

Devenir fonctionnel, psychique, socio-professionnel et judiciaire à long terme des patients victimes d'un fracas facial

L. Ricbourg, L. Brignol, B. Ricbourg

Correspondance : Service de Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie, CHU Jean Minjoz, Besançon.

L. Ricbourg,
Service de Chirurgie Maxillo-faciale
et Stomatologie, CHU Jean Minjoz,
boulevard Fleming, 25030 Besançon.
bricbourg@chu-besancon.fr

Summary

The cases of 102 people who suffered brain and facial trauma were reviewed, noting the long-term outcome at more than 5 years. Results of complete physical examinations performed by a surgeon and an internist were available for 25 patients. Data noted were: circumstances of the traumatic event, classification of brain injuries, sensory and sensorial disorders, and persistent pain, psychological trauma, social and occupational consequences and at the final legal and financial compensation. These data were summarized in tables to facilitate discussion of the findings.

Keywords: Facial injuries, Brain injuries, Sequels, Forensic sciences.

Ricbourg L, Brignol L, Ricbourg B. Long-term functional, psychic, social, occupational and judiciary outcome in victims of facial trauma. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2006;107:244-252.

Le fracas facial touche la victime au plus profond de son être, réalisant une cassure dans le cours de sa vie. Dorénavant existeront un « avant » et un « après », « je ne suis plus le même ».

Le but de cette étude était d'étudier les répercussions fonctionnelles, psychiques, socioprofessionnelles et judiciaires du traumatisme crânien coexistant au traumatisme facial.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 6 ans concernant des patients victimes d'un fracas facial entre 1995 et 2000. La raison de ce choix d'une période éloignée est la volonté de revoir à distance du traumatisme (jusqu'à 11 ans), des blessés dont on pou-

Résumé

À partir d'une cohorte de 102 blessés présentant un fracas facial les auteurs ont voulu étudier leur devenir à long terme, soit au moins 5 ans. Vingt-cinq blessés ont été examinés par un observateur chirurgien et un observateur médecin. Ont été analysées les données suivantes : circonstances du traumatisme, la nature du traumatisme crânien, les séquelles neurologiques, sensorielles et douloureuses, le traumatisme psychologique et les séquelles, le devenir socioprofessionnel et enfin la réparation et les suites judiciaires. Des tableaux comprenant l'ensemble des données recueillies sont commentés et discutés.

Mots-clés : Traumatisme facial, Traumatisme crânien, Séquelles, Expertise médicale.

vait penser qu'ils étaient « guéris » ou « consolidés » au sens clinique et juridique du terme. C'est la raison pour laquelle il leur avait été demandé d'apporter des photos précédant le traumatisme et les expertises et jugements dont ils avaient bénéficié. 102 patients étaient concernés par l'étude, 25 patients ont pu être revus. Les patients ont été avertis par courrier puis sollicités par téléphone. Mais bien souvent, s'agissant de sujets jeunes, leur domicile lors de l'accident avait changé, et il nous a été difficile et parfois impossible de les joindre.

Ils ont tous été revus par deux observateurs distincts des chirurgiens qui les avaient pris en charge initialement. Tout d'abord par le premier observateur, chirurgien, afin d'évaluer les séquelles fonctionnelles chirurgicales et esthétiques ; le deuxième observateur, médecin, connaissait certains de ces patients pour les avoir suivis pendant plusieurs années dans le

cadre de la consultation spécialisée du service : *suivi des traumatisés cranio faciaux*.

D'autres patients, pour des raisons diverses, n'avaient jamais été vus. En effet, la nécessité de ce type de suivi ne s'est fait jour qu'avec l'expérience.

Le travail présenté correspond aux données recueillies par ce deuxième observateur après un long entretien. Dans la majorité des cas, le blessé était accompagné d'un proche, ce qui facilitait l'appréciation des changements cognitifs, comportementaux et de l'humeur.

Résultats

Malgré la diversité des accidents et de leurs conséquences, il est ressorti des groupes de doléances et des catégories de séquelles. C'est ainsi que nous proposons six chapitres.

Les circonstances du traumatisme (tableau I)

- *Sexe ratio* : homme : 18/25 ; femme : 7/25.
- *Âge* : < 30 ans : 11/25 ; entre 30 et 50 : 7/25 ; > 50 : 6/25.
- *Milieu socioprofessionnel* : profession intellectuelle : 9/25 ; profession manuelle : 13/25 ; étudiant : 3/25.
- *Poly-traumatisme* : c'est la majorité des fracas faciaux : 17/25.
- *Cursus hospitalier* : la majorité (17/25) transite par un service de réanimation, avec ou sans intervention neurochirurgicale (le nombre de + correspond à la durée) par un service de soins intensifs (SI) ou hospitalisation en neurochirurgie (NC).
- *Circonstances de l'accident* : la majorité est constituée par des AVP (19/25), chute ou choc direct (4/25), agressions (2/25).
- *Les accidents de travail* : 8/25 (six accidents de trajet, deux accidents sur le lieu de travail).
- *Décès d'un tiers dans l'accident* : 3/25.
- *Alcool, drogue* : 9/25 sont sous l'emprise de toxiques. Alcool : 5/25 ; alcool + cannabis : 3/25 ; drogue dure : 1/25.

Tableau I
Circonstances du traumatisme.

	Âge	Prof	Poly-trauma	Réa/SI/NC	AT	Circonst.	Décès tiers	Alcool/Drogue
F. Dominique	54	cadre	++	SI	/	AVP	/	/
S. Sophie	25	animatrice	+	NC	/	AVP	/	/
P. Joël	40	forgeron	+	/	/	AVP	+	+
F. Karim	16	étudiant	/	SI	/	AVP	/	+
B. Didier	42	ouvrier	++	+++	+	AVP	/	+ D
V. Maurice	54	boulangier	+	/	/	Chute	/	/
H. Sandrine	24	œnologue	+	/	/	AVP	/	+
R. Gilbert	35	enseignant	+	/	+	AVP	/	/
C. Ali	45	ouvrier	/	/	+	Buche	/	/
V. Philippe	28	chauffeur	+++	+++	+	Choc	/	/
C. Nadine	62	retraîtée	+	+++	/	AVP	/	/
L. Abdelkader	59	ouvrier	/	+	+	Choc	/	/
C. Élise	28	étudiante	++	SI	/	AVP	/	++ D
I. Mefta	28	ouvrier	/	+	/	AVP	+	++ D
T. Magali	29	enseignant	/	NC	/	AVP	++	/
H. Magali	18	ouvrier	+	/	/	AVP	/	++
W. Alexandre	19	ouvrier	/	+	+	AVP	/	+ D
J. Jean	70	cadre	+	+	+	AVP	/	/
M. Jean-Michel	51	cadre	+++	SI	/	AVP	/	/
D. Claude	42	enseignant	+	+++	/	Agr	/	/
F. Patrice	45	ouvrier	/	/	/	Agr	/	/
L. Gérard	49	ouvrier	+	++	/	AVP	/	+
R. Jean-Daniel	25	étudiant	+++	+	/	AVP	/	/
N. Bernadette	39	ouvrier	/	++	+	AVP	/	/
J. Sébastien	21	boulangier	o	o	/	AVP	o	o

Réa : séjour en réanimation plus ou moins prolongé ; + ; SI : soins intensifs traumatologie ou chirurgie maxillo-faciale ; NC : hospitalisation en neurochirurgie.

Tableau II
Traumatisme crânien et ses suites.

	Âge	Prof	TC	SPC transitoire	SPC chronique	Bilan neuropsych	Rééduc	Épilepsie
F. Dominique	54	cadre	TCL	++	+	o	o	o
S. Sophie	25	animatrice	TCG	++	++	o	o	o
P. Joël	40	forgeron	TCL	+	o	o	o	o
F. Karim	16	étudiant	TCL	+	o	o	o	o
B. Didier	42	ouvrier	TCG	o	o	Invalide	+	o
V. Maurice	54	boulangier	TCL	+	+	o	o	o
H. Sandrine	24	oenologue	TCL	++	+	o	o	o
R. Gilbert	35	enseignant	TCL	+	+	o	o	o
C. Ali	45	ouvrier	TCL	++	o	Invalide	o	o
V. Philippe	28	chauffeur	TCM	o	o	o	o	o
C. Nadine	62	retraîtée	TCL	++	+	o	o	o
L. Abdelkader	59	ouvrier	TCL	+++	+	o	o	o
C. Élise	28	étudiante	TCM	+++	o	+	o	o
I. Mefta	28	ouvrier	TCM	+++	+++	o	o	o
T. Magali	29	enseignant	TCM	o	o	+	o	o
H. Magali	18	ouvrier	TCL	+++	++	+	+	o
W. Alexandre	19	ouvrier	TCG	o	o	S Frontal	+	o
J. Jean	70	cadre	TCL	++	+	o	o	o
M. Jean-Michel	51	cadre	TCG	o	o	S Frontal	o	o
D. Claude	42	enseignant	TCG	+++	+	o	o	o
F. Patrice	45	ouvrier	TCL	+	o	o	o	o
L. Gérard	49	ouvrier	TCG	+++	++	+	+	o
R. Jean-Daniel	25	étudiant	TCG	+	o	+	+	o
N. Bernadette	39	ouvrier	TCG	o	o	+	+	+
J. Sébastien	21	boulangier	TCL	o	o	o	o	o

Traumatisme crânien et ses suites (tableau II)

Tous les patients ont présenté au minimum une perte de connaissance ou un état d'obnubilation passager et sont donc considérés comme traumatisés crâniens. La gravité du TC a été élaborée selon le score de Glasgow (GCS) [1] initial et la durée de l'APT (Amnésie Post Traumatique) [2].

- TC grave (TCG) : 8/25 ; 6/8 Glasgow < 9 d'emblée ; 2/8 TC modéré au départ mais durée de désorientation supérieure à 5 jours après la sédation, soit une APT totale > 7 jours.

- TC modéré (TCM) : 4/25 ; 3/4 Glasgow entre 9 et 13 ; 1/4 TCL aggravé par un œdème cérébral sévère.

- TCL : 13/25. Il est intéressant de noter qu'aucun Glasgow n'est noté sur le dossier ; nous avons donc retenu les critères suivants : un récit relativement précis de l'accident et de ses suites immédiates, absence d'œdème cérébral important en réanimation, absence de signes patents de désorientation à la sortie de réanimation.

- Le syndrome post-commotionnel (SPC) transitoire [2].

Quatre critères ont été retenus en raison de la spécificité des fracas faciaux et du poly-traumatisme : vertiges, troubles cognitifs, intolérance aux bruits, céphalée importante ; présent : 17/25.

- Le syndrome post-commotionnel (SPC) chronique [2].

Les symptômes retenus étaient les suivants : céphalées, asthénie, vertiges, troubles cognitifs, dépression, intolérance au bruit. Il est présent pour 12/25 dont huit sous forme légère.

Un bilan neuropsychologique a été pratiqué dans 10/25 cas aboutissant à la mise en invalidité pour deux cas et deux cas d'orientation UEROS (réorientation professionnelle). Ont bénéficié d'une rééducation spécialisée 6/25. Épilepsie post-traumatique : 1/25.

Séquelles neurologiques, sensorielles et douleurs (tableau III)

- Déficits neurologiques : 17/25 présentaient tous au moins un déficit du V, et 13/25 un déficit du V2.

Tableau III
Séquelles neurologiques sensorielles et douleurs.

	Âge	Déficit	Dyesthésies	Douleurs	Ophtalmo	Anosmie	SADAM	Sinus	céphalées
F. Dominique	54	V1 V2	+	+	o	+	o	o	+
S. Sophie	25	VIII, V1 V2	o	o	Diplopie	+++	+	o	+++
P. Joël	40	V3	+	o	o	o	o	+	o
F. Karim	16	o	o	o	o	o	+	+	o
B. Didier	42	V1 V2 V3	o	o	o	o	o	o	o
V. Maurice	54	VII, V1, V2	o	o	o	o	o	+	o
H. Sandrine	24	o	o	o	o	+	+	o	o
R. Gilbert	35	V2	+	++	o	+	o	o	o
C. Ali	45	V2	+	+++	Ac 3/10	o	o	+	+++
V. Philippe	28	V2	o	o	Larmoiement	o	o	o	o
C. Nadine	62	V2, VII	o	o	Diplopie	o	o	o	+
L. Abdelkader	59	V1 V2	++	+	o	+++	+	o	+
C. Élise	28	o	+	o	larmoiement	o	o	+	+
I. Mefta	28	V2	++	+	o	o	o	++	++
T. Magali	29	o	o	o	Cécité D	+	o	o	o
H. Magali	18	V2	+	++	Enucléation	+	o	o	++
W. Alexandre	19	o	o	o	Cécité G	o	o	o	o
J. Jean	70	VII, V2 V3	+	++	Enucléation	o	o	o	+
M. Jean-Michel	51	o	o	o	Champ visuel	o	o	o	o
D. Claude	42	V2	o	o	o	o	o	o	+
F. Patrice	45	V3	o	o	o	o	o	o	o
L. Gérard	49	o	o	o	Voies lacrymales	o	o	o	+
R. Jean-Daniel	25	o	o	o	o	o	o	o	o
N. Bernadette	39	V1	o	o	o	+	o	o	o
J. Sébatien	21	V3	o	o	o	o	+	o	o

Ophtalmo : larmoiement léger non noté. Les déficits neurologiques ont été notés sans distinction d'intensité. Les dyesthésies ont été notées dans le cas de gêne à retentissement fonctionnel ou psychologique. Les douleurs : épisodes paroxystiques isolés : + ; douleurs permanentes avec ou sans paroxysmes : ++ ; hyperesthésie et allodynie : +++.

- Les dyesthésies : 9/25 occasionnant une gêne à retentissement fonctionnel ou psychologique.
- Douleurs neuropathiques : 7/25 [3] épisodes paroxystiques isolés : + ; douleurs permanentes avec ou sans paroxysmes : ++ ; hyperesthésie et allodynie : +++.
- Troubles ophtalmologiques gênants : 11/25. Diplopie résiduelle : 2/25 ; larmoiement important : 3/25 ; baisse importante de l'acuité visuelle : 1/25 ; cécité unilatérale avec ou sans enucléation : 4/25 ; atteinte bilatérale des champs visuels : 1/25.
- Anosmie ou hyposmie : fréquente (8/25).
- Apparition d'un SADAM : 5/25.
- Douleur de type sinusien malgré l'ablation de matériel : 6/25.
- Céphalées : 11/25 ; n'ont été prises en compte que celles que le blessé reconnaît comme telles. Elles sont généralement à type de céphalées de tension, d'apparition post-traumatique ; les douleurs pulsatiles sont plus rares, ne réunissant pas les critères

des douleurs migraineuses [4]. N'ont pas été comptabilisées les douleurs que nous pensons être des céphalées, mais qui ne sont pas désignées comme telles par le patient « ça fait mal là où j'ai la plaque »

Traumatisme psychologique et séquelles (tableau IV)

- *Psycho traumatisme initial* (13/25). Les éléments suivants ont été retenus pour isoler le traumatisme *primaire* [5] : la constitution immédiate d'un stress péri-traumatique selon le DSM-IV [6] (syndrome de dissociation et signes de reviviscence précoce) ; l'apparition d'un syndrome dépressif majeur en réanimation ; l'apparition retardée d'un stress traumatique aigu.
- *Traumatisme secondaire précoce* par un vécu particulièrement traumatisant en réanimation. Les *séquelles* du psycho-traumatisme (9/25) : les éléments suivants ont été retenus :

Tableau IV
Traumatisme psychologique et séquelles.

	Âge	Psycho Traumatisme initial	Séquelles du psycho traumatisme	S. dépressif	Modif caractères	Tr sexuels	Vécu séquelles esth
F. Dominique	54	+	++	o	++	++	+
S. Sophie	25	o	o	+	+	+++	+
P. Joël	40	Dissociation	+	+	+	++	o
F. Karim	16	o	o	o	o	o	o
B. Didier	42	o	o	o	o	o	o
V. Maurice	54	Dissociation	+	+	+	2 ans	+
H. Sandrine	24	Dissociation	+	o	++	1 an	++
R. Gilbert	35	o	o	+	+	+	+++
C. Ali	45	+++	PTSD	+++	+++	+++	o
V. Philippe	28	+	o	o	Amélioration	o	+++
C. Nadine	62	+++	+++	+	+	+++	++
L. Abdelkader	59	+++	+	++	++	+++	o
C. Élise	28	+	o	+	Amélioration	2 ans	+++
I. Mefta	28	++	++	++	+++	1 an	o
T. Magali	29	o	o	+++ TS	+++	+	++
H. Magali	18	o	o	+	++	+	++
W. Alexandre	19	o	o	+	+++	3 ans	o
J. Jean	70	+	o	o	+	+++	+
M. Jean-Michel	51	o	o	+	+++	2 ans	o
D. Claude	42	+++	+	+	Amélioration	1 an	+
F. Patrice	45	+	o	++ TS	o	6 mois	o
L. Gérard	49	o	o	+++	+++	+++	o
R. Jean-Daniel	25	o	o	o	+	1 an	o
N. Bernadette	39	o	o	o	o	o	o
J. Sébastien	21	o	o	o	o	o	o

Psycho traumatisme dû aux circonstances même de l'accident initial ou dans les suites immédiates. S dépressif : + transitoire ; ++ intense ou prolongé au cours de l'évolution avec éventuellement TS ; +++ actuel sans pour autant être majeur. Tr sexuels : les + correspondent aux troubles actuels. Psycho traumatisme initial : + selon l'intensité. Séquelles : + signes émotionnels à l'évocation de l'accident ; ++ reviviscence nocturne sporadique ; +++ signe d'évitement invalidant.

l'existence d'un PTSD constitué selon le DSM-IV : 1/25 ; signes d'évitements invalidants +++ 2/25 ; persistance de reviviscences nocturnes sporadiques ou déni partiel ++ 2/25 ; manifestation émotionnelle à l'évocation de l'accident + 4/25.

- *Syndrome dépressif* à un moment ou l'autre de l'évolution : 16/25. Les signes dépressifs mineurs et la tendance dépressive ont été comptabilisés dans les modifications de caractère.

- *Les modifications de caractère* : 21/25 ont été évalués avec l'accompagnant. En aggravation 18/25 : irritabilité, agressivité, intolérance ; désintérêt agressif pour l'apparence ; tendance dépressive. En amélioration 3/25 : ouverture significative à autrui ; élaboration consciente et dépassement du traumatisme.

- *Les troubles sexuels* (20/25) : impuissance totale ou fréquente avec gêne ; désintérêt ou baisse de libido ; rapports normaux

avec inhibitions dues à l'aspect esthétique ; les troubles transitoires représentent 10/25.

- *Le vécu douloureux des séquelles esthétiques* (12/25) : demande actuelle d'une chirurgie +++ (3/25) ; utilisation du miroir par obligation stricte ++ (4/25) ; sensation de ne pas pouvoir communiquer + (5/25).

Devenir socioprofessionnel (tableau V)

En excluant un patient retraité, la majorité a repris une activité professionnelle (16/24), pour certains leur travail initial (12/24), d'autres ont dû changer d'orientation (6/24) ; une réorientation professionnelle (UEROS) a été proposée (5/24) dont 3 avec succès. La mise en invalidité ou retraite (8/24) ; le vécu est bon (9/24).

Tableau V
Devenir socioprofessionnel.

	Âge	Prof	Reprise travail	Changt profession	UEROS	Invalité retraite	Vécu
F. Dominique	54	cadre	échec	échec	o	+	très mal
S. Sophie	25	animatrice	+	o	o	o	difficile
P. Joël	40	forgeron	+	+	o	o	bon
F. Karim	16	étudiant	+	o	o	o	bon
B. Didier	42	ouvrier	+	+	CAT	+	très mal
V. Maurice	54	boulangier	échec	impossible	o	+	très mal
H. Sandrine	24	oenologue	+	o	o	o	bon
R. Gilbert	35	enseignant	+	o	o	o	difficile
C. Ali	45	ouvrier	o	o	o	+	très mal
V. Philippe	28	chauffeur	+	+	o	o	bon
C. Nadine	62	retraitee	retraité	-	-	-	-
L. Abdelkader	59	ouvrier	o	o	o	+	très mal
C. Élise	28	étudiante	+	+	+	o	très bon
I. Mefta	28	ouvrier	+	+	o	o	difficile
T. Magali	29	enseignant	+	o	o	o	bon
H. Magali	18	ouvrier	échec	échec	refus	o	très mal
W. Alexandre	19	ouvrier	+	+	+	o	bon
J. Jean	70	cadre	o	o	o	+	moyen
M. Jean-Michel	51	cadre	échec	impossible	o	+	très mal
D. Claude	42	enseignant	+	o	o	o	difficile
F. Patrice	45	ouvrier	+	o	o	o	bon
L. Gérard	49	ouvrier	o	impossible	o	+	très mal
R. Jean-Daniel	25	étudiant	o	o	quitte	o	mal
N. Bernadette	39	ouvrier	+	o	o	o	bon
J. Sébastien	25	boulangier	+	o	o	o	bon

Réparation et suites judiciaires (tableau VI)

La réparation du préjudice a été assurée (21/25).

Le délai de liquidation a été considéré comme normal (3 à 6 ans) dans 17/25 cas.

Liquidation prolongée par jugement en appel : 3/25.

Affaire en cours : 4/25.

Les pertes économiques faibles ou nulles pour 13/25, importantes 3/25.

Discussion

Le choix de cette étude à long terme du traumatisme présente ses avantages et ses inconvénients. En effet, le recul permet de mieux apprécier les séquelles, mais augmente aussi la probabilité de ne plus retrouver le blessé.

Les circonstances du traumatisme (tableau I)

Du point de vue statistique [7], les données sont faussées, puisque ce sont essentiellement les jeunes qui n'ont pas pu être retrouvés. Or ce sont ceux qui constituent, justement, la majorité des fracas faciaux.

Paradoxalement, nous n'enregistrons ainsi, que deux « sorties de boîte » et aucun accident de deux roues. La majorité des fracas faciaux de notre série sont poly-traumatisés (16/25) et (17/25) transitent par un service de réanimation, de soins intensifs ou de neurochirurgie, ce qui correspond à des accidents à haute énergie, responsable des lésions cérébrales.

Le traumatisme crânien et de ses suites (tableau II)

L'appréciation de la gravité du traumatisme, à la vue d'un dossier ancien, s'avère difficile, par imprécision ou manque de données. Souvent, les patients transitent par plusieurs services

Tableau VI
Réparation et suites judiciaires. Délai de liquidation normal : compte tenu des délais de consolidation.

	Âge	AT	Délai Liquidation	Vécu	Appel patient	Appel tiers	Cassation	Perte économique
F. Dominique	54	o	NI	mal		en cours		modérée
S. Sophie	25	o	NI	moyen				o
P. Joël	40	o	NI	mal				o
F. Karim	16	o	NI	bon				o
B. Didier	42	+	NI	mal				importante
V. Maurice	54	o	NI	mal				modérée
H. Sandrine	24	o	NI	moyen				o
R. Gilbert	35	+	o (6 ans)	mal	en cours			o
C. Ali	45	+	8 ans	mal			en cours	o
V. Philippe	28	+	NI	bon				o
C. Nadine	62	o	prolongé	mal		+		o
L. Abdelkader	59	+	o (6 ans)	mal	en cours			o
C. Élise	28	o	NI	bon				o
I. Mefta	28	o	NI	bon				o
T. Magali	29	o	NI	bon				o
H. Magali	18	o	en cours	mal				importante
W. Alexandre	19	+	prolongé	moyen	+			o
J. Jean	70	+	NI	bon				o
M. Jean-Michel	51	o	NI	mal				importante
D. Claude	42	o	NI	bon				o
F. Patrice	45	o	prolongé	moyen		+		o
L. Gérard	49	o	NI	mal				modérée
R. Jean-Daniel	25	o	NI	mal				o
N. Bernadette	39	+	NI	bon				o
J. Sébastien	21	o	NI	bon				o

avant d'arriver en CMF et comme les dossiers respectifs restent sur place, le patient, à l'image de ses dossiers, est « découpé en rondelles » ; pour les TCL, le classique « AVP : TC+PC » fait office de bilan ; quant au SPC, il n'est *jamais* rapporté dans un dossier de chirurgie.

Nous avons fait de notre mieux, et en tirons les conclusions suivantes :

- pour connaître le cursus au long cours d'un patient, mieux vaut se référer aux expertises médicales. Mais nous suspectons que l'expert, lui aussi, se heurte aux mêmes difficultés ;
- l'interrogatoire du patient est précieux... mais en matière de TC, ses souvenirs sont d'un faible secours, et seule la présence d'un proche permet « un brin d'objectivité » ;
- cependant, nous remarquons la quasi-constance d'un SPC et l'absence de sa prise en charge, dont les études soulignent pourtant l'efficacité [8] ; notons également la rareté des bilans neuropsychologiques, qui ne concernent dans l'ensemble que

les TCG ; nous avons pourtant suspecté à plusieurs reprises des troubles cognitifs séquellaires, avec une incidence socioprofessionnelle, qu'on aurait peut-être pu éviter.

Les séquelles neurologiques, sensorielles et douleurs (tableau III)

On note la fréquence des déficits du Trijumeau (17/25) et en conséquence, les paresthésies.

Quant aux dysesthésies (9/25), elles concernent moins la gêne fonctionnelle (rasage, sensation de nez qui coule ou « toile d'araignée sur la figure ») qu'une notion de mort : « je vis avec la moitié du visage », « j'ai la mort dans la figure », « ma joue est morte », ou parfois des références au dentiste « c'est comme si je sortais de chez le dentiste ».

Toutes douleurs confondues, elles touchent la grande majorité des blessés (17/25) ; pourtant, ce chiffre est encore sous-estimé, puisque les douleurs à la pression et certaines céphalées n'ont

pas été notées ; les douleurs neuropathiques, elles, sont encore beaucoup trop fréquentes (7/25) car il ne s'agissait pas, à l'examen, de douleurs rebelles, mais de cas non ou insuffisamment traités.

Nous soulignerons la relative fréquence des atteintes ophtalmologiques graves, car invalidantes et définitives (4/25).

En ce qui concerne les troubles de l'odorat et par conséquent du goût, ils sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit (8/25) et diversement vécus. Pour avoir longuement interrogé les patients, nous concluons qu'ils ont des répercussions profondes et subtiles, souvent non reconnues par le sujet lui-même, car une compensation psychologique le protège ; mais ils participent à la baisse de l'élan vital, si souvent rencontrée.

Le traumatisme psychologique et ses séquelles (tableau IV)

Avec la majorité des auteurs, nous constatons que l'amnésie protège le blessé du psycho-traumatisme, mais n'évite pas une dépression secondaire. Cependant nous vérifions aussi que le traumatisme initial peut être enregistré sous forme archaïque [9] et donner lieu à une symptomatologie ultérieure.

Insistons sur le vécu traumatique de la réanimation, pour rappeler qu'une sédation n'est ni un coma ni un sommeil, mais un mélange de réalité et de rêve s'apparentant à un délire, généralement vécu comme un cauchemar, dont le patient garde un souvenir précis.

Une dépression touche la majorité des blessés (16/25), chiffre qui monte jusqu'à 23/25 si on inclut les tendances dépressives ; que dire du Prozac si abondamment prescrit, si ce n'est qu'il est inefficace, voire nocif !

Les modifications de caractère en sens négatif, touchent presque tous les blessés ; seuls trois ont réellement dépassé leur traumatisme, dont un seul sans soutien.

Les troubles sexuels sont particulièrement fréquents, même si le patient n'ose pas se plaindre ; que dire des expertises qui concluent souverainement que la face n'a rien à voir avec l'acte sexuel. Lecteur, quand vous vous sentez « moche » et peu attirant (ça arrive !), qu'en est-il pour vous ? Si l'on ajoute un « visage à la Picasso », un SPC et autres réjouissances d'un fracas facial... Soyons sérieux ! Une atteinte faciale retentit *tout* jours sur la sexualité.

Un autre point de vue est celui de la personne d'âge mûr car, pour elle, le trouble est souvent définitif « nous avons perdu 10 ans de notre vie » dit M. J.

Le vécu des séquelles esthétiques n'a souvent rien à voir avec les données objectives. Paradoxalement, l'absence de séquelles

peut être mal vécue « et alors, ça ne se voit pas, mais je sens, moi. J'ai la tête comme un ballon de foot, c'est tout le temps là ».

Le devenir socioprofessionnel (tableau V)

Il est très varié : les échecs à la reprise de travail sont encore plus douloureusement vécus que les mises directes en invalidité ou retraite ; un cas particulièrement lourd est celui d'un TCG, cadre supérieur, qui n'a accepté de capituler qu'après de nombreux déboires.

Aurait-on pu éviter cela ? Oui, par une prise en charge précoce pour trois d'entre eux.

Les centres de réadaptation fonctionnelle, surchargés, n'acceptent que les patients aux troubles très prononcés ; pour les autres, il n'existe aucune structure appropriée.

Les difficultés professionnelles des traumatisés crâniens, quand elles n'entravent pas leur travail, peuvent retentir sur la vie privée. Ils rentrent exténués et s'endorment devant leur télé, s'ils la supportent.

La réparation et les suites judiciaires (tableau VI)

Cette étude, à longue distance de l'accident, permet de voir que tant bien que mal, la grande majorité des blessés a bénéficié d'une réparation du dommage corporel, avec une perte économique faible pour la moitié d'entre eux ; les affaires en cours sont dues à un renchérissement de procédure de la part de patients qui ne subissent aucune perte économique.

Faut-il y voir un profil psychologique particulier ? L'installation dans un rôle de victime ?

Ce n'est pas si simple. L'espoir d'une compensation financière n'est certainement pas étranger à l'affaire, mais ne constitue pas le fond du problème. Pour certains, il s'agit du besoin de punition du responsable ; ce ne sont d'ailleurs pas les patients eux-mêmes qui engagent les procédures, mais les familles.

Que penser d'une famille qui voit le père partir le matin, gaiement, au travail, et qui retrouve plus tard un être délabré, en fauteuil roulant, avec un PTSD.

L'accident ne touche jamais la victime seule mais toute sa famille.

Références

1. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 1974;2:81-4.
2. Meulemans T, Azouvi P, Coyette F, Aubin G. Neuropsychologie des traumatismes crâniens légers. *Neuropsychologie*. Ed. Solal, 2004:5-18.

3. Bouhassira D. Les douleurs neuropathiques. Institut UPSA de la douleur, 2000, Aubin Poitiers.
4. Headache classification committee of the international Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8(Suppl 7):1-96.
5. Jehel L, Lopez G. Psychotraumatologie : évaluation, clinique, traitement. Dunod Ed, Paris, 2006.
6. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Masson, Paris, 2003.
7. Cohadon F, Castel JP, Richer E, Mazaux JM, Loiseau H. Les traumatisés crâniens : de l'accident à la réinsertion. Arnette, 1998.
8. Mittenberg, Tremont, Zielinsky, Fichera, Rayls. Elsevier Science, 1996.
9. McMillan TM. Post traumatic stress disorder after minor traumatic brain injury. *In: Neuropsychologie des traumatismes crâniens légers*. Solal Ed, Marseille, 2004:105-14.