



Recommandations de bonne pratique
Troubles du Comportement chez les Traumatisés Crâniens : Quelles options
thérapeutiques ?

Fiche de synthèse

Quels sont les troubles du comportement et les facteurs favorisants ou déclenchants ?

Les troubles du comportement peuvent être classés en :

- perturbations des comportements par excès ;
- perturbations des comportements par défaut ;
- troubles du comportement secondaires à la dépression, à l'anxiété et la psychose. Tentatives de suicide et suicide.

L'agitation, l'opposition, les comportements de déambulation inadaptés, la désinhibition, l'irritabilité, l'impulsivité, les cris, les prises de risque, la boulimie, les addictions, l'hypersexualité, l'exhibitionnisme, le syndrome de Kluver et Bucy, l'hostilité, l'agressivité, la violence verbale et physique font partie des troubles du comportement par excès.

L'apathie, l'apragmatisme, l'athymhormie, l'aboulie font partie des troubles du comportement par défaut.

L'agitation après un traumatisme crânien (TC) grave ou modéré survient pendant la période d'éveil, et notamment, pendant la période d'amnésie post-traumatique.

Les facteurs favorisants de l'agitation post-traumatique sont : la douleur, l'effet de psychostimulants (alcool, drogue), le sevrage en benzodiazépines, une épilepsie, des désordres endocriniens, des troubles du sommeil.

Quelle est la démarche d'évaluation ?

La démarche d'évaluation des troubles du comportement est multidisciplinaire et multi source.

Il est indispensable de réaliser une première évaluation des troubles comportementaux par une observation directe du patient (par le médecin, le soignant, le psychologue, etc.).

Si l'autoévaluation (évaluation des patients par eux-mêmes) est indispensable, l'hétéro-évaluation (évaluation par une autre source – un aidant, un proche, un professionnel) est nécessaire, d'autant plus que le patient n'a pas toujours conscience de ses symptômes (anosognosie).

Les troubles du comportement doivent être caractérisés précisément, notamment via l'anamnèse, selon leur ancienneté, leur fréquence, leur sévérité et leur retentissement sur la vie quotidienne et l'entourage. Leur nature, leurs mécanismes, leurs contextes d'apparition doivent être également repérés. Enfin, il est important de rechercher les facteurs favorisant leur émergence et leur maintien (prédisposition, déclenchement, notamment les addictions), ainsi que les attitudes les plus adaptées des aidants et des professionnels pour les réduire et en diminuer les conséquences.

Le degré d'urgence et de dangerosité doit être évalué.

Des évaluations répétées sont nécessaires pour apprécier l'évolution naturelle des troubles et la réponse aux différentes thérapeutiques introduites.

L'évaluation doit se faire à différents niveaux : émotionnel, cognitif (associant un bilan neuropsychologique et une évaluation écologique), relationnel, et des facteurs environnementaux. Seule une identification précise de l'ensemble des processus impliqués peut aboutir à une prise en charge adaptée.

La répercussion sur les aidants (conséquences psychologiques notamment) devrait être mesurée et répétée dans le temps.

Quels sont les principes généraux de prise en charge ?

La prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement du patient traumatisé crânien et de la souffrance des familles est recommandée en première intention, et ceci à tous les stades évolutifs. Celle-ci doit être réalisée par des thérapeutes connaissant les troubles neuropsychologiques des TC, en concertation et en relation avec les équipes professionnelles et l'entourage.

Cette prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement comprend différentes approches : holistique, cognitivo-comportementale, systémique familiale, psychanalytique, ainsi qu'une adaptation des comportements de l'entourage du patient et des équipes de soin et de suivi (voir la fiche « Techniques de soins et approche relationnelle »).

Des approches différentes peuvent être combinées en fonction de la prédominance de certains symptômes ou co-morbidités, et être associées si nécessaire à des prises en charge spécifiques (syndrome post-traumatique, toxicomanie, etc.).

Les activités de rééducation : neuropsychologie, orthophonie, kinésithérapie, ergothérapie, doivent être individualisées et spécifiques, notamment en ce qui concerne la rééducation neuropsychologique (c'est-à-dire ciblées sur les processus dysfonctionnels). Ces activités participent à l'amélioration des troubles du comportement et sont recommandées dans le cadre du parcours de soin des patients victimes d'un TC.

Un programme d'activités occupationnelles : sportives, artistiques, culturelles, ou un projet socio-professionnel lorsqu'il est possible, faisant appel à des structures médico-sociales telles que les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), Unités d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle (UEROS), en lien avec les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), est recommandé en raison de leur rôle structurant, socialisant et valorisant sur le plan personnel ; ce programme est à intégrer dans la prise en charge globale du patient.

Le niveau de preuve en faveur de l'utilisation des traitements médicamenteux dans les troubles du comportement chez le traumatisé crânien est en général faible. Plusieurs règles d'usage ou conseils d'utilisation des psychotropes après traumatisme crânien apparaissent relativement consensuels :

- d'abord ne pas nuire, et si possible attendre ou proposer une approche non pharmacologique (institutionnelle et/ou psychothérapeutique). Quelle que soit la démarche pharmacologique adoptée, il convient de replacer la problématique de l'efficacité sur un symptôme dans un contexte de récupération neurologique individuelle. Les neuroleptiques, les benzodiazépines, ont peut-être un effet négatif sur la plasticité neuronale, effet contraire au premier objectif de rééducation ;
- **en dehors de la crise aiguë ou en dehors de l'urgence**, si l'on souhaite débiter un traitement par un psychotrope, quel qu'il soit, les conseils suivants s'appliquent :
 - démarrer à faible dose (*start low*) ;
 - aller lentement et progressivement dans l'augmentation des doses (*go slow*) ;
 - la poursuite de tout traitement médicamenteux doit être réévaluée régulièrement et notamment dès que les délais habituels d'efficacité sont atteints ;
 - dès que l'état est stabilisé, se poser la question de la décroissance du traitement, qui doit être progressive, de façon à rechercher la dose minimale utile et nécessaire ;
 - un seul produit à la fois (monothérapie), car les patients cérébro-lésés sont plus sensibles aux psychotropes et plus sensibles aux effets sédatifs qu'une population de sujets indemnes de lésion cérébrale ;
 - attention aux interactions entre les produits ;
 - attention au seuil épiléptogène.

- **en cas d'urgence ou de crise aiguë** ou de risque pour le patient, les soignants ou les proches, c'est d'abord l'efficacité de la sédation et la vitesse de son obtention qui doivent être recherchées après avoir éliminé une cause organique (tableau).

En cas de troubles du comportement ne répondant pas aux approches non médicamenteuses et traitements médicamenteux, l'hospitalisation en psychiatrie peut être utile en concertation avec les équipes de soin et, si possible, avec l'accord du patient.

Quelle est la prise en charge de la crise d'agitation selon la situation ?

En cas de crise d'agitation, le recours au traitement pharmacologique ne doit être une réponse ni unique ni systématique.

- **En unité d'éveil**, il est recommandé (voir la fiche : « Arbre décisionnel devant une crise d'agitation en période d'éveil de coma ») :
 - de rechercher et traiter la douleur et ses causes (fracture passée inaperçue...), de rechercher un effet iatrogène des médicaments ;
 - de limiter les contentions autant que possible, et si besoin elles seront mises en place sur prescription médicale, réévaluées régulièrement par une équipe formée ;
 - de supprimer les contraintes non indispensables (se poser des questions sur l'utilité ou non de la perfusion, de la sonde urinaire, de la sonde naso-gastrique) ;
 - de faire en sorte que l'environnement soit calme, rassurant, familier, pour que le patient commence à retrouver des repères ; et assurer une présence physique à ses côtés ;
 - d'aménager la chambre pour éviter le risque de chute : équiper le lit de barrières, mettre de la mousse au pied du lit, éventuellement installer le lit au sol dans certaines circonstances et en l'absence de trachéotomie, de sonde naso-gastrique, de traction, de fixateurs, etc ; et afin de préserver la sécurité du patient et du personnel ;
 - de prendre en compte la fatigue (aménagement de plages de repos,...) ;
 - d'utiliser des systèmes d'alerte pour la prévention des errances et des comportements de déambulation pathologique (porte à demi-battant à hauteur d'épaule, bracelet...) ;
 - d'assurer la prise en charge de l'angoisse avec réassurance et réponse aux questions : présence de soignants formés en nombre suffisant (autant que possible) ; implication de la famille qui doit être informée sur les troubles du comportement et la manière de réagir afin d'éviter l'escalade de l'agressivité ; activité physique ;
 - d'adopter une attitude apaisante. L'attitude des aidants et des professionnels face aux troubles peut jouer un rôle précipitant, réducteur ou aggravant selon leur degré d'information et de formation, leur capacité d'empathie et d'anticipation des besoins du patient, d'adaptation aux symptômes du patient (exemples : soins corporels, situations perçues comme angoissantes, difficultés de compréhension...) ;
 - d'essayer de restaurer un rythme veille-sommeil ;
 - de discuter un éventuel traitement médicamenteux (tableau).
- **En institution médico-sociale**, le terme « crise » fait le plus souvent référence aux situations d'opposition, de colère et d'agressivité, lorsque les capacités du patient et des tiers à gérer ces situations sont mises en défaut. Les mesures de prévention de la crise sont :
 - la connaissance du résident (son histoire de vie, les protocoles individualisés mis en place), de son environnement et du groupe au sein de l'unité de vie ou de l'établissement ;
 - la mise en place de temps d'écoute, de synthèses, de groupes de parole pour les soignants ;
 - la mise en place de temps d'analyse des pratiques professionnelles ;
 - la mise en place des techniques de soins (voir la fiche « Techniques de soins et approche relationnelle »), d'activités physiques et occupationnelles ;
 - un avis médical et le recours éventuel à un traitement médicamenteux (tableau).
 - le recours au psychologue et aux approches psychiatriques, notamment dans le cadre de la psychiatrie de liaison ou de secteur ;
 - après la crise, il est important d'échanger avec le résident, de comprendre les raisons de cet acte, de rappeler les règles de fonctionnement en communauté au sein de l'établissement, de communiquer les informations au sein de l'équipe ;
 - la mise en place de liens avec le secteur sanitaire : médecin traitant, services de MPR, services de psychiatrie.
- **À domicile**,

Lors des situations de crise, il est important de promouvoir la mise en place des techniques de soins (voir la fiche « Techniques de soins et approche relationnelle ») et d'envisager un éventuel traitement médicamenteux (tableau), ainsi que des activités physiques et occupationnelles.

Les troubles du comportement d'origine neurologique et cognitive justifient un suivi spécialisé coordonné par le médecin traitant, associant médecin de médecine physique et de réadaptation, psychiatre et psychologue tout au long du suivi.

La répercussion psychologique et physique sur les aidants doit être systématiquement recherchée, mesurée et prise en charge.

Tableau. Traitement médicamenteux de la crise d'agitation

En cas de crise d'agitation et d'agressivité aiguë, la prescription d'un neuroleptique sédatif ou d'une benzodiazépine se conçoit en l'absence de contre-indication pour obtenir une sédation rapide afin de protéger le patient contre lui-même, protéger ses proches ou l'équipe de soins. L'utilisation d'un neuroleptique sédatif (loxapine) ou/et d'une benzodiazépine permet un contrôle rapide et fréquent de l'agitation mais peut exposer à des risques. Les neuroleptiques ou/et les benzodiazépines doivent être réservés au traitement d'une situation de crise et il faut essayer de les remplacer, même s'ils ont été efficaces à court terme.

Dans l'agitation et l'agressivité durables, l'efficacité des bêtabloquants et des antiépileptiques thymorégulateurs apparaît la plus probante. Ces produits pourraient être administrés en première intention en l'absence de contre-indication et toujours en association avec la prise en charge non pharmacologique. En l'absence d'autorisation de mise sur le marché (AMM) de ces produits dans ces indications, les critères associés à la prescription hors AMM doivent être respectés.

Les neuroleptiques, les antidépresseurs, les benzodiazépines, la buspirone peuvent être utiles, mais sont des produits de seconde intention. Les neuroleptiques ont une AMM dans l'agitation ou l'agressivité, contrairement aux antidépresseurs et aux autres produits de première intention, mais leur utilisation doit être très limitée dans le temps.

Le choix du traitement pharmacologique est discuté au cas par cas en fonction du symptôme cible et des signes ou objectifs de traitement associés comme l'épilepsie, la dépression, l'anxiété, les douleurs neuropathiques... ou encore des effets collatéraux potentiels ou des antécédents personnels.

Quel est le suivi et la prévention des troubles du comportement ?

On recommande l'élaboration la plus précoce possible avec le patient et sa famille ou ses référents, du projet d'accompagnement qui comprend le projet de vie et le projet de soins.

Une information des aidants sur les supports sociaux tout au long du parcours de soin est recommandée, car cette information est un élément déterminant du fonctionnement familial, de l'intégration à domicile du blessé et de l'intégration sociale à terme.

Précocement pendant le séjour à l'hôpital d'un patient victime d'un TC, l'équipe soignante et le service social doivent s'informer de l'éligibilité à une indemnisation, et le cas échéant orienter le patient et son entourage vers un avocat spécialisé dans le dommage corporel du traumatisme crânien.

Un suivi régulier est recommandé. Un suivi téléphonique peut être utile pour diriger les blessés vers les services spécialisés, et pour aider à la résolution de problèmes en lien avec les associations de professionnels, les associations de familles et les réseaux d'accompagnement.

Des séjours de répit doivent pouvoir être aménagés en complément des soins à domicile.

Si un projet professionnel est envisagé, celui-ci devrait être préparé de façon multidisciplinaire et en lien avec la médecine du travail, les équipes COMETE¹ et les antennes UEROS selon le cas.



Ce travail a bénéficié du soutien de l'association France Traumatisme Crânien

¹ de l'association Comète France