

## Travailler avec .... les séquelles d'un traumatisme crânien CINERGIE, Déc. 2001

- [1/ le problème de santé](#)
- [2/ les conséquences pour la personne](#)
- [3/ les compensations](#)
- [4/ retentissement dans la vie courante](#)
- [5/ la personne en situation de travail](#)
- [6/ rôle du médecin du travail](#)
- [7/ les commentaires de Cinergie](#)
- [Pour en savoir plus](#)
- [Ont contribué](#)

### 1/ le problème de santé

*On dénombre, chaque année, en France, 160 000 nouvelles victimes de traumatismes. Cela représente, avec 75% des causes de mortalité chez les jeunes de moins de 30 ans, un réel problème de santé publique.*

*C'est un traumatisme global qui touche la vie familiale et professionnelle de la victime et son entourage.*

*La rapidité des secours d'urgence, les progrès de la médecine permettent une amélioration du pronostic vital, mais les séquelles sont souvent importantes.*

### Définition

Le traumatisme crânien est une lésion diffuse du cerveau, consécutive à un choc traumatique, nosologiquement à différencier des atteintes des cérébrolésés (anoxie cérébrale, rupture d'anévrisme, tumeur cérébrale, méningite, encéphalite...) mais qui peut cependant entraîner des séquelles comparables.

De plus, il s'agit souvent d'un polytraumatisé avec ses séquelles propres, neurologiques, neuropsychologiques (atteinte des fonctions cognitives), psychologiques, comportementales. Ces séquelles sont parfois invisibles pour la personne non avertie.

### Épidémiologie

Il s'agit le plus souvent d'un homme jeune (âge moyen 29 ans), victime d'un accident de la voie publique. Dans d'autres cas, il s'agira d'un accident du travail.

### Classification

- TC (traumatisme crânien) léger : risque de syndrome post-commotionnel avec céphalées, vertiges, troubles du caractère.
- TC modéré : avec des comas de 6 heures à 10 jours, produisant peu de troubles physiques, surtout des difficultés intellectuelles et psychologiques.

- TC grave : troubles des fonctions supérieures, pour des comas de plus de 10 jours.

On pourra suivre l'évolution grâce à l'échelle de suivi de Glasgow qui permet d'évaluer le degré de gravité des séquelles intellectuelles, physiques, comportementales.

---

### Échelle de suivi de Glasgow :

- Le **niveau GOS 1**(Glasgow orientation skale de gravité de niveau 1) correspond à une bonne récupération du sujet et à un retour à une vie normale, même s'il subsiste de légères déficiences motrices ou mentales.
- Le **niveau GOS 2** correspond à un handicap d'importance moyenne; ce niveau vise des handicapés relativement autonomes dans les actes essentiels de la vie courante mais dont les déficiences sur le plan intellectuel, de la mémoire et du comportement nécessite une aide et un accompagnement adapté.
- Le **niveau GOS 3** concerne les handicapés dépendants, nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne en raison d'incapacités mentales ou physiques graves.
- Le **niveau GOS 4** correspond aux états végétatifs chroniques.

## 2/ les conséquences pour la personne

### Les séquelles

Imprévisibles, elles sont extrêmement variables dans leur gravité, leur aspect, et leur date d'apparition. Cette variabilité peut modifier aussi l'expression de la maladie d'un moment à l'autre de la journée.

La spécificité essentielle des séquelles des traumatisés crâniens graves tient en l' association quasi constante, à des degrés divers, de différents types de déficit.

#### ➤Déficits neurologiques :

- Hémiparésie avec déficit prédominant aux membres supérieurs.
- Syndrome cérébelleux.
- Tremblements, mouvements anormaux.
- Épilepsie.
- Aphasie, dysphasie, dyslexie, dysgraphie...

#### ➤Déficits neuro-sensoriels et endocriniens :

- Cécité, diplopie, amputation du champ visuel, hypoacousie, anosmie, obésité, diabète insipide...

#### ➤Déficits neuro-psychologiques :

- Troubles de la mémoire et de l'orientation temporo-spatiale :

- Troubles du langage :  
difficulté ou impossibilité de vocaliser à cause d'un dysfonctionnement du système laryngé (dysarthrie).
- Troubles de la pensée :
  - altération plus ou moins importante du raisonnement logique,
  - perte de l'autocritique,
  - difficulté ou impossibilité d'élaborer des stratégies simples ou complexes, de manier l'abstraction,
  - difficulté de maintenir l'attention, lenteur de la pensée qui paraît « engluée » (bradypsychie caractéristique des traumatisés crâniens graves).
- Troubles du comportement :
  - euphorie,
  - impulsivité mal contrôlée,
  - familiarité parfois excessive,
  - instabilité,
  - parfois dépression lorsque le patient prend conscience de ses déficits.

#### ➤ Déficits neuro-psycho-physiques :

- Troubles du comportement pouvant se structurer en tableaux individualisables :
  - Syndrome frontal (troubles de mémoire, apathie voire indifférence.),
  - Névrose traumatique liée au traumatisme psychologique initial,
  - Syndrome subjectif des traumatisés crâniens (syndrome post-commotionnel) associant la triade céphalées, vertiges, insomnie à des troubles de l'efficacité intellectuelle,
  - Syndrome dépressif post-traumatique (le traitement antidépresseur spécifique est dans ce cas efficace.),
  - Hystérie post-traumatique : c'est une hystérie de conversion,
  - Névrose de rente ou sinistrose.

## Évolution

Elle est variable, imprévisible, en dents de scie, par paliers. L'amélioration est possible sur 4 à 5 ans voire 10 ans.

L'évolution est notamment conditionnée par l'environnement familial, social et professionnel. Dans ces conditions, l'accompagnement est un facteur important.

### 3/ les compensations

#### Prise en charge multidisciplinaire

Avec importance d'un référent unique (le tuteur ou le « case manager» )

#### Suivi médical

Neurologue, psychiatre, médecin rééducateur...

#### Rééducation

Kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychologue, orthoptiste...

#### Suivi social

Services sociaux.  
Des bilans neuropsychologiques spécialisés permettent d'évaluer l'état du patient et de suivre son évolution.

Ces bilans peuvent comporter :

- des tests psychométriques,
- une observation du patient en milieu de vie, en situation familiale, sociale et professionnelle,
- un entretien avec le patient et l'entourage,
- une simulation de vie quotidienne (jeu de rôle, outil vidéo, ordinateur...).

#### Traitement

Pendant la phase de réinsertion, en fonction des indications, le sujet peut suivre un traitement antiépileptique, antidépresseur, un accompagnement psychologique prolongé et une rééducation, ou subir des interventions chirurgicales tardives sur des problèmes moteurs, séquelles de traumatisme médullaire associé...

Il faudra prendre en compte les effets secondaires de ces traitements.

### 4/ retentissement dans la vie courante

*La perte des repères spatio-temporels, sociaux, familiaux et professionnels et la grande variabilité du handicap rendent la schématisation difficile.*

#### Pour le traumatisé crânien

La vie courante est marquée par les points constants suivants :

- **V**ariabilité d'un moment à l'autre (mais ceci ne doit pas nous faire douter de la véracité du trouble).



- **I**nvisibilité : l'absence de lésion ne doit pas nous rassurer à bon compte sur l'intégrité des fonctions (ex : les pertes d'équilibre fréquentes ne s'expliquent pas par des lésions individualisables).
- **D**ésorientation temporo-spaciale. Elle explique le comportement compulsif et majeure les troubles de mémoire. Cela peut aller jusqu'à des réactions pseudo-psychiatriques renforcées par un syndrome frontal (désinhibition).
- **E**ctopie : réaction inappropriée au contexte environnant : actes impulsifs, réactions incohérentes, apragmatisme.

Cette symptomatologie V.I.D.E., ressentie par la personne est source d'angoisse et génératrice de désadaptation.

### **Pour l'entourage familial**

« Les familles des traumatisés crâniens vivent une épreuve particulièrement pénible du fait du coma initial prolongé suscitant une inquiétude majeure, puis de l'espoir engendré par la sortie du coma et le début de la récupération.

Lors du retour au domicile, les familles accueillent un autre être et ne reconnaissent plus leur parent. Les troubles du comportement deviennent rapidement source de conflits. Il y a peu de famille de traumatisés crâniens qui ne soient pas fragilisées. »

*dans les traumatismes crâniens graves - janvier 1997  
Association pour l'Étude de la Réparation du Dommage Corporel - AREDOC*

### **5/ la personne en situation de travail**

Sans préjuger de l'évolution ultérieure, il est courant qu'un traumatisé crânien modéré ne reprenne pas le travail avant 6 mois, et un traumatisé crânien grave avant 1 an.

Selon les statistiques, seulement 20 à 50% des traumatisés crâniens graves reprendraient leur ancienne activité, mais l'avenir professionnel au même poste peut être réduit.

Les métiers à responsabilité et prise de décision rapide peuvent poser problème.

Il peut être nécessaire de modifier le projet professionnel, de faire le deuil de son ancien métier, d'une carrière ou d'une promotion prévue. Les capacités de travail peuvent être évaluées au cours de contrat de rééducation chez l'employeur (fiche n°24, [Inapte au poste, Que faire ?](#)). Dans certains cas, il faudra envisager une réorientation professionnelle et entreprendre un bilan de compétences ( fiche n°19, [Inapte au poste, Que faire ?](#))

En ce qui concerne les métiers à risques pour le sujet, de sécurité pour le milieu de travail, de sûreté pour les tiers et l'environnement, en dehors d'une réglementation officielle, l'appréciation sera faite au cas par cas par le médecin du travail.

En conclusion, il est souvent difficile d'établir un pronostic professionnel compte tenu de la variabilité de la symptomatologie clinique.

## 6/ rôle du médecin du travail

### Préparation à la reprise :

Il s'agit d'une phase importante qui conditionne la réussite de la reprise du travail et comprend plusieurs étapes :

- **Contacts avec le centre de rééducation du traumatisé**  
Ils peuvent se faire par échange de courrier sur les différentes évaluations de l'évolution clinique et psychologique du sujet traumatisé, ou par rencontre directe avec l'équipe soignante, de préférence en présence du sujet, pour faire le point de son état et de son potentiel d'acquisition.
- **Liaisons avec l'entourage professionnel**  
Il s'agit de recueillir des données, pour évaluer les possibilités d'aménagements du poste antérieur ou de répertorier avec les responsables de l'entreprise les possibilités d'emploi, dans le cas d'une réorientation. Ces contacts permettent de préparer l'entourage professionnel de proximité au retour et à l'accueil du salarié en expliquant les aides techniques qui seraient nécessaires
- **L'analyse de l'environnement familial et social** en liaison avec les acteurs sociaux qui accompagnent le traumatisé crânien permet de faire le point sur l'autonomie de vie, le mode d'habitat, le mode et les capacités de déplacement, en particulier entre résidence et lieu de travail.
- **Visite de préreprise**  
C'est au cours de cette visite que se décide la date de reprise du travail et s'envisagent les conditions de cette reprise (notamment le temps de travail).

Le point est fait des propositions d'aménagements en collaboration avec les ergonomes de réadaptation et des ergothérapeutes, tels que le travail en binôme, ou non isolé (formation éventuelle d'un « tuteur ») pour stimuler et prévenir les périodes d'apragmatisme, d'apathie..., tels que la compensation des troubles de la mémoire en multipliant les repères, » prothèses-mémoires », tels qu'une meilleure planification des tâches.

C'est aussi au cours de cette étape que sera entreprise l'évaluation de l'employabilité et envisagée une réorientation éventuelle en accord avec le sujet en proposant :

- une orientation vers un centre de réadaptation fonctionnelle pour les acquisitions ou réapprentissage des gestes et méthodes de travail,
- des stages courts de réinsertion en entreprise, après accord avec le médecin conseil, à visée thérapeutique, pour réhabituer au rythme du travail,
- une réorientation professionnelle après bilan de compétences (fiche 19 [Inapte au poste, Que faire ?](#)), stage de préorientation ou prise en charge par un centre de rééducation professionnelle.

## La reprise du travail

C'est :

- Prononcer l'aptitude en fonction des derniers bilans et des caractéristiques du poste,
- Accompagner le T.C. à son poste de travail,
- Décider de l'aménagement du temps de travail, et de son accompagnement professionnel,
- Mettre en place un suivi médical régulier du T.C, en liaison avec les thérapeutes,
- Conseiller l'employeur sur les aides au maintien à l'emploi de la personne handicapée (voir classeur « [Inapte au poste, Que faire ?](#) »).

## Suivi

Le suivi médical doit être régulier et la situation de travail périodiquement réévaluée. Au recueil des informations cliniques, doivent s'ajouter les observations faites sur les lieux de travail, recueillies auprès du collectif de travail et du chef d'entreprise.

## 7/ les commentaires de **Cinergie**

Le handicap est bien souvent invisible pour les personnes non averties.

Certaines séquelles peuvent apparaître tardivement après la reprise.

Il faut être vigilant quant au développement d'une sinistrose.

Les échecs sont liés à la variabilité de la symptomatologie, à la situation économique, et aux dysfonctionnements de la prise en charge. Ils sont très mal vécus par les traumatisés crâniens.

La lenteur des procédures administratives a un effet positif sur le mûrissement du projet professionnel et un effet négatif lors de la phase de concrétisation.

L'évaluation de l'employabilité doit rester une préoccupation précise et constante tout au long du processus de rééducation et de réadaptation.

La reprise de l'activité antérieure doit être privilégiée chaque fois que possible, il vaut mieux différer et aménager la reprise de l'activité antérieure, que d'engager une réorientation avec de lourdes phases d'apprentissage.

Chez les traumatisés crâniens légers, prolonger l'arrêt de travail ne réduit pas le risque de syndrome post-commotionnel, au contraire, il faut inciter à la reprise. Chez les traumatisés crâniens graves, on peut être amené à différer la reprise du travail pour mettre le patient dans les meilleures conditions d'accueil possibles en l'incitant à reprendre contact progressivement avec son milieu de travail.



## Pour en savoir plus

### Références bibliographiques

- Rapport de l'IGAS (1996) p.171-192 : La nécessaire définition d'une politique en faveur des traumatisés crâniens
- Circulaire DAS/DF/DSS n°96-428 du 4 juillet 1996 relative à la prise en charge médico-sociale et à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes d'un traumatisme crânien.
- GUILLAUME (Marc). - L'empire des réseaux. - Paris : Descartes, 1999. - 120 p.  
La communication, état des savoirs / coordonné par Philippe Cabin. - Auxerre : Sciences humaines, 1998. - 462 p.
- LEVY (Pierre). - L'intelligence collective, pour une anthropologie du cyberspace. - Paris : La découverte, 1991.
- AREDOC - Les traumatisés crâniens graves - janvier 1997
- BERGEGO C., AZOUVI P. - Neuropsychologie des traumatismes crâniens graves de l'adulte.- Frison-Roche
- BOYER-LABROUCHE . - Renaître après l'accident : La rééducation psychothérapique des traumatisés crâniens.
- BROOKS D.N, TRUELLE J.L.- Evaluation des traumatisés crâniens - GOS (Glasgow Outcome Scale) - Document EBIS (European Brain Injury Society), 1994.
- COHADON F., CASTEL J.P., RICHER Ed MAZEAUX JM., LOISEAU H.- Les traumatismes crâniens, de l'accident à la réinsertion .- Arnette, 1998.
- HAMONET C., ROSSIGNOL F., GELLY D.-« La réinsertion professionnelle des personnes cérébrolésées par traumatisme crânien. », p.245-248 in Revue Française de dommage corporel, n° 14.2, 1988.
- LAPIERRE F., LEGROS B., FOURNIER P., MAHEUT J.-« Pronostic des traumatismes crâniens graves », p.125-133 in Revue Française de dommage corporel, n° 14.2, 1988.
- RICHER E., COHADON F., GARCIN J.N.-« Les grands syndromes séquellaires et les structures d'accueil souhaitables. », p.205-215 in Revue Française de dommage corporel, n° 14.2, 1988.

### Lieux

- UEROS
- Centres de réadaptation spécialisés dans sa région
- Services de rééducation fonctionnelle spécialisés

### Ressources

- DIU traumatisés crânio-cérébraux : aspect médicaux et sociaux (paramédicaux) PARIS VI. Angers. Bordeaux II.
- DIU Evaluation des traumatisés crâniens (médecins) Paris VI - Bordeaux II.
- AREDOC 11-13, rue de la Rochefoucauld - BP 261 - 75424 Paris Cedex 09  
Tél : 01.53.32.24.85 - Fax : 01.53.32.24.92.

## Associations

- Union Nationale des Familles de Traumatisés Crâniens - 236 bis, rue de Tolbiac - 75013 Paris  
Tél : 01.53.80.66.03  
et les associations régionales.
- Bulletin de liaisons RESURGENCES - 1, rue Sainte Claire - 87000 Limoges

*Ont contribué à la finalisation de cette fiche :*

- Dr AIT-ALI B.
- Dr HENNION T.
- Dr HUGUENIN A.M.
- Dr MACHIN P.
- Dr ROSSIGNOL F.