

Troubles du comportement chez les traumatisés crâniens



Alexia Potet / Pascale Pradat-Diehl
Service de MPR- Hôpital de la Salpêtrière
SoRN-Est Mars 2014



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

Cette recommandation de bonne pratique a reçu le label de la HAS. Ce label signifie que cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon les règles méthodologiques et les procédures préconisées par la HAS. Toute contestation sur le fond doit être portée directement auprès du promoteur.



4.2. Groupe de pilotage

Pr Mathé Jean-François, médecin MPR, Nantes - président du groupe de pilotage.

Dr Jean-Jacques Dumond, médecin psychiatre, Limoges.

Maître Emeric Guillermou, Avocat, représentant de familles, président de l'UNAFTC.

Pr Mazaux Jean-Michel, médecin MPR, Bordeaux.

Monsieur Onillon Michel, Directeur d'établissement.

Pr Pradat-Diehl Pascale, médecin MPR, Paris.

4.3. Groupe de travail

Pr Luauté Jacques, médecin MPR, Lyon - président du groupe de travail.

Dr Stéfan Angélique, médecin MPR, Nantes, chargée de projet.

Dr Plantier David, médecin MPR, Giens, chargé de projet.

Dr Wiart Laurent, médecin MPR, Bordeaux, chargé de projet.

Dr Hamonet Julia, médecin MPR, Limoges, chargée de projet.

Madame Arnould Annabelle, psychologue, Garches.

Madame Aubert Suzanne, représentante des familles, UNAFTC.

Dr Beis Jean-Marie, médecin MPR, Nancy.

Monsieur Blais Laurent, directeur, Maison Douglas, Mercœur.

Madame Cazals Marie-Christine, UNAFTC.

Dr Destailats Jean-Marc, médecin psychiatre, Bordeaux.

Dr Durand Eric, médecin MPR, Hôpitaux Saint Maurice, Paris.

Dr Fayol Patrick, médecin psychiatre, Limoges.

Dr Fieyre Christine, médecin MDPH, Paris.

Monsieur Jagot Luc, psychologue, Nantes.

Dr Lermuzeaux Christophe, médecin psychiatre, Institut Marcel Riviere, La Verrière.

Monsieur Lucas Jean-Michel, professeur d'éducation physique et sportive, Maison Douglas, Mercœur.

Dr Malauzat Dominique, médecin psychiatre, pharmacologue, Limoges.

Madame Montrobert Nelly, assistante sociale, Aveize.

Maître Preziosi Jacques Antoine, Avocat, Marseille

Madame Prouteau Antoinette, psychologue, Bordeaux.

Pr Richard Isabelle, médecin MPR, Angers.

Dr Tell Laurence, médecin MPR, Lyon.



Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)

Grade des recommandations

Niveau 1

- Essais comparatifs randomisés de forte puissance
- Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés
- Analyse de décision basée sur des études bien menées

A

Preuve scientifique établie

Niveau 2

- Essais comparatifs randomisés de faible puissance
- Études comparatives non randomisées bien menées
- Études de cohorte

B

Présomption scientifique

Niveau 3

- Études cas-témoins

Niveau 4

- Études comparatives comportant des biais importants
- Études rétrospectives
- Séries de cas

C

Faible niveau de preuve

Plan

1. Symptômes perturbateurs
2. Evaluation
3. Interventions non médicamenteuses
4. Interventions médicamenteuses
5. Stratégies de prise en charge
6. Suivi et prévention des troubles du comportement
7. Fiches récapitulatives



1. Symptômes perturbateurs

- Perturbations du comportement par excès
- Perturbations du comportement par défaut
- Troubles du comportement secondaires à la dépression, l'anxiété et la psychose
- Tentative de suicide et suicides



1. Symptômes perturbateurs

■ Perturbations du comportement par excès

- **Agitation** (incidence= 46%) (APT+++ , Facteurs favorisants)

impulsivité, désorganisation de la pensée, perturbation des perceptions, augmentation de l'activité psychomotrice, agressivité physique ou verbale

- **Agressivité** (incidence= 25 à 39 %)

agressivité verbale, physique contre soi, les objets, les autres personnes, irritabilité sévère, comportement violent, hostile, les attaques et la perte de l'auto-contrôle

- **Irritabilité** (incidence= 29 à 71%): réactivité disproportionnée avec notamment des accès de colère non justifiés

- **Abus et excès de consommation**: comportement à risque, excessif, dépendant

FF: sexe masculin, lésion préfrontale, troubles du langage, atmosphère bruyante, contexte de crise épileptique

- **Comportement à conséquence médico-légale**, délit, crime

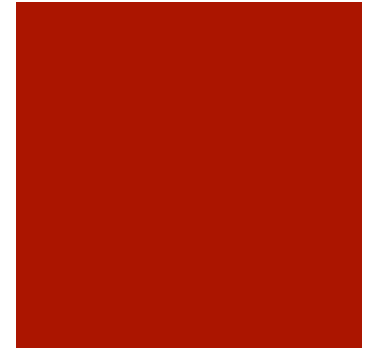
1. Symptômes perturbateurs

■ Perturbations du comportement par défaut

- **Apathie +++++**

réduction quantitative des comportements volontaires dirigés vers un but: composantes cognitive, émotionnelle, autoactivation)

- Peut survenir à distance du TC
- Prévalence entre 20 et 71%
- Lien fort dépression / apathie
- Lésion préfrontale: COF/ CPFVM / CCA



1. Symptômes perturbateurs

■ Troubles affectifs, anxiété, psychose

- Dépression post traumatique

Prévalence: 12 à 76%

FF/ femme jeune, pathologie psy pré-existante, lésion HG, isolement social, niveau socio-économique faible, abus de substances, douleur ...

Facteurs protecteurs: lésion HD / sd dyséxecutif / anosognosie

- Anxiété

- **ESPT**: prévalence de 11 à 18% (présence « îlots mnésiques »)

- **TOC**: RR de 2,6

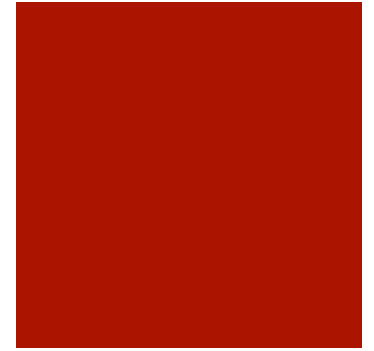
- **Psychose**: preuves limitées, ATCD fam ++



1. Symptômes perturbateurs

- Période d'éveil +++
- Période amnésie post-traumatique +++

- Facteurs favorisants:
 - Douleur
 - Psychostimulants: drogue, alcool
 - Sevrage en BZD
 - Épilepsie
 - Troubles endocriniens



2. Evaluation

- Observation directe du patient
- Hétéro-évaluation ++++ (car anosognosie)
- Ancienneté, fréquence, intensité, retentissement en vie quotidienne, facteurs favorisants ++
- Estimation de la dangerosité « violence screening checklist » et du degré d'urgence

Question du risque suicidaire: échelle d'intentionnalité de BECK

- Évaluations:
 - Cognitive (lien avec le BNP)
 - Émotionnelle
 - Relationnelle
 - Facteurs environnementaux

2. Evaluation

- Outils d'évaluation

- Normés et bonnes qualités métrologiques



Nom	Validation /traduction française	Mode / durée	Indications	Limites
ECHELLES GENERALISTES				
Echelle Neurocomportementale révisée (NRS-R)	Validation F	Hétéroévaluation (professionnel) Durée : 45 min	Evaluation des troubles cognitifs des comportements et de l'humeur post-TC	Absence d'évaluation de l'état antérieur Absence d'autoévaluation
Inventaire du syndrome dysexécutif comportemental (ISDC)	Validation F	Hétéroévaluation (du proche par le professionnel) Durée : 1h30	Syndrome dysexécutif cognitivo-comportemental du TC	Absence d'autoévaluation Réponse oui/non
Iowa Rating Scale of Personality (IRSPC)	Traduction F	Hétéroévaluation (proche) Durée : NC	Mesure des caractéristiques de la personnalité prémorbide et des changements de comportement après lésion cérébrale	Absence d'autoévaluation Validation française incomplète
Questionnaire DEX (Dysexecutive questionnaire)	Traduction F	Auto + hétéroévaluation (proche) Durée : 20 min	Syndrome dysexécutif cognitivo-comportemental du TC	Absence de seuil Absence de validation française
Neurobehavioral Functioning Inventory (NFI)	Traduction F	Auto et hétéroévaluation (proches) Durée : 20-30min	Evaluation des troubles du comportement après lésion cérébrale dont TC	Absence de validation française
Frontal System Behavior Scale (FrSBE)	-	Auto et/ou hétéroévaluation (proche ou professionnel)	Mesure de sévérité des comportements en lien avec des lésions des lobes frontaux	Absence de validation française Absence spécificité TC

ECHELLES SPECIFIQUES				
Agressivité - Agitation				
Overt Aggression Scale-modified for Neurorehabilitation (OAS-MNR)	- OAS Traduite en F	Hétéroévaluation (professionnels) Durée : NC	Description et report d'agressivité lors programmes de rééducation	Absence autoévaluation Absence de validation française
Agitated Behavior Scale (ABS)	-	Hétéroévaluation (professionnel) Durée : 10 min	mesure quantitative de l'agitation en phase de récupération du TC	Absence de validation française
Overt Behaviour Scale	-	Hétéroévaluation (proche) Durée : NC	Evaluation du changement de comportement en « communauté : NC »	Absence d'autoévaluation Absence de validation française
Impulsivité				
UPPS Impulsive Behaviour Scale Version courte	Traduction en F	Auto / hétéroévaluation Version courte avec 16 items Durée : NC	Evaluation des changements d'impulsivité suite à une atteinte neurologique.	
Colère				
State-Trait Anger Expression Inventory STAXI-2	Validation F	Hétéroévaluation par clinicien Durée : 15-20 min	Evaluation de l'expression de la colère	Absence de spécificité TC
Apathie				
Apathy Evaluation Scale (AES)	- T : NC	Auto / hétéroévaluation (proche et professionnel) Durée : NC	Mesure apathie	Absence de validation française
Inventaire Apathie (IA)	Validation F	Auto/hétéro-évaluation (proche) Durée : NC	Mesure d'apathie	Absence de spécificité TC
Troubles psychiatriques				
Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI)	Validation F	Hétéro-évaluation par clinicien Parfois auto-évaluation Durée : 15-20 min	Prévalence actuelle ou ponctuelle des principaux troubles psychiatriques de l'axe I du DSM-IV population générale	Spécificité diagnostique ? Absence d'évaluation de sévérité et de retentissement fonctionnel. Absence de prise en compte état antérieur. Utilisé par des <u>cliniciens</u> , après une <u>courte formation</u> .

3. Interventions non médicamenteuses

- Différentes approches:
 - Holistique
 - Cognitivo-comportementale
 - Systémique familiale
 - Psychanalytique
- Peuvent être combinées
- Association avec les activités de rééducation: rôle dans l'amélioration des troubles du comportement
- Programme d'activités occupationnelles / projet socio-professionnel: rôle structurant, socialisant, valorisant



3. Interventions non médicamenteuses



■ Approche holistique

- Spécialement conçue pour les patients TC
- « aborder de façon globale, coordonnée et progressive la question de la prise de conscience du handicap et de son acceptation »
- Séances de psychothérapie de groupe, individuelle, et réentraînement cognitif
- 20h/semaine pdt 4 à 6 mois
- Améliore les troubles émotionnels, l'intégration et les interactions sociales
- Patients avec difficultés d'intégration sociale
- Pb de la faisabilité +++

3. Interventions non médicamenteuses



- **Approche cognitivo comportementale**

but: aider le patient à modifier les croyances, pensées et comportements sur 2 niveaux:

- **Cognitif:** processus de « restructuration cognitive »: reconnaître les pensées dysfonctionnelles, identifier les distorsions cognitives, tester la validité, développer des alternatives plus rationnelles au travers d'une alliance thérapeutique
- **Comportemental:** exposition graduée aux situations-problème, mise en place d'expériences comportementales, développement d'un « dialogue intérieur », tenue de fiches thérapeutiques et de journaliers, recours aux jeux de rôles, enseignement de stratégies de résolution de problèmes, techniques de relaxation.
- recommandées notamment chez les patients souffrant de manifestations anxio- dépressives, d'irritabilité ou de colère

3. Interventions non médicamenteuses

■ Approche systémique familiale

Entretiens familiaux: analyser la famille sur plusieurs générations, à détecter les troubles de la communication (verbale et non verbale)

Objectif: permettre une co-(re)construction associant le patient, la famille et l'équipe soignante

- prendre en compte les difficultés familiales dans leur globalité tout en intégrant les troubles neurologiques et l'environnement social au sens large du TC (institutionnel, occupationnel, professionnel..)
- efficacité de la thérapie familiale systémique chez les familles de patients TC.
- Une offre d'écoute, d'information, d'accompagnement et de prise en charge des familles, selon une approche systémique familiale si besoin, est recommandée dans toute structure institutionnelle et extra institutionnelle accueillant ou accompagnant des patients TC et leurs familles

3. Interventions non médicamenteuses

■ Approche psychanalytique

Entretien en face-à-face, entretiens semi-directifs, possibilité d'aménagement du paiement de la fréquence et de la durée, possibilité de pratique institutionnelle... tout en conservant le fonds théorique freudien.

Objectif= mettre en place une relation thérapeutique avec le patient, qui sera animée par des mouvements de transfert et de contre transferts entre le patient et le thérapeute permettant d'accéder par la parole à l'inconscient et la résolution des conflits intra psychiques.

Condition indispensable: thérapeutes ayant une connaissance des séquelles du TC et notamment des troubles cognitifs !

■ Autres techniques: Tai-Chi, musicothérapie, hypnose ...



4. Interventions médicamenteuses

- **START LOW, GO SLOW !**

- **1/ Bétabloqueurs**

- PROPANOLOL: 40 à 80 mg/j
- Hors AMM
- Objectif; amélioration de l'agressivité
- Faire un ECG avant introduction du ttt



4. Interventions médicamenteuses



■ Neuroleptiques et antipsychotiques

- UTILE dans les situations d'URGENCE: crise d'agitation aigue, ou agressivité +++ / LOXAPAC (AMM)
- NON RECOMMANDE AU LONG COURS !

EI: abaissement seuil epileptogène, TC plus sensible au sd malin des NLP, effets délétères sur plasticité cérébrale

Pas de preuve d'une efficacité

Préférer NLP atypique (RISPERDAL)

Commencer à très faibles doses / ECG (QT long)

4. Interventions médicamenteuses



■ **Thymorégulateurs et autres anticomitiaux**

- En 1^{ère} intention pour traiter agitation/agressivité/irritabilité

CARBAMAZEPINE: 400 à 800 mg /j

VALPROATE DE SODIUM: 1250 mg/j

HORS AMM

- EVITER le KEPPRA +++: induit des troubles du comportement et de l'humeur, efficacité non prouvée

4. Interventions médicamenteuses



■ Antidépresseurs

- Ttt de la dépression dans le cadre habituel
- Utilisation thérapeutique d'effets latéraux: recherche de sédation, d'anxiolyse, ou de stimulation
- efficaces de façon indirecte sur l'agitation et l'agressivité en considérant que la dépression ou l'anxiété sont des facteurs favorisants.
- Hors AMM pour les troubles du comportement
- IRSR: effet bénéfique sur la plasticité cérébrale et donc sur le potentiel de récupération
- SERTRALINE jusqu'à 200 mg par jour. :efficacité sur l'agitation, l'agressivité et l'irritabilité

4. Interventions médicamenteuses



■ Benzodiazépines

- À utiliser en situation de crise
- Si ANXIÉTÉ= symptôme prédominant
- Pas de preuve suffisante sur efficacité dans les troubles du comportement
- ATTENTION: aggravation des troubles de la vigilance, de l'attention et/ou de la mémoire, effet paradoxal sur l'agitation, d'inhiber les capacités de plasticité cérébrale

4. Interventions médicamenteuses



■ Autres traitements médicamenteux

- **AMANTADINE**: ttt de l'apathie 300 mg/J, hors AMM

pas de preuve suffisante

- **STILNOX**: ttt de l'apathie

- **BUSPAR**: en 2^{ème} intention, effets sur l'agressivité et l'agitation

- **ATARAX**: déconseillé en cas de troubles cognitifs

■ Agents hormonaux: **MEDROXYPROGESTERONE** et hypersexualité des patients TC

5. Stratégies de prise en charge



UNITÉS
D'ÉVEIL
OU
SRPR

Rechercher une cause organique:
– douleur
– sepsis
Sevrage alcool / drogue ?
Effet néfaste des traitements ?

Adaptation de l'environnement:
– Suppression contraintes
– Aménagement de la chambre (repères, objets personnels...)
– Calme et confort



Favoriser la reprise d'un rythme veille-sommeil
Adaptation du traitement



Traitement en urgence:
• NL à visée sédatrice
• ou/et BZD
• Durée de traitement la plus limitée possible

Traitement de fond en première intention
• Thymorégulateur ou bêta-bloquants
traitement hors AMM

Traitement de fond en seconde intention
• Antidépresseurs ou NL atypiques
traitement hors AMM

6. Suivi et prévention des troubles du comportement



- Importance du projet d'accompagnement: projet de vie + projet de soins
- Ateliers d'aide aux aidants / ETP
- Possibilité de réparation juridique du dommage corporel ?
- Suivi régulier du patient, téléphonique ?
- Séjour de répit
- Accompagnement vers la ré-insertion prof
(lien MPR, médecine du travail, COMETE, UEROS)

7. Fiches récapitulatives

Fiche de synthèse destinée aux aidants et aux familles

Il existe certains principes de prise en charge et d'approche relationnelle qui peuvent être appliqués au quotidien par les soignants et l'entourage du patient (tableau ci-dessous).

Techniques de soins et approche relationnelle d'après Croiziaux ³
Éviter les situations d'interférence et stressantes. Tenir compte des difficultés cognitives (ne pas faire deux choses à la fois, éviter les distractions, les tâches trop longues...) Tenir compte de la fatigue et de l'état psychologique de la personne. Éviter les changements trop importants et les imprévus : la personne a besoin d'un maximum de stabilité. Savoir que les apprentissages ne sont pas définitivement acquis ; un changement ou une perturbation peut remettre en question tout le travail et nécessiter des ajustements.
Être structuré, clair et précis. Parler lentement en adaptant le langage aux problèmes de compréhension (phrases courtes, mots simples), mais sans infantiliser la personne afin qu'elle ne se sente pas dévalorisée. Accompagner la personne pas à pas dans les tâches, même celles qui paraissent simples.
Respecter la personne et son besoin d'autonomie : ne pas agir ou penser trop vite à sa place, mais lui offrir toutes les possibilités pour qu'elle puisse prendre sa vie en main.
Respecter les outils mis en place et encourager leur utilisation au quotidien. Faire circuler les informations entre les intervenants (la personne cérébro-lésée, la personne de confiance, la famille, les professionnels, les aides...) en tenant compte des règles de confidentialité.
Noter par écrit les informations importantes en utilisant des supports adaptés aux troubles cognitifs ou sensoriels du patient : agenda papier ou électronique, interface informatique, tableau, post-it...
Ne pas prendre pour soi les énervements, l'agressivité. Prendre du recul et avoir recours aux professionnels ou aux services d'aides. Ne pas répondre à l'agressivité par l'agressivité.
L'entraînement à la gestion de l'agressivité par le blessé a pour objectif de repérer les sensations de tension grandissante et savoir s'isoler dans ces situations. Pour la famille, l'entraînement cherche à identifier les antécédents d'accès d'agressivité, analyser et prévenir les facteurs déclenchants et aggravants, adapter son comportement et son style de communication, utiliser des signaux verbaux pour montrer au blessé qu'il est agressif. Avoir un membre référent apaisant dans les situations de crise. Rappeler des événements agréables.
Encourager les rencontres avec les familles d'autres personnes ayant eu un TC (AFTC) ou avec le milieu associatif après TC (GEM...) afin de partager les expériences.
AFTC : Association des familles de traumatisés crâniens ; GEM : Groupes d'entraide mutuelle

7. Fiches récapitulatives

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 ; réponses aux questions, 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 ;

7. Fiches récapitulatives

Fiche de synthèse destinée au médecin traitant

Les troubles comportementaux d'origine neurologique et cognitive sont particulièrement fréquents chez le traumatisé crânien et justifient un suivi spécialisé et coordonné par le médecin traitant, associant médecin de médecine physique et réadaptation, psychiatre et psychologues tout au long du suivi.

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.

Lors de l'appel au centre 15 pour des troubles du comportement chez un patient traumatisé crânien, il est recommandé de préciser que le patient a un antécédent de traumatisme crânien.

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

Il est recommandé de proposer une offre d'accompagnement, d'écoute et de soins de la famille.

Des admissions ou hospitalisations séquentielles dans le milieu médico-social, en service de soins de suite et de réadaptation ou en milieu psychiatrique (en concertation avec le patient et les soignants qui s'occupent du patient) peuvent être envisagées au cours de l'évolution en cas de troubles du comportement dans le cadre du parcours de soins.

Le patient traumatisé crânien confronté à des problèmes d'addiction doit bénéficier des mêmes stratégies de soins que les patients non traumatisés crâniens, même si l'anosognosie et plus généralement les troubles cognitifs souvent présents chez le patient traumatisé crânien peuvent rendre l'adhésion à la prise en charge plus difficile.

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, des antiepileptiques 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.

7. Fiches récapitulatives

Techniques de soins et approche relationnelle d'après Croiziaux¹

<p>Éviter les situations d'interférence et stressantes.</p> <p>Tenir compte des difficultés cognitives (ne pas faire deux choses à la fois, éviter les distractions, les tâches trop longues...)</p> <p>Tenir compte de la fatigue et de l'état psychologique de la personne.</p> <p>Éviter les changements trop importants et les imprévus : la personne a besoin d'un maximum de stabilité.</p> <p>Savoir que les apprentissages ne sont pas définitivement acquis ; un changement ou une perturbation peut remettre en question tout le travail et nécessiter des ajustements.</p>
<p>Être structuré, clair et précis.</p> <p>Parler lentement en adaptant le langage aux problèmes de compréhension (phrases courtes, mots simples) mais sans infantiliser la personne afin qu'elle ne se sente pas dévalorisée.</p> <p>Accompagner la personne pas à pas dans les tâches, même celles qui paraissent simples.</p>
<p>Respecter la personne et son besoin d'autonomie : ne pas agir ou penser trop vite à sa place, mais lui offrir toutes les possibilités pour qu'elle puisse prendre sa vie en main.</p>
<p>Respecter les outils mis en place et encourager leur utilisation au quotidien.</p> <p>Faire circuler les informations entre les intervenants (la personne cérébro-lésée, la personne de confiance, la famille, les professionnels, les aides...) en tenant compte des règles de confidentialité.</p>
<p>Noter par écrit les informations importantes en utilisant des supports adaptés aux troubles cognitifs ou sensoriels du patient : agenda papier ou électronique, interface informatique, tableau, post-it...</p>
<p>Ne pas prendre pour soi les énervements, l'agressivité. Prendre du recul et avoir recours aux professionnels ou aux services d'aides. Ne pas répondre à l'agressivité par l'agressivité.</p>
<p>L'entraînement à la gestion de l'agressivité par le blessé a pour objectif de repérer les sensations de tension grandissante et savoir s'isoler dans ces situations.</p> <p>Pour la famille, l'entraînement cherche à identifier les antécédents d'accès d'agressivité, analyser et prévenir les facteurs déclenchant et aggravants, adapter son comportement et son style de communication, utiliser des signaux verbaux pour montrer au blessé qu'il est agressif.</p> <p>Avoir un membre référent apaisant dans les situations de crise.</p> <p>Rappeler des événements agréables.</p>
<p>Encourager les rencontres avec les familles d'autres personnes ayant eu un TC (AFTC) ou avec le milieu associatif après TC (GEM...) afin de partager les expériences.</p>
<p>AFTC : Association des familles de traumatisés crâniens ; GEM : Groupes d'entraide mutuelle</p>



Conclusion



- Avoir la même définition et la même classification des symptômes perturbateurs
- Hétéroévaluation multiple des troubles du comportements par des outils normés et aux bonnes qualités métrologiques
- Ttt non médicamenteux en 1^{ère} intention
- Ttt médicamenteux:

Avant tout ne pas nuire / Start low, Go slow.

Toujours associés à une prise en charge non médicamenteuse.

Pour plus de précisions

- Lien:

