

Rééducation et suivi psychiatrique de patients victimes de plaies craniocérébrales de guerre

D. ROGEZ¹, F. DE MONTLEAU²

1. Introduction

Les traumatismes crâniens (TC) sont des blessures de guerre fréquentes. Le blast, secondaire à une explosion, en représente le mécanisme lésionnel prédominant. La violence de l'explosion implique l'association fréquente à un polytraumatisme et à un tableau psychiatrique. La prise en charge de ces TC s'inscrit dans la durée et nécessite une approche pluridisciplinaire (réanimateurs, médecins de rééducation, neurochirurgiens, psychiatres, neuropsychologues, orthophonistes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, personnel soignant, assistants sociaux).

2. Phases évolutives

La première phase en rééducation est la phase d'éveil, marquée par l'amnésie post-traumatique (APT). Elle se caractérise par des troubles mnésiques, une altération des repères du patient, une dépendance à autrui et des difficultés de communication. Ce bouleversement induit une angoisse qui s'accompagne de troubles comportementaux. Donner des repères, établir un mode de communication adapté à l'état clinique, répéter les informations et rassurer

1. Service de rééducation fonctionnelle, Hôpital d'instruction des armées Percy, 92140 Clamart.

2. Service de psychiatrie, Hôpital d'instruction des armées Percy, 92140 Clamart.

Correspondance : Pr Jean Franck de Montleau, Service de psychiatrie, Hôpital d'Instruction des Armées Percy, 101 Avenue Henri Barbusse, 92140 Clamart. E-mail : fdemontleau@yahoo.fr. Tél. : 01 41 46 ?? ??.

constituent alors les principes de prise en charge. La stimulation sensorielle multimodale est utilisée par tous les thérapeutes pour favoriser la réactivation corticale globale. Une régression durable des signes d'éveil doit faire rechercher différentes causes : déficits endocriniens, sinking skin flap syndrom en cas de craniectomie.

La deuxième phase débute à la sortie d'APT. Elle consiste en la rééducation des déficiences physiques, cognitives et comportementales. L'objectif est de donner au patient le maximum d'autonomie. Les éléments psychiatriques associés, souvent un état de stress post-traumatique, doivent être pris en charge. Faire la part entre troubles psychiatriques et troubles cognitivo-comportementaux reste difficile à ce stade.

La troisième phase est celle de la réadaptation et réinsertion : choix du lieu de vie (domicile / institution), reprise professionnelle éventuelle (en lien avec les organismes sociaux et les cellules d'aide aux blessés). On ne sous-estimera pas les effets psychiques positifs de la mise en route des démarches de réparation qui témoigneront pour ces soldats blessés de la reconnaissance de la nation.

3. Conclusion

Les TC de guerre sont pour la plupart la conséquence de lésions cérébrales tenant aux effets du blast suite à explosion. Leur prise en charge implique une rééducation longue et pluridisciplinaire, incluant un soin psychique qui prend en compte l'impact psychotraumatique de l'évènement mais aussi le retentissement psychique d'un handicap souvent qualifié d'invisible.