

# Journée d'étude

« Nouvelles perspectives en réadaptation :  
Nouvelles technologies, nouvelles techniques en réadaptation  
(méditation)…, traitements médicaux associés, rétablissement »

Association Européenne d'Etude  
des Traumatismes Crâniens et de leur réinsertion



E.B.I.S.  
European Brain Injury Society

Jeudi 19 septembre 2019 – Bruxelles - Belgique

## RCP troubles du comportement

Jacques Luauté & Cécile Rémy



19 Septembre 2019



Nouvelles perspectives en réadaptation,

EBIS







Journées Association/Familles/Professionnels

# **régionales** § **départementales**

**2012**

« Les troubles de la cognition sociale »,  
Dr Catherine Thomas-Antérion

**16 avril 2013 - Annecy**

Familles et professionnels, sensibilités partagées?

**AG 2013:**

**Présentation des recommandations « Troubles du comportements chez les traumatisés crâniens, quelles options thérapeutiques ? » Juillet 2013, HAS, SOFMER.**

**2014**

« Dimension psychologique et lésions cérébrales acquises »  
Dr. Hélène Oppenheim Gluckmann

**28 mai 2015 – Lyon**

**Lésion cérébrale acquise et santé mentale : optimiser nos coopérations !**

**2016**

« Situations complexes, comportements-défis,  
Regards différents pour les appréhender? »  
Dr Destailats et coll., Pr. Luauté

**30 novembre 2017 - Valence**

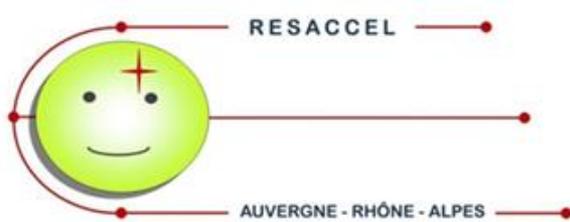
**La sexualité, et si on en parlait ?**

**28 novembre 2019 - Montmélian**

**Habitat individuel et collectif de personnes avec LCA : choisir son habitat**

## Enquête auprès des familles, 2015

- 53% des familles informées de la possibilité de troubles du comportement suite à la lésion cérébrale, et 80 % des familles interrogées se sont senties en difficulté : isolement, dépression, licenciement, divorce, incompréhension, épuisement, conflits...
- 90% des patients n'avaient jamais eu de suivi psychologique avant la lésion cérébrale, et ensuite
  - 65 % ont ou ont eu un suivi psychologique
  - **39% un suivi psychiatrique**
  - 23 % un suivi en CMP et 41% en institution spécifique
- Beaucoup de temps perdu et d'incompréhension face à l'absence de cohérence des équipes lésion cérébrale acquise/santé mentale
- Besoin d'une équipe mobile, d'une permanence téléphonique, d'un **aiguillage...**



Soin et accompagnement des personnes cérébrolésées

## Enquête auprès des familles, 2015

### Comment avez-vous pu sortir de cette situation ?

---

*Isolement*  
 Maîtrise de soi  
 Soins  
 Recul  
 Rassurer  
**Dialogue**  
 Temps  
 Protéger  
 Raisonner  
 Accepter  
 Humour  
 Faire au mieux  
 Renoncement

### CHAP II : Quelles conséquences sur le quotidien ?

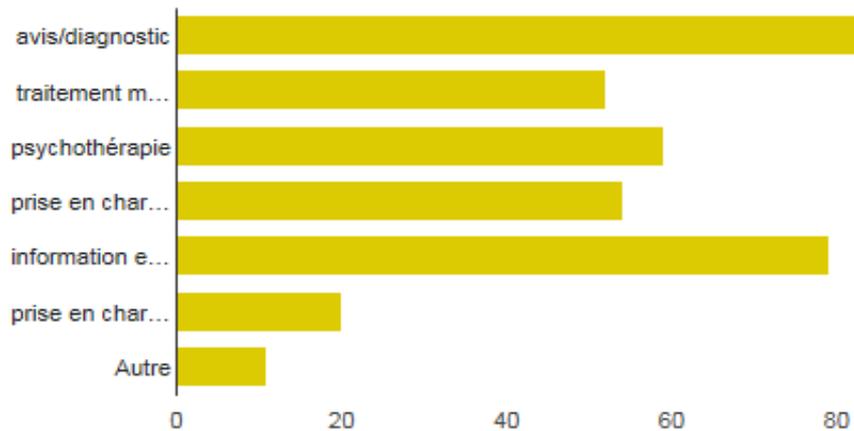
---

Conflits fréquents  
 Epuisement  
 Rupture  
**Dépression**  
**Isolement**  
 Fatigue  
 Licenciement  
 Culpabilité  
 Divorce  
 Angoisse  
 Stress

---

## Enquête auprès des professionnels, 2015

### Quelles sont vos attentes en matière de prise en charge en santé mentale?



avis/diagnostic	83	77.6 %
traitement médicamenteux	52	48.6 %
psychothérapie	59	55.1 %
prise en charge familiale	54	50.5 %
information et conseil aux professionnels	79	73.8 %
prise en charge groupale	20	18.7 %
Autre	11	10.3 %





## Les conclusions partagées de la journée du 28 mai 2015

- ❖ Cette journée a permis de constater ensemble les limites et les possibles :
  - différence d'appréciation des « urgences », et des situations de crises
  - difficulté de coordination en cas de double parcours
  - Difficile description de certains symptômes psychiatriques dans un cadre LCA
  - Prise en compte du retentissement familial
- ❖ Constats partagés d'impuissance
- ❖ Et rire ensemble
- ❖ Pistes :
  - Développer un réseau de collaboration spécifique : partenariats d'équipes et de personnes, MPR et psychiatres.
  - Réunion/lieu d'échange pour les situations complexes



## Ensuite...

- Nos attentes vis-à-vis des services de santé mentale ne sont elles pas trop élevées ?
- Un passage aux urgences psychiatriques fait passer une étape du parcours, pour réorienter les personnes vers les dispositifs adéquats
- Dans le Rhône, mise en place en 2017 de la RCP « Patient en difficulté de parcours du fait d'une lésion cérébrale acquise et de troubles comportementaux »

# RCP Patient en difficulté de parcours du fait d'une lésion cérébrale acquise et de troubles comportementaux



Pr Jacques Luauté, [jacques.luaute@chu-lyon.fr](mailto:jacques.luaute@chu-lyon.fr);

Dr Rémi Bation [remi.bation@chu-lyon.fr](mailto:remi.bation@chu-lyon.fr)



GROUPEMENT HOSPITALIER SUD  
Hôpital Henry Gabrielle

Francoise Chambe [francoise.chambe@apf.asso.fr](mailto:francoise.chambe@apf.asso.fr)



Dr Pierrette Estingoy, [pierrette.estingoy@arhm.fr](mailto:pierrette.estingoy@arhm.fr);



Pôles Intersectoriel de Soins et de  
Réhabilitation

Dr Joffrey Dubiard, [joffrey.dubiard@arhm.fr](mailto:joffrey.dubiard@arhm.fr);

Chantal Extier [extier.chantal@ladapt.net](mailto:extier.chantal@ladapt.net)



Dr Cécile Rémy, Filière  
AVC [remy.cecile@ladapt.net](mailto:remy.cecile@ladapt.net),

Mme Bernadette  
Pommet, Filière AVC, [bernadette.pommet@chu-lyon.fr](mailto:bernadette.pommet@chu-lyon.fr)



# Procédure

- Demander l'accord du patient ou de son représentant pour que sa situation soit abordée en RCP.
- Mail [nathalie.granet@chu-lyon.fr](mailto:nathalie.granet@chu-lyon.fr) [remy.cecile@ladapt.net](mailto:remy.cecile@ladapt.net)
- Avec son accord, associer à la RCP des professionnels des autres structures du réseau qui connaissent le patient.
- Venir présenter la situation,
- L'équipe qui présente la situation en RCP fera un retour au patient et à son entourage.

# Bilan après 2 ans

- 6 réunions : médecins MPR, psychiatres, médecin unité Hermes, Directrice du CAJ, AS, représentants des structures médico-sociales selon les situations
- Dynamique difficile :
  - Interruption depuis janvier 2019 suite au départ du psychiatre
  - Valorisation / reconnaissance
  - Reprise prévue en décembre

# Discussion autour de 17 situations

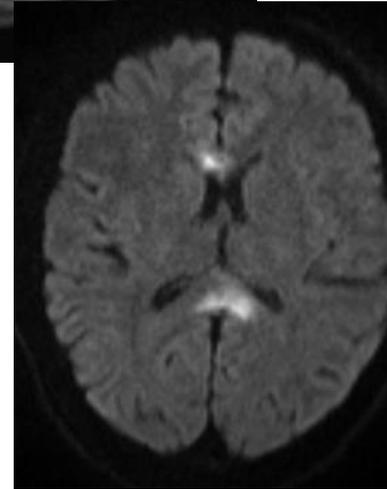
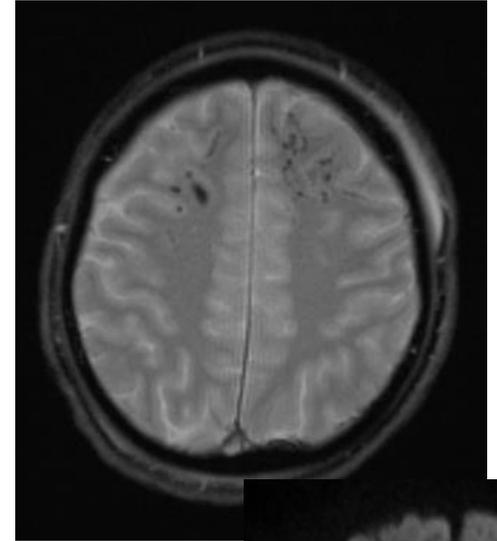
- Étiologie
  - 9 TC grave
  - 6 AVC
  - 2 encéphalopathie anoxique
- Délai depuis le début de la maladie/accident : moyenne 5 ans (1 à 16 ans)
- Situation du patient au moment de la demande
  - Domicile : n = 9
  - SSR : n = 3
  - FAM : n 3
  - EHPAD : n = 1
  - Psychiatrie: n=1

# Motifs principaux

- Agressivité : n=12
- Désinhibition sexuelle : n=3
- Cris, hurlements : n =3
- Refus de soins : n=3
- Apragmatisme: n=3
- Agitation : n=2
- Fugue: n =2
- Troubles du comportement alimentaire : n=2
- État maniaque: n= 1
- TOC: n=1

# Monsieur A.

- 23 ans
- ATCD
  - Tabac et cannabis
- AVP scooter en décembre 2015
- Coma : 10 jours
- IRM:
  - LAD préfrontales bilatérales, temporale gauche, corps calleux, pédoncule droit



# Hospitalisation en MPR pendant 6 mois

- Évolution lentement favorable
  - Persistance d'une hémiparésie gauche
  - Troubles cognitifs : mémoire et fonctions exécutives ++
    - Lenteur, fatigabilité, difficulté à hiérarchiser les informations
    - Impact sur les activités non routinières
    - Anosognosie ++
  - Troubles psycho-affectifs et comportementaux
    - Anxiété importante avec angoisse de mort
    - Idées délirantes interprétatives
    - Reviviscence d'un traumatisme psychique survenu en 2012 lors des attentats de Toulouse
    - Agressivité verbale voire physique en cas de contrariété
- Traitement psychotrope : ABILIFY, SERTRALINE, LOXAPAC de façon transitoire

# Après l'hôpital

- Poursuite de l'hôpital de jour entre 6 mois et 1 an après le TC jusqu'au relais en accueil de jour à LADAPT
- Difficultés en lien avec l'absence de logement fixe (chambres d'hôtel avec son père)
- Consommation quotidienne de cannabis
- N'accepte pas son handicap, ne comprend pas l'intérêt de l'accueil de jour. Veut retravailler
- Présence à l'accueil de jour de plus en plus irrégulière
- Poursuite des troubles du comportement avec agressivité verbale voire physique envers les proches et notamment son père et son beau-père

# RCP le 04 décembre 2017

- Identification des facteurs favorisants
  - Absence de logement fixe
  - Poursuite de la consommation de cannabis
- Prise de contact avec le service ELSA (addictologie)
- Organisation d'une consultation médicale rapide pour
  - Maintenir un suivi
  - Mobilisation des services sociaux pour aider le patient et son père à trouver un logement
  - Proposer de poursuivre l'accompagnement avec LADAPT conditionné par le sevrage du cannabis

# Nouvel épisode clastique

- Hospitalisation sans le consentement en psy pendant 1mois
- « vu entretien contenu, humeur exaltée, excitation psychomotrice; altération majeure du cours de la pensée et perte de contact avec la réalité; logorrhée irréductible, discours diffluent, coq à l'âne idées de grandeur ++ labilité émotionnelle, irritable puis dans la séduction familial, ludique, discours hypersexualisé inadapté ++ »
- Mise sous ARIPIPRAZOLE (ABILIFY) 10 mg puis 5 mg en raison d'effets secondaires à type de sédation
- Patient vu en urgence à la sortie en raison d'un ralentissement idéo-moteur majeur avec troubles de la marche et de la déglutition conduisant à l'arrêt progressif de l'ARIPIPRAZOLE

# A bientôt 4 ans du TC

- Reprise progressive d'un projet de vie
  - Habite dans un appartement avec son père
  - Suivi au CAJ de l'ADAPT (comprend mieux les enjeux)
  - Suivi en addictologie (mise en place progressive d'une relation de confiance) mais départ de l'addictologue...
  - Arrêt progressif de tous les traitements psychotropes
- Discussion en RCP régulièrement : permet de croiser les informations, maintenir le suivi entre psychiatre, médecins MPR, CAJ de LADAPT, procès en cours.
- Épisodes réguliers de décompensation : le dernier en juin 2019
- Commence à prendre conscience « je suis anosognosique »
- Commence à se projeter dans un projet professionnel réaliste : essai de travail en milieu protégé en décembre

# Intérêt de la RCP

- Discussion entre les acteurs impliqués – multidisciplinarité , « une dynamisation de la pensée »
- Identification des problématiques et des facteurs déclenchants dans leur complexité et subtilité
  - Les raisons profondes du trouble du comportement  
« je me sens entravé dans mon projet »  
« remettre de la vie et du plaisir »  
L'épuisement des aidants
- Suivi et recoupement des informations (multiplicité des intervenants)

# Intérêt de la RCP

- Pas de solution miracle
  - Problèmes sexuels, addictions, problèmes sociaux, réparation juridique
- Regards croisés sur les solutions à proposer
  - Connaissance des réseaux (très spécialisés) et évolutifs
    - Nouvelle équipe mobile de répit
    - Centre d'évaluation des soins ambulatoires en rééducation (CESAR)
  - Adaptation des traitements médicamenteux :
    - simplification, adaptation fine, switch
- Sortir de l'isolement, fluidifier les parcours, lever les défiances
- Travailler ensemble : sortir du « C'est psychiatrique en MPR, c'est neurologique ou MPR en psychiatrie »
- Difficulté de trouver des psychiatres motivés

# Intérêt de la RCP

- Une éthique commune
- Les bases
  - Entendre les désirs des personnes et de leurs proches
  - Traitement psychotrope actualisé
  - Répit au domicile et séjours de répits
- Développer confiance et dialogue entre partenaires
- Les perspectives : associer les médecins traitants, partenariat avec la RAPT\*, avec la MDPH, et l'ARS, pour développer des solutions « hors normes »

\* Réponse accompagnée pour tous,

## Modularité

Passer d'une logique de place à une logique de réponse coordonnée (réponses modulables, procédures dérogatoires, mobilisation de plusieurs dispositifs...).

**Merci de votre attention !**