doliprane ?, m'a-t-il demandé. Je l'ai consulté deux à trois fois par mois, durant six mois".

APRÈS AVOIR REJOINT VOS PROCHES, COMMENT AVEZ-VOUS REPRIS LE COURS DE VOTRE VIE ?

"Cela a été un long tunnel. J'ai mis deux ans pour m'en remettre, durant lequel j'étais quelqu'un d'autre.

Les conséquences de mon traumatisme crânien m'ont ostracisées, je suis devenu infréquentable, j'ai traversé un vrai calvaire. J'étais complètement desinhibé et ça a profondément choqué ma famille. Ça a donc été un vrai cataclysme : j'ai perdu mon travail et ma femme m'a quitté. J'étais directeur financier, et n'ai pas demandé à bénéficier de la Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH³).

Mes supérieurs se sont sûrement eux-mêmes renseignés pour comprendre les conséquences d'un traumatisme crânien, et ont dû découvrir qu'on ne retrouvait pas ses fonctions cognitives avant deux à trois ans. Cela les a effrayés, je n'ai pas pu reprendre mon poste.

Ma vie s'est effondrée, mais j'en ai tiré des leçons. Comme si ma vie me disait de tout arrêter et de reprendre à zéro, sur tous les plans : relationnels, professionnels, amoureux... J'ai donc décidé de tout reconstruire".

³RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, pour reconnaître officiellement par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) une aptitude au travail, suivant ses capacités liées au handicap.

L'IMPORTANCE DE LA FAMILLE ET DE L'ENTOURAGE

Marie-Christine Cazals, aidante Vice-présidente de l'AFTC LR et ancienne vice-présidente de l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et cérébro-lésés (UNAFTC), accompagne son fils de 40 ans, victime d'un accident de la route à l'âge de 6 ans. Il souffre des suites d'un traumatisme crânien sévère, consolidé à ses 20 ans, mais dont l'état se dégrade depuis quelques années.

"La famille est importante, et ce tout au long de la vie d'un traumatisé crânien. Au sein de l'UNAFTC, nous constatons une avancée en âge préoccupante avec des dégradations prématurées chez les personnes atteintes d'un traumatisme crânien. Dans les AFTC de nombreuses familles sont reçues, elles nous font part très souvent d'un trouble du comportement de leur proche traumatisé crânien. Alors oui après l'accident, il y a une période où la personne récupère, et c'est formidable, mais les difficultés cognitives sont présentes chez tous les traumatisés crâniens. Il n'y a pas de recette miracle : la famille quand elle existe doit être là tout au long du parcours de vie du blessé.

Et les familles sont aujourd'hui au bout du rouleau, notamment quand nous les accueillons à l'association. Car elles n'ont pas toujours eu l'accompagnement souhaité, on ne leur a pas expliqué les séquelles des lésions cérébrales, alors qu'elles connaissent peu de choses sur ces troubles, notamment leur intrication les uns avec les autres

et leur impact sur la vie du blessé. Les accompagner est le combat de ma vie : il y a une telle incompréhension des médecins, des magistrats, des travailleurs sociaux,mais aussi des MDPH (Maison des Personnes Handicapées), avec qui nous travaillons. Je me suis trouvée dans un tel désarroi lorsque l'on m'a dit de prendre le relais à la sortie de l'hôpital de mon fils, que je ne veux pas que d'autres familles vivent cette situation.

Ce qui est difficile aussi à accepter pour les familles c'est l'anosognosie⁴: Lorsque la victime d'un traumatisme crânien n'a pas conscience de ses troubles. La victime pense souvent que tout va bien, et que la faute est due à son entourage. Il faut pouvoir avancer sur ce point, avoir une connaissance de toutes les séquelles, afin de les accompagner au mieux. Surtout lorsqu'une réinsertion professionnelle ou scolaire est possible. N'oublions pas qu'il s'agit d'un handicap invisible."

LES PAS PERDUS Mustapha Zem



UN AUTRE REGARD
SUR LES MIENS
DE ROSCHDY ZEM




⁴Anosognosie : trouble neuropsychologique où un patient atteint d'une maladie ou d'un handicap ne semble pas avoir conscience de sa condition et de ses symptômes.



Alors qu'il roulait à vélo, un camion le percute de plein fouet, causant un important traumatisme crânien à l'âge de 17 ans. Il témoigne d'une jeunesse interrompue, mais d'une vie d'adulte en adéquation avec ses aspirations.

Ptiluc

Dessinateur et victime d'un
traumatisme crânien à l'âge de 17 ans

“Le traumatisme crânien a entraîné chez moi de nombreuses crises d'épilepsie, durant trois ans. J'ai donc dû arrêter mes études”

VOUS AVEZ SUBI UN TRAUMATISME CRÂNIEN À 17 ANS. QUELLES ONT ÉTÉ LES CONSÉQUENCES SUR VOTRE ADOLESCENCE ?

"J'ai toujours voulu faire de la BD, mais je n'avais pas l'autorisation de mes parents.

Le traumatisme crânien a entraîné chez moi de nombreuses crises d'épilepsie, durant trois ans. J'ai donc dû arrêter mes études, et mes parents ont alors été d'accord pour que je me lance.

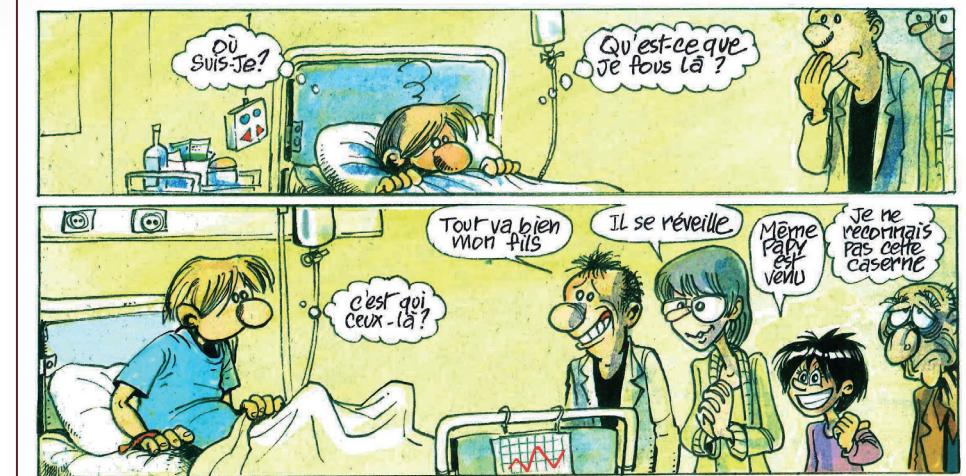
Pendant les trois ans, durant lesquels mon entourage était au courant de mes crises d'épilepsie, mes amis m'ont appris que d'autres personnes en avaient, et s'en étaient toujours cachées, car c'est mal vu. Le traumatisme crânien a donc changé le regard des autres sur moi".

QU'EN EST-IL DE VOTRE VIE AUJOURD'HUI ?

"Je me suis complètement remis de mon traumatisme crânien.

Même s'il a gâché mes 20 ans, ce traumatisme crânien a aussi fait basculer ma vie du bon côté aujourd'hui, car je peux pratiquer le travail de mes rêves.

C'est ma famille qui en a bavé plus que moi, finalement.... "



Éric Chatemiche a subi un traumatisme crânien il y a plus de 30 ans, et en garde aujourd’hui de nombreuses séquelles. Il revient sur l’après, complexe à la fois émotionnellement et physiquement.



Eric Chatemiche
sociétaire de la
Mutuelle des Motards

“ Le corps médical n'a pas apporté de réponses ou de solutions à mes difficultés ”

QUELLES SONT LES SÉQUELLES QUE VOUS AVEZ ACTUELLEMENT, ET COMMENT IMPACTENT-ELLES VOTRE QUOTIDIEN ?

" L'accident a eu lieu il y a 35 ans, mais j'en subis toujours aujourd'hui les séquelles. J'ai des troubles de la concentration et de l'équilibre, des problèmes de digestion et je suis très fatigué. Ces troubles sont inexplicables. Le corps médical ne m'a pas forcément apporté de réponses ou de solutions à mes difficultés. Ce qui pose un problème, notamment pour mon entourage, c'est que ces séquelles ne se voient pas.

COMMENT AVEZ-VOUS ÉTÉ PRIS EN CHARGE À LA SUITE DE VOTRE ACCIDENT ?

" J'ai eu une traumatisme crânien, mais le corps médical ne savait pas ce que j'avais exactement. Je suis donc resté allongé quelques jours à l'hôpital. À chaque réveil, je perdais toute notion du temps et de l'espace, et j'oubliais le jour que l'on était. Je n'avais pas le droit de me lever car les médecins ne savaient pas ce que j'avais. Heureusement, ma mère était présente. Je me suis adapté comme je pouvais.

AVEZ-VOUS DEMANDÉ LA RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ DE TRAVAILLEUR HANDICAPÉ (RQTH) POUR RECONNAÎTRE VOTRE HANDICAP EN MILIEU PROFESSIONNEL ?

" Non, j'ai caché mon handicap, je n'en parlais pas, même lors des recrutements et des embauches. Je travaille aujourd'hui dans le domaine de la sécurité sociale, et j'ai décidé d'en parler, car je suis moins gêné aujourd'hui, et je n'ai rien à perdre.

Je récupère alors comme je peux, et c'est compliqué. J'ai également un important blocage émotionnel pour parler de ce qui m'est arrivé. Je suis obligé de m'arrêter quand j'explique en détail mon accident, car mes émotions me submergent et c'est ingérable. C'est presque impossible pour moi d'en parler".

Je suis obligé de faire des pauses régulièrement. Cela a bien sûr compliqué ma scolarité, et j'ai dû faire des choix professionnels différents. Mais je me suis adapté, et je fonctionne différemment. Quand je ne suis plus concentré, je ressens le besoin de m'isoler, alors je pars faire un tour pendant une demi-heure, le temps que ça passe. Le repos est vraiment indispensable".

Mais je comprends que des victimes de traumatismes crâniens ne souhaitent pas en parler lorsqu'il y a des enjeux professionnels : cela peut vous exposer à des difficultés et nuire à votre employabilité".

“ J'ai caché mon handicap, je n'en parlais pas, même lors des recrutements et des embauches ”



Marie-Christine CAZALS

Vice présidente de l'AFTC*
Languedoc Roussillon

Marie-Christine Cazals, membre de l'AFTC-LR (Association de Familles de Traumatisés crâniens et de Cérébro-lésés du Languedoc Roussillon) et ancienne Vice-Présidente de l'ANFTC (l'association nationale). Depuis un accident de la route à l'âge de 6 ans, son fils souffre des suites d'un traumatisme crânien. Elle oeuvre depuis lors à accompagner les familles concernées et à l'amélioration de la prise en charge des victimes.

● ÉVITER LA DÉSINSERTION SOCIALE DU TRAUMATISÉ CRÂNIEN

Marie-Christine Cazals

"Malgré les plaintes des familles, nous avons tout de même aujourd'hui des structures de qualité sur le plan de la prise en charge médicale et rééducative : le Samu, les réanimateurs, les centres de rééducation... Rappelons qu'en 1989, il n'existe aucun ESMS (Établissement et Service Médico Sociaux) pour prendre en charge les personnes victimes de traumatismes crâniens.

Aujourd'hui, après le centre de rééducation, ce sont plus de 300 structures sur tout le territoire.

Malgré ce, il y a encore des trous dans la raquette : car chaque traumatisme crânien est différent, et que toutes les structures ne sont pas adaptées. L'UNAFTC et L'AFTC LR ont créé un GEM (Groupe d'Entraide Mutual à Montpellier et Béziers 34) porté par des

personnes victimes d'un traumatisme crânien. Mais certains n'y trouvent pas leur place : ce n'est pas assez jeune, pas assez animé, pas assez « tout ». Il faut faire du cas par cas en permanence. Et si nous laissons une personne sortir du cadre de ces structures, elle se retrouve très vite isolée, en situation de désinsertion sociale."

● UN CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES POUR LE TRAUMATISME CRÂNIEN EN PROJET

" Nous sommes en pourparlers pour créer un centre national de ressources sur le traumatisme crânien, c'est une bonne nouvelle. Si des solutions existent pour certains, la majorité

des familles que notre association reçoit ne sont pas dans un dispositif d'accompagnement. Nous soutenons et aidons ceux qui sont mal ou pas du tout indemnisés, car même la meilleure des

indemnisations ne résout pas toutes les difficultés. Nous recueillons également beaucoup de jeunes patients victimes d'un traumatisme crânien qui n'ont pas trouvé leur place dans la société. "

* AFTC : https://www.cerebrolesion.org/jcms/unaftc_53587/fr/qui-sommes-nous



L'IMPORTANCE DU REPOS - Marie-Christine Cazals

"Ce n'est pas qu'une fatigue physique mais aussi une fatigue intellectuelle que subissent les victimes de traumatisme crânien. Il faut que le blessé puisse se reposer, mais la plupart du temps, il ne le veut pas, et nous sommes souvent confrontés à ce refus. Malheureusement, si nous dépassons le seuil de la fatigue, cela engendre rapidement un problème de comportement. Ce problème de comportement interroge la famille, les blessés sont souvent redirigés vers des psychiatres, pour appréhender

le problème. Mais les psychiatres sont démunis face aux troubles du comportement des traumatisés crâniens et ne trouvent pas souvent de réponses adaptées."

Créer des liens entre les différentes structures du parcours du traumatisé crânien

"Il est difficile de définir un projet de vie pour les victimes d'un traumatisé crânien : ce projet va forcément évoluer au fil du temps. Mais si une structure doit être à l'origine de ce type d'initiative, elle

doit être indépendante. Elle ne peut pas venir des compagnies et des mutuelles d'assurances. Avec l'UNAFTC, nous avons participé à plusieurs groupes de travail avec les représentants des assureurs ces dernières années pour élaborer une meilleure indemnisation pour les traumatisés crâniens, et pour produire un guide sur l'expertise. Des liens existent et doivent être faits entre les différents acteurs du parcours du traumatisé crânien pour mieux repérer et indemniser ce 'Handicap invisible'."



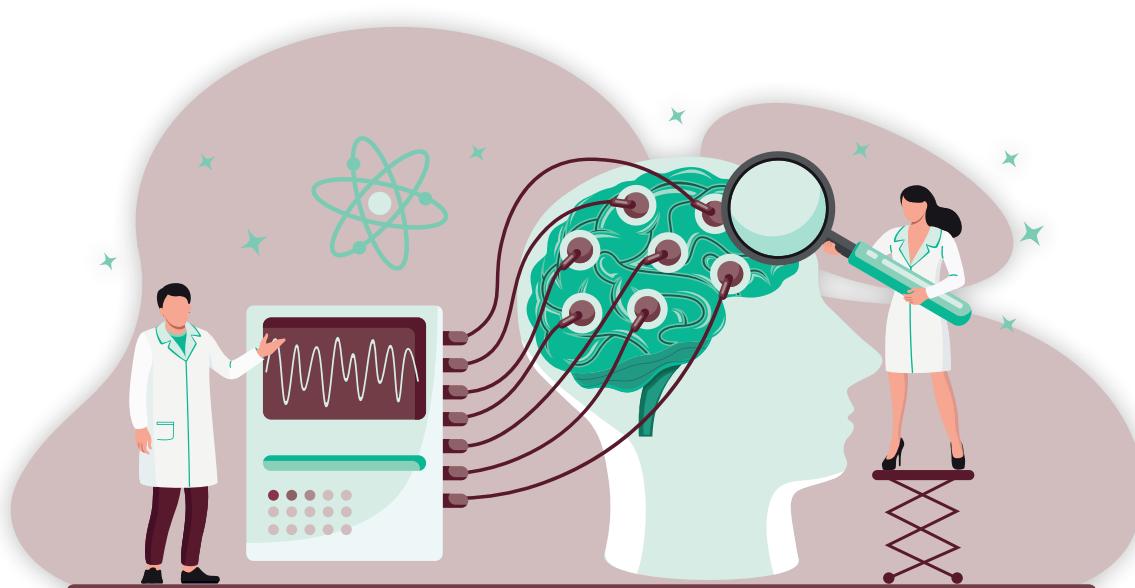
LA VARIÉTÉ ET L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES SÉQUELLES - Marie-Christine Cazals

"Je pensais connaître beaucoup de choses sur le traumatisme crânien, j'ai d'ailleurs passé un DIU diplôme inter universitaire, pour asseoir ma crédibilité auprès des professionnels médecins. Mais à l'AFTC LR, nous recevons des familles tous les jours, et j'en apprends tous les jours. Il n'y a pas deux cas identiques. Les symptômes varient en fonction des caractéristiques de l'accident, de l'âge au moment de la survenue de l'accident, du niveau d'étude, de

l'étendue et des lésions. Ce qui pose ainsi un problème dans la prise en charge : nous ne pouvons pas calquer la même marche à suivre d'un cas sur l'autre.

Même quand les familles se sentent enfin comprise, lorsque nous partons à leur rencontre, les pistes que nous leur donnons sont vite limitées : ne pas dépasser le seuil de fatigue, ne pas répondre à l'agressivité, éviter la nuisance sonore, etc. Pistes par ailleurs rarement communiquées à

ces familles, mais pistes de toutes façons insuffisantes puisque chaque traumatisé crânien réagit à sa façon. Le traumatisme crânien est donc très complexe. Et cette complexité crée de nombreuses incompréhensions, pour nous les aidants, mais également pour les familles, le médecin-expert, l'équipe juridique, les travailleurs sociaux, etc. Il est donc important de parler du traumatisme crânien et de ses conséquences."



3

LE BILAN NEUROPSYCHOLOGIQUE⁵ : DE QUOI S'AGIT-T-IL ? COMMENT SE PASSE-T-IL ? QUELLES SONT SES LIMITES ACTUELLES ?

LE BILAN NEUROPSYCHOLOGIQUE DONNE UNE DESCRIPTION OBJECTIVE ET DÉLIVRE DES DONNÉES FIABLES

Le bilan neurospychologique est au cœur de la prise en charge des traumatisés crâniens. Il est censé intervenir environ 6 mois après le traumatisme. Il doit être complet (entre 3 et 6 heures), pour approfondir la connaissance du patient, en prenant en compte sa fatigabilité, définir au mieux son état antérieur, et comprendre son entourage. Un 2^e bilan peut être diligenté entre 12 et 18 mois après le traumatisme. À trois ans, un 3^e bilan peut être intéressant, pour évaluer les plasticités mentales et cérébrales. L'analyse de l'évolution est primordiale. Un bilan neuropsychologique reste une information à un instant T. Une évolution favorable ou défavorable entre deux bilans revêt donc, en soi, une information.



Marie-Christine Gély-Nargeot
Professeur de psychopathologie et de
neuropsychologie Faculté de Montpellier

La neuropsychologie est une discipline qui s'inscrit dans le courant comportementaliste, elle va s'intéresser aux phénomènes manifestes. Ce sont des comportements qui seront en relation avec les structures cérébrales. Tout comportement est par essence mesurable. Cette discipline se situe à l'interface des neurosciences, de la neurologie, de la psychologie et va être relativement riche en termes de référentiels.

La définition de la neuropsychologie a considérablement évolué. Il y a quelques années, on considérait que c'était l'étude des fonctions mentales supérieures dans leur rapport avec le cerveau. Les fonctions mentales supérieures étant la cognition (les fonctions cognitives), mais aussi les fonctions instrumentales telles que le langage, les gestes...

Cette première définition était relativement restrictive. Grâce aux travaux quelques années plus tard, la neuropsychologie a également inclus l'étude des comportements affectifs, émotionnels et socio-cognitifs, puisqu'il n'y avait aucune raison de la restreindre aux simples fonctions dites intellectuelles. C'est une approche qui va être obligatoirement intégrative lors du bilan neuropsychologique puisqu'on va s'intéresser à l'ensemble de ces différentes fonctions.

En cas de lésion au niveau du cortex, le traitement cognitif va être biaisé, voire totalement absent. Ceci va être à l'origine des troubles du comportement, qui vont retentir à des échelles plus ou moins importantes dans la vie quotidienne et qui, malheureusement, pourront aller jusqu'à générer un handicap quand la personne ne peut plus assumer

⁵Bilan neuropsychologique : Il s'agit d'une série de tests permettant d'évaluer les différentes fonctions cognitives (mémoire, attention, concentration, langage, efficience intellectuelle, etc.) et les fonctions exécutives.

pleinement son rôle social. Le patient traumatisé crânien va réagir, puisque nous avons tous cette propension à nous adapter. Ici, ce seront la plupart du temps des manifestations psychopathologiques. Elles sont importantes. Il faudra en tenir compte car elles vont moduler les troubles cognitifs. Le bilan neuropsychologique va étudier les modifications de la cognition, des fonctions instrumentales, des affects, des émotions, des interactions sociales... Obligatoirement, les déficits seront multidimensionnels.

C'est pourquoi il est très important de s'intéresser aux manifestations de ces différents pôles. L'intérêt du bilan neuropsychologique va être d'abord de donner une description objective. La neuropsychologie est une discipline scientifique, donc elle va permettre d'avoir des données fiables, et de mesurer tous ces comportements. Le bilan va aussi livrer des explications et une synthèse intelligible. Je veux insister sur le

Des données objectives transmises à un juge

Le bilan neuropsychologique évalue plusieurs points : Qui ? Quand ? Comment ? Pourquoi ? Nous allons pratiquer différentes évaluations, car on va commencer par une évaluation clinique à partir de l'entretien, puis nous allons émettre des hypothèses. Ensuite, nous remonterons à notre protocole, donc rechercher les tests les plus pertinents. Puis, nous passerons à la partie expérimentale pour pouvoir donner ces données objectives fondées sur la preuve à un juge, pour

faire que le terme "évaluer" a deux acceptations ici. Ça veut dire "chercher la valeur de" mais aussi "valoir".

Donc nous allons "chercher la valeur de", dans ce cas nous serons dans une logique quantitative. On va rechercher des performances et les objectiver. Nous pouvons également, et ce sera nécessaire et obligatoire, "valoir", donc mesurer la valeur à pouvoir faire telle action ou telle activité.

Dans ce cas, on sera dans une logique qualitative. On sera dans une recherche de compétences, nous allons mettre le sujet en situation. Le bilan neuropsychologique va permettre à la fois de relever des déficits, des ressources, des capacités, des incapacités, des avantages, des désavantages.

L'intérêt du bilan va être objectiviste, expérimentaliste, fondé sur la preuve.

qu'il prenne une décision, pour qu'il puisse fonder son arbitrage de la façon la plus éclairée possible.

Pour cela, nous allons faire des tests psychométriques. Cela va nous permettre de réaliser le profil entre les différentes fonctions cognitives, mais aussi à l'intérieur d'une même fonction cognitive, et surtout de vérifier les dires que nous avançons par des méthodes statistiques, pour savoir quel est le risque d'erreur qu'il pourrait y avoir à retenir une telle conclusion.

Suivi du patient dans sa vie quotidienne pour comprendre ses difficultés

Nous réalisons des tests qui sont d'ordre psychopathologique, pour évaluer l'affect, les émotions, etc. Cette approche est intéressante, car elle nous permet de classer la performance du sujet mais ne nous permet pas de remonter jusqu'à la nature du déficit, donc de savoir où le traitement n'est pas fait correctement. Pour cela, nous allons nous appuyer sur une méthode cognitive, donc utiliser des tests qui sont faits à partir de modèles théoriques existants, ces derniers vont avec le temps se complexifier.

Avec des tests neuropsychologiques, le but va être de tester les différentes composantes du modèle, de façon à pouvoir isoler où se situe l'absence de traitement correct.

Tout cela reste éloigné de ce qui peut se passer dans la vie quotidienne du patient. Parfois, des patients arrivent en se plaignant de douleurs terribles, que l'on ne retrouve pas au test.

Cela ne veut pas dire qu'il n'y a rien, cela veut dire que le test cognitif ou psychométrique est passé à côté.

C'est la raison pour laquelle il existe un nouveau genre d'évaluation qui se développe, qui permet de suivre le patient dans sa vie quotidienne pour noter les difficultés qu'il peut avoir.

Pour réaliser ce bilan neuropsychologique, il faut connaître les différentes fonctions psychologiques, la modélisation de ces fonctions, leur sémiologie, et aussi être formé à la neuroanatomie fonctionnelle. Il n'y a pas de recette pour un bilan neuropsychologique. Il n'y a pas de bilan standard. Il y a un bilan qui est adapté à partir d'hypothèses pour chaque patient.

Il n'y a pas non plus de bilan bref. Lorsque je fais une expertise neuropsychologique, cela nécessite à minima 4 à 6 heures par patient, il faut tenir compte de sa fatigabilité.

L'absence de bilan neuropsychologique pose un problème éthique et de non-reconnaissance de la personne

L'intérêt du bilan neuropsychologique est qu'il permet de dépasser la dialectique en apparence paradoxale entre réinsertion et évaluation du préjudice. Dans certaines situations, quand nous cherchons des solutions pour aider le patient à se réinsérer socialement, nous allons nous questionner sur le potentiel, sur ses ressources. Le juge, pour le volet indemnisation, va nous interroger davantage sur les préjudices. Grâce au bilan neuropsychologique, nous pouvons faire dialoguer ces deux éléments, et participer à la réparation du préjudice, dans le sens où le patient va être pleinement reconnu. Par ailleurs,

beaucoup de troubles « invisibles », qui passent inaperçus aux yeux des non-spécialistes, peuvent être mis en évidence grâce au bilan neuropsychologique.

En revanche, l'absence de bilan neuropsychologique lors de l'expertise du traumatisé crânien est très problématique, et pose un problème éthique, de non-reconnaissance de la personne. Cela pose également le problème de l'indemnisation, mais aussi de la reconnaissance par la famille du trouble qui peut développer des aptitudes dysfonctionnelles. Rappelons que des lésions minimales peuvent provoquer un handicap majeur.

UN TRAVAIL D'ENQUÊTE SUR L'ENTOURAGE



Édith Decroix
Neuropsychologue

Edith Decroix, neuropsychologue spécialisée dans les bilans de traumatisés crâniens, complète :

"Le bilan neuropsychologique, c'est créer un lien avec la personne sur 4 ou 5 heures de temps, avoir un maximum d'informations au cours de l'entretien. Il faut que la personne nous donne des éléments. Il faut pouvoir éventuellement écouter l'entourage pour avoir des éléments complémentaires.

C'est très important. Parfois, des patients très déficitaires viennent tous seuls en expertise, en taxi.

Cela m'oblige, de mon côté, à mener un petit travail d'enquête, à rappeler les proches, l'époux, la mère, le père, pour solliciter un entretien, et compléter ce que le patient va nous dire.

Je demande à la tierce personne « Comment ça va ? » Si on me répond juste : « Ça va »... je vois bien que ce n'est pas le cas.

Le bilan neuropsychologique est donc un examen, mais aussi un peu un travail d'enquête. "

UN PROFIL PARTICULIER DE PATIENTS

" Nous avons des patients qui sont particuliers, détaille la clinicienne. Beaucoup d'entre eux présentent des troubles du comportement. Il faut réussir à les mettre en confiance pendant l'examen, à les mobiliser sur des tests, parce que quand ils vous envoient vos cubes à la figure (et c'est du vécu, effectivement !), ils ne voient pas pourquoi ils sont là, surtout pour ceux qui n'ont pas conscience de leurs difficultés. Il faut vraiment réussir à les accompagner, à tenir compte des spécificités de leurs troubles. "

" Le grand biais du bilan, c'est un état dépressif du patient ", ajoute Thierry Senbel. Cet état " va forcément ralentir les tests et l'efficacité. Donc, on ne demande pas de bilan neuropsychologique pour quelqu'un qui a un grand syndrome de stress post-traumatique, un grand syndrome anxiodépressif.

Sinon, le bilan va être anormal, inutilisable et non-valide, car il ne reflètera pas les possibilités du patient. "

" Lorsqu'il y a un état dépressif, le traitement cognitif va être biaisé, par exemple par des idées noires, par la rumination, ce qui va entraver le traitement cognitif, donc ça va générer des troubles amnésiques, explique Marie-Christine Gély-Nargeot. Il en est de même pour l'anxiété, qui va générer des biais générant des troubles de la mémoire. Ils sont différents des troubles que l'on retrouve après un état dépressif.

Nous allons devoir savoir s'il agit de troubles amnésiques en lien direct avec les lésions cérébrales, ou bien s'ils sont le fruit de biais cognitifs. De même, est-ce que les troubles génèrent de la dépression ? Ou est-ce que c'est la dépression qui a généré des troubles amnésiques ? "

L'OCTROI D'UNE ASSISTANCE « TIERCE PERSONNE » DÉPEND DU BILAN NEUROPSYCHOLOGIQUE

" Un paraplégique va faire les choses beaucoup plus lentement parce qu'il est fatigué. Donc il y a des choses qu'il ne fait pas, parce qu'il est fatigué, pose le médecin Thierry Senbel. Il faut prendre compte, dans la tierce personne, la fatigue accumulée et le fait de faire les choses plus lentement. La tierce personne va bien sûr dépendre du bilan neuropsychologique. "

UNE NÉCESSAIRE CORRÉLATION ENTRE LE TRAUMA CRÂNIEN ET LES SÉQUELLES

" La prise en charge médico-légale est très importante. Il faut relier le traumatisme aux lésions. C'est la raison pour laquelle tout doit être rédigé dans le rapport ", insiste-t-il. " Mais parfois, nous n'avons pas ces éléments-là. Des dossiers nous parviennent vides, sans information sur le suivi ", complète Edith Decroix.

DES PATIENTS BIAISENT-ILS LEURS COMPORTEMENTS LORS DES BILANS ?

"Des patients vont développer des troubles somatoformes⁶, explique Edith Decroix. Il n'y a pas quelque chose de conscient, ni une volonté de tricher. Des patients, parfois, exagèrent volontairement leurs difficultés. Quand on discute avec eux, on s'aperçoit qu'ils ont tellement peur qu'on ne reconnaîsse pas leur statut de victime qu'il y a une exagération. L'exagération n'est pas systématiquement consciente, il faut vraiment garder ça à l'esprit. J'ai eu des dossiers où il y avait tellement de discordances dans le bilan, que je ne suis pas en mesure de les interpréter.

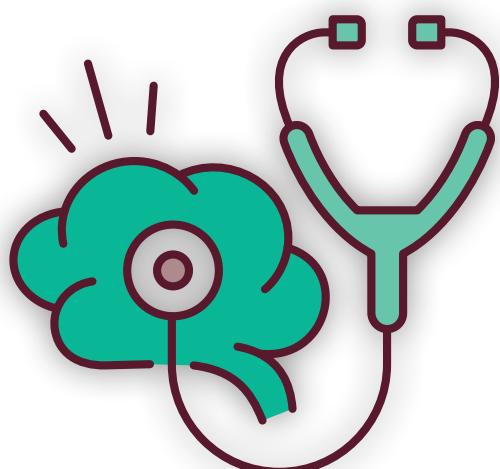
Dans le domaine assuranciel, nous avons des dossiers qui sont complexes et truqués pour des tas de raisons. Nous n'aimons pas tomber sur des dossiers comme ceux-là, parce que j'ai tendance plutôt à me dire que j'interviens avec neutralité et objectivité. Je ne cherche pas à avantagez ni l'assurance, ni la victime. Dans ces dossiers sensibles, on est obligé de dire que le tableau est discordant, parce que c'est ce qu'il se passe. Le neuropsychologue est là pour décrire des résultats, si on ne peut pas les expliquer on ne va pas inventer quelque chose."

“ Le bilan neuropsychologique est un guide pour la rééducation et la réinsertion ”

Marie-Christine Cazals

" Le bilan neuropsychologique est trop peu connu, pourtant c'est un guide pour l'entourage et les professionnels, qui s'en servent pour évaluer la rééducation et la réinsertion des victimes. Nous demandons ainsi à tous nos adhérents s'ils ont passé ces tests. Le bilan neuropsychologique est également très important car il permet d'analyser l'évolution des symptômes d'un traumatisme

crânien au cours du temps. Tous les experts doivent s'en servir systématiquement, car il ne peut y avoir d'expertise sans cet outil. Et pour cela, les experts ne peuvent le faire seuls, et doivent faire appel à un sapiteur⁷ lorsqu'ils sont nommés pour établir une expertise plus exacte et précise. Cela permettra de recueillir des données plus fiables, pour une meilleure indemnisation à terme. "



⁶Troubles somatoformes : Les troubles somatoformes et apparentés sont des troubles mentaux caractérisés par une attention intense portée aux symptômes physiques (somatiques), entraînant une souffrance significative et/ou une perturbation du fonctionnement quotidien. La plupart des troubles mentaux sont caractérisés par des symptômes mentaux.

⁷Sapiteur : Para médicaux : ergothérapeute, neuropsychologue, orthophoniste, psychologue, etc... médecin issu d'une autre spécialité, qui intervient en renfort d'un médecin-expert lors d'une expertise.



L'EXPERTISE MÉDICALE AU CŒUR DE L'INDEMNISATION LE SYSTÈME D'INDEMNISATION DE 1985 POSE DES LIMITES

"Si on est responsable de l'accident, il y aura des limites à l'indemnisation," prévient Victorine Tournaire, maître de conférences à la Faculté de Droit de Lyon. *"Si on n'est pas responsable et que c'est un accident de la circulation, il existe en France un système d'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation depuis 1985, qui permet leur indemnisation pour les dommages corporels, lorsqu'elles sont seulement victimes. Si la victime est non-conductrice d'un véhicule terrestre à moteur, elle sera plutôt bien indemnisée par l'assureur du responsable. En revanche, si un traumatisé crânien est responsable de l'accident, il va y avoir des limites."*

Il faut distinguer deux hypothèses. Il y a le cas où la personne est responsable de son accident toute seule (si elle rentre dans un arbre ou dans un mur), là il n'y a pas de responsabilité civile au sens juridique, dans le sens où normalement on n'est pas responsable envers soi-même.

Si la personne cause un accident à elle-même, elle ne pourra pas être indemnisée par son propre assureur de responsabilité. Si elle a souscrit à une assurance de dommages corporels, non obligatoire, elle pourra être indemnisée dans certains cas précis.

Autre hypothèse : le cas dans lequel la victime a un traumatisme crânien, est responsable de l'accident et plusieurs véhicules sont impliqués dans l'accident. Il y a d'autres responsables potentiels, donc l'assureur va pouvoir indemniser la victime. Cependant, ces assureurs vont pouvoir opposer à la victime sa faute, quelle que soit la gravité de la faute. Même une faute légère peut lui être reprochée, dès lors qu'elle a joué un rôle dans la réalisation de son dommage, même si cela n'a pas joué un rôle dans la survenance de l'accident, par exemple, le fait de ne pas porter un casque."



Me Jean-Denis Galdos
Avocat au barreau de Paris

LES UTILISATEURS DE DEUX-ROUES EN PREMIÈRE LIGNE

"Il n'y a pas d'indemnisation s'il n'y a pas un assureur, rappelle Jean-Denis Galdos, avocat conseil de la Mutuelle des Motards. Parmi les victimes que l'on peut rencontrer dans les centres de rééducation fonctionnelle, beaucoup sont amputées. Ce n'est pas forcément suite à un accident de la vie ou de la circulation. Ils peuvent être amputés pour cause de maladie. Ces gens ne vont pas être indemnisés. Ils sont couverts uniquement par la Sécurité sociale et leur complémentaire santé.

Concernant les accidentés de deux-roues, nous allons mettre en œuvre des moyens importants pour que quelqu'un à qui on a dit « tu n'auras droit à rien » ait droit à 100 % de son indemnisation. Nous n'indemnissons des gens que s'ils ont le droit d'être indemnisés. Bien sûr, pour certaines catégories, telles que les jeunes enfants, un cycliste, un piéton, un passager transporté... le problème ne se pose pas. Pour le motard, le problème se pose.

Dans beaucoup d'accidents de moto, le motard subit un traumatisme crânien, même léger, avec souvent une perte de connaissance.

Le motard sait à peu près où il en est quand il est soit dans le véhicule du SAMU, soit à l'hôpital. L'autre protagoniste de l'accident est souvent en voiture, il n'a pas de trauma crânien, donc il se rappelle bien des circonstances de l'accident, et parfois il n'y a pas de témoins. Les forces de l'ordre se déplacent pour faire le procès-verbal de l'accident, elles auditionnent les gens. Donc, le risque est que l'on prenne pour argent comptant la version donnée par l'automobiliste, qui l'arrange, qui l'exonère de toutes responsabilités, et qui met tout sur le dos du motard. Le motard, pendant ce temps-là, est emmené à l'hôpital. Éventuellement, on va prendre sa déposition, il va dire qu'il ne se rappelle de rien... Et le risque est d'aboutir à un procès-verbal qui affirme que le motard est responsable de l'accident. « Avec des conséquences lourdes : » Les assureurs vont s'adosser sur ce procès-verbal pour dire que le motard est fautif ", indique l'avocat.

L'EXPERTISE MÉDICALE FACE À LA PÉNURIE DE COMPÉTENCES

En 2002, une commission interministérielle a été créée pour améliorer l'indemnisation des traumatisés crâniens. "Parmi les mesures proposées, figuraient des mesures relatives à l'expertise : le fait d'établir une liste d'experts qui sont spécialisés dans ce domaine, la mise en place d'une mission d'expertise spécifique permettant de préciser les différents éléments qu'il faut examiner,

et enfin une formation des juristes", précise Victorine Tournaire. 21 ans plus tard, Éric Baccino pointe "le contexte de pénurie médicale. Comment voulez-vous trouver des experts spécialisés pour faire uniquement du trauma crânien ? On sait comment améliorer les choses, mais si vous avez des médecins en moins, vous ne pouvez pas avoir des spécialistes en plus".

UNE EXIGENCE D'EXHAUSTIVITÉ

Tout se joue au niveau de l'expertise. "L'expertise doit être complète et bien faite. Il doit y avoir une vraie prise en compte du traumatisme crânien. Nous avons des outils, certainement perfectibles, avec un référentiel, une nomenclature... Mais il faut arriver à faire rentrer le trauma crânien dans des cases, alors qu'il n'est pas forcément prévu pour", alerte Jean-Denis Galdos. "Si l'expertise est insuffisante, vous ne pourrez pas faire indemniser la victime. Mais cela prend du temps pour prouver à un juge qu'un expert a fait n'importe quoi (sic) et qu'il faut désigner un autre expert, qui lui ne va pas minorer et passer à côté des choses. On est dans 7 ou 10 ans de procédures" !

"Il s'agit donc de vérifier la qualité de l'expertise : avocat, association de défense des victimes, le dernier rapport du neuropsychologue et du psychiatre... Une expertise bien préparée ne doit pas déboucher sur une contre-expertise. La contre-expertise, c'est un échec pour l'expert. Je ne doute pas qu'elle soit nécessaire dans certains cas, car les magistrats peuvent désigner des experts qui n'ont pas été formés...", souligne Éric Baccino. "Le problème réside aussi dans la durée des délais. Si je veux avoir un avis psychiatrique dans une expertise, cela fait prendre 9 mois de retard au processus. C'est un problème."

La Mutuelle des Motards fait des recours. "On s'occupe de gens qui ne sont aucunement indemnisés, alors qu'ils ont des traumatismes très sévères, parce que certains considèrent qu'ils sont fautifs. Il y a un très fort aléa dans ces dossiers. Ce sont des dossiers qui sont toujours judiciaires. On n'est pas à l'amiable. Parfois, cela va jusqu'à la Cour de Cassation. La Mutuelle des Motards n'a rien

à gagner financièrement avec ce type de procédure, si ce n'est en notoriété et par rapport à ce qu'elle doit à ses sociétaires."

Le plus grave est de passer à côté de traumatisme crânien qui serait modéré, voire léger. "C'est pour ça qu'il est intéressant de s'entretenir aussi avec la famille de la victime, car la victime n'est pas forcément capable de vous donner des éléments qui vont vous permettre de considérer qu'il y a eu un trauma crânien. Le changement de comportement, qui est un symptôme du trauma crânien, va être perçu par l'entourage, mais pas forcément par la victime."

Dans ce contexte, la présence de proches du patient, lors des expertises médicales, est parfois souhaitable. "Les expertises sont la plupart du temps contradictoires. Je ne laisserai pas rentrer un avocat dans une expertise, mais s'il y a un proche, je le laisse rentrer et, quand je l'estime nécessaire, je lui demande son avis", détaille Éric Baccino.

Avec, néanmoins, des éléments de prudence. "Chez le traumatisé crânien qui a des problèmes neuropsychiques, le proche répond parfois à sa place, ou il fait des gestes, ce qui influence le discours de la victime. Dans ces cas-là, je demande au proche de reculer de deux mètres pour que la victime me réponde en tête-à-tête. Par contre, pour un traumatisé crânien qui serait frappé d'anosognosie⁸ et qui ne reconnaîtrait pas son préjudice, à un moment ou à un autre, je lui demande de sortir pour m'entretenir seul avec le proche. Sinon, le proche va dire des choses que la victime va considérer comme désagréables. Le proche est très important. Il peut jouer un rôle très positif et très négatif. Il faut savoir le gérer en fonction des circonstances."

INDEMNITÉ MONÉTAIRE ET HUMAINE

Pour la réparation, l'assureur peut verser une indemnité monétaire, mais peut aussi verser d'autres types de prestations. Ces pratiques "ne sont pas encadrées par la loi. Donc, cela va dépendre de la pratique contractuelle des assureurs et des garanties souscrites par

les assurés", poursuit Victorine Tournaire. "Du besoin à la réalité il peut y avoir un écart important, relate Jean-Daniel Galdos. Les victimes préfèrent souvent toucher une grosse somme d'argent et en faire ce qu'elles veulent que bénéficier d'aide à la personne."

⁸Anosognosie : trouble neuropsychologique où un patient atteint d'une maladie ou d'un handicap ne semble pas avoir conscience de sa condition et de ses symptômes.

4

LE BINÔME MÉDECIN-EXPERT ET NEUROPSYCHOLOGUE DE LA MUTUELLE DES MOTARDS : UN MODÈLE



Thierry Senbel
Médecin-expert



Édith Decroix
Neuropsychologue

Les deux professionnels interviennent en collaboration pour évaluer au mieux le traumatisme crânien.
Un modèle de ce qu'il faut faire de façon systématique dans l'évaluation du traumatisme crânien

Thierry Senbel a pratiqué beaucoup de réanimations, et affiche donc une expérience sur le traumatisme crânien. "Outre le fait d'être un traumatisme invisible, le traumatisme crânien doit être évalué. Ce qui nous permet d'évaluer le traumatisme crânien sont des éléments factuels. Dans 100% des cas dans des traumatismes graves, et même moyens, nous avons besoin d'un bilan neuropsychologique standardisé pour pouvoir amener une évaluation du dommage corporel", affirme-t-il.

En tant que neuropsychologue, Édith Decroix intervient en équipe dans cette phase cruciale de l'évaluation. Toute la difficulté du bilan neuropsychologique consiste à mesurer avec le plus d'efficacité possible, le fonctionnement antérieur présumé du patient, pour évaluer au mieux le préjudice réel subi.

"Le neuropsychologue est un technicien. Il utilise des tests. Nous les interprétons à partir de normes validées. Nous ne faisons pas d'interprétations à la louche. C'est un exercice très précis et délicat. Pour pouvoir interpréter correctement les résultats des tests, il faut arriver à évaluer le fonctionnement antérieur présumé de la victime, ce qui s'avère être un exercice extrêmement difficile.

« Il faut en effet se reposer » sur ce que la victime nous dit - quand elle est en mesure de développer - ce qu'elle faisait avant ». Cette phase de comparaison entre l'avant et l'après, passe par l'entretien clinique, où "nous posons beaucoup de questions sur le fonctionnement antérieur, la profession, ce que faisait la personne dans son quotidien, notamment de travail, mais aussi dans sa vie personnelle".

Avec ces éléments-là, Édith Decroix utilise également des données chiffrées, "par exemple des équations de régression, qui permettent d'évaluer le niveau antérieur présumé. Cela ne reste qu'une estimation mais cela permet déjà de nous aider à interpréter les résultats. Ensuite, nous donnons ces éléments au médecin, et il va chiffrer la IPP⁹ (incapacité permanente partielle)".

"L'expertise médicale vise à corrélérer la lésion à un traumatisme", complète Thierry Senbel.

"Il faut que le neuropsychologue ait une base de travail efficace : comment la lésion s'est-elle passée ?

⁹IPP : L'incapacité permanente (IP) est une évaluation par le médecin conseil de la Sécurité Sociale. L'incapacité est la réduction résultant d'une déficience, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

Où la lésion se situe-t-elle ?

Comment le malade s'est-t-il réveillé en réanimation ?

Quelle était la pression intracrânienne ?

Est-ce qu'il y avait une hypertension intracrânienne ?

Lors de son réveil en réanimation, est-ce qu'il a repris sa conscience immédiate ? Combien de temps cela a duré ?

Est-ce qu'on a une IRM cérébrale ou pas ?

Toutes ces données doivent être dans le rapport. Entre un patient qui est resté 5 jours dans le coma et un autre qui y est resté 2 heures, la situation diffère. Le rapport d'un trauma crânien reste un compte-rendu d'hospitalisation, c'est-à-dire que l'on se base sur des données fiables, qui vont ensuite nous permettre de discuter".

Ce descriptif exhaustif doit être compris et identifiable par tout le monde.

L'IMPORTANCE DE DOCUMENTER LA PRISE EN CHARGE

Les points-clés doivent être notés, "à chaque moment de la prise en charge du traumatisé crânien, depuis la première prise en charge en réanimation jusqu'à nos collègues rééducateurs fonctionnels", insiste Thierry Senbel. Et rien ne doit être négligé. "On va se baser sur ce que nos collègues ont marqué. Nous n'étions pas présents. Donc, tous les moments-clés doivent figurer :

- Comment le patient s'est-il rendu à l'entrée du centre de rééducation ?
- Est-ce qu'il marchait ou pas ?
- Est-ce qu'il était conscient ?
- Quel était son pouls ?"

L'évolution au fur et à mesure est également importante. "Souvent, ce sont des polytraumatisés. Nous allons avoir besoin d'annexer beaucoup de choses, dont les premiers bilans qui vont être faits. Est-ce qu'ils sont faits à 3 mois, à 6 mois ?" Entre ensuite en jeu la collaboration entre le médecin et le neuropsychologue.

"C'est comme une équipe. Je travaille avec Edith depuis de longues années, donc elle sait ce que j'attends et je sais ce que j'attends d'elle. Effectivement, si vous recevez un bilan neuropsychologique et vous n'y comprenez rien, cela va être compliqué d'évaluer ce bilan", sourit-il.

Souvent, les deux experts échangent, soupèsent leurs avis respectifs, face à des cas qui évoluent au fil des années. "Nous suivons parfois des enfants pendant 10 ans. On voit les évolutions aux étapes-clés de l'adaptation, en CP, 6^e."

La majorité de l'expertise va être sur une description médico-sociale du patient. "Il faut comprendre qui il est, évalue Thierry Senbel. Nous sommes obligés de faire confiance au neuropsychologue qui fait ses tests. Il faut normaliser et disposer de données exploitable. Sinon, on ne peut pas travailler."

"Plus j'ai d'éléments sur le suivi du patient, mieux je peux sélectionner mes tests", enchaîne Édith Decroix.

"Il y a des tests que l'on utilise tous, parce qu'ils sont valides et sensibles pour les traumatisés crâniens. Parfois, je reçois des bilans où l'on me dit qu'il y a une évolution favorable, et, bien sûr, en rééducation, on ne peut que souhaiter qu'il y ait une évolution favorable.

Mais ces mêmes patients, en face de moi, sont déficitaires, et ils ont pourtant repris le travail. Ce qui pose un problème parce que l'on part du principe que s'ils ont repris leur activité professionnelle ils sont en capacité cognitive normale... ce qui n'est souvent pas du tout le cas.

Ces tableaux déficitaires créent un décalage pour les médecins. Ils constatent au bilan qu'il y a un décalage entre ce qu'il y a eu en rééducation, ce qui a été conclu en fin de rééducation et ce que nous concluons en expertise."

Pourquoi ce décalage ? "Dans le cadre de la rééducation, mes collègues m'arrêteront si je suis en erreur. Le temps n'est pas le même pour l'évaluation, puisqu'on peut faire plusieurs séances, en tenant compte de la fatigabilité du patient. Nous pratiquons des séances d'une ou deux heures. Le bilan peut être conduit sur plusieurs jours, mais par petites étapes." Le bilan se déroule en fonction de la fatigabilité du patient. Plusieurs tests très sollicitants cognitivement ne s'enchaînent pas pour un patient cérébrolésé¹⁰.

Le but du bilan sera d'évaluer les capacités du patient par rapport à son environnement : garder des enfants, reprendre un poste de travail... "C'est cela que nous attendons d'un expert. Il doit être apte à la fois à évaluer le bilan et en donner des conséquences", déclare Thierry Senbel.

Le bilan neuropsychologique de traumatisés crâniens "est une photographie à un instant T", ajoute Édith Decroix. "Parfois, il va y avoir des biais, typiquement quand vous avez un patient qui présente une dépression réactionnelle à son accident. La dépression entraîne des troubles cognitifs, participe au tableau de ralentissement de troubles attentionnels. Il est important d'en tenir compte, éventuellement de proposer une réévaluation à un an après une prise en charge en psychothérapie".

En tant que clinicienne, Édith Decroix prend un temps d'échange à l'issue du bilan, "pour suggérer au patient de voir un psychiatre ou de reprendre une prise en charge en rééducation orthophonique". Un message pas toujours évident à faire passer ! "Nos patients n'en peuvent plus des expertises. Ils en ont marre de la procédure. Ils ont envie que ça s'arrête. Pourtant, parfois, cela vaut la peine de les convaincre d'attendre un petit peu pour voir s'ils peuvent encore évoluer. Il faut réussir à les mettre en confiance."

¹⁰Cérébrolésé : Personne qui a subi des lésions cérébrales.

5

POINTS À RETENIR

● COORDONNER

La coordination des soins peut être améliorée avec la mise en place en préhospitalier et aux urgences d'un protocole d'évaluation du traumatisé crânien. Ce protocole permettrait de ne pas méconnaître un traumatisme crânien passé au second plan. Le traumatisé crânien peut alors bénéficier à 6 mois d'un bilan neuro psychologique dans une filière spécifique à construire.

● HANDICAP INVISIBLE

Le traumatisme crânien peut induire un handicap invisible en dehors des troubles de la mémoire, de la concentration, et de la fatigue intellectuelle. Le handicap invisible est composé de troubles des fonctions exécutives qui bouleversent un quotidien personnel, familial et professionnel. Il sera authentifié et quantifié par un bilan neuropsychologique.

● BILAN NEUROPSYCHOLOGIQUE

Le bilan neuropsychologique est au cœur de la prise en charge des traumatisés crâniens. Il doit être systématisé, reproductible et complet à 6, 18 et 30 mois. Il permet ainsi d'approfondir la connaissance du traumatisé crânien. Il définit l'état antérieur, évalue la vie quotidienne en comprenant l'entourage et l'évolution de la situation de handicap dans le temps et dans l'espace.

● HARMONISATION DES BILANS NEUROPSYCHOLOGIQUES ET DE LEURS RESULTATS

Si les troubles cognitifs des traumatisés crâniens sont sous-évalués, l'imputation des séquelles neurologiques au traumatisme crânien nécessitent l'élaboration d'un barème des séquelles. Il sera élaboré selon les résultats des tests du bilan neuropsychologique consolidé.

● ABSENCE DE BILAN NEUROPSYCHOLOGIQUE

L'absence de bilan neuropsychologique lors de l'expertise médicale du traumatisé crânien pose un problème éthique de non-reconnaissance de la personne, de ses difficultés et d'une indemnisation adaptée au handicap.

Cela pose également la question de la reconnaissance par la famille d'un trouble ignoré qui peut développer des aptitudes dysfonctionnelles. Des lésions minimes peuvent aussi provoquer un handicap majeur.

RECOMMANDATIONS

Un bilan neuropsychologique est indispensable et doit être effectué à 6 mois, 18 mois et 30 mois.

Une filière du traumatisé crânien, coordonnée et complète, du préhospitalier pour le dépistage au centre spécialisé pour la rééducation est à construire.

6 LEXIQUE

AESH : Accompagnant(e) d'élèves en situation de handicap

AIPP : L'incapacité permanente (IP) est une évaluation par le médecin conseil de la Sécurité Sociale. L'incapacité est la réduction résultant d'une déficience, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

Anosognosie : Trouble neuropsychologique où un patient atteint d'une maladie ou d'un handicap ne semble pas avoir conscience de sa condition et de ses symptômes.

Bilan neuropsychologique : Il s'agit d'une série de tests permettant d'évaluer les différentes fonctions cognitives (mémoire, attention, concentration, langage, efficience intellectuelle, etc.) et les fonctions exécutives.

Cérébrolésé : Personne qui a subi des lésions cérébrales.

Consolidation : Désigne une situation dans laquelle les blessures accidentelles atteintes sont devenues stables et où aucune amélioration significative n'est attendue malgré le traitement. Ce sont les stades des séquelles indemnisables selon l'évaluation expertale de leur gravité.

MPR : Médecine physique et de réadaptation

RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, pour reconnaître officiellement par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) une aptitude au travail, suivant ses capacités liées au handicap.

Sapiteur : Para médicaux : ergothérapeute, neuropsychologue, orthophoniste, psychologue, etc... médecin issu d'une autre spécialité, qui intervient en renfort d'un médecin-expert lors d'une expertise.

Troubles somatoformes : Les troubles somatoformes et apparentés sont des troubles mentaux caractérisés par une attention intense portée aux symptômes physiques (somatiques), entraînant une souffrance significative et/ou une perturbation du fonctionnement quotidien. La plupart des troubles mentaux sont caractérisés par des symptômes mentaux.

FONDATION MUTUELLE DES MOTARDS

LIVRE BLANC

Qu'est-ce qu'un traumatisme crânien ? Quelles en sont les différentes formes ?
Quels protocoles sont mis en place pour en détecter la gravité ? Quelles sont les séquelles, tant physiques que psychologiques, qu'un traumatisme crânien, souvent considéré comme un handicap « invisible », entraînent ?

Médecins, neuropsychologues, professeurs d'université, associations, victimes de traumatismes crâniens, ont contribué, par leur expertise, leurs connaissances ou leur expérience, à la rédaction ce livre blanc.

Plus qu'un ouvrage, ce livre blanc, qui fait suite au colloque pluridisciplinaire « Traumatisés crâniens, quelle prise en charge ? » organisé par la Fondation Mutuelle des Motards en mai 2023, a pour objectif de sensibiliser les pouvoirs publics, les organismes sociaux, les magistrats, les médecins experts, les institutions, les avocats, les assureurs et le corps médical, sur une évolution indispensable de la prise en charge des traumatisés crâniens.

REMERCIEMENTS

LES INTERVENANTS

- Traumatisme crânien : Marie-Christine Gely-Nargeot, Claire Jourdan, Valérie Zimmermann, Thierry Sembel, Edith Decroix, Ludovic Rancé, Éric Baccino
- Perte audition chez le motard : Pr Jean-Luc Puel / Directeur Audiocampus Montpellier
- Protection biomécanique par les casques : Pr Remy Willinger
- Juridique et Législation : Me Jean-Denis GALDOS del CARPIO, Victorine Touraine

LES TÉMOINS

Mustapha Zem, Ptiluc, Éric Chatemiche, Marie-Christine Cazals

L'ANIMATEUR - LES RAPPORTEURS

Guillaume Malloret - Hubert Vialatte et Sarah N'Guyen

LES DESSINATEURS

Franck Margerin et Ptiluc

LES LOGISTICIENS

la Compagnie des Sherpas

LE THÉÂTRE D'IMPROVISATION

les Agités du bocal

LE CINÉMA GAUMONT COMÉDIE DE MONTPELLIER

Ainsi que La Mutuelle des Motards, la Fondation de l'Avenir, la Fondation Saint-Pierre et l'Institut Saint-Pierre pour leur soutien.

