

TRAUMATISÉS CRÂNIO-CÉRÉBRAUX

ACCUEILLIS DANS LES SERVICES D'ACCUEIL D'URGENCE DE PICARDIE

L'Association de familles de traumatisés crâniens et cérébrésés (AFTC) de Picardie, membre de l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et cérébrésés (UNAFTC) milite depuis plusieurs années pour la création d'un réseau qui met en lien les professionnels et les établissements compétents dans la prise en charge de ces patients afin de les accompagner dans leur parcours de soins et de réinsertion sociale et professionnelle. En effet, la lésion cérébrale, qui génère un handicap souvent invisible, est largement méconnue. Ses conséquences sont sous estimées et les patients rapidement perdus de vue sans toujours avoir eu la possibilité d'évaluer toutes les conséquences de la blessure.

Un comité de pilotage du projet de réseau s'est constitué associant, outre l'AFTC de Picardie, le centre hospitalier de Saint-Quentin et la maison du Sophora de Gauchy (foyer d'accueil médicalisé spécialisé dans l'accueil de personnes cérébrésées), avec le soutien du Pr Daniel Legars, doyen de la faculté de médecine d'Amiens et du Dr Johann Peltier, chef de service de neurochirurgie du centre hospitalier universitaire (CHU) d'Amiens.

Afin de documenter le dossier de réseau et sensibiliser les décideurs à la problématique, l'AFTC de Picardie a sollicité l'observatoire régional de la santé et du social (OR2S) en partenariat avec le service de recherche clinique du CHU d'Amiens pour mener une enquête épidémiologique qui rende compte de l'incidence des lésions cérébrales en Picardie.

Le conseil régional de Picardie a accepté de financer cet état des lieux qui a également bénéficié du soutien actif de l'Association des médecins urgentistes de Picardie. Cette enquête s'est déroulée sur trois périodes distinctes, la première au cours du dernier trimestre 2011, les deux suivantes au cours du premier semestre 2012. Elle concerne les adultes âgés de 18 ans et plus victimes d'un traumatisme crânio-cérébral (TCC) accueillis dans les services d'accueil d'urgence (SAU) des centres hospitaliers publics de Picardie. Dans la suite du document qui aborde les points mentionnés dans le sommaire ci-dessous, l'enquête est référencée sous l'appellation Etcasau Picardie 2012 (Enquête sur les traumatisés crânio-cérébraux accueillis dans les services d'accueil d'urgence).

Pour les trois semaines de recueil supervisées par les Drs Alain Brié et Olivier Bonaf, le nombre de TCC représentait 2,9 % du nombre total de passages d'adultes au SAU (2,9 % la 1^{re} semaine de recueil, 3,0 % la 2^e et 2,7 % la 3^e). Cette proportion est de 2,6 % au sein des centres hospitaliers du département de l'Aisne, 2,3 % dans l'Oise et 4,1 % dans la Somme.

Ces pourcentages ne reflètent qu'une partie de la réalité, pour plusieurs raisons :

- le repérage et le diagnostic se font uniquement au sein d'un SAU, or certains blessés ne consultent jamais (près de 20 % dans les séries anglo-saxonnes) ;
- la situation géographique de la Picardie entraîne des hospitalisations d'urgence dans les centres hospitaliers de Reims, Lille, Rouen ou d'Île-de-France ;
- des périodes intenses de traumatismes crânio-cérébraux peuvent survenir, ne correspondant pas nécessairement aux trois vagues de l'enquête, si on se réfère au transfert d'images avec lésions intracérébrales significatives relevées au CHU d'Amiens (244 par les Drs Alain Brié et Olivier Bonaf).

Dr Elisabeth Lewandowski
Présidente de l'OR2S

Pascal Sellier
Président de l'AFTC
de Picardie

Dr Alain Brié
Médecin urgentiste
du CH de Saint-Quentin

Caractéristiques de la population étudiée	2
Lieux et circonstances des traumatismes crânio-cérébraux	2
Lien avec l'alcool ou la prise de stupéfiants	2
Traitements médicamenteux	3

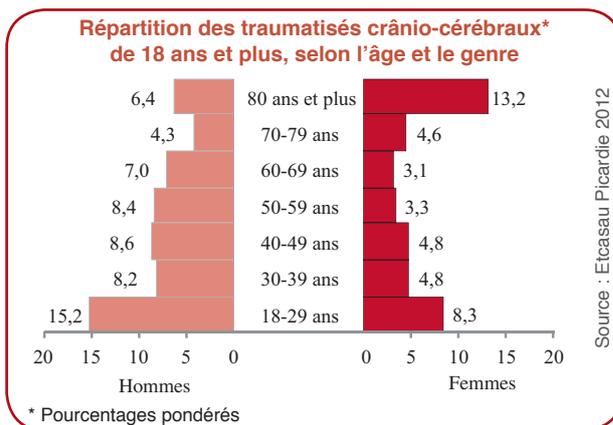
Observations cliniques	3
Devenir des patients	4
Méthodologie	4
Discussion sur la représentativité du recueil de cas	4

Caractéristiques de la population étudiée

Parmi les traumatismes crâniocérébraux, une proportion importante d'hommes de 18-29 ans et de femmes de 80 ans et plus

Les personnes reçues en service d'accueil d'urgence (SAU) des suites d'un traumatisme crâniocérébral (TCC) sont majoritairement des hommes (58,1 %). L'âge moyen constaté est de 52,4 ans (48,3 ans pour les hommes et 58,4 ans pour les femmes). Comme le montre la pyramide des âges, parmi les TCC, une forte proportion d'hommes de 18-29 ans et de femmes de 80 ans et plus est observée.

Quatre victimes de TCC sur dix (41,0 %) vivent en couple, près de trois sur dix (29,3 %) seuls, 17,8 % en famille et 12,0 % en institution. La très large majorité des personnes déclare vivre à domicile (96,0 %) alors que 3,0 % sont sans domicile fixe. Plus d'un tiers des personnes est retraité, et un autre tiers exerce une activité professionnelle. Pour les autres personnes concernées, 6,6 % sont étudiants et un cinquième (21,0 %) sans activité professionnelle.

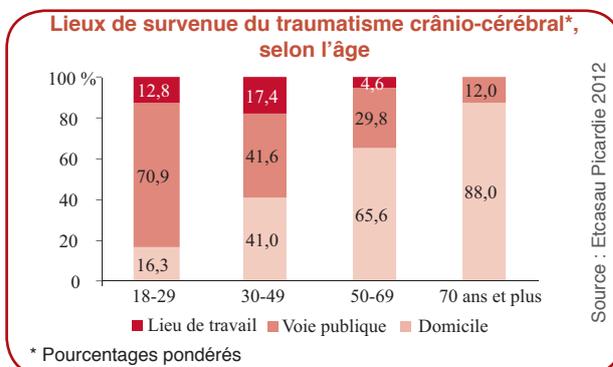


Lieux et circonstances des traumatismes crâniocérébraux

Des traumatismes crâniocérébraux survenus sur la voie publique pour les plus jeunes, au domicile pour les plus âgés

Les traumatismes crâniocérébraux se répartissent de façon sensiblement équilibrée entre les trois départements de Picardie : 35,2 % ont eu lieu dans la Somme, 34,6 % dans l'Oise et 26,8 % dans l'Aisne. Un peu plus de 3 % des TCC accueillis en SAU en Picardie ont eu lieu dans une autre région.

La majeure partie des TCC est survenue à domicile (55,2 %) ou sur la voie publique (36,7 %), 8,2 % l'étant sur le lieu de travail. Ces proportions globales masquent des différences importantes suivant l'âge. Tandis que la part de TCC ayant eu lieu à domicile croît avec l'avancée en âge (16,3 % pour les 18-29 ans contre 88,0 % pour les 70 ans et plus), l'inverse est observé pour les TCC ayant eu lieu sur la voie publique (70,9 % pour les 18-29 ans contre 12,0 % pour les 70 ans et plus).

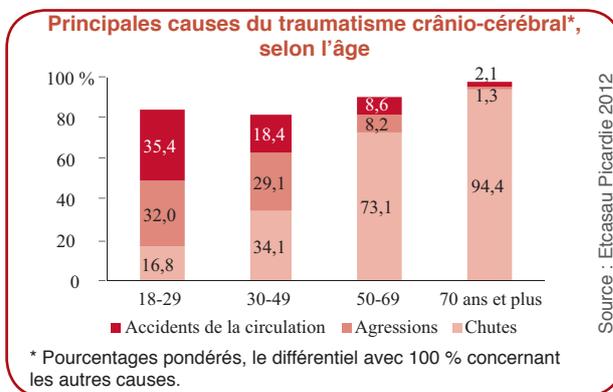


Les chutes, première cause de traumatisme crâniocérébral

Les chutes constituent la principale cause de TCC. Elles représentent 56,1 % des motifs de survenus du TCC. Les agressions (17,5 %) sont la deuxième cause suivies par les accidents de la circulation (15,3 %). Parmi ces derniers, il s'agit majoritairement de personnes à bord de véhicules légers (67,7 %), puis de piétons (12,2 %), de cyclomotoristes (11,6 %) et de cyclistes (6,3 %).

La part de TCC dus aux chutes est plus élevée pour les femmes que pour les hommes (67,5 % contre 48,4 %), en particulier pour les 50-69 ans (86,6 % contre 67,0 %). En lien avec le *sex-ratio*, cette part augmente avec l'avancée en âge (16,8 % pour les 18-29 ans contre 94,4 % pour les 70 ans et plus).

En revanche, la proportion de TCC causés par une agression diminue avec l'âge (32,0 % pour les 18-29 ans contre 1,3 % pour les 70 ans et plus). Le même constat est fait avec les accidents de la circulation (35,4 % pour les 18-29 ans contre 2,1 % pour les 70 ans et plus).

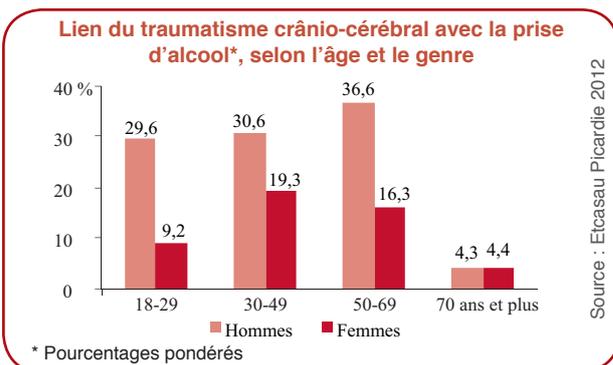


Lien avec l'alcool ou la prise de stupéfiants

Près d'un tiers des traumatismes crâniocérébraux chez les hommes âgés de 18 à 69 ans en lien avec une prise d'alcool

Un cinquième (19,7 %) des TCC semble en lien avec une prise d'alcool¹. Cette proportion est plus élevée pour les hommes (26,8 % contre 10,5 % pour les femmes). Cette différence suivant le genre s'observe exclusivement chez les traumatisés de moins de 70 ans (32,3 % contre 15,0 % pour les femmes).

Moins de 1 % semble lié à la prise de stupéfiants¹. Une recherche d'alcool a été effectuée pour 12,5 % des TCC, qu'ils soient considérés ou non en lien avec une prise d'alcool. Parmi les TCC considérés en lien avec une prise d'alcool, près de la moitié a fait l'objet d'une recherche d'alcool.



¹ Le libellé des questions étaient : « Le TCC est-il ou semble-t-il lié à l'alcool ? / à la prise de stupéfiant ? ».

Traitements médicamenteux

Prise d'antivitamines K ou d'antiagrégants pour la moitié des personnes sous traitement médicamenteux

Les deux cinquièmes des personnes victimes d'un TCC étaient sous traitement médicamenteux. Cette proportion est plus élevée pour les femmes (52,8 % contre 32,9 % pour les hommes) et croît avec l'âge (5,1 % pour les 18-29 ans contre 87,0 % pour les 70 ans et plus). Les antivitamines K ou les antiagrégants plaquettaires, dont la prise constitue un facteur de gravité des traumatismes crâniens, sont les plus cités (46,1 %), suivis des psychotropes (26,8 %) et des antiarythmiques (10,1 %). D'autres traitements sont suivis, associés ou non à ces derniers, dans 41,8 % des cas.

Observations cliniques

Une contusion ou un choc direct cause de la quasi-totalité des traumatismes crânio-cérébraux

Les TCC ont été causés en très large majorité par un mécanisme de contusion-choc direct (97,8 %). Le coup du lapin est cité dans 3,1 % des cas et est le plus souvent en lien avec un accident de la circulation.

Une quasi totalité de traumatismes crânio-cérébraux légers selon le score de Glasgow

Le score de Glasgow (*cf.* encadré ci-contre) a été déterminé trois fois : lors de la prise en charge pré-hospitalière pour 37,5 % des TCC, à l'arrivée au SAU pour 90,9 % et 30 minutes après l'arrivée au SAU pour 76,7 %.

Quel que soit le moment de l'évaluation, la quasi totalité des TCC était d'intensité légère (99,6 % des TCC avec score de Glasgow renseigné lors de la prise en charge préhospitalière, 98,7 % à l'arrivée au SAU et 98,9 % 30 minutes après). Afin d'augmenter le nombre de TCC ayant un score de Glasgow renseigné, un score appelé « Glasgow de référence » a été établi. Il est constitué, soit par le score d'arrivée au SAU toutes les fois où celui-ci était renseigné, soit par le score de la prise en charge pré-hospitalière lorsque celui à l'arrivée au SAU était manquant. Ce score « de référence » peut ainsi être établi pour 93,1% des TCC recensés dans l'enquête avec 98,7 % de TCC qualifiés de légers, 0,5 % de moyen et 0,8 % de grave.

Gravité des traumatismes crânio-cérébraux*, selon le moment d'évaluation du score de Glasgow (%)

	Lors de la prise en charge préhospitalière	À l'arrivée au SAU	30 minutes après l'arrivée au SAU
TC légers	99,6	98,7	98,9
TC moyens	0,0	0,5	0,4
TC graves	0,4	0,8	0,8

* Pourcentages pondérés

Source : Etcasau Picardie 2012

Score de Glasgow

Le score de Glasgow est une échelle pour laquelle trois scores sont additionnés : l'ouverture des yeux (de 1 à 4), la réponse verbale (de 1 à 5) et la réponse motrice (de 1 à 6). Il permet d'apprécier la gravité d'un TCC. Un TCC est dit léger si le score de Glasgow est compris entre 13 et 15, modéré entre 9 et 12, et grave entre 3 et 8.

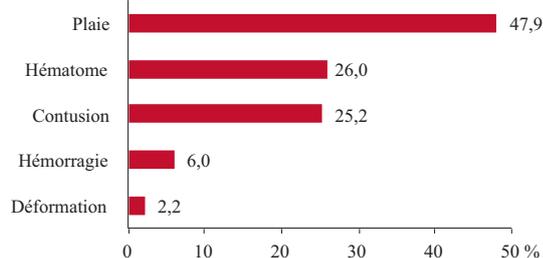
Une perte de connaissance dans un cas sur huit

Le traumatisme a eu lieu au niveau du crâne pour 66,7 % des TCC, de la face pour 38,8 % et des cervicales pour 10,3 %. Un peu plus de 10 % ont été touchés à la fois au niveau de la face et du crâne, 1,6 % au niveau du crâne et des cervicales et 1,0 % au niveau des trois sites (crâne, face, cervicales).

Les signes les plus fréquemment observés au niveau de la tête sont les plaies (47,9 %), les hématomes (26,0 %) et les contusions (25,2 %). D'autres signes cliniques tels que la présence de céphalées (18,6 %), la perte de connaissance (12,2 %) ou l'amnésie post-traumatique (6,0 %) sont également indiqués.

Moins d'une personne victime d'un TCC sur cinq a également subi un traumatisme au niveau des membres, 8,9 % du tronc (thorax, abdomen, bassin) et moins de 3 % des TCC ont subi des lésions associées au niveau de ces deux sites à la fois.

Signes cliniques observés au niveau de la tête pour les traumatisés crânio-cérébraux*



* Pourcentages pondérés

Source : Etcasau Picardie 2012

Signes cliniques autres que ceux observés au niveau de la tête des traumatisés crânio-cérébraux*



* Pourcentages pondérés

** Existence d'une période sans symptôme au décours de l'accident

Source : Etcasau Picardie 2012

Présence de lésions cérébrales pour trois traumatisés crânio-cérébraux sur dix âgés de 70 ans et plus ayant eu un scanner

Pour plus d'un quart des TCC, un scanner cérébral a été réalisé. La présence de lésions cérébrales a été mise en évidence pour un cinquième des TCC ayant eu un scanner cérébral.

La proportion de personnes présentant des lésions cérébrales est plus élevée pour les 70 ans et plus que pour les plus jeunes âgés de 18-29 ans (30,6 % contre 7,2 %).

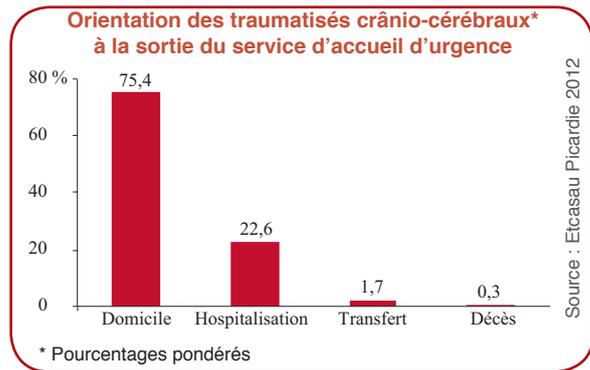
Il est à souligner que parmi les TCC considérés comme légers, selon le score de Glasgow de référence (>13), pour lesquels un scanner a été réalisé, 16,9 % présentent des lésions cérébrales visibles.

Devenir des patients

Une hospitalisation pour un quart des traumatismes crâniocérébraux

Si les trois quarts des traumatisés crâniocérébraux sont retournés à leur domicile, le quart restant est majoritairement composé de personnes hospitalisées au sein de l'établissement où se trouve le service des urgences qui les a accueilli (soit 22,6 %).

Parmi les personnes hospitalisées, un peu plus de la moitié a été orientée en unité de soins de courte durée (UHCD) ou très courte durée (UHTCD), 3,0 % en réanimation, 1,3 % en réanimation neurochirurgicale et 43,1 % dans un autre service. La proportion de personnes hospitalisées ou décédées est plus importante pour les hommes (en particulier pour les 50-69 ans : 30,7 % contre 14,0 % pour les femmes de 50-69 ans) et les plus âgés (37,5 % pour les 70 ans et plus contre 15,5 % pour les 18-29 ans).



Méthodologie

Une étude prospective multicentrique a été menée auprès des personnes victimes d'un traumatisme crâniocérébral* (TCC) au sein de dix-huit services d'accueil d'urgence (SAU) publics de Picardie**. Trois périodes d'une semaine chacune ont été réalisées (semaine 45 de l'année 2011, semaines 3 et 17 de l'année 2012). La méthode de cette étude a été élaborée en concertation avec le collège des médecins urgentistes de Picardie. Les données ont été recueillies à l'aide d'une feuille d'observation remplie pour chaque patient âgé de 18 ans ou plus admis aux urgences dans les suites d'un TCC. Cette feuille d'observation a été renseignée par les différents acteurs des SAU et remise ensuite à l'OR2S en charge du recueil, de la saisie et du traitement statistique des données. Au cours des trois semaines de recueil, 628 personnes victimes d'un TCC ont été dénombrées au sein des SAU ayant participé à l'étude, soit 193 au cours de la première semaine**, 234 la deuxième et 201 la troisième.

Les indicateurs présentés dans ce document sont pondérés pour prendre en compte les établissements n'ayant pas participé au premier recueil.

* Est considéré comme traumatisme crâniocérébral, tout événement mécanique avec preuve clinique d'un dommage de la tête ou de la face. Les preuves cliniques peuvent être : plaie, hémorragie, hématome, déformation, perte de connaissance initiale, vomissements, signes neurologiques, amnésie post-traumatique, mécanisme à type de coup de lapin...

** Lors de la première semaine de recueil, seize établissements ont participé à l'étude. Pour les deux semaines suivantes, le recueil est exhaustif. Les établissements enquêtés sont les centres hospitaliers suivants : Abbeville, Amiens, Beauvais, Château-Thierry, Chauny, Clermont de l'Oise, Compiègne, Creil, Doullens, Guise, Hirson, Laon, Montdidier, Noyon, Péronne, Saint-Quentin, Senlis, Soissons.

Discussion

Un des objectifs de cette enquête était d'estimer l'incidence des traumatismes crâniens, aux différents niveaux de gravité, bénéficiant d'une prise en charge hospitalière en Picardie. Tous niveaux de gravité confondus, l'enquête a permis d'obtenir une proportion de 2,9 % de traumatisés crâniens parmi les patients adultes admis dans les services d'urgence. Ce résultat, extrapolé à la totalité des passages aux urgences de patients adultes recensés sur une année en Picardie, soit 415 000 en 2011 et 406 000 en 2012, permet d'estimer le nombre annuel de passages de traumatisés crâniens adultes dans les services d'urgence de Picardie dans une fourchette de 10 000 à 14 000, compte tenu de la précision de l'estimation issue de l'enquête.

Concernant les traumatismes crâniens graves (score de Glasgow inférieur ou égal à 8), le recrutement de l'enquête est trop faible pour permettre une extrapolation, d'autant plus que leur proportion dans ces résultats apparaît plutôt faible au regard de certaines données de la littérature et de l'expérience des médecins urgentistes de la région. Une validation par d'autres données n'est pas possible pour les traumatismes graves au regard du score de Glasgow mais les données de l'enquête peuvent être confrontées à celles de l'activité hospitalière en ce qui concerne les traumatisés crâniens hospitalisés, sachant toutefois que les critères amenés à décider l'hospitalisation d'un traumatisé crânien sont multifactoriels et donc plus larges que le seul score de Glasgow. Une analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), effectuée sur l'année 2011 auprès des patients domiciliés en Picardie, a identifié 5 700 séjours en hospitalisation avec un traumatisme crânien en diagnostic principal ou relié, dont 3 900 séjours après passage aux urgences. Ceci correspond à une moyenne de 75 hospitalisations par semaine, supérieure à celle des trois semaines de la présente enquête qui est de 50. Les données du PMSI suggéreraient donc une incidence des traumatisés crâniens graves plus élevée que celle pouvant être estimée par l'enquête, en observant toutefois qu'avec la baisse régulière du nombre d'accidents de la circulation, une diminution de l'incidence des traumatismes crâniens entre 2011 et 2012 est vraisemblable.

Il est possible que l'enquête n'ait pas pu recenser tous les traumatisés et notamment les plus sévères. Une hypothèse pouvant expliquer le faible recrutement dans l'enquête de TCC avec un score de Glasgow bas était qu'au cours des trois périodes d'observation, un certain nombre de ces cas avaient fait l'objet d'admissions directes en service de neurochirurgie ou de réanimation, sans passer par un SAU. Compte tenu des circuits d'admission habituellement en vigueur en Picardie, cette éventualité était *a priori* rare : il est habituel que tous les patients transitent par un SAU, quel que soit leur état. Une recherche complémentaire a toutefois été effectuée auprès des services de neurochirurgie et de réanimation chirurgicale du CHU d'Amiens afin de retrouver des patients TCC ayant fait l'objet d'une admission directe au cours des trois semaines d'enquête. Cette recherche s'est avérée négative. Une autre hypothèse, non vérifiable mais ne pouvant être écartée, est qu'un certain nombre de TCC graves admis en SAU pendant la période d'enquête n'ont pas été enquêtés en raison de la sévérité de leur état et de la faible durée de leur passage aux urgences. Enfin, compte tenu des fluctuations de l'incidence des TCC graves d'une semaine sur l'autre, et même si ce biais a été en partie contrôlé par la conduite de l'enquête sur trois semaines étalées au cours de l'année, il ne peut être complètement écarté que l'observation ait coïncidé avec des périodes de faible incidence des traumatismes ou en tous cas des plus sévères d'entre eux. Compte tenu de ces limites et incertitudes, un seul recueil ne peut permettre d'approcher parfaitement la situation épidémiologique. D'autres études, intégrant des durées d'observation plus étendues associées à un suivi du devenir à moyen terme des patients, seront évidemment nécessaires pour obtenir une observation précise et fine des personnes cérébro-lésées dans la région.

Ce document a été réalisé en juillet 2013 par l'OR2S et l'AFTC de Picardie.

Il a été rédigé par Céline Thienpont, Hervé Villet, Florent Verfaillie, Alain Trugeon de l'OR2S, Alain Brié, Olivier Bonet du centre hospitalier de Saint-Quentin, Philippe Petit, Pascal Sellier de l'AFTC de Picardie et mis en page par Sylvie Bonin de l'OR2S.

Il a été financé par le conseil régional de Picardie.

Directeurs de la publication : Élisabeth Lewandowski et Pascal Sellier

Observatoire régional de la santé et du social de Picardie

Faculté de médecine 3, rue des Louvels - 80036 Amiens Cedex 1 - Tél : 03 22 82 77 24 - Fax : 03 22 82 77 41 - E-mail : info@or2s.fr - Site internet : www.or2s.fr

Association de familles de traumatisés crâniens et cérébro-lésés de Picardie

14 Rue du Traîneau - 80540 Pissy - Tél : 03 22 38 20 59 - E-mail : aftc.picardie@traumacraniens.org