

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

**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 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.



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