



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

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 ;

- 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 des membres de l'équipe ;
- la mise en place de liens avec le secteur sanitaire : médecin traitant, services de médecine physique et réadaptation, 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.



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