

TRAUMATISME CRÂNIO CÉRÉBRAL ET ASPECTS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

TRAUMATIC BRAIN INJURY AND MEDICAL- PSYCHOLOGIC ASPECTS

Par Marie de JOUVENCEL (1), Isabelle ZURBACH-RENAUDIN (2)

RÉSUMÉ

Un Traumatisme Crânio-Cérébral (TCC) modifie le psychisme du blessé.

En faisant effraction dans la structure psychique, le trauma précipite un ébranlement des fondements de l'identité du blessé. Ainsi, il est à l'origine d'une rupture dans la continuité d'être et d'avoir.

Dans un premier temps, le psychisme, accaparé par la question de sa survie, est fragilisé. De nombreux troubles psychopathologiques sont observables.

Dans un second temps, alors qu'un réaménagement psychique est à l'œuvre, la possibilité d'un dépassement du trauma est interrogée.

Vivre des situations de handicap au quotidien conduit le blessé à se heurter continuellement aux limitations corporelles, cognitives et psychiques. Ce vécu peut favoriser une prise de conscience, trop souvent attendue.

Ces situations de handicap renvoient au TCC qui concentre toutes les projections en même temps qu'il nourrit une idéalisation figée du temps d'avant.

Il est important de ne pas oublier qu'une personnalité de fond est à l'œuvre au-delà du TCC, affaiblie par le déficit cognitif et le déséquilibre psycho-affectif.

Ainsi, lors de l'expertise médico-légale, ces constats permettront d'apprécier l'existence d'un syndrome de stress post-traumatique et la souffrance psychique qui

entrave la réadaptation du blessé. Dans les soins futurs, les thérapeutes s'attacheront à la mise en place de psychothérapies spécifiques.

Mots-clés : Trauma, identité et personnalité, TCC, psychotraumatisme, syndrome de stress post-traumatique.

SUMMARY

Traumatic brain injury (TBI) changes the psyche of the injured.

By breaking into the psychic structure, trauma leads to a shaking of the basis of the injured identity. Thus, it is the cause of a break into the continuity of being and having. Firstly, the psyche, occupied by the question of its survival is weakened. Many psychopathological disorders are observed.

Secondly, while a psychic readjustment is at work, the possibility of going beyond the trauma is questioned.

Living daily situations of disability leads the injured constantly to come up against personal, cognitive and psychological limitations. This experience can promote more awareness too often expected.

TBI is a source of disabilities which concentrates all the projections at the same time as it feeds a frozen idealization of the previous time.

A personality is at work beyond the TBI, weakened by cognitive impairment and psycho-emotional imbalance. Thus, when the medical-legal expertise is carried out, these findings provide evidence of a post-traumatic stress syndrome and a psychological suffering that hinders the rehabilitation of the injured. Future care will focus on the implementation of specific psychotherapies.

Keywords: Trauma, identity and personality, traumatic brain injury, psychological trauma, post-traumatic stress syndrome.

(1) Psychologue spécialisée en Neuropsychologie
Diplômée de Psychiatrie Légale Paris Sud – Expert près la Cour d'Appel de Versailles
mariedejouvencel@wanadoo.fr

(2) Psychologue – Psychothérapeute
107, rue de la Fosse aux Moines, 95230 Soisy-sous-Montmorency

INTRODUCTION

Le psychisme se donne à voir et à entendre par toutes les manifestations de ressentis, d'affects et d'angoisses. Il est ce qui module et modèle nos comportements et nos conduites. Par opposition au corps, il est l'âme du sujet, ce qui en fait une réalité totalement abstraite, cliniquement impalpable au toucher, insaisissable à la preuve et au résultat.

On le conçoit, la vie mentale offre un champ d'études complexe parce qu'il y a *ce que l'on pense, ce que l'on ressent et ce que l'on fait*. Si la psychologie permet d'étudier scientifiquement les faits psychiques propres à l'être humain, la psychopathologie correspond à une approche plus individuelle et subjective. Elle propose ainsi une lecture et une analyse des phénomènes psychiques à l'œuvre chez tout être humain et s'attache à décrire finement les troubles, expression des symptômes eux-mêmes constitutifs d'une maladie ou d'un syndrome.

Si nous considérons la lésion cérébrale et ses effets neuropsychologiques, il est donc nécessaire de tenir compte de l'expérience vécue et de la réalité psychique du blessé. Cependant, il ne s'agit pas ici de dresser un tableau clinique psychopathologique spécifique de la victime d'un TCC car l'aspect psychopathologique et neuropsychologique des troubles est difficile à identifier. Le parcours du blessé depuis le vécu post-traumatique de violences intentionnelles ou non intentionnelles pose la question de l'intégration possible du trauma et de sa dimension traumatique.

Survivre et vivre après avoir été blessé à la tête est une expérience de vie singulière. C'est pourquoi les victimes d'un TCC présentent une clinique médico-psychologique complexe qu'il ne faut pas perdre de vue au-delà de toute tentative de réadaptation-réinsertion.

I. IMPACT, VIOLENCES INTENTIONNELLES ET NON INTENTIONNELLES

L'histoire du TCC débute au premier temps de l'impact où le blessé subit un choc induit par une ou des violences intentionnelles ou non intentionnelles.

L'impact

Au-delà de l'accidentologie qui décrit les circonstances de l'évènement traumatique, l'impact est le moment déterminant où la vie organique et psychique est engagée.

Parmi les « premiers traumatismes » qui font suite au choc, le plus important concerne la souffrance endurée par le cerveau lui-même. Les premières séquelles vont dépendre des mouvements subis par le cerveau à l'intérieur de la boîte crânienne, effet « coup et contre-

coup », des rotations qui vont entraîner des cisaillements associés ou non à un écrasement de la matière cérébrale avec une torsion voire un arrachement des vaisseaux sanguins et un étirement des fibres nerveuses.

En un temps très court, le destin de la victime est engagé. L'impact représente le point d'entrée et le basculement dans la dimension traumatique. Il est le temps zéro d'une autre histoire à construire et qui n'était pas prévue.

Dès lors, les lésions cérébrales ont déjà altéré les fonctions cognitives et détérioré les mécanismes de la pensée. Pour certains auteurs comme H. Oppenheim [1], en raison des conséquences des lésions cérébrales, l'univers subjectif des patients et leur compréhension du monde basculent. Ils sont en panne psychologiquement pour percevoir l'intensité et le sens émotionnel de ce qui les entoure.

« Ces patients sont des héros, des victimes, des martyrs, des voyageurs perdus, rescapés d'un voyage qui a failli être sans retour. »

L'accident ou l'agression constitue dans la vie du blessé non seulement une atteinte portée à l'intégrité du corps mais aussi une rupture dans sa continuité d'être. C'est un traumatisme physique et un traumatisme psychique dans un contexte de violence. La violence est un trou noir dans l'existence de chacun. C'est une mise en acte de nos fantasmes, une fracture qui laisse « à voir » la pulsion. Elle se nourrit du regard de l'autre et se fragmente en une multitude de points de résonance (vol, agression, viol, meurtre...).

Les violences intentionnelles et non-intentionnelles

Etre une victime de violences intentionnelles et/ou non-intentionnelles, c'est vivre une rupture.

Pour Y. Michaud [2], « la violence, ce sont non seulement des faits, mais tout autant nos manières de les appréhender, de les juger, de les voir (de ne pas les voir) (...). L'usage d'un concept comme celui de la violence suppose la référence à des normes qui peuvent ne pas être partagées par tous ».

Lors de la toilette, Monsieur P. frappe l'auxiliaire de vie si celle-ci est trop intervenante dans l'aide à la toilette (toucher du corps). Pour Monsieur P., il revit là, les moments de contention, de contrainte de soins, des moments de vécu persécutif et réagit avec des comportements violents.

La notion de violence est complexe car elle a un caractère multiforme (verbale, physique, psychologique, économique, sexuelle, évènement d'exception). Les modèles explicatifs de la violence sont nombreux : éthologique, neurobiologique, pulsionnel, psychodynamique et psychologique. Ils contribuent à comprendre les fondements de la violence.

« Il n'y a aucune évidence qu'une lésion d'une quelconque partie du cerveau conduise inévitablement à la violence. Lorsque la violence survient, des facteurs circonstanciels d'une part, constitutionnels et psychosociaux de l'autre, entrent dans l'équation » affirme C. Derouesné [3].

Un modèle intégratif qui rendrait justice à chacune de ces théories permet de ne pas occulter le fait que la violence ne peut être considérée comme un phénomène isolable de son contexte.

Dans un contexte de violence physique, c'est l'intégrité du corps qui est touchée, venant ainsi affaiblir voire détruire son enveloppe psychique. Pour le chirurgien plasticien M. Mimoun [4], « il faut bien mettre la douleur quelque part ». Le corps devient la terre d'accueil de la souffrance. Il fait écran permettant à la souffrance psychique de trouver une voie de dégagement par le biais du symptôme physique.

Monsieur G. fait le constat que dans les suites immédiates de son accident, il injurait et avait levé la main sur sa mère. Mais aujourd'hui, avec une bonne évolution de son autonomie physique, la relation filiale est devenue plus sereine.

Les expériences s'ancrent corporellement et psychologiquement. Cette interdépendance complexifie la compréhension du vécu corporel et la souffrance induite par le traumatisme.

Trois niveaux de lecture du corps doivent être pris en considération. Tout d'abord, dans son organicité, il sera le lieu fonctionnel qui génère le handicap. L'intégration de cette dimension prendra du temps et sera toujours remise en cause comme un moyen possible de récupération d'une représentation de soi antérieure au choc traumatique. Il est ce qui mobilisera une grande ambivalence entre la réalité du corps et l'idéalisation d'un corps imaginaire qui n'aurait jamais vécu d'impact traumatique.

Le deuxième niveau de lecture concerne la dimension psychologique du corps. C'est celle qui tient compte de l'espace psychique où s'exprime le vécu corporel en termes de ressentis, de représentations inconscientes et de mécanismes permettant de se défendre face au traumatisme. L'évènement traumatique ayant bouleversé ses repères internes, le blessé devra en priorité trouver les moyens d'assurer sa survie. Dans ce premier mouvement, c'est au niveau du corps que la pensée va concentrer tous ses efforts. Puis, lorsque reviendra un meilleur sentiment de sécurité interne, corps et pensée s'associeront vers un même objectif : la réparation et le retour à une identité pleine et entière capable de faire face aux aléas de l'existence.

Enfin, le corps prend une dimension d'autant plus symbolique qu'il est au cœur de la relation sociale, celle justement qui posera désormais problème conti-

nuellement dans la vie du blessé avec un TCC. Décrit comme un handicap invisible, ce traumatisme a une spécificité ambiguë car il laisse cohabiter une apparente normalité aux côtés de troubles psychopathologiques et neuropsychologiques émergeant en situation.

Pour Monsieur O., la demande itérative de faire de la musculation comme les jeunes de son âge, l'empêche de prendre en compte, le risque d'aggravation physique d'un hémicorps paralysé. Il se vit avec la représentation d'un corps dans le sport intensif pratiqué avant l'accident.

Le vécu corporel de ces blessés nous apprend qu'il n'y pas que le corps organique qui est impacté, alors qu'il deviendra le lieu de projection de tous les fantasmes de récupération et de réparation, y compris identitaire. L'image inconsciente du corps est aussi altérée. Ces blessés vivent à la fois avec la représentation d'un corps entier, vivant, en bonne santé, corps qui coïncide avec celui d'avant le choc traumatique, mais aussi avec un corps abîmé, fracturé, cassé, éclaté.

II. LE TRAUMATIQUE, LE TRAUMA ET LE TRAUMATISME

Dans le discours médical, ces trois termes sont couramment employés pour évoquer l'impact psychique d'un événement qui aurait marqué douloureusement l'existence d'une victime et contre lequel elle n'aurait pas pu se défendre. Mais que désignent-ils réellement ? Il nous paraît nécessaire de les spécifier car ils ne reflètent pas la même dimension de l'organisation psychique soumis à un événement à valence désorganisatrice.

Il y a d'abord le *traumatique* qui englobe le vécu de l'évènement traumatique et la notion d'état de stress post-traumatique. Le traumatique est probablement ce qui reflète le mieux la dimension psychopathologique de l'évènement traumatisant car nous nous situons là au niveau des conséquences induites par le vécu d'un tel évènement dans la vie du blessé.

Ces conséquences sont déterminées par une cause appelée *trauma*. La notion de trauma rend compte de ce que pourrait être la substance active et fondamentale du *traumatisme*, en même temps que la trace indélébile laissée par l'évènement.

Le traumatique et le trauma s'articulent donc tous deux au cœur de tout traumatisme dont ils permettent la compréhension. De plus la notion de traumatisme est la seule qui tiendra compte des répercussions au-delà du blessé, notamment celles de l'entourage et celles qui s'établiront à long terme lorsque le cours de la vie reprendra.

II.1. Le traumatisme

La CIM-10 (Classification Internationale des Maladies - Version 10)¹ définit l'évènement traumatique comme étant la « *situation ou évènement stressant (de courte ou longue durée) exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus* ». Le traumatisme est donc un facteur déclencheur d'une réaction de stress, réaction qui mobilise les ressources de l'individu au niveau biologique, physiologique et psychologique. Cette réaction de stress concerne la mise en œuvre des possibilités adaptatives du blessé face à la situation dont il doit se protéger et y survivre. Dans les réactions immédiates, sans altération de l'état de conscience, le cortège des premières manifestations pathologiques, appelé « *stress dépassé* », englobe un débordement émotionnel et des troubles dissociatifs. Le débordement émotionnel représente le symptôme qui illustre l'envahissement du traumatisme sur l'espace psychique et la mise en défaut de sa capacité de protection. Ce qui contient l'émotionnel ne tient plus, laissant place à des réactions pouvant aller de la sidération à l'agitation bruyante et désordonnée. Ainsi, les troubles dissociatifs (troubles de la conscience, déréalisation, automatismes, amnésies) ont probablement un enjeu protecteur majeur permettant au blessé de se distancier de l'envahissement et se soustraire de l'horreur de la situation vécue. Des échelles spécifiques de détresse péritraumatique et de dissociation péritraumatique permettent d'évaluer l'importance de ces troubles précoces, dont l'évolution peut aboutir à un Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT). « *La survenue d'un syndrome de stress aigu, tel qu'il est défini dans la CIM-10 ou le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders),² est un bon prédicteur d'ESPT ultérieur, surtout lorsqu'il s'accompagne d'un trouble de dissociation ou de détresse péritraumatique* » [5].

A distance de quelques jours à quelques semaines de l'impact traumatique, les troubles post-traumatiques sont surtout liés au stress. Celui-ci apparaît brutalement sous forme de « *queues de stress* » ou de « *stress différé* », sans que l'environnement sécuritaire puisse permettre au blessé de se rassurer et de canaliser ses réactions. Le stress déclenche donc des troubles neurovégétatifs (état de qui-vive, réactions de sursaut, troubles du sommeil, troubles cognitifs). Il s'accompagne de troubles plus spécifiquement liés à l'effraction traumatique (intrusions de pensées, d'images, de cauchemars de répétition, de conduites d'évitement). Ces manifestations sont d'ailleurs révélatrices « *l'empreinte traumatique* » [6], c'est-à-dire de la trace laissée dans le psychisme par la violence et la détresse vécues.

¹ CIM-10 (Classification Internationale des Maladies - Version 10) Publication OMS 1992 (Genève).

² DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Publication American Psychiatric Association 1994.

Dans les suites ultérieures, l'évolution des troubles psycho-traumatiques est variable et dépend d'une part, de l'évènement traumatique vécu (catastrophe naturelle, accidents de la circulation, attentats, viols), d'autre part, de facteurs internes liés à la capacité d'adaptation de la structure psychique du blessé ainsi que de facteurs externes liés à la prise en charge immédiate et à l'accompagnement de l'entourage (conjoint, enfants, amis). Le risque de développer un ESPT est souvent corrélé à la présence des troubles dissociatifs péritraumatiques. Toutefois, certains états dissociatifs aigus se résorbent sans séquelles à long terme tandis qu'un ESPT pourra se déclarer à distance de l'impact traumatique sans troubles précoces.

Des enquêtes [5] ont permis d'évaluer la potentialité traumatique de l'évènement vécu à partir de la prévalence de l'ESPT. Le viol apparaît comme étant l'évènement le plus traumatogène (ESPT évalué entre 50 et 80%). Viennent ensuite les agressions criminelles et terroristes (30 à 35%), les accidents de la circulation (à 4 mois, 18 à 20%) puis les catastrophes naturelles (3 à 40%). Ces chiffres ne sont cependant qu'une photographie établie sur une masse d'individus. Ils ne doivent en aucun cas se substituer à la capacité propre de la victime à dépasser l'évènement traumatique.

Ainsi, certains ESPT resteront transitoires (1 à 3 mois) là où d'autres s'organiseront plus tard sur un mode chronique (au-delà de 3 mois). Sa prise en charge nécessitera une évaluation préalable menée à partir d'entretiens structurés ou semi structurés et de tests psychométriques. Cette évaluation tiendra compte d'une part des éléments majeurs constitutifs du syndrome d'ESPT, d'autre part, des troubles associés que sont les troubles anxieux (anxiété généralisée, attaque de panique, phobie), la dépression et le risque suicidaire, les conduites addictives (alcoolisme, toxicomanie, pharmacodépendance), les troubles sexuels et les affections psychosomatiques.

La symptomatologie qui détermine le tableau clinique de l'ESPT regroupe le *syndrome de répétition*, la *persistance de l'évitement*, un *hyper-éveil*.

L'*hyperactivation neurovégétative* est sans aucun doute la manifestation la plus visible de la présence du stress. L'état d'alerte et d'hyper vigilance est permanent. Il s'associe à des réactions disproportionnées face à des événements anodins (sursauts, tremblements, crises de larme). Il témoigne surtout d'une impossibilité pour le blessé de se mettre psychiquement au repos. L'envahissement est permanent, tant diurne que nocturne, ce qui occasionne bon nombre de troubles du sommeil (troubles de l'endormissement, insomnie). Le manque de repos est alors responsable de l'accroissement des troubles associés que sont l'irritabilité, l'anxiété et surtout la dépression. Cependant, les troubles du sommeil ont également une autre cause. Ils sont aussi liés à la tentative d'évitement des images traumatisantes survenant pendant le sommeil.

Le syndrome d'évitement est, quant à lui, comparable à « une sorte de « zapping » des pensées, images, sensations et situations rappelant ou symbolisant les circonstances du traumatisme initial ». Il traduit une sorte de trop-plein psychique associé à l'impossibilité à pouvoir réinvestir l'environnement par peur d'être à nouveau assiégé par l'ennemi. L'évitement va ainsi trouver des voies de dégagement dans l'inhibition et la régression. Il ne doit pas pour autant être confondu avec la conduite phobique car il est toujours en rapport avec l'événement traumatique. Les échanges affectifs vont ainsi avoir tendance à s'appauvrir considérablement. Le manque d'intérêt et d'implication laissera place au désarroi et à l'impuissance surtout exprimés par l'entourage.

Les apports théoriques du psychanalyste S. Ferenczi [6] ont largement contribué à mieux comprendre la régression induite par le traumatisme. Cette régression n'est que la recherche d'un plaisir intense où l'autre n'aurait pas sa place. Elle est primordiale car elle permet de récupérer un sentiment de bien-être, de satisfaction dans un contexte encore marqué par la destruction et la violence de la perte. Elle n'est pourtant pas toujours comprise et acceptée par l'entourage (parents, conjoints, enfants) car elle modifie considérablement les relations intra familiales.

Les attitudes régressives de dépendance sans docilité nécessiteront une grande adaptabilité dans la prise en charge. Cependant, nous observons des réactions d'incompréhension, d'agressivité voire de rejet de la part de l'entourage qui est face à un autre...qui n'est plus le même, n'a plus les mêmes demandes, les mêmes attentes, les mêmes possibilités d'échange. Face à celui dont on a angoissé la perte définitive, survit une personne transformée, voire déformée par des changements parfois visibles, souvent invisibles et jamais totalement réversibles. Enfin, l'élément majeur et constitutif de l'ESPT reste le syndrome de répétition également appelé « syndrome intrusif ». Il est déterminé par « l'empreinte traumatique » qui contraint à la compulsion de répétition. Ainsi, le psychisme à travers ce mécanisme semble exercer une sorte de poussée continue vers ce qui a été traumatique, vers la violence, la détresse et la destructivité. Ce mécanisme n'a pourtant rien de masochiste. Il vise à permettre au psychisme de trouver de meilleures voies de dégagement en même temps qu'une certaine accoutumance à l'effroi en répétant l'effroi. « Les intrusions constituent des sortes de « mini expositions » naturelles » devant permettre « une habitude progressive à l'horreur ». La victime répète ainsi le traumatisme de façon interne par les pensées, les images et les sensations physiques lui donnant l'illusion que l'agression ou la catastrophe va se reproduire à tout moment. Mais la répétition est en totale contradiction avec l'évitement. Ce paradoxe interne où d'un côté le psychisme prend la fuite tout en tentant de retourner sur les lieux du drame accapare le blessé, l'isole du reste du monde qui ne peut que lui laisser le temps de se récupérer. Le syndrome de répé-

tion est ce qui révèle le fondement du processus traumatique appelé trauma.

II.2. Le trauma

Telle une forteresse assiégée et menacée par l'ennemi omniprésent, le psychisme doit organiser ses dernières défenses pour y survivre. Cette plongée vertigineuse dans l'abîme de sa propre destruction déclenche une lutte psychique interne entre des poussées violentes destructrices et les défenses pour y survivre. Rien ne compte plus que la survie tant que la mort n'est pas prononcée. Ainsi, le trauma regroupe deux facettes : celle qui vise à détruire et celle qui lutte pour y survivre. Il active une violence interne en même temps qu'une lutte pour la neutraliser.

Au cœur de l'événement vécu, la victime fait une expérience ultime et terrifiante, celle de la rencontre avec la possibilité de sa propre destruction, ce que C. Barrois [7] désigne également comme « une soudaine intimité avec la mort ». Or, cette prise de conscience est impossible à concevoir car elle est tout simplement trop effroyable pour le psychisme. Le psychanalyste J. Roisin [8] souligne le fait que « l'anéantissement est pire que la mort ». La mort renvoie à la perte de la vie et en ce sens, est une réalité qui peut être pensée pour soi comme pour l'autre. Mais l'anéantissement en tant que processus de destruction psychique totale est bien trop violent. Il pétrifie d'effroi et confronte à un sentiment massif d'impuissance et de sidération, venant presque murmurer à l'oreille de la victime : « Vois comment tu vas mourir et... tu ne pourras rien faire pour y survivre ». Cet affect d'effroi qui en découle s'apparente à un épisode de déréalisation, à une menace de catastrophe psychique, de désintégration interne, qui peut engendrer un syndrome post-traumatique, à plus ou moins brève échéance.

L'intensité du trauma perturbe gravement les rouages de la pensée à tel point que penser peut devenir douloureux, insupportable voire même dangereux. La réflexion et la mise à distance se verrouille. La parole est muselée par l'effroi. Or, la difficulté supplémentaire du blessé est que le trauma s'associe à des troubles neuropsychologiques. La capacité à penser l'événement traumatique se trouve donc entraver par la concomitance de ces deux facteurs : l'impossibilité de penser du fait du trauma et les troubles purement cognitifs ralentissant le raisonnement, le traitement de l'information et la capacité de distanciation grâce à une flexibilité mentale et un contrôle de l'interférence efficaces.

Ainsi, l'élaboration qui permettrait le dépassement du trauma se limitera aux compétences retrouvées à la suite de la rééducation neuropsychologique. Comme le temps de cette récupération sera long, les voies de dégagement du trauma prendront encore plus de temps, voire pour certains, resteront impossibles. Nous le constatons notamment lorsque, des années après, les empreintes laissées par l'événement trauma-

tique dans la réflexion correspondent toujours à des traces sensorielles.

A distance de son accident, Monsieur V. se souvient encore du bruit de verre brisé lors de l'impact. Il le décrira maintes fois en entretien comme un point de fixation resté intact. La chute de son corps et la douleur du choc ne sont jamais évoqués, tombés sous le coup du clivage dans le silence et la béance du trauma.

Enfin, pour D.W. Winnicott [9], qui prolonge les propositions de S. Ferenczi, le trauma est aussi en relation avec la temporalité. On peut observer le « resurgissement » du trauma au cours de cycles annuels. Une telle vulnérabilité pourrait nous laisser penser que continue toujours à subsister la trace indélébile du trauma.

II.3. Le traumatisme

Le traumatisme regroupe à la fois ce qui incombe au traumatique en même temps que le fondement du trauma. Il agit donc sur plusieurs niveaux et mobilise des mouvements contradictoires avec comme enjeu central, l'identité. Pour le blessé, cet enjeu de l'identité restera une conquête perpétuelle car aux processus inhérents à tout traumatisme s'ajoute la problématique du handicap invisible. Il favorise ainsi l'illusion que la restauration de l'identité antérieure à l'évènement traumatique sera possible puisque la récupération ne laissera que des traces invisibles. L'anosognosie renforcera d'autant le processus, empêchant le lourd travail de renoncement, de perte et de deuil qui attend le blessé.

Le TCC fige et complexifie le processus d'historicisation du blessé. Il engendre, au sein du psychisme, une fracture ouverte qui appelle sans cesse à se refermer dans un interminable processus de cicatrisation. G. Hougardy [10] parle également de « déchirure du sentiment de sécurité interne ». La continuité de l'existence est maintenant « infiltré » par l'évènement traumatique, l'avant devenant un temps énigmatique, sujet au mouvement de deuil et de rejet et l'après, le lieu de toutes les projections inconscientes tant de la part du blessé que de son entourage comprenant la famille et les soignants.

Agée de 19 ans, Mademoiselle B. présente un TCC qui n'a laissé que des troubles neuropsychologiques à 10 mois de son accident. « Je suis toujours triste. Je n'ai pas d'amis. Je pleure tout le temps. Je ne comprends rien en cours. Je n'ai pas envie de vivre. J'ai l'impression d'avoir été balancée dans un autre corps, une autre vie ou qu'on a balancé quelqu'un d'autre dans mon corps et dans ma vie. »

Il est important de considérer que l'état de deuil est une étape primordiale dans la reconstruction identitaire du blessé. Il constitue un mode d'adaptation à la perte, qui concerne ici, la perte d'une partie de soi, le soi du temps d'avant l'évènement traumatique.

Pour le blessé, la récupération d'une identité antérieure est impossible du fait des troubles neuropsychologiques. Ce fait accentue la profondeur de la blessure interne et mobilise d'autant plus les résistances au travail de deuil. L'enjeu de la perte est un terrible renoncement qui alimente d'autant plus le potentiel destructeur du trauma. Nous comprenons aisément que dans certains cas, le deuil puisse devenir impossible et produit un état pathologique en renforçant les troubles dépressifs préexistants ou en évoluant vers la mélancolie (définie comme le deuil pathologique).

Au sortir de l'amnésie post traumatique, le blessé est parfois confronté à la dépression de l'entourage qui « décompense » au moment où il prend conscience que leur proche est « sauvé ». Cette décompensation peut même parfois prendre des allures d'effondrement catastrophique. Celle-ci n'est généralement pas admise par le blessé qui aura tendance à se sentir abandonner au moment où justement il a besoin de soutien, d'aide, d'attention. Ce « lâcher prise » de la part des proches est aussi mal compris des équipes de soins qui se sentent alors surinvesties par leur patient. Pourtant, il sera primordial que chacun retrouve sa place, sans jugement mais avec empathie.

Le travail de deuil est donc un travail à partager car il faut considérer la famille dans son ensemble comme un système concerné par les enjeux du traumatisme.

Monsieur G. était pourtant un homme d'affaires brillant à la tête d'une importante entreprise. Il « savait manager ses équipes » dira son épouse. « Aujourd'hui, je ne le reconnais plus. Il se comporte comme un adolescent en se levant à pas d'heure. Il traîne habiller en pyjama et regarde la télévision toute la journée. Il donne un mauvais exemple à ses enfants lui qui était un père si fort, si présent ». L'impossibilité de Monsieur G. à réinvestir la place attendue par son épouse en tant qu'homme et en tant que père témoigne d'un positionnement très régressif, vécu comme une atteinte personnelle par son épouse.

La violence du traumatisme réactualise ou crée des relations fusionnelles au sein de la famille, parfois même des rapports d'aliénation, des scénarii œdipiens, mais aussi accentue les rivalités fraternelles. L'addition de toutes ces difficultés engendre un syndrome déficitaire. En effet, sur le plan psychologique, quelle que soit la personnalité antérieure du blessé, le déficit va entraîner une régression vers des processus archaïques et faire surgir des comportements « inadaptés » et nouveaux, qui s'avèreront être non seulement le produit des « symptômes organiques », mais également des tentatives du blessé pour se réadapter à

une dynamique psychique dont le noyau est désorganisé. Ainsi, le blessé réclame à l'entourage une réparation qu'elle n'est pas en mesure de lui fournir, et ses tentatives désespérées pour se faire accepter aboutissent souvent à des conflits majeurs que seuls les professionnels pourront potentiellement désamorcer. L'irritabilité, l'agressivité, les crises clastiques apparaissent lorsque l'idéal familial est déçu par rapport à cet autre que l'on n'imaginait pas, que l'on ne pouvait se représenter ainsi.

III. COMPORTEMENT ET PSYCHOLOGIE DE LA VIE QUOTIDIENNE À L'ÉPREUVE DU HANDICAP

Les troubles du comportement des blessés sont la résultante de facteurs interagissant à des différents niveaux : biologique, cognitif, psychique, relationnel. Une lecture clinique rigoureuse doit prendre en compte la complexité du phénomène, et oblige les professionnels à travailler en interdisciplinarité.

C'est dans la phase de rééducation – réadaptation que se manifestent les premières cohortes de troubles du comportement qui vont souvent réduire la participation aux séances de rééducation, compromettre la durée d'hospitalisation en Soins de Suite et de Réadaptation et précipiter des retours au domicile ou des tentatives de poursuite de réadaptation en structure médico-sociale.

III.1. Les troubles du comportement : une lecture toujours délicate

Un certain nombre d'études montrent une prédominance des troubles du côté de la passivité avec une diminution de la motivation et des initiatives, ainsi qu'une tendance au repli sur soi. Pourtant ce sont surtout les troubles qualifiés de bruyants, tels que l'agitation, qui sont les plus interpellant.

La présence des troubles a conduit à déterminer deux types de profil comportemental identifié après un TCC. Le profil dit « *inhibé* » sera marqué par l'inertie, les stéréotypies, l'indifférence, le désintérêt, la dépendance, la diminution de l'attention, les troubles de la programmation, la perte du contrôle intellectuel. À l'inverse, le profil appelé « *désinhibé* » sera marqué par l'agitation, l'impulsivité, l'euphorie, la jovialité, l'indifférence aux règles sociales, l'attention non sélective, les troubles du caractère, la perte du contrôle émotionnel. Nous pouvons observer un profil mixte inhibé et désinhibé chez le même blessé.

Une part importante de ces modifications comportementales est attribuée au syndrome frontal post-traumatique. La première description dans la littérature d'un syndrome frontal post-traumatique est celle du célèbre cas de « *Phineas Gage* », cas décrit il y a plus

d'un siècle par Harlow. Employé des chemins de fer en 1848, alors qu'il utilisait une barre de fer pour enfoncer une charge de dynamite, celle-ci a explosé, propulsant la barre dans sa joue gauche puis dans la partie antéro-médiale de son cerveau. En 1994, A. Damasio *et al.* [11] ont « reconstruit » la lésion qui se situait au niveau de la partie ventro-médiale des cortex frontaux bilatéraux et qui épargnait les régions motrices et prémotrices. F. Eustache le décrit ainsi : « *bien connu pour son sérieux et son efficacité au travail, Gage était devenu têtu, capricieux, euphorique, puéril, avec une instabilité affective et une incapacité de planifier ses activités* » [12]. Les travaux réalisés depuis ont permis de noter des profils comportementaux différents en fonction de la zone frontale la plus touchée. Ainsi, le syndrome préfrontal dorso-latéral où prédominent l'apragmatisme et la passivité se distinguera du syndrome orbito-basal dans lequel la désinhibition est au premier plan. A. Damasio [11] évoque, en référence au DSM III, la notion de sociopathie acquise. Le GREFEX (Groupe de Réflexion sur l'Évaluation des Fonctions Exécutives) a proposé une classification des principaux troubles comportementaux associés à un syndrome [13]. Il distingue : « *l'hypoaboulie globale avec aboulie et/ou apathie et/ou aspontanéité ; l'hyperactivité globale avec distractibilité et/ou impulsivité et/ou désinhibition ; les persévérations et les stéréotypies ; le syndrome de dépendance à l'environnement : comportements de préhension pathologique, d'imitation et d'utilisation* ».

Depuis, nous inscrivons surtout les modifications comportementales en miroir avec le niveau biologique lésionnel. Ce niveau est essentiel mais il est bien évident qu'il reste insuffisant pour appréhender la complexité des changements d'attitudes des victimes d'un TCC. La clinique « *reflète à la fois une lésion cérébrale, des atteintes cognitives et une expérience existentielle majeure* » [14]. Une lecture psychopathologique doit permettre un dialogue de ces différents niveaux : biologique, psychique et social.

III.2. Le travail de deuil plus marqué pour le jeune adulte TCC

Le parcours des jeunes adultes âgés de 18 à 29 ans, victimes d'un TCC en Rééducation-Réadaptation puis en Réadaptation-Réinsertion, survient dans un moment de vie caractérisé par un processus d'autonomisation. C'est le temps où l'on quitte le domicile des parents, celui de l'entrée dans les études supérieures, dans la vie active, les premières relations amoureuses... L'accident vient marquer une rupture dans ce processus d'autonomisation, et de projection dans un futur encore à construire.

Un jeune à qui le milieu parental, la société en général, attribuaient de plus en plus de liberté, se retrouve dans une situation imposée de dépendance. Il va devoir réaliser un véritable travail de deuil dans un

milieu hostile à ses yeux : le centre de réadaptation. La réalité à laquelle il est confronté est souvent jugée comme inacceptable. Dans ces conditions « le déni, la colère et la contestation » peuvent être les principales modalités relationnelles auxquelles sont confrontés l'entourage et le personnel de soins et de rééducation. Les soins associés aux sollicitations, voire aux pressions de l'entourage familial peuvent être vécus comme autant d'intrusions sans possibilité de s'en distancier. Le jeune blessé peut se rendre compte progressivement, face aux difficultés et à la lenteur des récupérations, que « rien ne sera plus comme avant ». Cette première étape qui amorce le processus de deuil dont nous avons parlé en amont, peut survenir trop tôt pour le psychisme qui n'est pas encore prêt à un tel renoncement. La tentative est grande de nier la réalité pour se débarrasser de la souffrance psychique. La lutte contre la dépression normative va favoriser l'émergence de la colère, une émotion qui se comprend mais surprend toujours l'entourage et les équipes de soins. Cette colère apparaîtra en lien avec un profond sentiment d'injustice et une réaction de contestation systématique. Toutes ces étapes sont certes difficiles à traverser car elles vont véhiculer bon nombre de comportements violents d'opposition aux soins, ralentissant la rééducation. Elles sont cependant indispensables pour que le blessé réinvestisse un projet de soins plus réaliste.

Monsieur L., âgé de 25 ans, est victime d'un grave TTC et d'une contusion médullaire C6-C7. Persuadé qu'il sera sur pied au printemps suivant, sa violence verbale est extrême envers les infirmières et les aides-soignantes. « Elles ne sont jamais là... Elles sont payées pour venir quand je sonne... ». Monsieur L. déplace son vécu d'anxiété majeure par la colère et la contestation alors que la réalité existentielle témoigne d'un vécu douloureux.

La connaissance du travail de deuil est essentielle pour saisir toute la complexité de ses réponses comportementales. Ben-Yishay Y. [15] propose une évolution en quatre stades reflétant la reconstruction psychodynamique de l'identité après un TCC. Le premier stade serait celui de « la prise de conscience, au cours de laquelle le blessé mesure l'ampleur de ses déficiences et leurs conséquences sur sa vie actuelle ». A ce stade, « il peut exister de grands états d'agitation anxieuse ou dépressive ». S'ensuit une nouvelle étape où « le patient est encouragé à modifier les comportements indésirables ou inopportuns pour les autres » et à mobiliser « une attitude compliant sollicitée par les thérapeutes et par le groupe ». Cette tentative de rendre le patient « malléable » va susciter de nouvelles « réactions d'opposition et de défiance à l'autorité ». La troisième étape sera celle d'une nouvelle voie de dégagement où les « processus de compensation » seront plus « maîtrisés ». Au « cours

de cette étape, le patient a perçu ses limites et développe un savoir-faire nouveau pour les compenser ». La dernière étape rend compte de l'aboutissement du travail de deuil marqué par « l'acceptance » : « le patient est capable d'évoquer ses limites et ses capacités résiduelles, le projet de vie reprend (...) c'est la phase ultime de la reconstruction d'un « ego identity » [16] au sens d'E.H. Erikson.

À un an et demi après le TCC, Mademoiselle V., âgée de 27 ans, garde des séquelles physiques invalidantes et un comportement inhibé. Elle dira : « J'ai pensé mourir... Mon mari, je l'aime « de l'amour d'avant » mais lui il n'accepte pas ce que je suis devenue... Les infirmières essaient de me réconforter mais elles, elles ne m'ont pas connue avant ».

« L'aspect par lequel nous différons des patients neurologiques, n'est pas tant dans la faculté mentale « d'interprétation consciente » que nous partageons intégralement avec eux, » explique le neurologue L. Naccache [17], « mais plutôt dans la capacité à incorporer les autres données du monde réel et à les utiliser pour corriger sans cesse les scénarios mentaux que nous construisons à la lumière de la réalité objective ». Comment rester en lien avec le patient TCC en respectant son libre arbitre, ses limites et surtout le temps de sa récupération ? La lecture de son comportement du seul aspect neurologique fonctionnel est donc insuffisante. Elle doit forcément se niveler sur le neurologique corrélé au psychodynamique [18] sans que l'un prenne le pas sur l'autre ou sans que l'un exclut l'autre.

III.3. Croyances et idées reçues : un frein à la lecture des comportements

McClure J *et al.* [19] décrit le TCC comme une sorte de maladie affaiblissante que l'on classe comme un « déficit » incluant la perte de la mémoire, de la concentration, une désinhibition, de la fatigue, des troubles du sommeil ainsi que du comportement. De ce fait, il est donc nécessaire que les professionnels du champ médicosocial aient suffisamment de connaissance sur ce déficit mais également sur la qualité des soins à prodiguer.

Au vu de nombreuses idées reçues et erronées sur cette pathologie, fournies notamment par la population, les proches et les professionnels de santé, il n'est pas rare que les soins donnés aux personnes souffrant de TCC soient inadaptés et compromis par une stigmatisation. Les idées reçues sont courantes et amènent communément une frustration chez ces victimes et ces professionnels du champ médicosocial.

– Gouvier WD *et al.* [20] ; Willer B *et al.* [21]; Guilmette TJ *et al.* [22] ont montré le manque de connaissance et les grandes idées reçues sur les TCC. Ces idées erronées, particulièrement celles

concernant l'amnésie et le rétablissement sont communes : un grand nombre de personnes pensent que le rétablissement dépend des efforts de la victime et qu'une personne souffrante peut être tout à fait normale excepté son problème d'amnésie. Ces croyances proviennent généralement de l'histoire citée par les médias impliquant des personnes qui récupèrent totalement leurs capacités après des lésions cérébrales.

- Osborn CL [23] constatait que les travailleurs sociaux surestiment les capacités des patients ayant une lésion cérébrale traumatique, sans réaliser les difficultés que peuvent impliquer une simple tâche comme faire sa valise.

Ces idées reçues peuvent également provenir du manque d'expérience des professionnels de la santé ainsi que du personnel éducatif.

- Farmer JE et Johnson-Gérard M [24] observaient qu'un grand nombre d'éducateurs ne savent pas qu'un enfant victime d'un traumatisme crânien aura tendance à s'énervier facilement.
- Selon Swift TL et Wilson SL [25], certains spécialistes de la rééducation/réadaptation pensent que c'est une certitude que ces enfants s'énervent facilement car ils souffrent du regard des autres.

III.4. Attributions et projections :

une lecture subjective des comportements

En plus de surestimer les personnes souffrant de TCC, il est fréquent d'attribuer certains comportements en fonction de la visibilité du handicap, c'est-à-dire lors de la présence d'une cicatrice.

- Swift TL et Wilson SL [25], McClure *et al.* [26] ont remarqué que les personnes présentant des cicatrices visibles de leurs lésions cérébrales sont perçues différemment de ceux qui n'en ont pas : une surestimation des capacités des personnes avec un handicap invisible (l'altération cognitive) est beaucoup plus fréquente que pour celles dont le handicap est perçu à partir des lésions visibles sur le corps.
- McClure J *et al.* [26] ont réalisé une étude dans laquelle deux groupes observaient deux photos différentes de la même personne (une photo par groupe). On expliquait aux deux groupes que l'adolescent avait été victime d'un accident, qu'il avait changé de comportement (irritabilité, fatigabilité, manque de motivation et perte d'estime de soi). Sur l'une des deux photos, on apercevait une cicatrice visible au niveau temporal, tandis que sur l'autre photo, on n'apercevait aucune cicatrice. Les résultats ont montré que les stigmates visibles du traumatisme crânien affectaient les attributions/renforcements d'un comportement indésirable. Quand les participants voyaient la photo avec la cicatrice, ils attribuaient l'attitude aux lésions cérébrales. A contrario, ceux qui avaient observés la photo sans trace visible, attribuaient le comportement du jeune

garçon à la période d'adolescence plutôt qu'aux lésions cérébrales.

Ces résultats montrent que les lésions cérébrales ne sont pas prises en compte pour expliquer un comportement indésirable lorsqu'il n'y a aucune trace visible.

Un grand nombre de personnes attribuent les comportements aux « comportements adolescents », plutôt qu'à des causes familiales ou à des lésions cérébrales, parce qu'ils ont l'habitude de cette période d'adolescence. La visibilité des stimuli amène également à un jugement. Les marques visibles amènent plus d'attention et renforcent les croyances sur les lésions cérébrales. Sans marques visibles, la tendance est de ne pas faire de lien entre un comportement inhabituel et des lésions cérébrales. Le revers de ce constat est un risque de stigmatisation. En effet, les personnes ayant des cicatrices visibles, disent rencontrer des difficultés dans le monde du travail.

Monsieur S., 19 ans, présente une logorrhée (débit verbal important) après un grave TCC qui laisse essentiellement un syndrome frontal (troubles comportementaux avec difficultés d'autocontrôle). Encouragé à écrire ce qu'il ressent face à ses difficultés de comportement qui perturbe sa réadaptation et compromet sa réinsertion sociale, il écrit : « Je souffre beaucoup en parlant à des personnes et je me mets à pleurer et aussi je m'énervais facilement et tout le monde dit que je suis agressif. C'est normal, c'est que je souffre de trop. »

Nous avons mené une étude universitaire dans un centre de réadaptation fonctionnelle (1998) [27] en utilisant le Test de Frustration de Rosenzweig [28]. Ce test cherche à observer les réactions du sujet mis en situation de conflit ou de frustration à partir de 24 saynètes mettant en scènes deux personnages. Les réponses apportées par le sujet examiné peuvent être de trois ordres :

- *Extrapunitif* : il met en cause son interlocuteur
- *Impunitif* ou *neutre* en expliquant que ce n'est pas de la faute de la personne.
- *Intrapunitif* : le sujet engage sa responsabilité : c'est de sa faute.

Le protocole de réponses apporte des éléments de compréhension dynamique sur la personnalité des sujets victimes d'un TCC. Les résultats nous ont permis d'observer un nombre important de réponses intra punitives. Ce résultat implique outre une difficulté de contrôle, un sentiment de faiblesse devant le réel et devant autrui, un manque de confiance en soi, une tendance à la culpabilité.

La même étude universitaire fut conduite dans un Foyer d'Accueil Médicalisé (2008) [29] incluant des résidents victimes de TCC. Les résultats ont montré une meilleure distribution des réponses intrapunitives, extrapunitives et neutres. Certes s'il s'agit d'une restauration partielle de cette capacité de résistance à

la frustration, les blessés témoignaient dans le contenu de leurs réponses d'une grande difficulté à gérer le relationnel en même temps que la situation de frustration à vivre.

Ce constat nous a permis de transmettre aux accompagnants professionnels et familiaux des recommandations d'attitude : être à la portée de l'autre pour répondre à sa demande mais ne pas se précipiter alors qu'il essaie de gérer seul une situation pouvant être vécue comme frustrante.

Comment comprendre un règlement intérieur régressif donnant peu de liberté aux résidents dans un foyer d'accueil médicalisé dont la vocation affichée est l'autonomie ? Ce hiatus ici cité comme exemple peut induire l'apparition d'un sentiment de frustration dont le débordement déclenche la colère, mise en actes de violence. L'altération des capacités cognitives perturbe la gestion de la frustration.

Comme nous le rappelle H. Oppenheim, « *les troubles du comportement des patients cérébrolésés sont la rencontre entre un sujet avec son histoire personnelle et familiale et les conséquences neuropsychologiques et subjectives des lésions cérébrales. Une meilleure connaissance de la personnalité et de la dynamique familiale antérieure permettrait une compréhension plus fine de la spécificité des troubles du comportement dans le syndrome frontal* » [30]. La qualité de l'environnement, qu'il soit familial, scolaire, professionnel contribue au pronostic d'évolution du blessé dans sa réinsertion.

III.5. Psychologie de la vie quotidienne à l'épreuve du handicap

Les théories de la psychologie cognitive et sociale, notamment les découvertes et les biais, expliquent pourquoi les comportements des personnes victimes d'un TCC ne sont pas expliqués uniquement par les lésions cérébrales. Chaque cas est différent mais dans tous il est important :

- de composer avec l'histoire individuelle de chacun,
- d'évaluer les mécanismes de défenses mis en place,
- d'identifier quand la réalité devient pensable après le déni, la colère, la culpabilité, les défenses maniaques dans une sorte de fuite en avant pour lutter contre l'effondrement dépressif,
- de répondre au patient qui n'accepte pas d'être aidé mais veut être soigné.

Lorsque l'un des membres de la famille est victime d'un TCC, le traumatisme psychique toujours présent, est aussi un traumatisme familial. Le traumatisme familial est à identifier, d'après J. Laplanche et J.B. Pontalis [31] comme : « *un événement de la vie qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet et sa famille d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique* ».

Les blessures visibles induisent en erreur. Elles influencent fortement le comportement des professionnels du monde social, la famille et la société.

IV. EXPERTISE PSYCHOLOGIQUE ET SYNDROME DE STRESS POST TRAUMATIQUE

Dans son rapport du groupe de travail (2002), E. Vieux, Présidente de la Cour d'Appel d'Aix en Provence [32] précise « *La neuropsychologie est du ressort de façon de plus en plus marquée des psychologues et non des médecins... La co-évaluation médecin-psychologue, en dommage corporel, se heurte aux habituelles répartitions des compétences et ne se pratique que dans des cercles déjà sensibilisés à ces spécificités* ».

Cette mission remplie par les deux co experts médecin-psychologue est un idéal vers lequel il faut tendre. En effet dans la mission spécifique des TCC, il est demandé de :

- « – *Restituer le cas échéant, l'accident dans son contexte psycho affectif,*
- *Procéder à un examen clinique détaillé, permettant d'analyser en détail les troubles des fonctions intellectuelles, affectives et du comportement et leur incidence :*
- *L'évaluation neuropsychologique est indispensable : Un examen neuropsychologique récent appréciant les fonctions intellectuelles et du comportement doit être réalisé.*
- *Bien préciser l'incidence sur la vie familiale, analyser la qualité de vie du blessé et sa famille (parents, frères et sœurs),*
- *Donner une idée du retentissement sur la vie professionnelle. »*

L'examen neuropsychologique décrit les fonctions cognitives et du comportement et en apprécie les troubles.

Cette évaluation est insuffisante pour se représenter l'appareil psychique en développement de l'enfant, de celui de l'adolescent en construction identitaire et de l'adulte obligé à des remaniements psychiques de sa personnalité pour survivre au traumatisme [33].

IV.1. L'examen médico-psychologique

Selon l'article 81 du Code de Procédure Pénale relatif à l'examen médico-psychologique, le juge d'instruction peut faire appel aux psychologues afin de constituer le dossier de personnalité chaque fois que cela paraît nécessaire à la manifestation de la vérité.

« *La qualité de la rencontre expertale constitue la condition du recueil d'une information la plus authentique possible... Dans le domaine de la psychopathologie post-traumatique encore plus que dans les autres, l'écoute et le maintien d'une position la plus proche pos-*

sible de celle de la relation de soins s'avèrent indispensables... La rencontre expertale peut-être un moyen privilégié de reconnaissance, voire de reconstruction de l'identité du sujet, en favorisant l'intégration des images et des représentations concernant l'accident et le corps, les soins plus ou moins prolongés et pénibles. Il ne faut pas hésiter parfois à faire bénéficier le blessé d'un entretien en tête-à-tête (sans les proches ni les médecins conseillent des ou, lorsque cela paraît nécessaire, de l'adresser un sapiteur (expert) psychologue. » J. Vedrinne [34].

L'entretien dirigé permet de retracer l'anamnèse, d'évaluer la mémoire auto biographique et d'observer l'organisation chronologique des souvenirs. Cet aspect psycho-biographique donne une représentation subjective de la victime. Ce récit détaillé permet de rencontrer le sujet dans son histoire sans le réduire à un état antérieur pathologique.

La subjectivité représente le point de vue de la personne sur son histoire personnelle, son état de santé et son statut social. Les victimes d'un TCC ressentent des difficultés subjectives tant par leurs limitations fonctionnelles, que par la problématique relationnelle due aux situations de handicap.

Les plaintes et doléances physiques, neuropsychologiques et affectives, propres à chaque victime, pourront être recueillies grâce à un entretien semi-directif, effectué avec l'Échelle Neuro comportementale (NRS H.S. Levin). Ce questionnaire garantit un inventaire détaillé du vécu subjectif fonctionnel et situationnel de la victime [35].

Cependant les troubles repérés par la victime sont à explorer en hétéro-évaluation avec un proche, car il y a toujours des zones aveugles sur la représentation que la personne a d'elle-même, quel que soit le niveau de prise de conscience de soi et la facilité avec laquelle se fait cette conscience de soi. Ainsi, l'indispensable recueil des informations (hétéro évaluation) de l'entourage (parents, conjoints, frères et sœurs...) complète et corrige cette représentation de l'autre devenu une victime en situation de handicap. Il contribue également au diagnostic médical, par l'évaluation des troubles cognitifs et émotionnels des victimes. Enfin, il décrit l'adaptation de cette victime en termes de modifications de son comportement et d'expression de sa personnalité.

« Dans un contexte médico-légal, il s'agit d'évaluer avec précision la nature et l'importance de ces difficultés, ainsi que leur impact en termes de handicaps sur la vie quotidienne du patient. Cette évaluation permettra aux médecins experts d'estimer le dommage subi par le patient et de déterminer les compensations financières ou autres auxquelles il a droit. L'objectif de cet ouvrage est de présenter, de manière aussi concrète que possible, le contexte général et les spécificités de l'examen neuropsychologique d'expertise. Dans ce but, les auteurs décrivent, en soulignant les vertus et les limites, les méthodes et les outils dont dispose aujourd'hui le neuropsychologue pour objec-

tiver les séquelles cognitives (et, plus largement, psychologiques) présentées par un patient impliqué dans un processus d'expertise. » [36]

Dans la pratique médico-légale, la fonction est rattachée, de manière linéaire et quasi-exclusive, à la lésion. Ce constat n'est pas aussi évident car la séméiologie clinique (symptômes) et l'imagerie cérébrale des lésions ont des représentations très variables [37].

Selon le DSM IV, la simulation est une « production intentionnelle de symptômes physiques ou psychologiques inauthentiques ou grossièrement exagérés, motivés par des incitations extérieures ». Dans le cas des victimes d'un TCC grave, elle est peu retrouvée. Les résultats aux tests sont des indicateurs mais les raisons pour lesquelles un blessé aura de plus mauvais résultats le jour de l'expertise peuvent être liées aussi au stress de cet examen particulier. « La simulation vraie est rare » souligne S. Brion [38].

D. Weber, expert psychologue souligne l'importance du psychologique dans la réparation du dommage corporel : « ...ce qui est attendu est une mesure, qui déterminera un taux, lequel correspondra à une somme ! Reste que l'ouverture au psychologique laisse place à des constatations plus larges, touchant l'existence du sujet ou, comme on le dit aujourd'hui, sa qualité de vie, même si ces considérations peuvent être jugées encombrantes au moment de leur traduction en taux. » (39)

La psychologie clinique recentre l'expertise sur la personne et donne des représentations : *Ce qu'elle était, comment se vivait-elle ? Quel était le moteur de sa vie ? Quelles étaient ses ressources défensives et adaptatives antérieures ? Ses ressources actuelles et ses attentes ?*

Les troubles cognitifs et affectifs associés à ses atteintes, la personnalité et l'histoire du sujet créent une expérience de vie toujours unique, dont il est important de mettre en évidence les spécificités [40]. Ainsi, N. Cremel constate « ... que l'individu, dans sa singularité et son atteinte, peut être complètement gommé par son déficit jusqu'à ne plus offrir qu'un catalogue des signes. Le sujet est englué dans son handicap, débordé par lui, n'ayant plus d'autres ressources que de s'y identifier, parfois momentanément, d'autres fois durablement. » [41]

L'étude quantitative et qualitative des réponses doit favoriser l'analyse de la dynamique psychique de la victime.

« Les résultats des tests psychométriques doivent obligatoirement être éclairés par une approche psychodynamique pour prendre un sens. » affirme G. Steinbach [42].

Cette approche psychodynamique se base notamment sur les techniques projectives.

Dans le Test du Rorschach, l'examineur présente au sujet des planches avec des tâches noires, rouges et de couleurs pastel. Il lui demande ce que cela représente pour lui et évalue la perception de son monde interne. Au Thematic Aperception Test (TAT), le sujet est invité à raconter une histoire à partir de

scènes imagées à plusieurs interprétations. Celle qui sera choisie révélera les mécanismes de défense mis en jeu dans les histoires racontées. Après un TCC, la problématique personnelle, c'est-à-dire le handicap, la perception de soi et le vécu personnel peuvent être observés dans l'étude du contenu et de la structure du récit [43]. Les tests de personnalité sont à utiliser afin que ces épreuves projectives mettent en relation le cognitif et les affects. L'objectif est alors de décrire le profil psychodynamique de la victime pour rendre compte de ses capacités d'adaptation à sa nouvelle vie.

E. Muzio [44] souligne des moyens statistiquement significatifs entre les variables du Test du Rorschach et les mesures neuropsychologiques cognitives (capacité d'abstraction, d'intégration et complexité perceptivo cognitive).

Les progrès de l'imagerie cérébrale ne confèrent plus guère une évaluation de l'organicité des troubles au Test de Rorschach. Cependant, 25% des neuropsychologues utilisent ce test projectif dans leur pratique clinique pour chercher des informations sur la structure et le fonctionnement de la personnalité dans un but de planification du traitement [45].

Après un TCC, le protocole indique l'organicité des troubles (réponses peu nombreuses et stéréotypées). Les mécanismes de défense mis en place et les problématiques récurrentes illustrent souvent une personnalité fragilisée et parfois déstructurée.

« Tout sujet demande à se dire, et d'autant plus qu'il a été blessé, traumatisé, méprisé ; c'est précisément un signe de la persistance du traumatisme que de ne pas pouvoir synthétiser son histoire et de la raconter comme en temps réel. » nous dit D. Weber [39].

La personnalité pré-traumatique, l'état prévisionnel ainsi que la qualité de l'entourage du blessé sont les informations qui documentent l'examen psychologique. Dans tous les cas, ce temps d'évaluation est rendu difficile par le sentiment de brutalité, l'impossibilité de se défendre, la brusque dévalorisation de soi, accentuée par la dégradation de la souffrance, et l'humiliation de devoir la montrer aux autres, notamment à sa famille. C'est un constat dans ces examens d'expertise [46].

Le deuxième traumatisme se révèle autour de la réparation. Les déficits physiques et psychiques n'auront pas la même signification ni d'un blessé à l'autre, ni à un même niveau symbolique. Car la compensation des déficits moteurs et neuropsychologiques ne dépend pas uniquement des aides matérielles et humaines (tierce personne). Faire face aux situations de handicap mobilise également toutes les capacités psychiques du blessé [33].

La victime suggère à la fois sa souffrance et son désir, sans se départir de ce qui lui semble essentiel : la réparation. Ce déplacement du symptôme vers le préjudice, masque en fait un trouble plus profond : la douleur psychique in élaborée parce qu'ignorée des autres.

Les séquelles affectives reposent sur la capacité du sujet à réagir, mais aucune réparation ne pourra indemniser la souffrance psychique.

Le handicap n'est pas un absolu mais il est relatif :

- au vécu subjectif de la victime handicapée,
- aux interactions avec son milieu,
- à l'évolution du mode de réaction au handicap.

Chaque personne ne donne pas le même sens à sa perte d'autonomie. Le registre du handicap renvoie à la question de l'identité. La victime se fabrique une pseudo-identité constituée de bribes du passé, de perceptions partielles, modifiées par les déficits physiques, neuropsychologiques et psychiques. Le déni, en tant que première étape de travail de deuil, s'inscrit comme une passerelle, un passage, entre la perte d'identité et l'inconnu. C'est un espace psychique entre une réalité non acceptée, le principe de réalité, et un modèle auquel la victime cherche à se conformer, l'idéal de soi à jamais différé [47].

IV.2. La douleur psychique et le pretium doloris

La victime réclame vengeance. Le fait de voir basculer son existence par un autre, que ce soit dans un contexte de violence intentionnelle comme l'agression, ou non intentionnelle comme la plupart des accidents de la voie publique, la conduit à réclamer vengeance. Les blessés que nous examinons expriment parfois très clairement une punition, un châtiment, une peine pour celui qui les a mis dans cet état, et qui, bien souvent, « s'en est mieux sorti dans l'accident ! ».

La perception subjective des faits accidentels et de leurs conséquences par la victime est à considérer. Il faut éviter, en cas d'échec de la réadaptation sociale, que le patient se perçoive non seulement victime de ces faits accidentel ou volontaire mais aussi victime de l'injustice et de l'incompréhension humaine.

La souffrance à reconnaître dans l'expertise médico-légale est un point de la mission difficile à estimer. « *Le prix de la douleur* », cette expression désigne, au sein du langage juridique les dommages et intérêts accordés en réparation à des dommages physiques et moraux subis par une personne. On peut éviter que le malade ne « *se victimise* » par l'écoute de la plainte. Ignorer une plainte, c'est prendre le risque qu'elle s'enkyste ou qu'elle ne se chronicise sous une forme ou sous une autre. « *Il n'y a rien de pire pour une victime que de voir sa parole mise en doute quand elle se sait victime* » [48].

C'est aussi l'évaluation d'un vécu douloureux à prendre en compte dans la quantification du *pretium doloris*. L'isolement et le repli sur soi sont les sorts qui guettent ces victimes non reconnues, non légitimées en tant que victimes lors d'expertises trop hâtives et succinctes.

IV.3. La prise en charge psychothérapeutique

Les victimes ont un vécu subjectif de leur corps agressé et abîmé. La plainte, c'est ce qui reste de vivant en eux. Ils ne sont que « plaintes ». Le temps de la plainte dure et perdure s'il ne s'accompagne pas d'une reconnaissance de l'état de victime, c'est-à-dire que le thérapeute doit accéder au vécu subjectif de cette victime, et l'entourage se doit d'avoir une capacité d'empathie à l'égard de son proche. L'accès à la subjectivité de l'autre, c'est, pour le thérapeute, énoncer un état qui va faire résonance intime chez cet autre. Dans la période de sidération et du temps de latence, la prise en charge doit être rapide afin de favoriser l'abréaction. La victime pourra alors se libérer de l'affect attaché au souvenir d'un événement traumatique, ce qui lui permettra de ne pas devenir ou rester pathogène [47].

Cette prise en charge peut-être un « debriefing » (soulager les réactions de stress aigu), ou une psychothérapie (prévenir l'apparition de troubles tardifs). L'absence de prise en charge à ce stade peut entraîner une chronicisation ou favoriser une évolution sur un mode de sinistrose, avec une conduite addictive ou une accentuation des traits névrotiques. Il faut alors un traitement pour la victime sur le long terme, avec un accompagnement psychologique de l'entourage pour qu'il soit le plus proche possible de la victime (écoute et informations).

La victime qui développe un syndrome post-traumatique présente une clinique proche de l'état limite plutôt que d'un état névrotique. La prise en charge psychothérapeutique doit s'occuper des cadres, des enveloppes, et développer des pansements psychiques afin de produire une restauration narcissique. La psychothérapie, quelle que soit sa forme, est à séparer d'un constat médico-légal ou d'une aide judiciaire avec un accueil. Elle doit s'effectuer sans neutralité, puisqu'elle se met en place avec la volonté d'une restauration narcissique pour le blessé.

Progressivement, les modifications comportementales et les réaménagements psychiques vont se mettre en place afin de favoriser la réinsertion. La prise en charge des traumatismes psychiques est aujourd'hui bien connue des services de soins spécialisés en victimologie.

Plus spécifiquement, la victimologie du TCC a été récemment documentée. L'étude d'E. Lagarde, responsable de l'équipe Inserm « *Prévention et prise en charge des traumatismes* » s'appuie sur un échantillon de 2143 patients rencontrés aux urgences du CHU de Bordeaux entre décembre 2007 et février 2009. Il constate que les personnes souffrant d'un traumatisme crânien ont 4 fois plus de risque de présenter des signes de stress post-traumatique que les individus touchés à d'autres endroits du corps (9% contre 2,2%) [49].

En ce qui concerne le suivi psychothérapeutique du traitement de l'ESPT, trois types de psychothérapies

sont à considérer : psycho dynamique, systémique et comportementale. Les thérapies cognitives et comportementales avec l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) et l'hypnose se développent pour cette population avec des troubles neuropsychologiques associés.

CONCLUSION

Après un TCC, le parcours de soins et de réparation juridique du dommage corporel est long et complexe. La période de rééducation qui suit l'hospitalisation en soins d'aigu avec la restauration de la conscience, est le lieu de débordement des capacités défensives et adaptatives du blessé. Elle favorise une cohorte de troubles comportementaux.

La période de réadaptation- réinsertion, lieu de passage de la maladie au handicap est à soutenir pour éviter l'aggravation des troubles psychopathologiques réactionnels.

L'examen médico-psychologique est désigné pour en rendre compte et tenter d'en décrire le dommage subi, avec le stade de développement psychoaffectif, le profil de personnalité, les atteintes psychopathologiques éventuelles en réaction à l'événement traumatique et les ressources psychiques de la victime pour y faire face.

Les théories de la psychologie cognitive et sociale, notamment les découvertes et les biais, expliquent pourquoi les comportements des victimes d'un TCC ne sont pas expliqués uniquement par les lésions cérébrales.

La clinique impose un regard sur le neuropsychique qui reste la référence pour le législateur. Cette ouverture sur le neuropsychique de l'homme permet de retrouver une thérapeutique de l'homme dans sa globalité. Reconnaître un syndrome psycho-traumatique et évaluer un état de stress post-traumatique (ESPT) est à développer dans les expertises de victimes d'un TCC.

Une psychothérapie constitue une voie de restauration narcissique et de soutien pour la victime. Elle doit pouvoir intégrer à son histoire l'expérience traumatique et ses conséquences. Les crises identitaires, qui surviennent après toute violence subie de quelque nature que ce soit, produisent une souffrance, créent une différence, et peuvent provoquer une exclusion de la victime. Pour le thérapeute, pour l'expert, l'accès à la subjectivité de l'autre permet de lui signifier que nous la reconnaissons comme victime afin de lui permettre de se reconstruire.

Ne plus être victime, mais redevenir sujet de son histoire...

... Même si l'histoire ne se réécrit pas de la même façon. ■

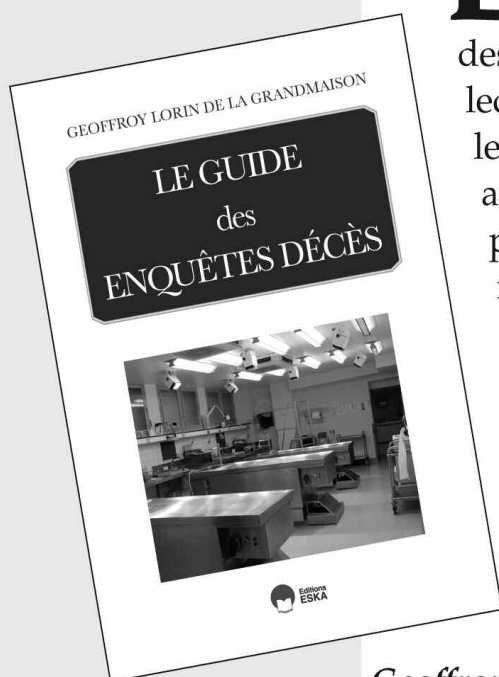
RÉFÉRENCES

- [1] OPPENHEIM-GLUCKMAN H., *La pensée naufragée*, Paris, Economica, 2006.
- [2] MICHAUD Y., *La violence*, Que sais-je ?, 7^e édition Presses Universitaires de France, Paris 2012.
- [3] DEROUESNÉ C. BACKCHINE S. Syndrome frontal in : *EMC, Neurologie*, 17-035-B-10, Paris : Elsevier Masson SAS ; 2000, 7p.
- [4] MIMOUN M., *L'impossible limite Carnets d'un chirurgien*, Albin Michel Paris 2011.
- [5] LEMPÉRIÈRE T., FÉLINE A., ADÈS J., HARDY P., ROUILLON F., *Psychiatrie de l'adulte*, Elsevier Masson, 2006.
- [6] FERENCZI S., KORFF-SAUSSE S., *Le traumatisme*, Payot, 2006.
- [7] BARROIS C. *Les névroses traumatiques*-Collection Psychismes – Dunod Paris 1998.
- [8] ROISIN J., L'approche psychanalytique des personnes traumatisées, *Stress et Trauma*, 2005 ; 5 (4) : 235-24.
- [9] WINNICOTT D. W., *La capacité d'être seul*, Payot, 2012.
- [10] HOUGARDY G., Névroses actuelles et traumatiques. Psychopathologie de l'angle de la mort, *Evolution psychiatrique*, 1982, 57/3.
- [11] DAMASIO AR *L'erreur de Descartes: la raison des émotions*, Paris, Odile Jacob, 1995.
- [12] EUSTACHE F.; LAMBERT J.; VIADER F. Rééducations neuropsychologiques Séminaires J.L. Signoret ; de Boeck- Bruxelles 2002.
- [13] GODEFROY O. Le GREFEX (Groupe de Réflexion sur l'Evaluation des Fonctions Exécutives) *Rev. Neuro* (Paris) 2004 ; 160 : 10, 899-909
- [14] CAROLI F., MERCUEL A., Prise en charge des traumatismes psychiques, *Abstract Psychiatrie*, N°246, Novembre-Décembre 2002.
- [15] BEN-YISHAY Y, SILVER SM, PIASETSKY E *et al.* (1987) Relationship between employability and vocational outcome after intensive holistic cognitive rehabilitation. *J Head Trauma Rehabil* 1.2: 35-48.
- [16] BOURGEOIS M.L. Identité et développement du moi selon Erik H. Erikson. *Confrontations psychiatriques* 1998 , n° 39 ; pp. 57-71.
- [17] NACCACHE L. *Le nouvel inconscient Freud, le Christophe Colomb des Neurosciences* Odile Jacob 2009.
- [18] JOUVENCÉL M. (DE), CASTOR N., LEMELLE A., ORSONI V., Après un traumatisme crânien. Une vie sous contrôle et surveillance pour le blessé. La détresse psychologique des familles Conférence du 17 juin 2011, Bobigny.
- [19] MCCLURE J., BUCHANAN S., MCDOWALL J., & WADE K. Attributions for behaviours of persons with brain injury: The role of perceived severity and time since injury ; *Brain Injury*, August 2008; 22(9): 639–648.
- [20] GOUVIER WD, PRESTHOLD PH, WARNER MS. A survey of common misconceptions about head injury and recovery. *Archives of Clinical Neuropsychology* 1988;3:331–343.
- [21] WILLER B, JOHNSON WE, REMPAL RG, LINN RA. A note concerning misconceptions of the general public about brain injury. *Archives of Clinical Neuropsychology* 1993;8: 461–465.
- [22] GUILLEMETTE TJ, PAGLIA MF. The public's misconceptions about traumatic brain injury: A follow up survey. *Archives of Clinical - Neuropsychology* 2004;19:183–189.
- [23] OSBORN CL. *Over my head: A doctor's own story of head injury from the inside looking out*. Kansas City, Missouri: Andrews McMeel Publishing; 1998.
- [24] FARMER JE, JOHNSON-GERARD M. Misconceptions about traumatic brain injury among educators and rehabilitation staff: A comparative study. *Rehabilitation Psychology* 1997;42:273–286.
- [25] SWIFT TL, WILSON SL. Misconceptions about brain injury among the general public and non-expert health professionals: An exploratory study. *Brain Injury* 2001;15: 149–165.
- [26] MCCLURE J, DEVLIN ME, MCDOWALL J, WADE K. Visible markers of brain injury influence attributions for adolescents' behaviour. *Brain Injury* 2006;20:1029–1035.
- [27] FRADET-VALLÉE Y. *Mémoire universitaire psychologie clinique*. CRF Richebourg (78) (1998).
- [28] ROSENZWEIG P. *Test de Frustration de Rosenzweig*, 3^e édition Pichot P. et S. Danjon S.,
- [29] COSSOUL B. *Mémoire universitaire de psychologie clinique FAM Maule* (2008).
- [30] OPPENHEIM-GLUCKMAN H., Où en sont les recherches actuelles sur la psychopathologie des patients cérébro-lésés ?, *L'information psychiatrique*, 2000.
- [31] LAPLANCHE J. et PONTALIS J.B. *Vocabulaire de psychanalyse* PUF Paris.
- [32] VIEUX E., Présidente de la Cour d'Appel d'Aix en Provence ; Groupe de travail sur les traumatisés crâniens rapport définitif (juin 2002), Ministère de la Justice Paris.
- [33] JOUVENCÉL M. (de), FREDY D., HAMONET C., Apport de l'imagerie et du Système d'identification et de mesure du handicap (SIMH) dans l'évaluation médico-légale des lésions cérébrales et de leurs conséquences, *Journal de Réadaptation Médicale*, 2005.
- [34] VEDRINNE J. Evaluation du dommage psychique La rencontre avec l'expert – *Stress et Trauma, revue francophone du stress et du trauma*, 2009 ;9 (4) : 245-249.
- [35] SOURY S., J.M. MAZAUX J.M., J. LAMBERT J., DE SEZE M., JOSEPH P.A. A, LOZES-BOUDILLON

- S., McCAULEY S., M.VANIER M., LEVIN H.S. Échelle neurocomportementale révisée : étude de la validité concourante *Annales de réadaptation et de médecine physique* Volume 48, n° 2 pages 61-70 (mars 2005).
- [36] MEULEMANS T, SERON X. *L'examen neuropsychologique dans le cadre de l'expertise médico-légale*, Sprimont : Mardaga, 2004.
- [37] JOUVENCEL M (de), HAMONET C. L'expertise médico-légale du traumatisme cérébral grave : Origine des troubles neuropsychologiques et psychopathologiques, *Revue française du dommage corporel*. 1999.
- [38] BRION S., Névroses, dépression et traumatismes : problèmes d'imputabilité, *Experts*, 1994.
- [38] WEBER D., Expertise psychologique des troubles « neuropsychologiques ».
- [40] ELLIS D. W., ZAHN B.S, Psychological functioning after severe closed head injury, *Journal of Personality Assessment*, 1985.
- [41] CREMEL N., L'utilisation des techniques projectives en neuropsychologie, *Bulletin de psychologie*, tome XLIII, 1987.
- [42] STEINBACH G., Du bon usage des tests psychométriques, *Revue française du Dommage corporel*, 1996.
- [43] JOUVENCEL M. (de) *L'évaluation neuropsychologique in Expertise après traumatisme crânien* A-Laurent-Vannier et J. Pelissier Sauramps medical 2010 : 41-47.
- [44] MUZIO E., Le Rorschach Système Intégré en Neuropsychologie : articulation du cognitif et de l'affectif.
- [45] EXNER J.E., COLLIGAN S.C., BOLL T. J., STISCHER B., HILLMAN L., Rorschach findings concerning closed head injury patients, Assessment, 1996.
- [46] JOUVENCEL M. (de). Les violences dans l'expertise médico-légale, 8^e Colloque francophone de Noirlac, (Cher), 2003.
- [47] JOUVENCEL M. (de) ; ZURBACH I., NARCYZ F. Approche psychologique des victimes handicapées *J. Réadapt. Méd.*, 2007, 27, n° 2-3, pp. 50-54.
- [48] JOUVENCEL M. (de), Du corps blessé au corps expertisé, in *Envie d'Amour* de Joëlle Berrewaerts, Christine Delhaxhe, Michel Mercier, Facultés universitaires, Notre-Dame de la Paix Namur (Belgique).
- [49] LAGARDE E., SALMI L.R. ; HOLM L.W. ; CONTRAND B. ; MASSON F. ; RIBÉREAU-GAYON R. ; LABOREY M. ; CASSIDY D. ; Association of Symptoms following Mild Traumatic Brain Injury with Posttraumatic Stress Disorder vs post concussion Syndrome, *Jama Psychiatry*, July 16, 2014.

LE GUIDE DES ENQUÊTES DÉCÈS

GEOFFROY LORIN DE LA GRANDMAISON



L'intérêt et les limites des investigations médico-légales mises en œuvre au cours des enquêtes décès ne sont pas toujours bien connus des enquêteurs ni des magistrats en charge de l'affaire. De même, la lecture d'un rapport médico-légal, qu'il s'agisse d'une levée de corps ou d'une autopsie, est souvent une tâche ardue pour un non-spécialiste. Cet ouvrage a pour principale ambition de faciliter le dialogue entre les médecins légistes, les magistrats et les Officiers de Police Judiciaire dans les situations courantes d'enquête décès, y compris les affaires criminelles. Ce livre s'adresse en particulier aux professionnels de justice (magistrats et avocats), aux services de police et de gendarmerie ainsi qu'aux étudiants en médecine légale.

Geoffroy Lorin de la Grandmaison est professeur de médecine légale à la faculté des sciences de la santé de l'Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, anatomo-pathologiste, chef du service d'anatomie pathologique et de médecine légale à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris).



**Editions
ESKA**

12, rue du Quatre-Septembre - 75002 PARIS
Tél. : 01 42 86 55 65 - Fax : 01 42 60 45 35

ISBN 978.2.7472.1773.6
15 x 21 cm - 468 pages

Prix : 30 €
+ 3,51 € de frais de port

BON DE COMMANDE

Je désire recevoir exemplaire(s) de l'ouvrage : **LE GUIDE DES ENQUÊTES DÉCÈS - CODE EAN 978-2-7472-1773-6**

au prix TTC de 30,00 € + 3,51 € de frais de port, soit € x exemplaires = €

Je joins mon règlement à l'ordre des Editions ESKA : ☐ chèque bancaire :

☐ Carte Bleue Visa n° Date d'expiration :

Signature obligatoire :

☐ Virement postal aux Editions ESKA - CCP Paris 1667-494-Z

Société / Nom, prénom

Adresse

Code postal Ville Pays

Tél. : Fax : E-mail :

Veuillez retourner votre bon de commande accompagné de votre règlement à l'adresse suivante :
EDITIONS ESKA – Contact : Catherine Duval - e-mail : catherine.duval@eska.fr
12, rue du Quatre Septembre – 75002 Paris - Tél. : 01 42 86 55 65 - Fax : 01 42 60 45 35