

LA PROBLÉMATIQUE DE RÉINSERTION DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS

THE PROBLEMATIC ISSUE OF REINTEGRATION OF CRANIAL TRAUMA PATIENTS

Par **Yannick VIGNAUD (1)**

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

Le traumatisme crânien constitue une rupture brutale de la vie psychique et nécessite un accompagnement adapté. La rééducation longue et difficile est un préalable à un accompagnement spécialisé vers l'insertion sociale et professionnelle. L'insertion en milieu dit « ordinaire » est à favoriser. L'évaluation et l'orientation des personnes traumatisées crâniennes sont au cœur de cet accompagnement médico-social qui doit se réaliser dans les meilleures conditions de confort et de sécurité.

Mots-clés : Traumatisme crânien, insertion, accompagnement.

SUMMARY

Cranial traumatic injury is a sudden rupture in the psychic life and requires appropriate support. Long and difficult rehabilitation is a prerequisite for specialized support in view of social and professional integration. Insertion in "the normal world" must be preferred. The evaluation and orientation of head injury are central in the process of this medical and social support that must be provided in the best comfort and safety conditions.

Keywords: *Cranial traumatic injury, insertion, support.*

(1) Adjoint de Direction Chargé de Développement Sud-ouest
Ancien Chef de Service SAMSAH-TC / Appartements d'autonomisation
LADAPT UEROS
Ergothérapeute DE
26 Avenue du Rauzé, 33360 Cénac
vignaud.yannick@ladapt.net

La réinsertion est définie par le Dictionnaire de Français Larousse comme « l'action de réinsérer ». Ce verbe est défini comme « Insérer de nouveau quelque chose quelque part : réinsérer un maillon dans la chaîne ». Il est aussi défini comme « Agir pour que quelqu'un puisse se réadapter à la vie sociale ». Nous voyons là à la fois l'intervention du tiers et le fait de remettre comme avant, c'est l'exemple du maillon dans la chaîne. Pour autant, il est clair que suite à l'accident et à la rupture de la vie psychique que constitue la période de coma avec le handicap qui en résulte, rien ne sera plus comme avant.

Cet article se centrera sur la réinsertion et n'aura pour prétention que de donner des pistes de réflexions et des liens vers des acteurs spécialisés. Le propos s'appuie sur une expérience collective liée au développement du réseau d'insertion bordelais spécialisé sur la question de l'accompagnement de la personne cérébrolésée. Cette expérience repose sur une prise en charge globale allant du soin au travers de l'éveil de coma jusqu'à l'insertion professionnelle.

1. GÉNÉRALITÉS

La réinsertion se met en œuvre lors de la phase séquelair. Il n'y a plus d'évolution significative de la récupération fonctionnelle. L'état de santé est stabilisé, c'est l'annonce du handicap. Le handicap est défini par l'Article L114 du Code de l'action sociale et des familles de la manière suivante : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation de la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un

polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Parler de séquelles ou de troubles sera un élément mais il faudra surtout évoquer les répercussions concrètes dans l'insertion socio-professionnelle. Ce sont ces répercussions, l'expression concrète et quotidienne du handicap, qu'il faudra évaluer pour mieux compenser, pour faire avec. On parle souvent de travail de deuil, d'acceptation. Nous avons pu observer que l'acceptation est extrêmement difficile. Comment accepter l'inacceptable ? Perte de son rôle social, perte de son travail, perte de ses projets, et parfois rupture familiale importante. Si la personne arrive à « faire avec » ce sera déjà un grand pas. Le handicap de la personne traumatisée crânienne sera à voir comme une difficulté majeure à la relation (à soi, aux autres, au monde).

L'accident et le traumatisme crânien constituent une blessure narcissique profonde. Suite à la période de coma et au parcours institutionnel, la personne cérébralisée va redécouvrir un corps et des aptitudes cognitives et comportementales plus ou moins fiables, des compétences sociales altérées. L'environnement découvrira une forme d'imprévisibilité. Malgré ce handicap le plus souvent invisible il faut pourtant continuer à vivre malgré tout. La personne cérébralisée ayant une vision dépréciée d'elle-même, anticipera une vision dévalorisante de la part des « valides ». L'estime de soi étant diminuée, son rapport au monde sera modifié. Il ne faut jamais perdre à l'esprit la souffrance que représente le traumatisme crânien : la perte de son statut social, de sa vie antérieure, de ces aspirations et de certaines croyances. Il est très difficile de « se perdre soi-même », puis de se reconstruire autour d'une nouvelle identité.

Le traumatisme crânien porte avec lui son lot de représentations sociales et de préjugés véhiculés par le langage commun. La tête est le lieu de la réflexion, le cerveau est considéré comme l'organe supérieur. Un grand nombre d'expressions en sont l'illustration ;

- « t'as vu ta tête ? »
- « avoir une sale tête »
- « avoir une tête de déterré »
- « c'est une tête ? »
- « avoir la tête fêlée »
- « avoir perdu la tête ».

Le traumatisme crânien est bel et bien un coup à la tête qui transforme un individu mais qui ne le rend pas fou. Le traumatisme crânien est la cause de situations de polyhandicaps du fait des multiples déficiences et incapacités qu'il entraîne (troubles physiques, sensoriels, cognitifs, comportementaux).

une chose et le niveau de satisfaction que l'on peut en avoir. Une personne peut ne pas être satisfaite de ses loisirs et n'y accorder aucune importance. Les loisirs ne représentent donc pas une situation de handicap pour la personne alors que cela peut justifier une inquiétude de l'entourage. La corrélation importance/satisfaction est une donnée de l'accompagnement qu'il faut conserver lors de son exercice professionnel.

On ne peut parler de « réinsertion » sans évoquer la question du lien social. On peut considérer qu'un individu n'existe socialement que s'il est intégré par des interactions et des relations au sein d'un ou plusieurs groupes sociaux (le travail, la famille, les loisirs...). La relation à autrui, au monde, est l'expression du lien social et c'est bien la question de la difficulté relationnelle qui est en cause dans le cadre de la réinsertion des personnes traumatisées crâniennes.

Les capacités à créer puis à maintenir des relations sociales permettant d'avoir un groupe d'appartenance, de se construire à travers et grâce à lui, sont en défaut pour la personne ayant eu un traumatisme crânien. Elle reste en quelque sorte en quête d'identité, elle fait régulièrement référence à « avant l'accident ». Son accident l'a changé, elle doit se reconstruire mais se retrouve handicapée dans la relation du fait des différents troubles et, le plus souvent, de la non-acceptation. Cette non-acceptation est la conséquence du souvenir de leur vie antérieure à l'accident, de leurs projets, de leurs aspirations personnelles.

Il leur faudra réapprendre les activités de la vie quotidienne, mais aussi réapprendre la relation à autrui et se confronter à la réalité de la société et du monde du travail. C'est tout un lien social qu'il faut recréer. Le groupe d'appartenance est devenu celui des personnes handicapées, vécu comme groupe stigmatisant. De nouvelles valeurs et normes vont prendre place et la reconstruction identitaire va s'étayer sur les expériences communes de réapprentissage. La personne devra alors se réaliser autrement, se mobiliser pour tendre vers une autre forme de réalisation de vie. C'est pourquoi travailler autour du groupe, des pairs lors de la réinsertion est un support à cette démarche.

La réinsertion se réalisera en partenariat avec les familles. Il faudra prendre en considération les désirs (de la personne, de la famille), et les capacités. Cela nous amène à considérer à ce moment de la construction du projet la question de l'évaluation. Cette évaluation est centrale. Pour autant, il faudra réaliser un compromis entre l'évaluation réalisée par des professionnelles (ergothérapeutes, neuropsychologues...), les désirs de la personne et les désirs de la famille.

2. LA RÉINSERTION

Dans le cadre de la réinsertion il faudra prendre en considération le rapport entre l'importance accordée à

3. L'ÉVALUATION, LE PROJET

Il est nécessaire d'évaluer les incapacités et le handicap. L'évaluation en « laboratoire » (test neuropsychologique)

logique par exemple) n'étant pas toujours prédictive du handicap il faudra réaliser des évaluations les plus proches de la vie réelle. Lors de la réinsertion il est important de connaître les troubles (troubles des fonctions exécutives, troubles mnésiques...) mais il est indispensable de connaître leur répercussion concrète qui ne s'exprimera qu'en situation et sera dépendante de l'expression des troubles. Cette expression sera dépendante des acquis antérieurs et des habitudes de vie.

Il faudra évaluer les aptitudes à la vie sociale en se demandant « où vivre et comment vivre » ? Pour cela il est nécessaire de définir les aptitudes à maîtriser les interactions sociales, de préciser le projet de la personne, de définir les aides techniques et aides humaines et surtout d'accompagner cette réinsertion. Afin de réaliser cette étape d'évaluation et de formulation de projet il a été créé les Unités d'Évaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et socio-professionnelle (UEROS). Les UEROS ont été créées en 1996 par la « Circulaire DAS/DE/DSS n° 96-428 du 4 juillet 1996 relative à la prise en charge médico-sociale et à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes d'un traumatisme crânien » aussi appelée circulaire Bauduret. Un décret est paru en 2009 afin de consolider et d'élargir le champ de compétence des UEROS. Le « Décret n° 2009-299 du 17 mars 2009 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle (UEROS) pour personnes cérébrolésées » consolide le fait que les UEROS ont pour mission d'évaluer et d'accompagner à la formulation d'un projet professionnel et intègre la notion d'accompagnement social. Le décret nous dit que :

« Ces unités ont également pour mission :

1. À la demande d'un professionnel intervenant de sa propre initiative ou d'une maison départementale des personnes handicapées :

a) De réaliser des évaluations préliminaires médico-psychologiques de courte durée afin de déterminer si l'intéressé peut bénéficier d'un programme de réentraînement ;

b) D'aider l'intéressé à élaborer son projet de vie ;

c) D'informer les professionnels.

2. D'apporter, lorsqu'elles en font la demande, leur concours aux équipes pluridisciplinaires mentionnées à l'article L. 146-8, notamment dans le cadre de conventions passées avec les maisons départementales des personnes handicapées ;

3. Sur décision d'orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées :

a) D'évaluer de manière approfondie les potentialités et les difficultés de l'intéressé, notamment en identifiant les troubles neuropsychiques en termes cognitif, comportemental, relationnel ou affectif ; de construire et mettre en œuvre un programme de réentraînement qui doit permettre de consolider et d'accroître l'autonomie de l'inté-

ressé ; de construire avec l'intéressé et son entourage un projet d'insertion sociale incluant, le cas échéant, une intégration scolaire ou professionnelle en milieu ordinaire, adapté ou protégé en se fondant sur l'évaluation et le programme de réentraînement mentionnés précédemment. »

Enfin d'évaluer et d'accompagner nous avons pris le parti que l'accompagnement et la mise en place du projet de la personne fait partie intégrante de l'évaluation. Le réseau bordelais, grâce à des coopérations de longues dates entre différents acteurs a organisé l'UEROS Aquitaine en trois services avec trois missions distinctes. Tout d'abord l'Unité de Soins Neurologiques (USN) Tastet-Girard du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux qui réalise l'évaluation des troubles cognitifs et comportementaux. Ce service peut proposer des stages axés sur les troubles cognitifs (prise de conscience, métacognition...). Ensuite les Appartements d'autonomie sociale de L'ADAPT Gironde (Association pour l'Insertion Sociale et Professionnelle des personnes handicapées) réalisent l'évaluation d'autonomie et peuvent proposer un réentraînement à la vie sociale puis accompagner la mise en œuvre du projet. Enfin, l'UGECA (Union pour la Gestion des Établissements des Caisses d'Assurance Maladie) Aquitaine intègre l'UEROS professionnelle au sein de son Centre de Rééducation Professionnelle de la Tour de Gassies. Les évaluations professionnelles y sont réalisées et les personnes sont accompagnées vers la formulation d'un projet professionnel en cohérence avec le handicap, les compétences et les désirs des personnes.

4. L'ACCOMPAGNEMENT DU PROJET

Il est donc clair que l'on ne peut accompagner un projet sans évaluation au préalable. Pour autant le projet ne peut s'accompagner de manière linéaire. Il faudra répondre à plusieurs questions en même temps. Au même moment il faudra penser à où habiter, avec quelles aides, comment se déplacer, quels sont les droits et les ressources financières, et enfin, que faire de ses journées ?

Ces cinq données sont incontournables et interdépendantes. La question du logement posera celle de l'aide humaine. En effet, les personnes cérébrolésées sont « consommatrices d'aides humaines ». L'idée est d'évaluer sur le plan qualitatif et quantitatif ; comment d'heures et pourquoi faire ? Cette évaluation ne doit pas se réaliser dans le cadre d'une rencontre unique en situation fictive. Elle doit prendre en considération les habitudes de vie, le contexte de vie, et surtout l'expression des troubles. En effet, deux personnes ayant les mêmes troubles n'auront pas le même handicap. L'expression des troubles sera différente et n'aura pas les mêmes répercussions en fonction des personnes.

Les troubles du comportement sont de plus imprévisibles. Il est nécessaire de multiplier les expériences afin de réaliser comment ils s'expriment et à quels moments. Nous pourrions voir si la personne peut vivre seule, en famille, en habitat regroupé de type maisons familiales (telles que celles de l'Association des Familles de Traumatisés Crâniens : AFTC de la Gironde) ou bien en structure spécialisée.

Le déplacement est aussi un élément central. Les troubles cognitifs et comportementaux entraînent un handicap de déplacement très important. Cela est lié directement aux troubles de l'orientation mais aussi au syndrome dysexécutif qui empêche de faire face à l'imprévu, qui ne permet pas de s'adapter, qui diminue la prise d'initiative, aux troubles attentionnels qui induisent nombres d'erreurs (adhérence à l'environnement ou fausses reconnaissances d'indices par exemple), et aux troubles du comportement qui peuvent induire un biais important dans l'utilisation des transports en commun. Une évaluation fine des capacités et des modes de compensation sera à réaliser.

L'accompagnement par une équipe spécialisée permettra aussi d'accompagner la personne autour de la question des droits et des ressources (Allocation Adulte Handicapé, Prestation de Compensation du Handicap, Indemnisation...). Il faut se poser la question de la mesure de protection face aux problématiques de gestion et aux difficultés à gérer les affaires administratives.

Lorsque la question du logement est « réglée », que l'on est clair sur les droits et ressources, que l'aide humaine est bien évaluée et que la problématique de déplacement est évaluée, cela ne répond pas à question : « et maintenant que faire de ses journées ??? »

La problématique professionnelle interviendra à ce moment. La personne peut-elle travailler ? Si oui est-ce en milieu ordinaire de travail ou en milieu protégé. On citera ici certaines entreprises adaptées qui peuvent accueillir des personnes cérébrolésées, des ESAT (Établissement et Service d'aide par le Travail) spécialisés (tel que celui de Floirac en Gironde) et certaines sections ESAT Hors-mur qui accompagnent des personnes vers un projet professionnel en milieu ordinaire. L'objectif de l'ESAT spécialisé est bien entendu de proposer du travail mais un travail adapté prenant en considération les difficultés des personnes. C'est pourquoi l'ESAT spécialisé de Floirac n'a pas de production propre (tel que espace vert, blanchisserie, restauration...) mais réalise des prestations de sous-traitance (routage, façonnage, mise sous pli, petite mécanique, divers petites prestations de services...). Cela permet d'avoir des postes de travail adaptés et variés (travail sur table par exemple) où l'on peut séquencer une tâche complexe en une multitude de monotâches afin de s'adapter aux troubles cognitifs. De plus, cela permet de s'appuyer et de valoriser les compétences antérieures à l'accident. Certains travailleurs d'ESAT sont investis dans des démarches de Reconnaissance

des Acquis d'Expérience (RAE). L'ESAT Hors-mur accompagne des personnes à la réalisation de leur projet professionnel en mettant en place des mises à disposition dans des entreprises. La personne reste salariée de l'ESAT mais travaille chaque jour au sein d'une entreprise en milieu ordinaire. Ce contrat de mise à disposition peut se prolonger pendant deux ans. À son terme ce contrat doit se poursuivre par un contrat de droit commun. Suite au nouveau contrat, un suivi peut être assuré pendant deux ans. Ce type de dispositif permet de mettre en œuvre une réelle sécurisation des parcours d'insertion tant pour la personne que pour l'entreprise. Cela est à différencier de la prestation de service réalisé par les ESAT. La prestation de service peut être réalisée par une personne, un groupe, sur une ou plusieurs interventions. Cette prestation n'est pas ciblée comme le contrat de mise à disposition qui a, dès sa signature, un objectif d'intégration par un contrat de droit commun. Ce contrat de mise à disposition engage l'entreprise.

Cette étape d'orientation et de définition de projet professionnel nécessite d'être accompagnée en amont pour la définition du projet par des structures telles que les UEROS.

Si la personne ne peut travailler ou ne le désire pas, il faudra accompagner vers une insertion occupationnelle. Un travail avec des Centres d'Accueil de Jour (CAJ), qui sont des Foyers Occupationnels sans hébergement, ou des Groupements d'Entraide Mutuelle (GEM) spécialisés sera à envisager. Les CAJ accueillent et accompagnent des personnes cérébrolésées en fonction de leurs besoins et de leur désir dans une insertion de loisirs et une socialisation. Comme tout service médico-social la personne y formule un projet. Elle est accompagnée dans la réalisation de ce projet d'activités (sports, culture, musique, expression artistique, sorties...). Le maintien du lien social et la prise de plaisir y sont souvent les maîtres-mots. L'orientation se réalisera en fonction du niveau d'autonomie et des souhaits de la personne. Les GEM accueilleront un public plus autonome. Les GEM ne sont pas des structures médico-sociales mais des associations loi 1901. Les personnes handicapées prennent une part active à la définition et à l'organisation du projet d'entraide du GEM. Le GEM est parrainé par une association, souvent une AFTC pour les personnes cérébrolésées.

5. LE SUIVI

Enfin, une fois le projet formulé par exemple au sein d'une UEROS, il faudra le suivre et le consolider. C'est le rôle des Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés (SAMSAH). Le « Décret 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des

services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés » précisent les missions avec :

« L'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie ; L'identification de l'aide à mettre en œuvre et la délivrance à cet effet d'informations et de conseils personnalisés ;

Le suivi et la coordination des actions des différents intervenants ;

Une assistance, un accompagnement ou une aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale ;

Le soutien des relations avec l'environnement familial et social ;

Un appui et un accompagnement contribuant à l'insertion scolaire, universitaire et professionnelle ou favorisant le maintien de cette insertion ;

Le suivi éducatif et psychologique.

Des soins réguliers et coordonnés

Un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert. »

On peut aussi retrouver des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) qui assurent un suivi de personnes cérébrolésées. Du fait du handicap important et de la nécessité du suivi médical et paramédical imposé par les séquelles du traumatisme crânien, le SAMSAH reste la structure la plus adaptée. Pour autant, lorsque la personne est stabilisée, que l'intervention de professionnels paramédicaux (ergothérapeutes, infirmières, neuropsychologue...) n'est plus nécessaire le suivi par un SAVS est opportun. La différence entre le SAVS et le SAMSAH repose d'ailleurs sur cette notion de soin.

Ces services font suite aux UEROS. Sur orientation de la MDPH ils vont pouvoir accompagner le projet et le consolider sur plusieurs années. La problématique de la réinsertion ne se termine pas avec la mise en place du projet. Il ne faut surtout pas en présupposer la stabilité comme il ne faut pas présupposer l'autonomie d'une personne cérébrolésée.

Ainsi le SAMSAH qui a une fonction de coordination importante sera un soutien à la famille et à l'entourage (auxiliaire de vie par exemple). C'est un service expert sur lequel s'appuient les intervenants du quotidien qui sont confrontés régulièrement à des situations de conflit, au sentiment de solitude avec la personne accompagnée, au jugement de la personne (« il est fatigant »), à l'imprévisibilité des troubles et au stress de la mise en danger (peut-il faire seul ?). Dans cet accompagnement à long terme il faudra s'appuyer sur la prise d'habitudes, la mise en place de rituels et d'automatismes. L'aide humaine est le Principe organisateur de la vie quotidienne. Le transfert d'apprentissage est très souvent difficile et les aides techniques sont souvent mises de côté après le centre de rééducation. Le SAMSAH interviendra sur l'évaluation, l'autonomisation, l'insertion sociale voir professionnelle et sur la question du soin.

Les SAMSAH retrouvent souvent des situations de mises en danger, des problématiques de gestion des situations à risque, des problématiques de gestion de l'imprévu, un isolement social et un risque de désocialisation important. La question de la dégradation de l'état de santé à distance de l'accident est une donnée importante, les personnes ayant souvent arrêtées tout suivi médical lorsqu'elles sont retournées à domicile.

6. CONCLUSION

Il faut appuyer sur la nécessité de travailler en réseau. Il existe un certain nombre de structures qui peuvent accompagner les personnes cérébrolésées et qui peuvent être sollicitées. Il est indispensable que ces structures se coordonnent entre elles afin d'accompagner au mieux le projet de la personne.

À long terme, et cela doit être pris en compte dans le cadre de l'évaluation, il ne faut jamais présupposer l'autonomie (vérifier les dires et mettre en situation) et ne pas penser qu'un projet est stable ; un élément qui change dans l'environnement de la personne peut faire basculer l'intégralité de son projet.

Au-delà de cet article il est à saluer le travail accompli par tous les acteurs de la réinsertion de la région Bordelaise ; Centre de Médecine Physique et de Réadaptation L'ADAPT Château Rauzé, UEROS Aquitaine, ESAT Gaillan Richelieu L'ADAPT Gironde, SAMSAH L'ADAPT Gironde, AFTC Gironde, GEM Neurofestifs 33, CAJ AFTC Avenir, les maisons familiales, les différents services prestataires. Cette filière spécialisée du sanitaire au médico-social, permet un véritable maillage accompagnant de l'éveil de coma à la réinsertion avec le souhait de s'adapter à la problématique de chacun tout en créant une dynamique collective indispensable à l'accompagnement. ■

BIBLIOGRAPHIE

Circulaire DAS/DE/DSS N°96-428 du 4 juillet 1996.

Code de l'action sociale et des familles, Michel Borgetto, Robert Lafore, Armelle Mavoka-Isana, Collectif Dalloz, Paris, Edition Dalloz, 2014, 1850 pages.

Décret 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

Décret n° 2009-299 du 17 mars 2009 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement

- des unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socio-professionnelle (UEROS) pour personnes cérébro-lésées.
- Dictionnaire critique d'action sociale*, Édition Bayard, Collection « travail social », 1995.
- COHADON François, CASTEL Jean-Pierre, RICHER Edwige, MAZAUX Jean-Michel, LOISEAU Hugues, *Les traumatisés crâniens, de l'accident à la réinsertion*, Éditions Arnette, 1998, 326 pages.
- C. LE GALL, G. LAMOTHE, J.-M. MAZAUX, F. MULLER, X. DEBELLEIX, E. RICHER, P.-A. JOSEPH, M. BARAT, Programme d'aide à la réinsertion sociale et professionnelle de jeunes adultes cérébrolésés : résultats à cinq ans du réseau UEROS-Aquitaine, *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, Vol 50 - N° 1, pp 5-13, janvier 2007.
- CLEMENT A. « Quel devenir pour les traumatisés crâniens ? », Rencontre en médecine physique et réadaptation, n°4, Expériences en ergothérapie, Éditions Sauramps médical, 1998, pp 72-80.
- BOYER-LABROUCHE Anne, *Renaitre après l'accident, la rééducation psychothérapique des traumatisés crâniens*, Paris, Éditions Dunod, 1996, 157 pages.
- LEBEAU Henri-Jean « Rapport LEBEAU », Inspection Générale des Affaires Sociales. Site Internet : <http://www.traumacranien/rapleb.org>
- BLAISE Jean-Luc, Traumatisme crânien : blessure sociale, Handicap et Inadaptations - *Les cahiers du CTNERHI*, n°75-76, 1997.