



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Etat des lieux de la prise en charge Psychiatrique, des personnes
victimes de cérébro-lésion, dans les Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 16 Juin 2023 à 16h00
au Pôle Formation
par **Charles-Antoine DELESALLE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs :

Madame le Docteur Odile KOZLOWSKI

Monsieur le Docteur Benoit GRANON

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Benoit GRANON

AVERTISSEMENT

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	5
1. INTRODUCTION	6
1.1 Généralités sur la cérébro-lésion	6
1.1.1 Définition	6
1.1.2 Etiologie	6
1.1.3 Epidémiologie	7
1.1.4 Classification des traumatismes crâniens.....	8
1.2 Retentissement biologique, psychologique et social.....	9
1.2.1 Troubles somatiques	9
1.2.2 Troubles neuropsychologiques	10
1.2.3 Troubles psychiques	10
1.2.4 Troubles psychiatriques	11
1.2.5 Prise en charge du patient cérébro-lésé	11
1.3 Les enjeux de la prise en charge dans la région des Hauts-de-France.....	12
2. OBJECTIFS	17
3. MATERIELS ET METHODE.....	18
3.1 Type d'étude.....	18
3.2 Population cible.....	18
3.3 Elaboration du questionnaire.....	18
3.3.1 Titre.....	18
3.3.2 Première partie.....	19
3.3.3 Deuxième partie.....	19
3.3.4 Troisième partie.....	20
3.3.5 Quatrième partie.....	21
3.3.6 Analyse du questionnaire.....	21
3.3.7 Pré-test.....	22

3.3.8	Version finale	22
3.4	Recueil des données.....	22
3.5	Analyse des Résultats	23
3.5.1	Résultats obtenus	23
3.5.2	Méthodologie statistique	24
4.	RESULTATS ET ANALYSE STATISTIQUE.....	25
4.1	Caractéristiques générales de l'échantillon de population	25
4.2	Fréquence des troubles psychiatriques chez les patients pris en charge en Médecine Physique et de Réadaptation	26
4.3	Fréquence d'instauration, modification et arrêt de traitements psychotropes.....	29
4.4	Fréquence de mise en difficulté vis-à-vis d'un traitement psychotrope	31
4.5	Pertinence d'un psychiatre en médecine physique et de réadaptation	32
4.6	Fréquence d'avis psychiatrique.....	32
4.7	Formations en psychiatrie des médecins rééducateurs	33
4.8	Les applications numériques	35
4.9	Les axes d'amélioration	35
4.10	Les analyses bivariées	36
5	DISCUSSION.....	39
5.1	Analyse des résultats	39
5.2	Les troubles psychiatriques post cérébro-lésion.....	42
5.3	Les enjeux à l'échelle de notre territoire.....	48
6	CONCLUSION.....	51
7	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	53
8	ANNEXES.....	56
	Annexe 1 : Plaquettes d'informations du Réseau TC/AVC.....	56
	Annexe 2 : Questionnaire aux médecins rééducateurs, en version GOOGLE FORMS.....	59

ABREVIATIONS

APT	Amnésie Post-Traumatique
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CH	Centre Hospitalier
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th Edition, Text Revision
ECN	Epreuves Classantes Nationales
EVC/EPR	Etat Végétatif Chronique / Etat Pauci-Relationnel
F2RSM Psy	Fédération de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FMC	Formation Médicale Continue
HAS	Haute Autorité de Santé
IEM	Institut d'Education Motrice
JAMA	Journal of the American Medical Association
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MIF	Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle
MPR	Médecine Physique et de Réadaptation
PCL-5	Post-Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-V
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
PPS	Plan Personnalisé de Santé
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SGI	Score de Glasgow Initial
SOFMER	Société Française de Médecine physique Et de Réadaptation
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TC	Traumatisme Crânien
UEROS	Unités d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle

1. INTRODUCTION

Notre travail visait à mettre en lumière les manifestations psychiatriques des personnes victimes de cérébro-lésion, et en expliquer leurs mécanismes dans cette population spécifique. Pour illustrer notre travail, nous avons envoyé un questionnaire aux médecins rééducateurs des Hauts-de-France afin de faire un état des lieux de la prise en charge Psychiatrique, des personnes victimes de cérébro-lésion.

1.1 Généralités sur la cérébro-lésion

1.1.1 Définition

Un traumatisme crânien est une lésion diffuse du cerveau, consécutive à un choc traumatique, nosologiquement à distinguer des cérébro-lésions (anoxie cérébrale, rupture d'anévrisme, tumeur cérébrale, méningite, encéphalite ...) mais qui peut cependant entraîner des séquelles comparables. Une cérébro-lésion est définie comme une altération du fonctionnement cérébral. Cette altération est définie par la présence d'un des signes cliniques qui est : une perte de connaissance ou une baisse de l'état de conscience, une perte de mémoire pour des événements pré ou post traumatisme, un déficit neurologique (par exemple : défaillance, perte d'équilibre, dyspraxie), ainsi que toutes altérations de l'état mental (notamment la confusion et la désorientation) ¹.

1.1.2 Etiologie

La majorité des cérébro-lésions se présente de façon accidentelle. Les principales

causes sont les traumatismes crâniens, les accidents vasculaires cérébraux, l'anoxie cérébrale, les infections méningées et cérébrales, et certaines intoxications ². Ces lésions du cerveau laissent des séquelles de gravité variable mais en principe fixées. Le terme de séquelles fixées n'écarte pas des évolutions ultérieures toujours possibles dans un sens favorable ou non, mais dans certaines limites ; ce qui les distingue des maladies évolutives du système nerveux central ³. Les séquelles les plus fréquemment liées à la cérébro-lésion sont les séquelles motrices, cognitives et psychologiques.

1.1.3 Epidémiologie

En 2015, Peeters et al publiaient une étude sur l'épidémiologie des traumatismes cérébraux en Europe avec une compilation de 28 études européennes, étudiant les populations au niveau national ou régional entre 1974 et 2000. Dans cette étude, l'incidence était de 262/100 000 admissions hospitalières, avec un taux de mortalité en Europe estimé à 15/100 000. Cette étude retrouvait une incidence des traumatismes légers entre 71% et 97.5% de l'ensemble des traumatismes crâniens ⁴. Dans les études internationales, l'incidence des traumatismes crâniens ayant nécessité une hospitalisation variait de 150 à 300/100 000 habitants et le taux de mortalité variait de 7 à 17 % ⁵. En France, dans une étude épidémiologique réalisée en 1986 en Aquitaine, un taux d'incidence des traumatismes crâniens était de 281/100 000 admissions avec une issue fatale dans 7.8% des cas. L'incidence des traumatismes légers était de 80% des cas, modérés dans 11% et sévères dans 9% des cas ⁶ (cf. 1.1.4 Classifications des traumatismes crâniens).

Le traumatisme crânien touche plus les hommes que les femmes et pour les deux sexes, le pic d'incidence se situe entre 15 et 25 ans. Les deux autres pics d'incidence sont aux âges extrêmes de la vie, entre 0 et 5 ans et après 65 ans ⁷.

Les principales causes des traumatismes crâniens en France sont les accidents de la voie publique (50 %) et les chutes (21 à 32 %) qui concernent les jeunes enfants et les personnes âgées. Ces étiologies constituent des lésions cérébrales primaires (conséquence directe du traumatisme), à distinguer des lésions d'origine ischémique. Le traumatisme crânien est la première cause de mortalité et de handicap sévère avant l'âge de 45 ans dans les pays occidentaux, induisant un poids socioéconomique important ⁷.

La qualité de la récupération est fonction de la gravité du traumatisme. Elle est décrite comme de bon pronostic (bonne récupération complète dans le temps) pour 97 % des traumatismes crâniens légers, pour 94 % des traumatismes crâniens modérés et 40 % des traumatismes crâniens sévères. Cependant, l'étude de Thornill ⁸ soulignait la probable sous-estimation des séquelles des patients victimes de traumatismes crâniens légers ou modérés.

1.1.4 Classification des traumatismes crâniens

L'évaluation des troubles de la conscience permet l'estimation indirecte du dysfonctionnement cérébral secondaire au traumatisme crânien aux différents stades du coma et de l'éveil.

La gravité de la cérébro-lésion est définie par les critères du Score de Glasgow Initial

(SGI), la durée du coma et de l'Amnésie Post-Traumatique (APT) et l'existence de lésion au scanner cérébral.

Un traumatisme crânien est défini comme léger si le SGI est entre 13 et 15, la durée du coma inférieure à 15 minutes et la durée de l'APT inférieure à 30 minutes.

Un traumatisme crânien est défini comme modéré si le SGI est entre 9 et 12, la durée du coma entre 30 minutes et 6 heures et la durée de l'APT entre 1 heure et 24 heures.

Un traumatisme crânien est dit sévère si le SGI est inférieur ou égal à 8, la durée du coma supérieure à 6 heures, la durée de l'APT supérieure à 24 heures, ainsi que la présence de lésions au scanner cérébral.

1.2 Retentissement biologique, psychologique et social

Un traumatisme crânien touche l'individu dans sa globalité, par sa gravité, l'ampleur et la diversité de ses conséquences somatiques, cognitives, psychologiques et sociales.

1.2.1 Troubles somatiques

Les principaux troubles somatiques induits par la cérébro-lésion sont des troubles neurologiques comme l'hémiplégie, la quadriplégie, les troubles du tonus, de l'équilibre, de la coordination, de la déglutition, ainsi que l'incontinence urinaire et/ou fécale. Deux atteintes somatiques peuvent induire un retentissement psychique important : l'épilepsie post-traumatique et l'hydrocéphalie à pression normale. Les crises épileptiques post-traumatiques sont de types variés, généralement à début focal, relevant de traitements médicamenteux spécifiques. Ces traitements ont des

effets secondaires centraux, comme le ralentissement psychique, pouvant accentuer les déficiences cognitives du sujet et rendant leur interprétation difficile ⁷. Le tableau clinique de l'hydrocéphalie retrouve une symptomatologie dépressive avec un ralentissement psychique, un repli sur soi ainsi qu'une baisse des performances cognitives.

1.2.2 Troubles neuropsychologiques

Parmi les séquelles des traumatisés crâniens, nous retrouvons des séquelles fonctionnelles plus ou moins graves dont certaines ne sont pas visibles au premier abord. « Ce handicap invisible » assimilé au traumatisme crânien se manifeste par des atteintes neuropsychologiques. Parmi ces troubles nous retrouvons des troubles de la mémoire (amnésie rétrograde, trouble de la mémoire antérograde et de travail), des troubles de la parole/langage/communication, des troubles des fonctions attentionnelles et exécutives, des troubles comportementaux du syndrome dysexécutif, des troubles praxiques et gnosiques (difficulté de la reconnaissance et de l'identification d'un objet ou d'un son, par l'intermédiaire des sens), ainsi que des démences post-traumatiques.

1.2.3 Troubles psychiques

Les troubles somatiques et neuropsychologiques interagissent entre eux et avec les troubles psychiques qu'ils peuvent induire, majorer ou masquer. Au sein de ces troubles, sont mis en évidence les troubles de l'identité subjective et les atteintes émotionnelles. Par exemple, la phase de coma peut induire chez le patient une sensation de déconnexion avec la réalité.

1.2.4 Troubles psychiatriques

Les principaux troubles psychiatriques décrits après un traumatisme crânien sont les troubles dépressifs associés ou non à un risque de passage à l'acte suicidaire, les épisodes maniaques, les troubles psychotiques ainsi que les troubles de stress post traumatique. Ces troubles seront détaillés dans la partie « Discussion » de notre étude.

1.2.5 Prise en charge du patient cérébro-lésé

La prise en charge d'un traumatisé crânien est complexe de par l'hétérogénéité du tableau clinique initial et du fait de la durée du parcours de soin, ainsi que les différents intervenants. Ces parcours impliquent le plus souvent des structures hospitalières d'urgence, de soins hospitaliers aigus précoces, de soins hospitaliers programmés, de soins hospitaliers ambulatoires et de médecine de ville qu'elle soit générale ou spécialisée sans oublier le secteur médico-social. Initialement, le patient va être pris en charge en soins aigus aux urgences avec dans certains cas un transfert en réanimation pour les traumatismes crâniens les plus sévères.

Par la suite, le traumatisé crânien va être orienté dans des services de neurologie puis accompagné dans la phase de rééducation-réadaptation dans des centres de rééducation et services de suite souvent spécialisés ². Outre la rééducation proprement dite, il s'agit également du moment où le patient et son entourage seront confrontés pour la première fois aux séquelles durables et à leurs retentissements dans la vie de l'individu et de la cellule familiale.

La prise en charge pluridisciplinaire va permettre au patient de se projeter dans la phase de réinsertion avec l'élaboration d'un nouveau projet de vie socio-

professionnel. En effet, le traumatisme crânien a un retentissement personnel, familial mais aussi un impact sur la qualité de vie et la vie professionnelle du patient, sans oublier l'aspect juridique avec les indemnisations secondaires à l'accident dont a pu être victime le cérébro-lésé. La loi du 5 Juillet 1985 dite Badinter, sur l'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation a été mise en place pour améliorer et accélérer les procédures d'indemnisation ⁹.

Le recours à une prise en charge médicamenteuse par psychotrope est fréquent du fait de la comorbidité psychiatrique et psycho-comportementale. Par exemple, les symptômes d'allures frontaux sont à l'origine de troubles du comportement avec notamment des tableaux cliniques particuliers (violence, catatonie) ⁷.

Les prises en charge psychothérapeutiques ont également montré une efficacité à la fois sur l'amélioration du handicap (en particulier les thérapies cognitivo-comportementales voire comportementales pures) et sur l'amélioration de la qualité de vie et de la santé mentale du patient et de son entourage (citons ici les thérapies familiales et systémiques).

1.3 Les enjeux de la prise en charge dans la région des Hauts-de-France

Pour les cas de traumatismes crâniens les plus graves, la prise en charge initiale s'effectue par le SAMU qui oriente les patients vers une unité neuro-vasculaire de la région (CHU de Lille, Lomme St Philibert, Roubaix, Lens, Béthune, Boulogne, Calais, Dunkerque, Valenciennes et Maubeuge) ou vers la neurochirurgie (Lille et Valenciennes). La région est dotée de services de réanimation dans la plupart des centres hospitaliers.

Par la suite, les patients sont orientés dans des centres de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) neurologiques de la région en fonction de leur lieu d'habitation (Métropole Lilloise, le Littoral, Hainaut-Cambrésis, Artois-Douaisis).

Il existe également des structures d'éveil, pour les patients dont l'évolution est lente avec un coma prolongé. Si l'état de veille sans conscience (état végétatif) se poursuit, le patient est orienté vers un service d'accueil pour état végétatif chronique ou pauci-relationnel (10 lieux d'accueil EVC/EPR dans la région des Hauts-de-France en 2014).

Après la fin de l'hospitalisation, un relais sur des structures médico-sociales peut être proposé au patient selon sa pathologie et son évolution. Différentes structures existent avec notamment pour les adultes les UEROS (Berck, Lille), Au près TC (La Bassée), les SAMSAH, les FAM, pour les enfants les SESSAD et les IEM. L'orientation vers ces structures dépend de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Au sein de la région des Hauts de France, une structure médico-sociale, le Réseau TC/AVC, a été créée en 1999 sous l'impulsion de l'association Famille R'éveil qui a uni le CHRU de Lille et la Fondation Hopale dont l'objectif initial était de fédérer les professionnels et harmoniser les pratiques. Aujourd'hui, il permet l'évaluation et la prise en charge multidisciplinaire des personnes cérébrolésées (notamment traumatisme crânien et accident vasculaire cérébral) mais aussi de leur famille, à tous les stades de l'évolution [Annexe 1].

Le réseau prend en charge toute personne cérébrolésée (enfant et adulte), domiciliée dans la région des Hauts de France, en situation complexe, ne

bénéficiant pas d'aide spécialisée, c'est-à-dire :

- Si la personne présente une pathologie cérébrale acquise non évolutive (traumatisme crânien ou anoxie cérébrale) , accident vasculaire cérébral ou autres lésions cérébrales acquises stabilisées (hémorragie méningée, encéphalite, abcès, tumeur bénigne ou maligne en rémission, méningo-encéphalite)
- Et si, elle est en situation complexe, c'est-à-dire en situation associant au moins deux des problématiques suivantes :
 - o L'association de plusieurs pathologies
 - o L'existence de troubles cognitifs, comportementaux, émotionnels ou affectifs (handicap invisible)
 - o La perte d'autonomie, avec un retentissement sur la vie personnelle, familiale, sociale, scolaire ou professionnelle
 - o La précarité sociale (isolement, difficultés de logement, de ressources, de transport, d'accès aux droits)
 - o La rupture dans le parcours de santé, inhérente aux ressources territoriales et/ou à la pathologie.

Leurs principaux objectifs sont :

- L'évaluation de la situation de handicap au domicile avec une approche médico-psycho-sociale
- L'information et l'orientation de la personne vers les ressources territoriales adaptées, pour favoriser la meilleure réinsertion sociale et professionnelle ou scolaire possible
- La mise en place d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS), en collaboration avec

le médecin traitant, ainsi que suivre l'évolution de ce plan.

Ce réseau propose des consultations dans une trentaine de lieux au sein de la région avec l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée, comprenant des médecins de médecine physique et de réadaptation, neurologues, assistants de service social, neuropsychologues et ergothérapeutes.

Ce réseau propose également des groupes de travail, des formations, un centre de documentation et un site internet (www.reseautcavc-hdf.org).

Au sein des centres de rééducation, les patients bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire avec notamment la possibilité de rencontrer un psychologue et/ou un neuropsychologue. La présence d'un psychiatre au sein de ces centres n'est pas systématique. En effet, certains centres bénéficient soit d'un psychiatre, soit d'une équipe mobile de psychiatrie soit d'avis psychiatrique par téléphone. Il est à noter que l'abord psychiatrique des patients cérébro-lésés diffère par plusieurs aspects de la psychiatrie générale « classique » avec à la fois des spécificités sémiologiques, cliniques et pharmacologiques et des parcours de soins souvent plus complexes.

La présente étude proposait de faire un état des lieux de la prise en charge psychiatrique des personnes victimes de cérébro-lésion au sein de la région des Hauts de France. Cette étude s'appuyait sur un questionnaire à destination des médecins rééducateurs pour identifier leurs difficultés et leurs attentes au sein de leur pratique quotidienne. Il visait également à caractériser les articulations entre la psychiatrie et la médecine physique et de réadaptation pour ces patients et dresser l'inventaire des ressources de formation disponibles concernant la psychiatrie chez les cérébro-lésés.

Ce présent travail préfigurait une étude sur l'« Etat de santé mentale des patients atteints de cérébro-lésion en fin d'hospitalisation dans un service de SSR neurologique » et consistera en l'étude d'une soixantaine de patients cérébro-lésés. L'objectif principal sera l'évaluation de la fréquence du risque suicidaire. Les objectifs secondaires seront au nombre de trois : l'évaluation de la fréquence de la dépression, l'évaluation de la fréquence de stress post-traumatique, et la corrélation du critère de jugement principal avec le score MIF.

L'hypothèse de ce travail était basé sur le fait que les personnes victimes de cérébro-lésion présenteraient des manifestations psychiatriques. Celles-ci pourraient mettre en difficulté les médecins rééducateurs, avec un questionnement sur la nécessité d'une présence de médecin psychiatre dans les unités de cérébro-lésion.

2. OBJECTIFS

L'objectif principal était de faire un état des lieux de la prise en charge psychiatrique des personnes victimes de cérébro-lésion, dans les Hauts-de-France.

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- Evaluer la fréquence et le type de troubles psychiatriques auxquels les médecins rééducateurs sont confrontés ;
- Identifier les difficultés que peuvent rencontrer les médecins rééducateurs dans la prise en charge psychiatrique de leurs patients ;
- Evaluer la plus-value de la présence d'un psychiatre au sein des centres de rééducation orientés cérébro-lésion.

3. MATERIELS ET METHODE

3.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive, et quantitative, basée sur les réponses à un auto-questionnaire réalisé entre le 28/11/2022 et le 06/01/2023, auprès de 71 médecins rééducateurs de la région des Hauts-de-France.

3.2 Population cible

Pour l'élaboration de la population cible, le critère d'inclusion était « la prise en charge en rééducation des personnes victimes de lésions cérébrales » au sein de la pratique professionnelle des médecins rééducateurs.

Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

3.3 Elaboration du questionnaire

Un questionnaire a été élaboré sous Google Forms selon un plan en quatre parties visant à répondre aux objectifs de l'étude. Il s'agissait d'un auto-questionnaire à questions ouvertes, fermées, à choix simples ou multiples [Annexe 2].

Il a été élaboré en collaboration avec la Fédération de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France (F2RSM).

3.3.1 Titre

Le titre du questionnaire était le suivant « Etat des lieux de la prise en charge Psychiatrique, des personnes victimes de cérébro-lésion, dans les Hauts-de-France ».

3.3.2 Première partie

Les quatre premières questions des « Renseignements généraux » s'intéressaient aux données démographiques des personnes interrogées avec l'âge, le sexe, l'expérience en nombre d'années en tant que médecin rééducateur, et le nombre de stages réalisés en service de psychiatrie durant leur formation médicale (externat et internat).

Les questions suivantes se concentraient sur le profil de la patientèle des médecins, à savoir le type de structure d'exercice, le nombre de lits d'hospitalisation (à temps complet et à temps partiel) ainsi que la proportion de patients cérébro-lésés au sein de leur activité.

3.3.3 Deuxième partie

La deuxième partie intitulée « Etat des lieux » s'interrogeait sur la fréquence des problématiques psychiatriques et les difficultés rencontrées au sein de l'exercice médical des médecins rééducateurs. Cette partie s'intéressait sur le parcours de soins des patients présentant des troubles psychiatriques, du dépistage à l'orientation en passant par le diagnostic et la prise en charge médicamenteuse.

Dans un premier temps, le questionnaire a fait un état des lieux sur la fréquence, de manière générale, des troubles psychiatriques chez les patients pris en charge en rééducation. Puis, il s'est intéressé de manière plus précise au type de trouble psychiatrique, rencontré et recherché, chez leurs patients et leur fréquence, dans leur pratique courante, ainsi que leur aisance dans la prise en charge.

Dans un second temps, le questionnaire s'est focalisé sur la prise en charge thérapeutique des troubles psychiatriques avec la fréquence d'instauration, de modification et d'arrêt, des principaux psychotropes utilisés de manière courante,

ainsi que leur difficulté dans le maniement de ces traitements.

Ensuite, un état des lieux de la présence de professionnels spécialisés en santé mentale (psychiatre, psychologue et neuropsychologue) au sein de leur structure de soin, a été effectué. Il leur a été demandé de se positionner sur la plus-value de la présence d'un psychiatre dans la prise en charge rééducative de leur patientèle et l'intérêt d'une évaluation psychiatrique de manière systématique.

Nous avons interrogé les médecins rééducateurs sur l'orientation de leurs patients vers un suivi psychiatrique à la fin de leur prise en charge. Nous les avons également questionnés sur les axes d'amélioration qu'ils souhaiteraient avoir sur la thématique des troubles psychiatriques et leur accessibilité aux supports de formation.

3.3.4 Troisième partie

La troisième partie évaluait la connaissance des médecins rééducateurs sur l'existence de trois applications numériques comme aide dans la prise en charge psychiatrique de leur patientèle.

La première application « psychiaclic.fr » est un site indépendant d'aide diagnostique et thérapeutique en psychiatrie à destination des médecins généralistes. Il a été conçu et rédigé par une équipe de psychiatres et de médecins généralistes des Hauts-de-France.

La seconde application « [psychopharma](http://psychopharma.fr) » est un site indépendant destiné aux professionnels de santé comme outil d'aide à la prescription de psychotropes. Il a été élaboré par un comité scientifique (psychiatres, internes de médecine générale et psychiatrie, pharmaciens et infirmiers) des Hauts-de-France.

La troisième application évaluée auprès des médecins est le site « f2rsmpsy.fr »,

groupement d'intérêt public de la métropole lilloise, qui a pour objectif de promouvoir la recherche en psychiatrie et santé mentale dans les Hauts-de-France. Il aide notamment les professionnels de santé à trouver le CMP dont le patient dépend.

3.3.5 Quatrième partie

La quatrième et dernière partie, proposait aux médecins de témoigner, en commentaire libre, sur les axes d'amélioration de la prise en charge psychiatrique des patients cérébro-lésés.

3.3.6 Analyse du questionnaire

Les questions étaient majoritairement des questions fermées à choix multiples. Pour la plupart des questions de fréquence, une échelle de LIKERT a été utilisée sous la forme de : « *quotidiennement, une fois par semaine, une fois par mois, une fois par trimestre, une fois par semestre, et jamais* », ou sous la forme de « *pas du tout, plutôt oui, plutôt non, tout à fait* ». Une catégorie d'intervalle de pourcentage : « *<25%, 25%-50%, 50%-75%, >75%* » a également été utilisée.

Les questions qui ne se présentaient pas sous la forme de questions fermées à choix multiples mais par une entrée numérique, concernaient la question de l'âge, le nombre d'années d'exercice et le nombre de lits dans leur unité. La question sur les axes d'amélioration et les questions invitant à détailler lors de la réponse « autre » proposaient une réponse sous forme de texte libre.

Les questions binaires concernaient le sexe (homme/femme) et la structure de l'exercice médical (secteur privé/secteur public, équipe transversale/SSR). Les autres questions binaires invitaient à répondre par *oui* ou *non*.

Enfin, les autres questions ne se trouvant pas sous les formes suscitées, étaient des questions fermées à choix multiples avec des réponses non standardisées,

s'intéressant au nombre de stage effectué en psychiatrie (0/1/2/3/+3), à la présence d'un psychiatre dans leur unité (oui/non/équipe mobile de psychiatrie), à la fréquence souhaitée de présence d'un psychiatre (une demi-journée par semaine, une journée par semaine, deux journées par semaine, à temps, plein), à la présence d'un (neuro)psychologue dans leur unité (aucun des deux, un psychologue clinicien uniquement, un neuropsychologue seulement, les deux), et aux délais pour obtenir un avis spécialisé (non proposé, dans les 24h, entre 24h-72h, >72h).

3.3.7 Pré-test

Le questionnaire a été testé sur un échantillon de trois personnes (deux médecins rééducateurs et une interne en 5^{ème} semestre de MPR) pour en vérifier la compréhension, la lisibilité et la faisabilité.

3.3.8 Version finale

La version finale a été mise en page avec le logiciel Google Forms, qui permettait de proposer le questionnaire sous forme informatique, via un lien reçu par mail.

3.4 Recueil des données

La version finale du questionnaire a été envoyée, le 28/11/2022, par mail sous la forme d'un lien, à Madame le Docteur Odile KOZLOWSKI, coordinatrice du réseau TC/AVC Hauts-de-France, afin de permettre une large diffusion à l'ensemble de la population cible, dont cette dernière possède les coordonnées mail.

Le recueil des données s'est clôturé le 06/01/2023.

3.5 Analyse des Résultats

3.5.1 Résultats obtenus

Nous avons utilisé un fichier avec les données univariées qui reprenait l'ensemble des analyses descriptives pour chacune des variables recueillies.

Un second fichier a été créé avec les données bivariées, avec d'une part une comparaison des professionnels ayant le plus d'expérience (>10ans) vs. ceux ayant le moins d'expérience (≤ 10 ans) concernant la prescription des traitements psychotropes. D'autre part, une comparaison des professionnels ayant réalisé au moins un stage en psychiatrie au cours de leur formation vs. les professionnels n'ayant jamais réalisé de stage en psychiatrie au cours de leur formation, concernant la demande d'avis psychiatrique, la conformité des avis en fonction de leur attente, et les difficultés avec les traitements psychotropes.

Différentes représentations graphiques ont été réalisées, sous forme de BARPLOT :

- représentation pour chaque trouble psychiatrique, le niveau d'aisance de prise en charge par les professionnels
- représentation de la fréquence d'instauration des traitements psychotropes par les professionnels
- représentation de la fréquence de modification des traitements psychotropes par les professionnels
- représentation de la fréquence d'arrêt des traitements psychotropes par les professionnels
- représentation de la proportion des patients qui présentent un/des troubles psychiatriques

- représentation de la fréquence de recherche des troubles psychiatriques chez les patients pris en charge.

3.5.2 Méthodologie statistique

Les analyses statistiques ont été effectuées en deux temps :

Dans un premier temps, ont été réalisés les analyses univariées et les graphiques, afin de décrire l'ensemble des variables quantitatives au moyen des moyennes et des écart-types, et l'ensemble des variables qualitatives au moyen d'effectifs et de pourcentages.

Dans un second temps, ont été réalisées les analyses bivariées. Les proportions ont été comparées à l'aide d'un test paramétrique de Chi2 ou à l'aide d'un test non paramétrique de Fisher (lorsque les effectifs théoriques étaient < 5). Les résultats étaient significatifs lorsque « p » est < 0.05 .

Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Excel, R Studio et R version 4.2.1.

4. RESULTATS ET ANALYSE STATISTIQUE

Dans un premier temps, seront décrites les analyses univariées, puis dans un second temps les analyses bivariées.

4.1 Caractéristiques générales de l'échantillon de population

26 personnes ont accepté de répondre au questionnaire sur 71 envois, soit un taux de participation de 36.6%.

L'échantillon était composé de 69.2% de Femmes pour 30.8% d'Hommes. La répartition des âges allait de 28 ans à 74 ans.

Au sein de l'échantillon, 50% des médecins rééducateurs avaient effectué un stage en psychiatrie durant leur formation médicale (externat et internat), 7.7% deux stages, et 42.3% aucun stage.

Le nombre d'années d'expérience en tant que médecin rééducateur allait de 1 an à 49 ans d'exercice.

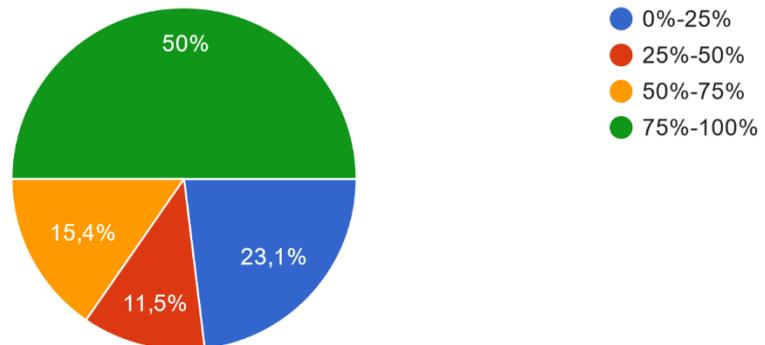
Concernant la structure d'exercice, la majorité des personnes interrogées travaillait dans des SSR en secteur public (17) ou privé (6). Nous retrouvons également des personnes travaillant dans des équipes transversales, en FAM, en MAS, en SESSAD, au sein du Réseau TC/AVC, ainsi qu'aux Urgences et en cabinet privé. A noter que certains exerçaient dans plusieurs structures.

Le nombre de lits moyen en hospitalisation temps complet et temps partiel dans le

service exercé était de 40 lits.

Enfin, la majorité des personnes ayant répondu au questionnaire, avait plus de 50% de patients cérébro-lésés dans leur patientèle. A noter, 50% des médecins rééducateurs affirmaient avoir entre 75% et 100% de patients cérébro-lésés dans leur patientèle.

Proportion de Médecins Rééducateurs en fonction de la proportion de patients cérébro-lésés présents dans leur patientèle

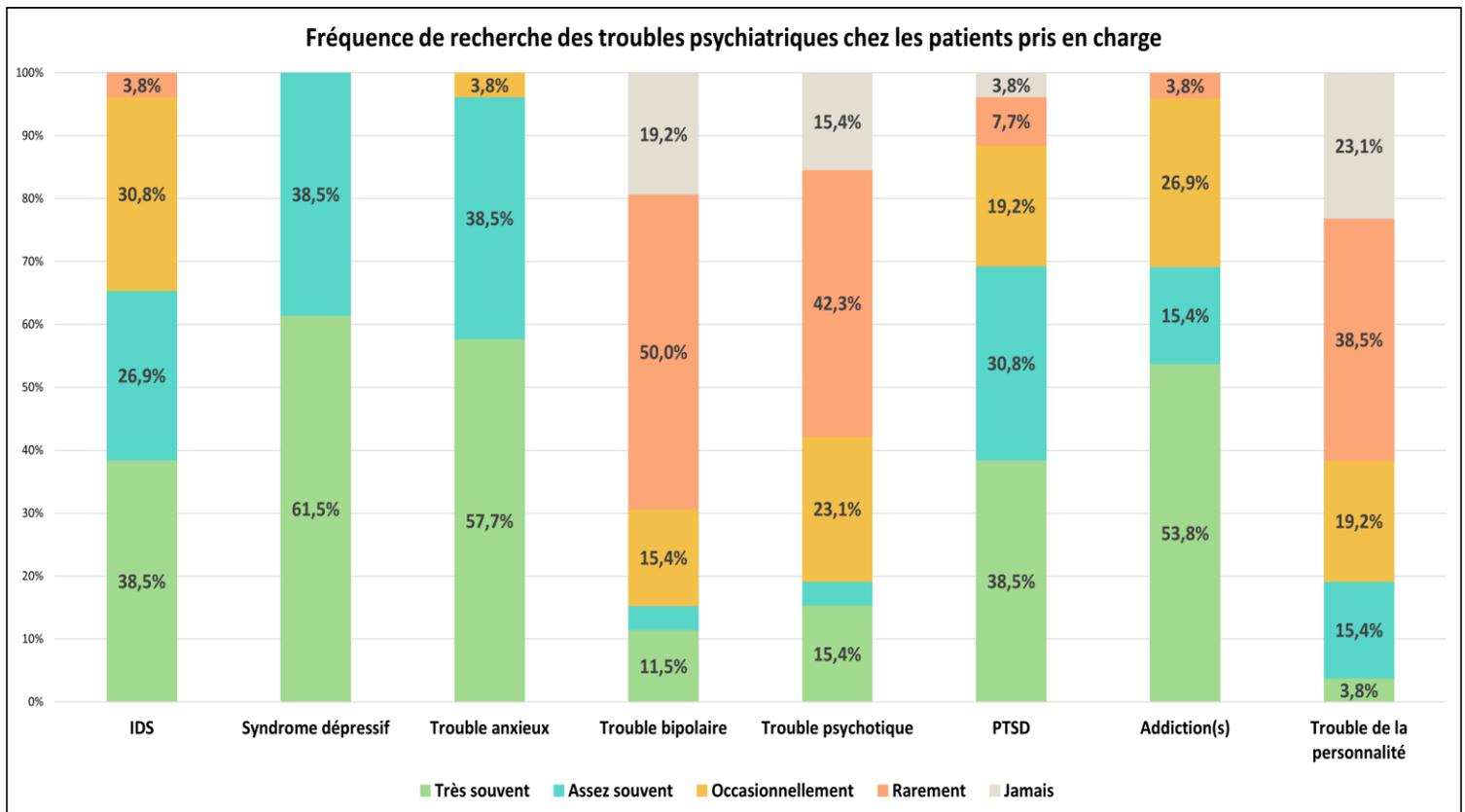


4.2 Fréquence des troubles psychiatriques chez les patients pris en charge en Médecine Physique et de Réadaptation

Les médecins rééducateurs interrogés étaient confrontés quotidiennement aux troubles psychiatriques pour 46.2% de l'échantillon, une fois par semaine pour 46.2% et une fois par mois pour 7.7%.

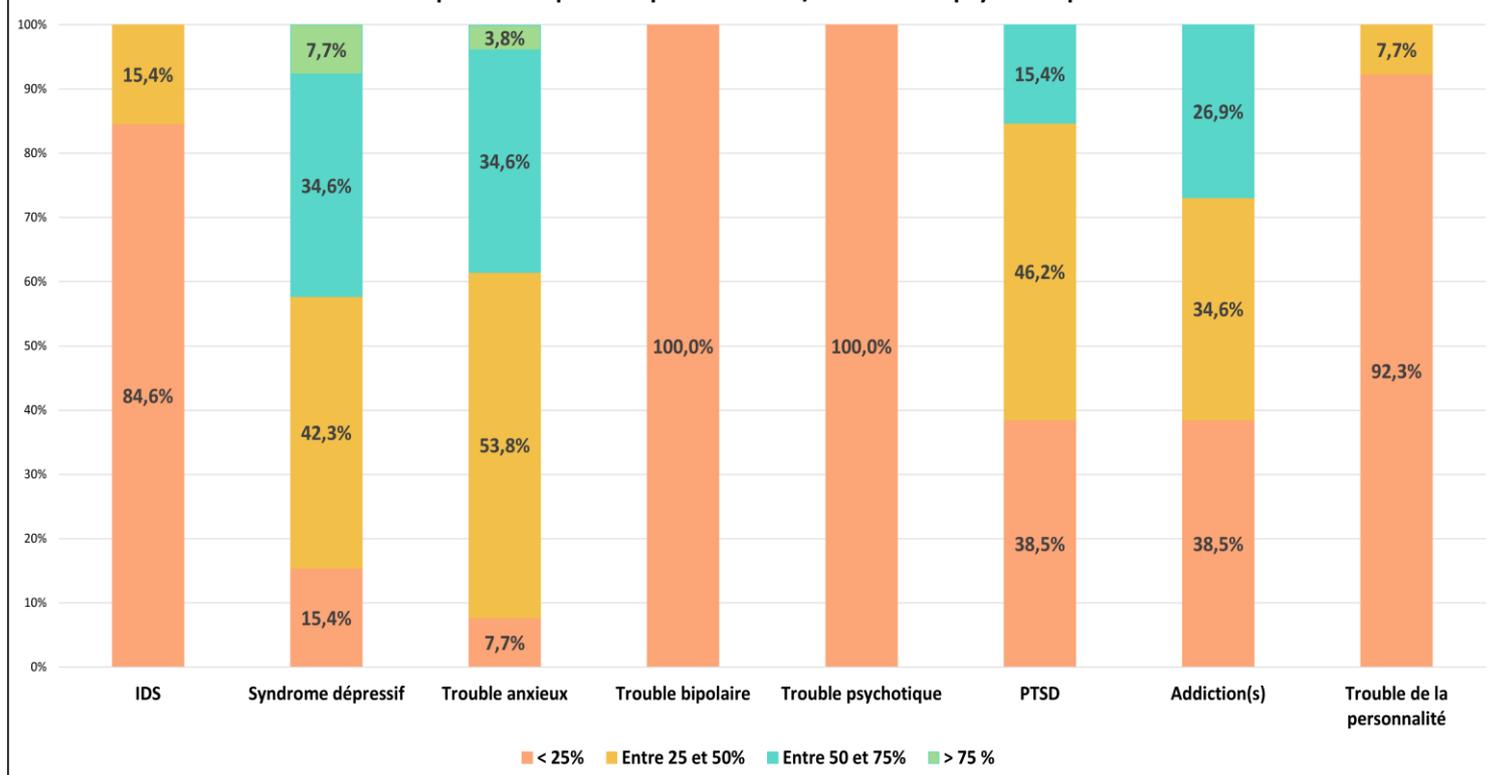
Le questionnaire s'interrogeait sur la fréquence de recherche des troubles psychiatriques chez les patients pris en charge. Le syndrome dépressif, les troubles anxieux et les addictions étaient très souvent recherchés par les médecins rééducateurs. Les idées suicidaires et les troubles de stress post traumatique étaient assez souvent recherchés. Tandis, que les troubles bipolaires, les troubles psychotiques et les troubles de la personnalité étaient occasionnellement voir

rarement recherchés au sein de leurs patients.

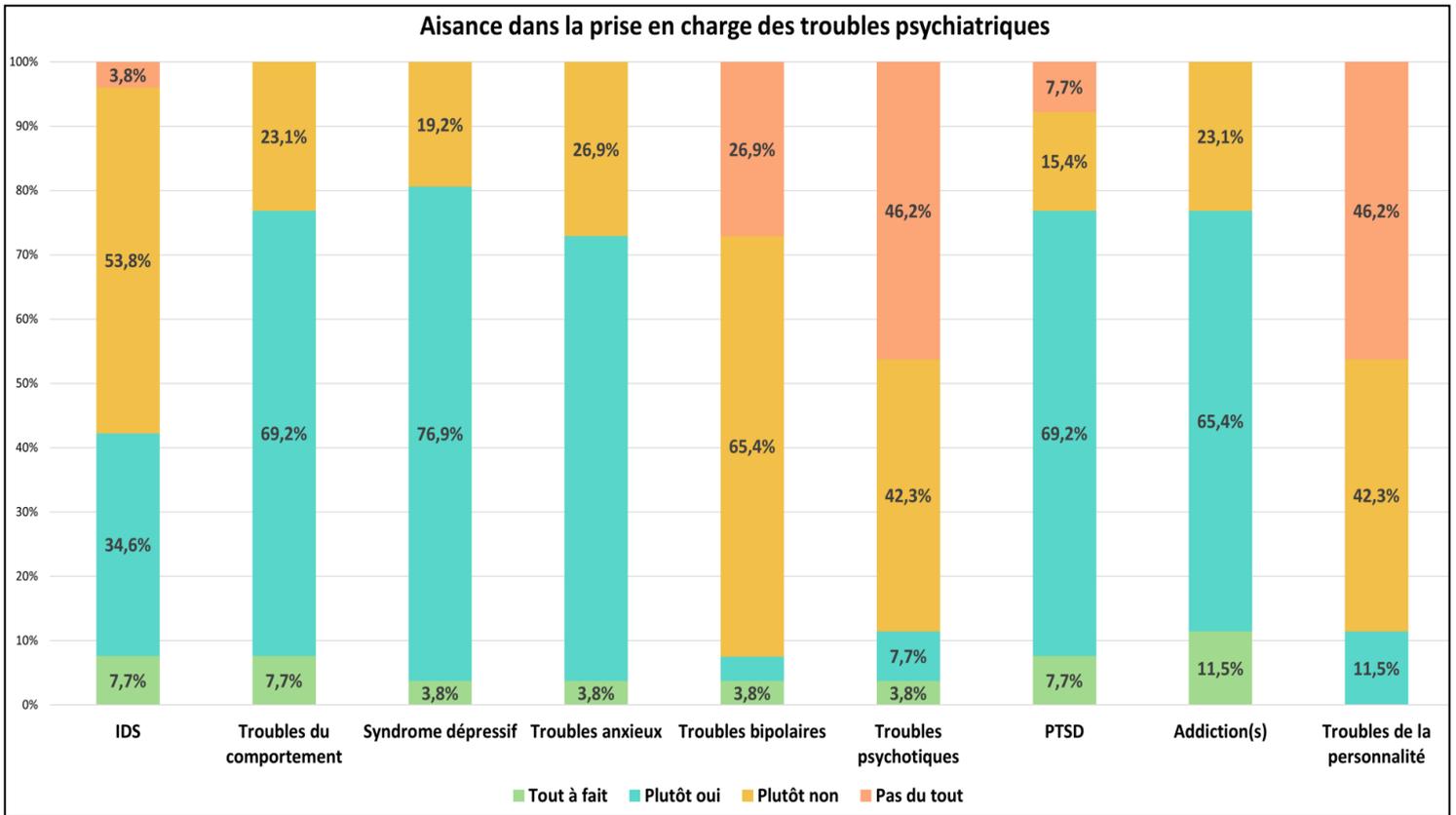


Ensuite, le questionnaire demandait aux médecins de détailler les troubles psychiatriques présents chez leurs patients cérébro-lésés. Il était mis en évidence que les principaux troubles psychiatriques rencontrés étaient les troubles de stress post traumatique, les troubles de l'usage (addiction à une substance), les syndromes dépressifs et les troubles anxieux.

Proportion de patients présentant un/des troubles psychiatriques

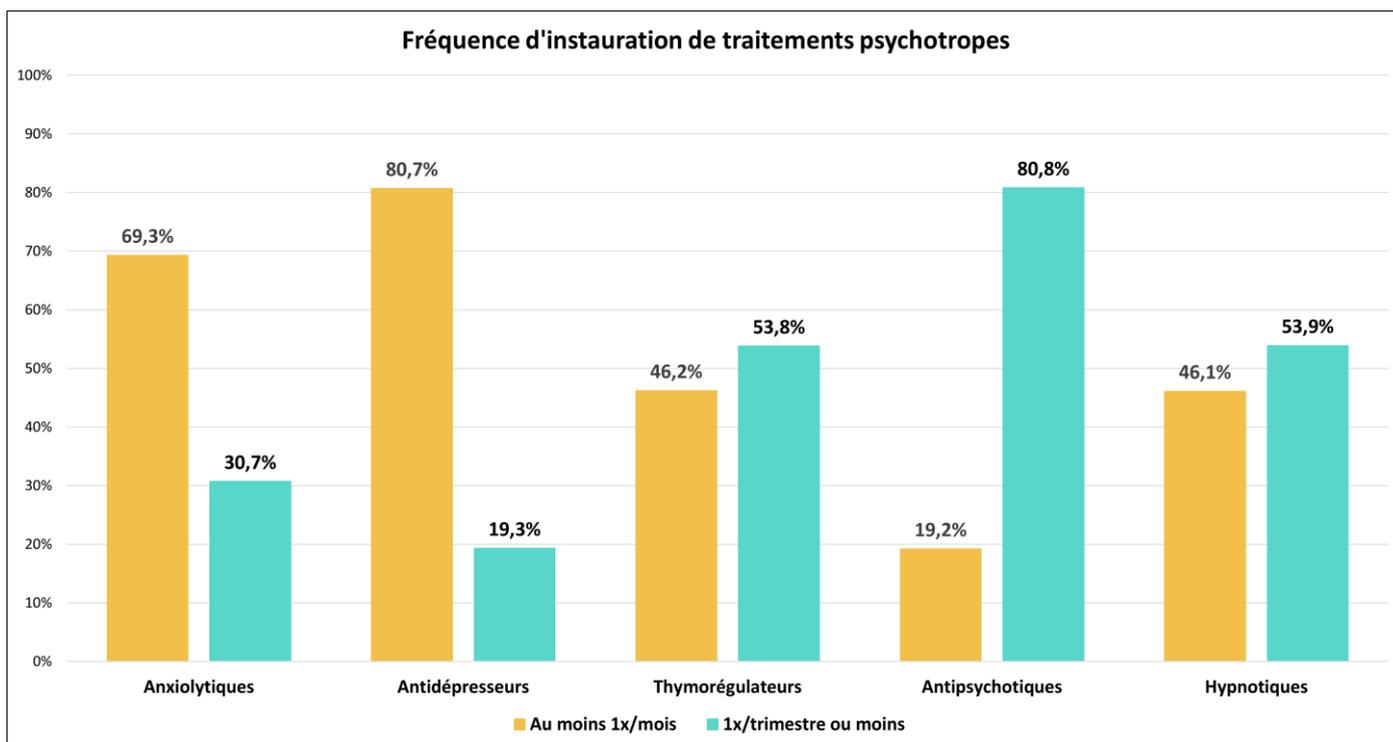


Concernant l'aisance dans la prise en charge des troubles psychiatriques (diagnostic, thérapeutique et orientation), les médecins rééducateurs ont répondu qu'ils étaient plutôt à l'aise avec les troubles du comportement, les syndromes dépressifs, les troubles anxieux, les troubles de stress post traumatique et les addictions. Qu'ils étaient « plutôt non » à l'aise avec les idées suicidaires et les troubles bipolaires, et « pas du tout » à l'aise avec les troubles psychotiques et les troubles de la personnalité.

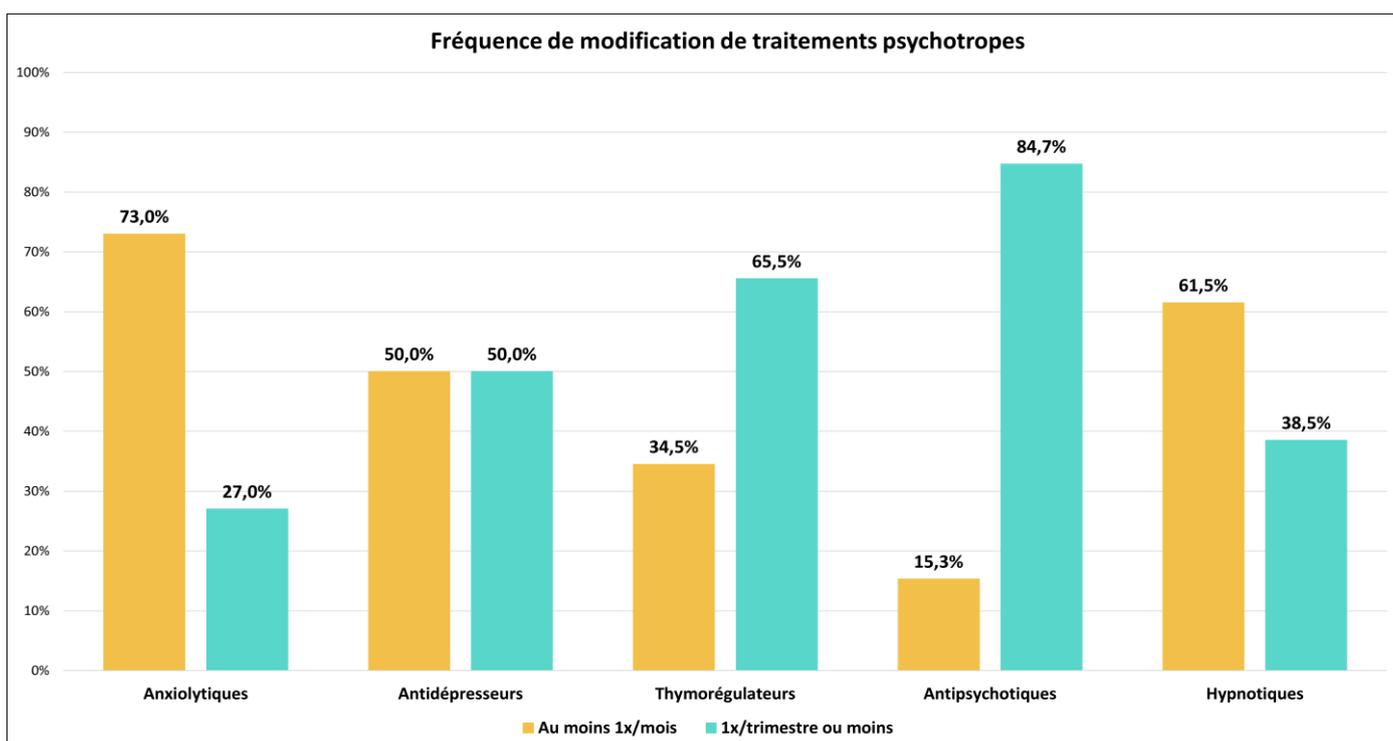


4.3 Fréquence d'instauration, modification et arrêt de traitements psychotropes

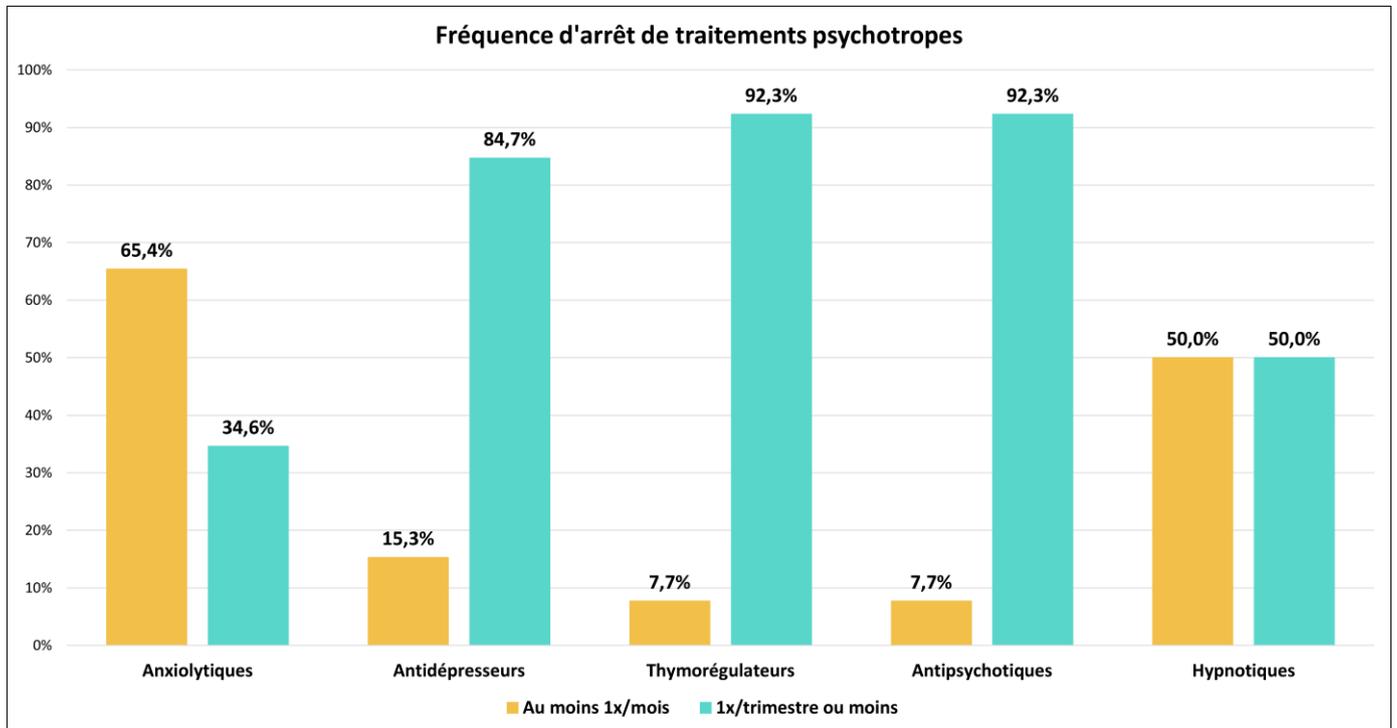
La majorité des personnes interrogées instaure des traitements anxiolytiques et antidépresseurs au moins une fois par mois, tandis qu'ils instaurent une fois par trimestre voire moins les traitements thymorégulateurs, antipsychotiques et hypnotiques.



Les traitements anxiolytiques et hypnotiques étaient modifiés, par la majorité des personnes ayant répondu au questionnaire, au moins une fois par mois, alors que les traitements thymorégulateurs et antipsychotiques étaient majoritairement modifiés une fois par trimestre voire moins.



Parmi les traitements psychotropes, nous avons mis en évidence uniquement les traitements anxiolytiques qui étaient arrêtés par la majorité au moins une fois par mois. Les autres traitements étaient arrêtés une fois par trimestre voire moins.



4.4 Fréquence de mise en difficulté vis-à-vis d'un traitement psychotrope

La majorité des personnes ayant répondu au questionnaire (57.7%) exprimait être en difficulté une fois par mois face à un traitement psychotrope (iatrogénie, inefficacité, interaction médicamenteuse). 23.1% étaient en difficulté une fois par semaine, 15.4% une fois par trimestre et 3.8% une fois par semestre.

4.5 Pertinence d'un psychiatre en médecine physique et de réadaptation

Parmi les 26 médecins rééducateurs, 5 bénéficiaient d'un psychiatre au sein de leur service contre 9 qui n'en avaient pas. A noter, la présence d'équipe mobile de psychiatrie dans le service de 13 médecins rééducateurs.

L'ensemble des médecins interrogés étaient unanimes sur l'importance d'avoir un psychiatre au sein d'une unité de cérébro-lésion, pour 42.3% une demi-journée par semaine, pour 34.6% une journée par semaine, pour 19.2% deux journées par semaine et 3.9% à temps plein.

Selon 50% des personnes interrogées, il serait plutôt utile que chaque patient cérébro-lésé bénéficie de manière systématique d'une évaluation psychiatrique au cours de leur hospitalisation. Pour 30.8% il serait essentiel et pour 19.2% de l'échantillon plutôt non utile.

Enfin, au sein des services de rééducation, 61.5% de l'échantillon bénéficiaient d'un psychologue clinicien et d'un neuropsychologue, 23.1% n'avaient qu'un neuropsychologue, et 15.4% ni l'un ni l'autre.

4.6 Fréquence d'avis psychiatrique

Parmi les personnes interrogées, 42.3% demandaient un avis psychiatrique une fois par mois pour leur patient, 30.8% une fois par semaine, 19.2% une fois par trimestre et 7.7% une fois par semestre.

Les avis téléphoniques étaient obtenus pour 50% de l'échantillon dans les 24h, pour 23.1% entre 24h et 72h, pour 11.5% au-delà de 72h, et 15.4% n'en bénéficiaient pas.

Les avis au lit du patient étaient effectués pour 38.5% au-delà de 72h, pour 34.6% entre 24h et 72h, pour 7.7% dans les 24h, et 19.2% n'en bénéficiaient pas.

Selon 50% de l'échantillon, ces avis répondaient plutôt à leur attente, pour 34.6% « plutôt non », pour 7.7% « tout à fait », et pour 7.7% « pas du tout ».

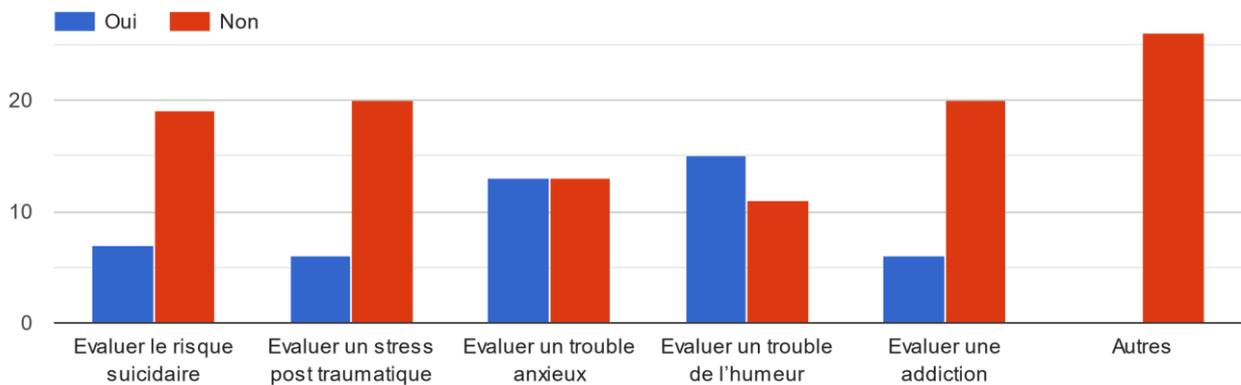
50% de l'échantillon orientaient entre un quart et la moitié de leurs patients en fin d'hospitalisation ou lors d'une consultation de suivi, vers un CMP ou vers un psychiatre libéral, 38.5% orientaient moins de 25% de leur patient, 7.7% entre 50% et 75%, et 3.8% plus de 75% de leurs patients.

4.7 Formations en psychiatrie des médecins rééducateurs

Concernant le souhait d'amélioration des connaissances, 24 personnes ont répondu qu'ils aimeraient une meilleure connaissance sur les pathologies psychiatriques contre 2, 23 personnes sur les traitements psychotropes contre 3, et 19 personnes sur l'organisation des soins en psychiatrie contre 7 qui ne le souhaitaient pas.

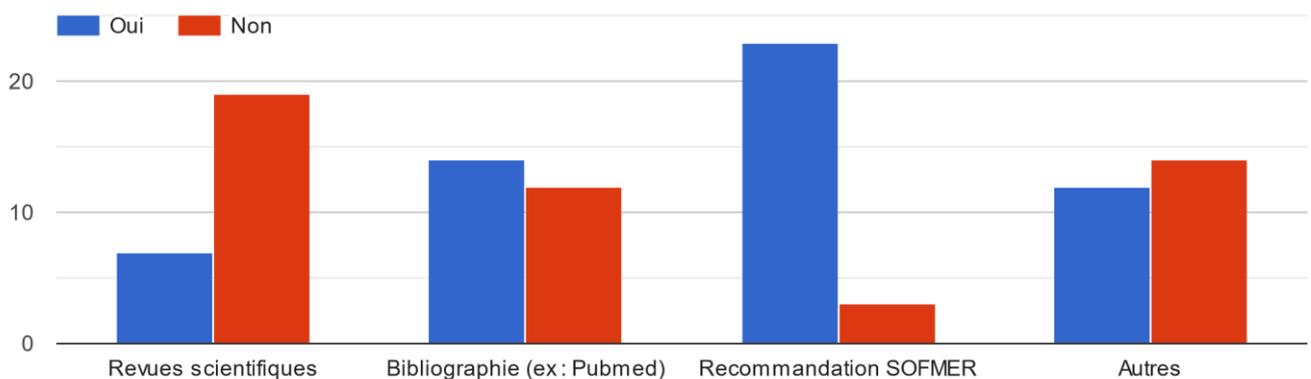
Parmi les échelles utilisées, nous avons relevé essentiellement celles qui évaluaient les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. A noter que dans l'item « Autres » était mentionné « l'entretien libre » et « les échelles effectuées par les (neuro)psychologues ».

Utilisez-vous des échelles pour :



Concernant les supports utilisés pour rechercher des informations sur la prise en charge psychiatrique des patients cérébro-lésés, la majorité des personnes répondues utilisait les recommandations de la SOFMER ainsi que les sites de Bibliographie. Dans la rubrique « Autres » était mentionnée : groupe de travail pluridisciplinaire, support du réseau TC/AVC, avis auprès de collègues rééducateurs ou psychiatres.

Quel support utilisez-vous pour rechercher des informations sur la prise en charge psychiatrique des patients cérébro-lésés ?



Enfin, au sujet des Formations Médicales Continues (FMC), la majorité des médecins rééducateurs interrogée n'effectuait pas de formation spécifique à la psychiatrie. A noter, 1 personne interrogée a effectué une formation sur le risque suicidaire, 7 personnes sur les troubles du comportement et 3 sur les psychothérapies.

4.8 Les applications numériques

L'ensemble des personnes ayant répondu au questionnaire ne connaissaient pas les sites « psychiaclic.fr » et « psychopharma.fr ». Concernant, le site « f2rsmpsy.fr », 30.8% de l'échantillon le connaissaient.

4.9 Les axes d'amélioration

Concernant les axes d'amélioration pour la prise en charge psychiatrique d'un patient cérébro-lésé, 19 personnes de l'échantillon avaient répondu en commentaire libre. Parmi les pistes d'amélioration, 9 personnes avaient surligné l'importance d'une formation à la cérébro-lésion chez les psychiatres intervenant auprès de leur patient, ainsi qu'une meilleure connaissance des pathologies psychiatriques chez les médecins rééducateurs. D'autre part, 10 personnes proposaient une meilleure coordination entre les psychiatres et les médecins rééducateurs avec notamment une meilleure disponibilité des psychiatres ainsi que la mise en place d'un suivi régulier, mais aussi de simplifier les accès pour des hospitalisations transitoires en service spécialisé de psychiatrie.

4.10 Les analyses bivariées

Peu d'analyses bivariées ont pu être réalisées du fait d'un trop faible échantillon, conduisant à des résultats non exploitables et non significatifs.

Une première analyse bivariée a été effectuée avec une comparaison des professionnels ayant le plus d'expérience (>10ans), au nombre de 12 personnes, vs. ceux ayant le moins d'expérience (≤10ans), au nombre de 13 personnes, concernant la prescription des traitements psychotropes. A noter l'absence de résultats significatifs.

De manière descriptive, nous avons remarqué que les médecins ayant le plus d'expérience étaient globalement ceux qui instauraient/modifiaient/arrêtaient le plus les traitements psychotropes, à l'exception des traitements antipsychotiques et antidépresseurs.

Nous avons identifié également, que les médecins avec le plus d'expérience étaient ceux qui se retrouvaient davantage en difficulté sur les traitements psychotropes (91.7%) par rapport aux médecins avec le moins d'expérience (69.2%).

	Professionnels ayant le plus d'expérience (>10 ans) N = 12	Professionnels ayant le moins d'expérience (≤ 10 ans) N = 13	p
Instauration d'un traitement psychotrope au moins 1x/mois, n (%)			
Anxiolytiques	9 (75.0)	9 (69.2)	1
Antidépresseurs	10 (83.3)	11 (84.6)	1
Thymorégulateurs	7 (58.3)	4 (30.8)	0.238
Antipsychotiques	2 (16.7)	3 (23.1)	1
Hypnotiques	8 (66.7)	4 (30.8)	0.115
Modification d'un traitement psychotrope au moins 1x/mois, n (%)			
Anxiolytiques	9 (75.0)	9 (69.2)	1
Antidépresseurs	6 (50.0)	6 (46.2)	1
Thymorégulateurs	5 (41.7)	3 (23.1)	0.411
Antipsychotiques	0 (0.0)	3 (23.1)	0.220
Hypnotiques	9 (75.0)	6 (46.2)	0.226
Arrêt d'un traitement psychotrope au moins 1x/mois, n (%)			
Anxiolytiques	8 (66.7)	8 (61.5)	1
Antidépresseurs	1 (8.3)	3 (23.1)	0.593
Thymorégulateurs	1 (8.3)	1 (7.7)	1
Antipsychotiques	0 (0.0)	2 (15.4)	0.480
Hypnotiques	8 (66.7)	5 (38.5)	0.238
Mise en difficulté avec un traitement psychotrope au moins 1x/mois, n (%)			0.322
Oui	11 (91.7)	9 (69.2)	
Non	1 (8.3)	4 (30.8)	

***Résultats significatifs**

Analyse bivariée sur la prescription des psychotropes selon l'expérience

Une seconde analyse bivariée a été effectuée, avec une comparaison des professionnels ayant réalisé au moins un stage en psychiatrie au cours de leur formation (15 personnes) vs. les professionnels n'ayant jamais réalisé de stage en psychiatrie au cours de leur formation (11 personnes), concernant la demande d'avis psychiatrique, la conformité des avis en fonction de leur attente, et les difficultés avec les traitements psychotropes. A noter, l'absence de résultats significatifs.

De manière descriptive, les professionnels ayant réalisé au moins un stage en psychiatrie au cours de leur formation, demandaient davantage d'avis (80%) que ceux n'ayant pas réalisé de stage durant leur formation (63.6%).

La pertinence des avis reçus était plus conforme aux attentes des médecins ayant été sensibilisés à la psychiatrie durant leur parcours professionnel (60%) que ceux non sensibilisés (54.5%).

Enfin, la mise en difficulté avec les traitements psychotropes était plus importante chez les médecins n'ayant pas réalisé de stage en psychiatrie (90.9% contre 73.3% dans l'autre groupe).

	Professionnels ayant réalisé au moins un stage en psychiatrie au cours de leur formation N = 15	Professionnels n'ayant pas réalisé de stage en psychiatrie au cours de leur formation N = 11	<i>p</i>
Demande d'avis psy au moins 1x/mois, n (%)			<i>0.407</i>
Oui	12 (80.0)	7 (63.6)	
Non	3 (20.0)	4 (36.4)	
Avis conforme aux attentes, n (%)			<i>1</i>
Oui	9 (60.0)	6 (54.5)	
Non	6 (40.0)	5 (45.5)	
Mise en difficulté avec un traitement psychotrope au moins 1x/mois, n (%)			<i>0.356</i>
Oui	11 (73.3)	10 (90.9)	
Non	4 (26.7)	1 (9.1)	

***Résultats significatifs**

Analyse bivariée de la gestion des troubles psychiatriques en fonction de leur sensibilisation

5 DISCUSSION

Dans un premier temps, nous répondrons aux objectifs du travail à savoir l'objectif principal et les objectifs secondaires. Puis, nous analyserons les forces et faiblesses de cette étude avec les critiques mises en évidence et les perspectives à apporter.

Dans un second temps, nous détaillerons les troubles psychiatriques post-cérébro-lésion, ainsi que les enjeux de la prise en charge psychiatrique à l'échelle de la région des Hauts-de-France.

5.1 Analyse des résultats

L'état des lieux de la prise en charge psychiatrique des personnes victimes de cérébro-lésion, dans les Hauts-de-France, a mis en évidence que les médecins rééducateurs étaient confrontés chaque semaine aux manifestations psychiatriques chez leurs patients.

Les médecins rééducateurs ont tendance à rechercher plus fréquemment les troubles anxieux, dépressifs, d'addiction et de stress post traumatique chez leurs patients. A noter, que les troubles bipolaires, psychotiques et de personnalité étaient peu représentés au sein de leurs patients, sachant que ces mêmes troubles étaient peu recherchés par les médecins répondant au questionnaire.

Les difficultés rencontrées par les médecins rééducateurs dans la prise en charge psychiatrique de leur patient étaient nombreuses. Les médecins ayant répondu au questionnaire, exprimaient se sentir « peu à l'aise » avec les idées suicidaires et les troubles bipolaires, et « pas du tout » à l'aise avec les troubles psychotiques et les

troubles de la personnalité. Concernant les traitements psychotropes, la majorité exprimait une difficulté dans la gestion de ces traitements. Rappelons l'existence de recommandations de bonne pratique, validées par la HAS, « Troubles du Comportement chez les Traumatisés Crâniens : Quelles options thérapeutiques ? » rédigées par la SOFMER, en 2013. Il était notamment mentionné que des traitements thymorégulateurs et antipsychotiques pouvaient être utilisés, même en l'absence de comorbidité psychiatrique, pour la prise en charge des séquelles comportementales des traumatisés crâniens.

Nous avons remarqué que 92.4% de l'échantillon étaient confrontés à un trouble psychiatrique au moins une fois par semaine, mais les médecins demandaient des avis au moins une fois par semaine que pour 30.8%, et au moins une fois par mois que pour 42.3% de l'échantillon. De plus, Les avis téléphoniques étaient réalisés pour 73.1% dans les 72h, alors que les avis au lit du patient étaient réalisés dans les 72h que pour 42.3% de l'échantillon.

A noter que la sensibilisation à la psychiatrie durant la formation médicale pourrait faire diminuer la difficulté dans la prescription des psychotropes, et favoriserait la demande d'avis psychiatriques pour les patients.

D'autre part, l'expérience clinique conduirait à intervenir plus souvent dans la gestion des psychotropes, à l'exception des antipsychotiques et antidépresseurs. Ce constat se doublerait d'une reconnaissance par ces praticiens d'une plus grande difficulté dans l'appréhension des traitements psychotropes et par conséquent l'intérêt d'un avis psychiatrique.

Il reste nécessaire d'analyser ces variables sur un échantillon plus grand afin d'avoir des résultats significatifs, et par conséquent exploitables.

Ce questionnaire auprès des médecins rééducateurs a montré la plus-value de la présence d'un psychiatre au sein des centres de rééducation orientés cérébro-lésion. En effet, tous les médecins interrogés souhaiteraient la présence d'un psychiatre dans leur unité à minima une journée par semaine. Ils ont également mentionné l'importance d'une sensibilisation des psychiatres à la cérébro-lésion (comme en témoigne le pourcentage d'avis répondant à leur attente : 7.7% « tout à fait », 50% « plutôt oui », 34.6% « plutôt non », et 7.7% « pas du tout »). Ils ont indiqué aussi la nécessité d'assurer une continuité de la prise en charge psychiatrique avec un suivi régulier, et si nécessaire de se coordonner pour transférer temporairement des patients en service de psychiatrie. La majorité des personnes interrogées (73%) souhaiterait une meilleure connaissance sur l'organisation des soins en psychiatrie. Cette meilleure connaissance influencerait peut être davantage sur l'orientation de leurs patients vers un CMP ou un psychiatre libéral.

Les forces de cette étude étaient la présence d'un échantillon qui illustre l'ensemble de la profession d'une part par l'âge (de 28ans à 74ans), par le nombre d'années d'expérience (de 1an à 49 ans) et d'autre part, par le lieu d'exercice (allant du SSR public et privé, au FAM et MAS). Ce questionnaire a mis en évidence la problématique des troubles psychiatriques chez la majorité des patients et également la nécessité d'un psychiatre dans une unité de cérébro-lésion.

L'étude a mis en évidence quelques faiblesses comme le taux de participation qui était de 36.6%. De plus, 34.6% de l'échantillon avaient moins de 50% de patients cérébro-lésés dans leur patientèle. Une hypothèse pouvant expliquer ces taux serait l'envoi du questionnaire à des médecins rééducateurs non spécialisés à la cérébro-

lésion. L'échantillon de trop petite taille a réduit le nombre d'analyses bivariées, et les deux analyses bivariées réalisées sont revenues avec des résultats non significatifs.

Ce questionnaire a permis de constater que les médecins rééducateurs, travaillant en unité de cérébro-lésion, étaient sensibilisés à la psychiatrie comme en témoigne le nombre de stages exercés durant leur formation médicale (57.7% ayant effectué un stage voir plus pendant leur externat/internat).

Ce travail a ouvert des perspectives de recherche. Il serait intéressant de comparer la fréquence des troubles du comportement avec l'instauration/modification/arrêt des traitements thymorégulateurs et antipsychotiques. Il serait utile de rechercher la présence de manifestations psychiatriques chez des patients non cérébro-lésés comme par exemple dans les unités orientées traumatologie.

Enfin, pour répondre aux attentes et constats des médecins rééducateurs, un travail ultérieur sera réalisé sur l'évaluation des idéations suicidaires, des troubles dépressifs, et des troubles de stress post traumatique chez 60 patients dans un SSR cérébro-lésion avec la passation de trois échelles (MINI-DSM V, PHQ-9 et PCL-5).

5.2 Les troubles psychiatriques post cérébro-lésion

Pour mieux comprendre les résultats de notre étude, tentons de les comparer avec les résultats publiés dans des études internationales.

Les données de la littérature internationale ont décrit que les victimes survivantes de traumatisme crânien présentaient un risque significativement accru de développer

des syndromes psychiatriques comparativement à la prévalence vie entière de la population générale ¹⁰.

Nous allons présenter succinctement les principaux troubles psychiatriques avec la prévalence dans la population des cérébro-lésés.

La dépression post traumatique est une des complications psychiatriques les plus fréquentes du traumatisme crânien, la prévalence varie selon les études et leur méthodologie mais semble se situer entre 25 et 50% après un traumatisme crânien de moyen à sévère, pour une prévalence de 17% dans la population générale ¹⁰. Bombardier et al, ont publié dans JAMA en 2010, une cohorte de 559 patients hospitalisés pour cérébro-lésion. Dans cette étude, 53.1% des patients hospitalisés ont répondu aux critères de trouble dépressif majeur au cours de la première année suivant le traumatisme, avec un fort impact sur la qualité de vie ¹¹. Les facteurs associés à la dépression étaient nombreux : « femme, âge jeune, pathologie psychiatrique préalable, dépression au moment de l'accident, lésions de l'hémisphère gauche, déficience cognitive élevée, agressivité sociale, perte ou peur de perdre ou absence de travail, isolement social, statut socio-économique faible, abus de substance, stress perçu, litige, douleur, et conscience de sévérité du handicap » ¹².

D'autres études ont montré un lien important entre traumatisme crânien et risque suicidaire, de même qu'entre comorbidité psychiatrique, traumatisme crânien et risque suicidaire ^{11,13}. Par exemple, une méta-analyse publiée en Janvier 2022 incluant 16 études et portant sur 1 146 271 patients atteints de cérébro-lésion, mettait en évidence une fréquence d'idéation suicidaire de 19.1% au sein de cette population ¹⁴. Également, dans une étude rétrospective de 2001, portant sur 5037

patients victimes de traumatismes crâniens avec coma initial, Silver et al décrivaient un risque de tentative de suicide quatre fois supérieur à celui de la population générale et cela après avoir éliminé l'abus d'alcool, ou tout autre comorbidité psychiatrique, chez des patients victimes de traumatismes crâniens avec coma ¹⁵.

Si la dépression et les troubles anxieux sont les troubles psychiatriques les plus fréquents, le taux de psychose post-traumatique en population de cérébro-lésés est très variable en fonction des études allant de 0.7 à 9% ¹⁶⁻¹⁸.

Les symptômes psychotiques secondaires à un traumatisme crânien intéressent plusieurs cadres nosographiques dont le trouble psychotique secondaire à un traumatisme crânien, la schizophrenia-like psychosis et la schizophrénie post-traumatique ¹⁹.

La schizophrénia like psychosis désigne un syndrome schizophréniforme secondaire à un traumatisme crânien ^{17,20,21}. Cette entité clinique se caractérise par la prédominance de symptômes positifs avec des éléments de persécution et des hallucinations auditives, contrastant avec le peu de symptômes négatifs ²¹. Le facteur de risque le plus démontré est la présence d'atteinte cérébrale diffuse et particulièrement des lobes temporaux et frontaux. Le temps de latence entre le traumatisme crânien souvent sévère et le diagnostic de trouble délirant est de quatre ans en moyenne.

La schizophrénie post-traumatique désigne une schizophrénie selon le DSM-IV-TR ²² qui fait suite à un traumatisme crânien. Le diagnostic de schizophrénie écarte une affection médicale générale à l'origine du tableau psychiatrique. De ce fait, il n'y a pas de lésion cérébrale documentée à la neuro-imagerie. Le traumatisme est décrit comme un facteur déclenchant une schizophrénie latente. Une période de latence

d'une durée d'un an est rapportée entre le traumatisme crânien et le diagnostic. Cette phase paucisymptomatique est parfois décrite avec un repli comportemental affectif et cognitif, des bizarreries qui témoignent la survenue d'un « syndrome dissociatif », ainsi qu'un délire paranoïde par la suite. Si le thème principal du délire est la persécution, le mécanisme est le plus souvent interprétatif. Selon Senninger, le schéma évolutif clinique de la schizophrénie post traumatique est le suivant : « traumatisme crânien, confusion mentale, syndrome dissociatif puis délire paranoïde »²³. Toutefois, certains auteurs réfutent l'existence d'une schizophrénie post traumatique en considérant le traumatisme crânien comme prodrome du mode d'entrée dans la schizophrénie et non comme facteur déclencheur de cette dernière²⁰.

L'association des symptômes psychotiques post-traumatiques avec des lésions des lobes cérébraux frontaux et temporaux est décrite par plusieurs auteurs^{16,17,24,25}. Ces lésions cérébrales traumatiques diffuses sont localisées dans des zones cérébrales similaires à celles retrouvées dans certaines pathologies démentielles dégénératives. Les patients souffrant de schizophrénia like psychosis ont davantage de dommages cérébraux étendus que ceux ayant subi un traumatisme crânien sans psychose ultérieure. Le traumatisme crânien peut entraîner une accumulation cérébrale de peptides amyloïdes beta pourvoyeuse de déficits cognitifs comme par exemple la maladie d'Alzheimer. De plus, un allèle codant pour l'apolipoprotéine E peut être associé à des formes particulières de schizophrénie en influençant l'expression phénotypique de la maladie lorsqu'un traumatisme crânien est intervenu²⁶.

Au sein du modèle neurodéveloppemental, la schizophrénie est une maladie aux déterminants multifactoriels, interactions d'une vulnérabilité génétique éprouvée par des facteurs extérieurs²⁷. Le traumatisme crânien est alors considéré comme facteur

de risque environnemental de la schizophrénie ²⁸. Les lésions cérébrales microscopiques secondaires à un traumatisme crânien peuvent entraîner un remodelage neuronal induisant le développement d'un trouble schizophrénique chez un sujet vulnérable et prédisposé ²⁹. La latence entre le traumatisme crânien et l'apparition des premiers symptômes cliniques s'explique par le délai nécessaire aux remaniements neuronaux. La neuroplasticité cérébrale est affectée par la présence du traumatisme crânien pour adopter un développement pathologique. Les schizophrénies post-traumatiques sont à considérer comme des phénotypes particuliers du spectre de la schizophrénie qui inclut plusieurs formes anatomocliniques ²⁷.

Parmi les manifestations psychiatriques induites par la cérébro-lésion, nous retrouvons également les troubles de stress post traumatique. Dans la littérature, quatre mécanismes principaux sont suggérés :

- Lorsque le traumatisme crânien est léger, il y a peu ou pas d'amnésie organique. Par conséquent, la personne a des souvenirs conscients pour tout ou partie de l'évènement traumatique ³⁰
- Lorsqu'il existe une ou plusieurs zones de mémoire atteintes pendant l'amnésie post traumatique, une personne peut avoir une mémoire consciente d'une partie de l'évènement dans une période par ailleurs amnésique ³¹
- Lorsqu'il n'y a pas de souvenir conscient/explicite de l'évènement dû à l'amnésie organique mais que le traumatisme est revécu par un non-conscient/implicite réaction de peur, un syndrome de stress post traumatique peut être déclenché lorsqu'une personne est exposée à des stimuli rappelant l'évènement ³²

- Lorsqu'il y a peu ou pas de souvenir de l'évènement mais où des « pseudo-mémoires » imaginées ou reconstruites sont générées en fonction de ce que la personne croit qu'il s'est passé ou qu'on lui a raconté ^{33,34}.

Le syndrome de stress post traumatique peut également se développer en raison d'expériences traumatisantes associées à l'évènement mais qui se produisent quelque temps après, lors de la prise en charge médicale, par exemple ³⁵.

Certaines études ^{36,37} ont décrit un sur-diagnostic de stress post traumatique lors des auto-questionnaires comparativement avec des entretiens structurés. Ceci peut s'expliquer en partie par le chevauchement des symptômes entre ceux de la cérébro-lésion et ceux du stress post traumatique.

Enfin, évoquons une approche de la psychothérapie avec celle du Dr Oppenheim-Gluckman, psychiatre et psychanalyste, qui travaille sur le développement en France des psychothérapies psychanalytiques chez les patients cérébro-lésés, dont en témoigne son livre « La pensée naufragée, clinique psychopathologique des patients cérébro-lésés » et ses nombreuses publications.

Dans une de ses publications, elle a décrit les éléments psychopathologiques liés au fait d'être cérébro-lésé en se centrant sur : l'atteinte de l'identité, la méconnaissance du handicap cognitif et comportemental, et les difficultés du travail de deuil ³⁸. Elle a mis en évidence la psychopathologie des patients cérébro-lésés avec la présence d'éléments communs avec d'autres maladies somatiques graves (comme les effets de la confrontation à la mort possible, la culpabilité, la honte, le traumatisme psychique) et des éléments plus liés au fait d'être cérébro-lésé avec dans certains cas l'exposition au coma.

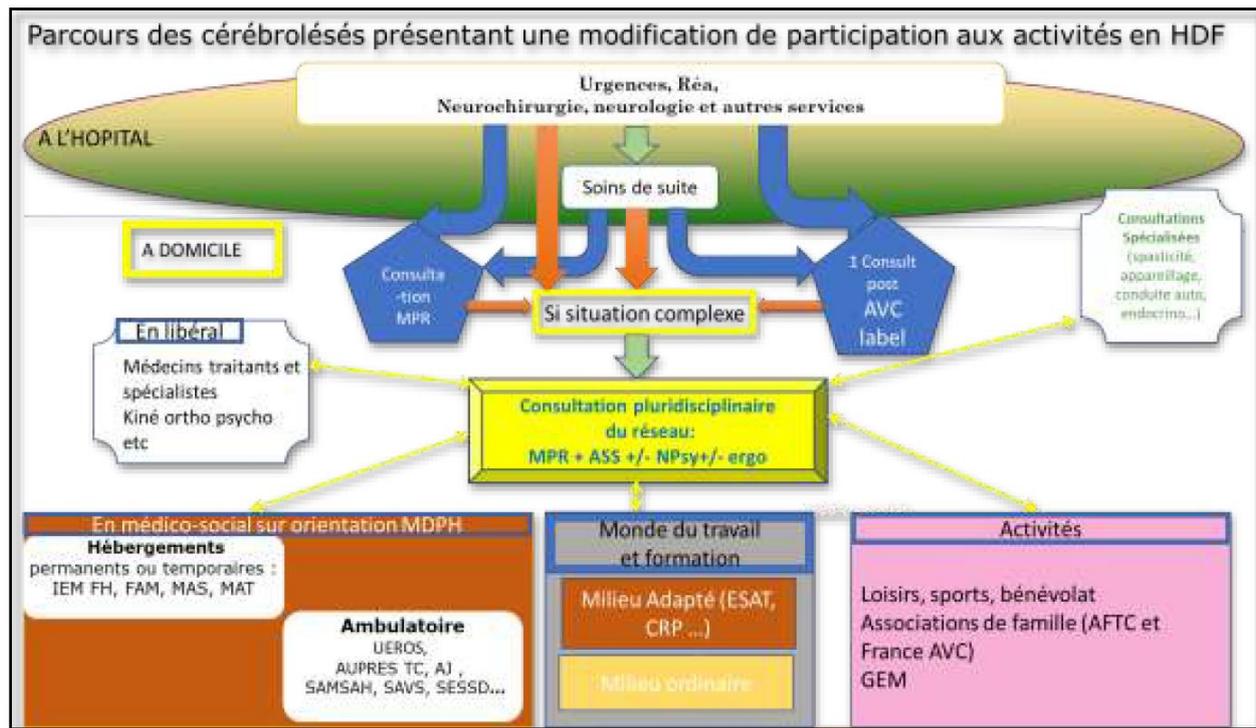
Dr Oppenheim-Gluckman a repris une description de Goldstein dans les années

1930, avec « l'angoisse de catastrophe » pour exprimer « l'ébranlement aussi bien du monde qui l'entoure que de sa propre personne ». Et également décrits l'atteinte de l'identité subjective et le sentiment « d'inquiétante étrangeté » lors de la phase de coma et de réveil.

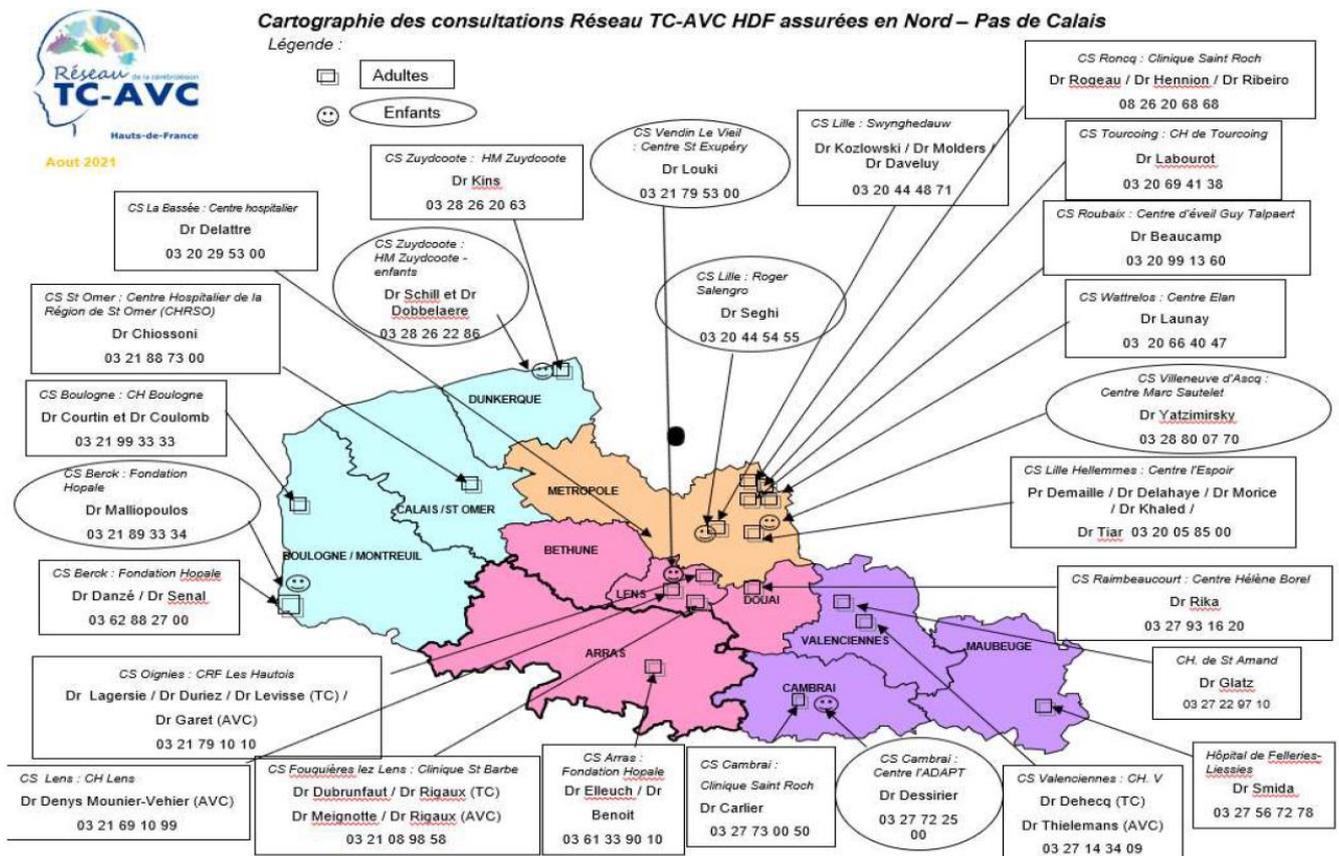
La méconnaissance du handicap cognitif et comportemental des patients cérébro-lésés peut s'expliquer par la difficulté à intégrer l'expérience de la maladie dans leurs espaces psychique et existentiel ³⁹. D'autres auteurs ont décrit trois éléments pour expliquer la méconnaissance du handicap : une conscience diminuée à cause des troubles cognitifs, des réactions psychologiques et de déni, et une incapacité spécifique à reconnaître le handicap, liés directement à la lésion ⁴⁰.

5.3 Les enjeux à l'échelle de notre territoire

Rappelons qu'il existe un parcours de soins pour la personne cérébro-lésée (cf. schéma du réseau TC/AVC p.47). Celui-ci illustre la multitude d'intervenants pouvant être sollicités ainsi que l'importance de connaître l'existence des différentes structures et leurs coordinations.



Au sein du territoire des Hauts-de-France, le Réseau TC/AVC propose des consultations sur l'ensemble du territoire afin d'orienter et prendre en charge les patients de manière optimale.



Au sein du CHU de Lille, des consultations spécialisées sont organisées, de manière mensuelle, avec le Docteur MOLDERS (médecin physique et réadaptation) et le Docteur GRANON (médecin psychiatre) conjointement.

Les résultats du questionnaire nous ont rappelé l'importance de former les psychiatres intervenants dans les unités de cérébro-lésion. Par exemple l'équipe mobile de psychiatrie du CHU de Lille, composée de psychiatres et d'infirmiers spécialisés, donne des avis psychiatriques au sein de l'ensemble des services du centre hospitalier.

Il semble également intéressant de promouvoir les sites d'informations comme psychiaclic.fr, psychopharma.fr et f2rsmpsy.fr, qui sont une aide dans le diagnostic, la prise en charge et l'orientation des patients présentant des troubles psychiatriques.

6 CONCLUSION

Les personnes victimes de cérébro-lésion sont sujettes à différentes manifestations psychiatriques variables selon le type de lésion et de sa temporalité. De plus, la cérébro-lésion peut engendrer des conséquences somatiques, cognitives, psychologiques et sociales.

Malgré les différentes limitations évoquées, notre étude a permis de faire ressortir que les médecins rééducateurs, spécialisés en cérébro-lésion, sont confrontés au quotidien aux troubles psychiatriques dans la prise en charge de leurs patients. Ils s'accordent sur le fait que les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les addictions et les troubles de stress post-traumatique sont fréquemment présents chez leurs patients, avec une aisance relative dans la prise en charge. Cependant, dans l'ensemble, les médecins rééducateurs se retrouvent en difficulté lorsqu'il s'agit de pathologies moins fréquentes comme les troubles bipolaires, les troubles psychotiques et les troubles de la personnalité. Il ressort le même constat par rapport à la capacité de gestion des traitements psychotropes dans leur pratique.

Afin d'établir une détection et une prise en charge adaptées des troubles psychiatriques chez les patients victimes de cérébro-lésion, la collaboration entre les médecins rééducateurs et les psychiatres s'avère indispensable. Il semble pertinent de renforcer les liens entre ces spécialités pour permettre une prise en charge optimale, comme le propose le Réseau TC/AVC à l'échelle des Hauts de France, avec des consultations pluridisciplinaires et un espace de formation dédié.

Notre étude a émis la proposition d'une évaluation psychiatrique systématique chez l'ensemble des patients hospitalisés en unité cérébro-lésion ; démarche jugée pertinente par les médecins rééducateurs interrogés. De ce fait, une seconde étude va être mise en place avec l'inclusion de 60 patients dans une unité de la région des Hauts-de-France avec la passation d'échelles relatives aux idéations suicidaires, troubles dépressifs et troubles de stress-post-traumatique.

7 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) SPF. *Épidémiologie des traumatismes crâniens en France et dans les pays occidentaux : Synthèse bibliographique, avril 2016*. <https://www.santepubliquefrance.fr/import/epidemiologie-des-traumatismes-craniens-en-france-et-dans-les-pays-occidentaux-synthese-bibliographique-avril-2016> (accessed 2023-03-07).
- (2) *Parcours de santé et de vie des personnes traumatisées crâniennes et cérébrolésées*. <https://www.normandie.ars.sante.fr/parcours-de-sante-et-de-vie-des-personnes-traumatisees-craniennes-et-cerebroleseees> (accessed 2022-04-20).
- (3) *Traumatisme Crânien et CérébroLésion Acquise*. AFTC GIRONDE Site officiel. <https://aftc-gironde.org/site/traumatisme-cranien-et-cerebrolesion-acquise/> (accessed 2022-04-20).
- (4) Peeters, W.; van den Brande, R.; Polinder, S.; Brazinova, A.; Steyerberg, E. W.; Lingsma, H. F.; Maas, A. I. R. Epidemiology of Traumatic Brain Injury in Europe. *Acta Neurochir. (Wien)* **2015**, *157* (10), 1683–1696. <https://doi.org/10.1007/s00701-015-2512-7>.
- (5) Jennett, B. Epidemiology of Head Injury. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* **1996**, *60* (4), 362–369.
- (6) Tiret, L.; Hausherr, E.; Thicoipe, M.; Garros, B.; Maurette, P.; Castel, J. P.; Hatton, F. The Epidemiology of Head Trauma in Aquitaine (France), 1986: A Community-Based Study of Hospital Admissions and Deaths. *Int. J. Epidemiol.* **1990**, *19* (1), 133–140. <https://doi.org/10.1093/ije/19.1.133>.
- (7) Masson, E. *Troubles psychiques des traumatisés crâniens sévères*. EM-Consulte. <https://www.em-consulte.com/article/184823/troubles-psychiques-des-traumatisees-craniens-sever> (accessed 2023-03-07).
- (8) Thornhill, S.; Teasdale, G. M.; Murray, G. D.; McEwen, J.; Roy, C. W.; Penny, K. I. Disability in Young People and Adults One Year after Head Injury: Prospective Cohort Study. *BMJ* **2000**, *320* (7250), 1631–1635. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7250.1631>.
- (9) *Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation - Légifrance*. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006068902> (accessed 2023-03-29).
- (10) Lermuzeaux, C. Les troubles psychiatriques post-traumatiques chez le traumatisé crânien. *Inf. Psychiatr.* **2012**, *88* (5), 345–352. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8805.0345>.
- (11) Bombardier, C. H.; Fann, J. R.; Temkin, N. R.; Esselman, P. C.; Barber, J.; Dikmen, S. S. Rates of Major Depressive Disorder and Clinical Outcomes Following Traumatic Brain Injury. *JAMA* **2010**, *303* (19), 1938–1945. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.599>.
- (12) *Troubles du Comportement chez les Traumatisés Crâniens : Quelles options thérapeutiques ? - Moteurline*. <http://www.moteurline.apf.asso.fr/spip.php?article2688> (accessed 2023-03-22).
- (13) Rogers, J. M.; Read, C. A. Psychiatric Comorbidity Following Traumatic Brain Injury. *Brain Inj.* **2007**, *21* (13–14), 1321–1333. <https://doi.org/10.1080/02699050701765700>.
- (14) Chen, F.; Chi, J.; Niu, F.; Gao, Q.; Mei, F.; Zhao, L.; Hu, K.; Zhao, B.; Ma, B. Prevalence of Suicidal Ideation and Suicide Attempt among Patients with Traumatic Brain Injury: A Meta-Analysis. *J. Affect. Disord.* **2022**, *300*, 349–357. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.024>.
- (15) Silver, J. M.; Kramer, R.; Greenwald, S.; Weissman, M. The Association between Head Injuries and Psychiatric Disorders: Findings from the New Haven NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. *Brain Inj.* **2001**, *15* (11), 935–945. <https://doi.org/10.1080/02699050110065295>.
- (16) Achte, K.; Jarho, L.; Kyykkä, T.; Vesterinen, E. Paranoid Disorders Following War Brain Damage. Preliminary Report. *Psychopathology* **1991**, *24* (5), 309–315. <https://doi.org/10.1159/000284731>.

- (17) Davison, K. Schizophrenia-like Psychoses Associated with Organic Cerebral Disorders: A Review. *Psychiatr. Dev.* **1983**, *1* (1), 1–33.
- (18) Violon, A. Post-Traumatic Psychoses. *Acta Neurochir. Suppl. (Wien)* **1988**, *44*, 67–69. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-9005-0_12.
- (19) Auxéméry, Y. Les troubles psychotiques post-traumatiques : un modèle physiopathologique de la schizophrénie. *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.* **2011**, *169* (3), 155–159. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.12.020>.
- (20) David, A.; Prince, M. PSYCHOSIS FOLLOWING HEAD INJURY: A CRITICAL REVIEW. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* **2005**, *76* (Suppl 1), i53–i60. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2004.060475>.
- (21) Zhang, Q.; Sachdev, P. S. Psychotic Disorder and Traumatic Brain Injury. *Curr. Psychiatry Rep.* **2003**, *5* (3), 197–201. <https://doi.org/10.1007/s11920-003-0042-0>.
- (22) Masson, E. *DSM-IV-TR (Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, 4^e édition, Texte Révisé)*. EM-Consulte. <https://www.em-consulte.com/article/96893/dsm-iv-tr-manuel-diagnostique-et-statistique-des-t> (accessed 2023-03-22).
- (23) Tarquinio, C.; Auxéméry, Y. Chapitre 15. Conséquences des blessures cérébrales et psychiques. In *Manuel des troubles psychotraumatiques*; Psychothérapies; Dunod: Paris, 2022; pp 473–500.
- (24) Feinstein, A.; Ron, M. A Longitudinal Study of Psychosis Due to a General Medical (Neurological) Condition: Establishing Predictive and Construct Validity. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* **1998**, *10* (4), 448–452. <https://doi.org/10.1176/jnp.10.4.448>.
- (25) Hillbom, E. After-Effects of Brain-Injuries. Research on the Symptoms Causing Invalidism of Persons in Finland Having Sustained Brain-Injuries during the Wars of 1939-1940 and 1941-1944. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* **1960**, *35* (142), 1–195.
- (26) Schürhoff, F.; Krebs, M.-O.; Szöke, A.; Loze, J.-Y.; Goldberger, C.; Quignon, V.; Tignol, J.; Rouillon, F.; Laplanche, J.-L.; Leboyer, M. Apolipoprotein E in Schizophrenia: A French Association Study and Meta-Analysis. *Am. J. Med. Genet. Part B Neuropsychiatr. Genet. Off. Publ. Int. Soc. Psychiatr. Genet.* **2003**, *119B* (1), 18–23. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.20007>.
- (27) Tandon, R.; Keshavan, M. S.; Nasrallah, H. A. Schizophrenia, “Just the Facts” What We Know in 2008. 2. Epidemiology and Etiology. *Schizophr. Res.* **2008**, *102* (1–3), 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.04.011>.
- (28) Demily, C.; Thibaut, F. Facteurs de Risque Environnementaux à La Schizophrénie. *Ann. Medico-Psychol. - ANN MEDICO-PSYCHOL* **2008**, *166*, 606–611. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2006.09.016>.
- (29) Delègue. *Les «troubles neurodéveloppementaux»: analyse critique*. Revue Pratiques. <https://pratiques.fr/Les-troubles-neurodeveloppementaux-analyse-critique> (accessed 2023-03-22).
- (30) Horton, A. M. Posttraumatic Stress Disorder and Mild Head Trauma: Follow-up of a Case Study. *Percept. Mot. Skills* **1993**, *76*, 243–246. <https://doi.org/10.2466/pms.1993.76.1.243>.
- (31) King, N. S. Post-Traumatic Stress Disorder and Head Injury as a Dual Diagnosis: “Islands” of Memory as a Mechanism. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* **1997**, *62* (1), 82–84.
- (32) *Posttraumatic stress disorder with neurogenic amnesia for the traumatic event | Semantic Scholar*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Posttraumatic-stress-disorder-with-neurogenic-for-Layton-Wardizonna/fdc8eea62268ea377add931df2487faae02e08ed> (accessed 2023-03-22).
- (33) Harvey, A. G.; Bryant, R. A. Reconstructing Trauma Memories: A Prospective Study of “Amnesic” Trauma Survivors. *J. Trauma. Stress* **2001**, *14* (2), 277–282. <https://doi.org/10.1023/A:1011108816888>.
- (34) McMillan, T. M. Post-Traumatic Stress Disorder Following Minor and Severe Closed Head Injury: 10

- Single Cases. *Brain Inj.* **1996**, *10* (10), 749–758. <https://doi.org/10.1080/026990596124016>.
- (35) King, N. S. PTSD and Traumatic Brain Injury: Folklore and Fact? *Brain Inj.* **2008**, *22* (1), 1–5. <https://doi.org/10.1080/02699050701829696>.
- (36) Sumpter, R. E.; McMillan, T. M. Misdiagnosis of Post-Traumatic Stress Disorder Following Severe Traumatic Brain Injury. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* **2005**, *186*, 423–426. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.5.423>.
- (37) Blake, D. D.; Weathers, F. W.; Nagy, L. M.; Kaloupek, D. G.; Gusman, F. D.; Charney, D. S.; Keane, T. M. The Development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J. Trauma. Stress* **1995**, *8* (1), 75–90. <https://doi.org/10.1007/BF02105408>.
- (38) Oppenheim-Gluckman, H. Atteinte de la pensée et psychopathologie. *Inf. Psychiatr.* **2012**, *88* (5), 339–344. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8805.0339>.
- (39) Masson, E. *Psychopathologie de la méconnaissance des troubles cognitifs et comportementaux des traumatisés crâniens sévères.* EM-Consulte. <https://www.em-consulte.com/article/21481/article/psychopathologie-de-la-meconnaissance-des-troubles> (accessed 2023-03-12).
- (40) Giacino, J. T.; Cicerone, K. D. Varieties of Deficit Unawareness after Brain Injury. *J. Head Trauma Rehabil.* **1998**, *13* (5), 1–15. <https://doi.org/10.1097/00001199-199810000-00003>.

8 ANNEXES

Annexe 1 : Plaquettes d'informations du Réseau TC/AVC

Hainaut

Cs/ Hôpital de Saint-Amand : 19 rue des anciens AFN - 59230 Saint-Amand-Les-Eaux
- (adultes **AVC**) : Dr Ido (03 27 22 97 10)
- (adultes **TC**) : Dr Glatz (03 27 22 97 10)

Cs/ Centre hospitalier de Valenciennes (adultes) : Avenue Désandrouin - BP 479 - 59322 Valenciennes
- (adultes **TC**) : Dr Dehecoq (03 27 14 34 09)
- (adultes **AVC**) : Dr Thielemans (03 27 14 34 09)

Cs/ Clinique Saint Roch : 128 Allée Saint Roch - BP 85- 59402 Cambrai
- (adultes) : En attente de recrutement (03 27 73 00 50)

Cs/ Hôpital de Felleries-Liesies : 21 Route du Val Joly, - 59740 Solre le Château
- (adultes) : Dr Benidir, Dr Smida (03 27 56 72 78)

Cs/ Centre L'ADAPT: 121, rue de Solesmes BP 401 - 59407 Cambrai
- (enfants) : Dr Dessiner (03 27 72 25 00)

Artois, Douais

Cs/ Clinique Sainte Barbe: 4 rue d'Artois 62740

Fouquières-lez-Lens

- (adultes **TC**) : Dr Dubrunfaut, Dr Rigaux, Dr Meignotte
- (adultes **AVC**) : Dr Youssef (03 21 08 98 21)

Cs/ Centre les Hautois, AHNAC : 9 place de la IVème République 62590 Orignies

- (adultes **TC**) : Dr Duriez, Dr Lévisse, Dr Lagersie
- (adultes **AVC**) : Dr Garet (03 21 79 10 10)

Cs/ Centre Hélène Borel : Avenue du Château du Liez - 59283 Raimbeaucourt

- (adultes) : Dr Rica (03 27 93 16 20)

Cs/ Centre hospitalier de Lens : 99 Route de la Bassée - 62300 Lens

- (adultes) : Dr Denis (03 21 69 12 34)

Cs/ Centre de soins Saint Eupéry : Route de la Bassée 62880 Vendin le Vieil

- (enfants) : Dr D'Hulster (03 21 79 53 00)

Pour les patients sortis de l'établissement :

Cs/ Hopale rééducation : Boulevard Georges Besnier - 62000 Arras
- (adultes) : Dr Elleuch, Dr Benoit (03 61 33 90 10)

Les coordonnées des Associations de familles

Association France AVC 59-62 Louis Hardy : 2 Place du Général de Gaulle, 59874 Wambrechies cedex
- Mr Henri De Riemacker (03 20 55 86 03, les mardis de 14h à 16 h et jeudis de 18h30 à 20h30)

Association R'éveil AFTC : 19 Rue Louise Michel 59290

Wasquehal (03 20 65 15 62)
coma-reveil.coordination@nordnet.fr
<https://reveil-coma5962.org/>

De par les séquelles physiques, mais surtout cognitives et comportementales, les personnes affectées d'une lésion cérébrale acquise sont souvent en situation de handicap.

Ces situations ont ou peuvent avoir d'importantes répercussions dans leur vie quotidienne et socio-professionnelle.

Pour quoi ?

Voici les principaux objectifs du réseau :

- **Évaluer la situation de handicap au domicile** (*approche médico-psycho-sociale*)
- **Informier, Orienter** la personne vers les ressources territoriales adaptées, pour favoriser la meilleure réinsertion sociale et professionnelle ou scolaire possible (professionnels spécialisés, services médico-sociaux, aménagement du domicile, aide dans les démarches sociales (MDPH, APA, ...), aide à la mobilité, ...)
- Définir un **plan personnalisé de santé (PPS), en collaboration avec le médecin traitant**
- Suivre l'évolution de ce plan.

Par des interventions ponctuelles, le réseau a pour mission d'intervenir en appui des professionnels du premier recours et en particulier du médecin traitant, pour la coordination du parcours.

Pour qui ?

Toute personne cérébralisée (enfant et adulte), domiciliée dans les départements du Nord ou du Pas de Calais, en situation complexe, ne bénéficiant pas d'aide spécialisée ; c'est-à-dire :

- 1- Si la personne présente une **pathologie cérébrale acquise non évolutive** :
 - **Traumatisme Crânien (TC)** sans critère d'âge ou **anoxie cérébrale** survenue après l'âge d'un mois
 - **Accident Vasculaire Cérébral (AVC)** ou autres lésions cérébrales acquises stabilisées (hémorragie méningée, encéphalite, abcès, tumeur bénigne ou maligne en rémission, méningo-encéphalite) survenus après l'âge d'un

L'équipe salariée :

Répartie sur les 4 territoires de santé et composée de

- 1 médecin spécialisé
- 1 directeur régional
- 1 cadre administratif coordinateur
- 1 assistante de direction/assistante formations
- Des coordonnateurs d'appui, participants aux consultations de suivi et pouvant intervenir sur les lieux de vie :
 - 3.4 ETP neuropsychologues
 - 4 ETP assistants de service social
 - 0.6 ETP ergothérapeute

Le réseau, c'est aussi

- ✓ Des **groupes de travail** (connaissance des acteurs en région, harmonisation des pratiques)
- ✓ Des **formations**
 - Déclaration d'activité de formation enregistrée auprès du préfet de région du Nord - Pas de Calais, sous le numéro **31 59 08111 5**
- ✓ Un **site Internet** : www.reseautcavc-hdf.org (cartographies, formations, présentation des membres du réseau (structures sanitaires, médico-sociales, libérales et associatives), ...)
- ✓ Un **centre de documentation** (USN B, CHU) ouvert aux membres (adhésion rapide et gratuite)

Les coordonnées du Siège

- ✓ 6, rue du Professeur Laguesse - CHU de Lille - Rez de Jardin des USN B
59 037 Lille Cedex
- ✓ Tél. : 03 20 44 58 12
- ✓ Fax : 03 20 44 55 32
- ✓ assistantedirection@reseautcavc-hdf.org



mois et pour les personnes de **moins de 70 ans**, qui ne relèvent pas de l'intervention des professionnels de la gériatrie, du fait de problèmes de santé associés.

Et

2- Si elle est en **situation complexe**, c'est-à-dire en situation associant au moins 2 des problématiques suivantes :

- L'association de **plusieurs pathologies**
- L'existence de troubles cognitifs, comportementaux, émotionnels ou affectifs (**handicap invisible**)
- La **perte d'autonomie**, avec retentissement sur la vie personnelle, familiale, sociale, scolaire ou professionnelle
- La **précarité sociale** (isolement, difficultés de logement, de ressources, de transport, d'accès aux droits)
- La **rupture dans le parcours de santé**, inhérente aux ressources territoriales et/ou à la pathologie.

Comment ?

Vous pouvez alors l'orienter vers une des **consultations de suivi** du réseau **TC AVC Hauts de France**, organisées en une **trentaine de lieux** des départements du Nord et du Pas de Calais avec l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée :

- un médecin (médecin de médecine physique et de réadaptation ou neurologue)
- un(e) assistant(e) de service social
- +/- un(e) neuropsychologue
- +/- un(e) ergothérapeute

Avant la première consultation, il est fortement souhaitable d'envoyer un **courrier médical**, décrivant la pathologie cérébrale et la situation complexe, adressé au médecin de la consultation de suivi choisie.

Plaquette d'informations

A destination des **professionnels** intervenant auprès des personnes victimes d'un **Accident Vasculaire Cérébral (AVC)**, d'un **Traumatisme Crânien (TC)** ou d'une autre lésion cérébrale acquise



Le Réseau TC AVC

Hauts-de-France

Pour quoi, pour qui et comment le solliciter ?



Voici leurs coordonnées :

⚠ Attention, certaines consultations accueillent spécifiquement les **TC** ou les **AVC**, les adultes ou les enfants

Littoral

Cs/ Centre Hélio Marin : 47 rue du Dr Calot, 62600 Berck-sur-Mer
- (adultes) : Dr Danzé, Dr Senal, Dr Courtin (03 62 88 27 00)

Cs/ Centre Calvé (AVC) : 72 Esplanade Parmentier 62608 Berck-sur-Mer
- (enfants) : Dr Mallopoloulos (03 21 89 33 34)

Cs/ Hôpital Maritime : Boulevard Vancauwenbergh 59123 Zuydcoote
- (adultes) : Dr Kins (03 28 26 20 63)
- (enfants) : Dr Schill (03 28 26 22 86)

Cs/ Centre Hospitalier Région St Omer : BP 60357 62505 Saint-Omer cedex
- (adultes) : Dr Chiossoni (03 21 88 70 00)

Métropole Lilleuse

Cs /Hôpital Roger Salengro, CHRU de Lille : 59037 Lille cedex
- (enfants) : Dr Seghi

Cs/Hôpital Swynghedauw CHU : rue Verhaeghe - 59037 Lille cedex
- (adultes) : Dr Kozlowski, Dr Daveluy, Dr Molders (03 20 44 48 71)

Cs/ Centre d'éveil Guy Talpaert, Rue Paul Lafarge - 59100 Roubaix
- (adultes) : Dr Salles, Dr Beaucamp (03 20 99 31 31)

Cs/ Centre L'Espoir : 25 pavé du Moulin 59260 Lille-Hellemmes
- (adultes) : Pr Demaille, Dr Delahaye, Dr Coulobm, Dr Morice, Dr Khaled (03 20 05 85 00)

Cs/ Clinique Saint Roch : 56 rue de Lille - 59223 Roncq
- (adultes) : Dr Ribeiro, Dr Rogeau (08 26 20 68 68)

Cs/ Centre Elan (AVC) : 30 rue du Dr Fleming 59393 Wattrelos
- (adultes) : Dr Launay (03 20 66 40 47)

Cs/ Etablissement Public de Santé Les Erables (AVC) : 32/34 rue des Fossés - 59480 La Bassée
- (adultes) : Dr Delattre (03 20 29 53 00)

Cs/ Centre Marc Sautellel : 10 rue Petit Boulevard BP 20127 - 59653 Villeneuve d'Ascq cedex
- (enfants) : Dr Yatzimirsky, Dr Taquet, Dr Heymann (03 28 80 07 70)

Cs/ Centre hospitalier de Tourcoing : 155 Rue du Président Coty, 59200 Tourcoing
- (adultes) : Dr Labourot (03 20 69 49 49)

La prise en charge initiale

Il y a dans la région Nord Pas de Calais deux services de neurochirurgie (CHRU de Lille et hôpital de Valenciennes), pour l'accueil des cas les plus graves. Des services de réanimation existent dans la plupart des autres centres hospitaliers.

La rééducation

Elle s'effectue dans des centres de Soins de suite-MPR neurologiques pour adultes et enfants, dans chaque bassin de vie régional (voir plaquette des centres).

Pour les patients qui avaient initialement un coma existant des **structures d'éveil**. Si l'état de veille sans conscience (état végétatif) se poursuit, le patient est orienté vers un service d'accueil pour état végétatif prolongé ou pauci-relationalnel.

Les structures médico-sociales

On citera pour les adultes les UEROS (Berck, Lille), Auprès TC (La Bassée), les SAMSAH et les FAM, et pour les enfants les SESSD et les IEM (voir plaquette des centres).

L'orientation vers ces structures dépend de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Un dossier spécial doit être constitué.

La MDPH doit être sollicitée pour les prestations sociales : allocation adultes handicapés, carte d'invalidité, et carte de stationnement.

Le suivi au long cours

Après le retour au domicile, il y a nécessité d'un suivi spécialisé de tous les problèmes

médicaux et sociaux. Des consultations de suivi ont été mises en place par le **Réseau TC-AVC 59-62** dans chaque centre de rééducation de la région.

Le réseau TC-AVC 59-62

Son objectif est l'évaluation et la prise en charge multidisciplinaires des personnes cérébrolésées (notamment TC et AVC) et de leur famille, à tous les stades de l'évolution.

Pour un avis spécialisé, il faut solliciter la personne référente de la consultation proche du domicile (voir plaquette des centres), ou téléphoner au secrétariat du réseau :

03 20 44 58 12

Ou écrire : Réseau TC-AVC - USNB, CHRU, 6 Rue du Professeur Laguesse, 59037 Lille cedex.

Les professionnels prendront contact avec **Marie-Christine Liné**, coordinatrice du réseau: (mcline.rtcavc5962@gmail.com)



Le réseau est financé dans le cadre du FIR

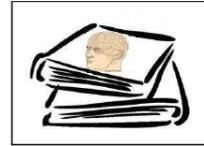
Version du 18 novembre 2013

R-TC-AVC

Réseau de la cérébrólésion



Le traumatisme crânien : quelques explications pour les patients, leurs accompagnants et les acteurs sociaux

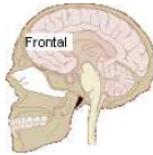


Un aperçu des différents traumatismes et du parcours du patient

Qu'est-ce qu'un traumatisme crânien ?

Il s'agit essentiellement d'un traumatisme du cerveau, endommagé en raison du choc avec la boîte crânienne. Les lésions se produisent surtout en regard du point d'impact, ou à un endroit diamétralement opposé. **Le cerveau antérieur, frontal, est donc le plus exposé.**

Les causes les plus fréquentes sont les accidents de la voie publique, les chutes et les agressions.



Le traumatisme crânien grave

Initialement, il est responsable d'un coma. Le patient est adressé vers un service d'urgence puis de réanimation et, s'il y a nécessité d'une intervention, vers un service de neurochirurgie. Il présente un coma et il existe un risque vital. La durée de cette phase est variable et peu prévisible. Elle prend fin si la personne commence à communiquer.

La seconde phase est celle de la rééducation, qui dure toujours de nombreux mois. Pour les plus graves, dont la période d'inconscience est prolongée, l'accueil se fait dans des structures d'accueil spécifiques dites « d'éveil ». L'éveil est toujours progressif, sur

plusieurs semaines voire plusieurs mois. Il peut rester incomplet.

La personne qui retrouve une communication bénéficie au mieux de la rééducation motrice et neuropsychologique. Elle récupère progressivement une autonomie dans la vie quotidienne. Mais ceci peut être rendue plus difficile par des **troubles cognitifs avec désorientation et déficits de la mémoire et par des perturbations du comportement avec agitation, opposition, manque d'initiative et de participation.** Il est un jour possible d'envisager une sortie hospitalière progressive, avec des permissions de week-end qui permettent de tester le comportement au domicile et favorisent la restauration des repères personnels.

La troisième phase commence après le retour au domicile. Même préparé, il reste difficile. C'est alors que l'entourage perçoit les **difficultés résiduelles et notamment les troubles du comportement et de la communication** qui perturbent la structure familiale. Les établissements médico sociaux (UEROS, Auprès TC) peuvent aider la personne et son entourage dans cette période difficile.

Après le retour au domicile, il y a une justification à un suivi attentif en consultation spécialisée.

Le traumatisme crânien modéré

Le patient fait un séjour plus court aux urgences, en chirurgie ou en neurologie. La récupération apparente est plus rapide, en quelques jours ou semaines. Il n'est souvent pas admis en rééducation. Un retour direct au domicile est envisagé. Pourtant, il présente fréquemment des difficultés cognitives et du comportement, qui sont initialement mésestimées. Et elles vont toujours perturber le cercle familial.

Pour ces personnes, il y a aussi nécessité d'une évaluation spécialisée des difficultés, puis d'un suivi spécialisé.

Le traumatisme crânien léger

Le patient a parfois une perte de connaissance brève, mais il n'est pas hospitalisé en milieu spécialisé. Après un séjour aux urgences, il regagne le domicile. La réintégration sociale se fait plus rapidement. Toutefois dans certains cas, des troubles neuropsychologiques et du comportement perturbent les relations sociales.

En cas de difficulté, les consultations de suivi permettent d'analyser les troubles et d'orienter si nécessaire vers une prise en charge spécialisée.

Les séquelles du traumatisme crânien

Dans tous les cas, le traumatisme crânien de l'adulte ou de l'enfant constitue un bouleversement dans la vie d'une personne. Les séquelles sont très variables d'un cas à l'autre, en qualité et intensité.

Les plus fréquentes et invalidantes concernent les **aptitudes neuropsychologiques et le comportement (lenteur, perte d'initiative, difficulté à réaliser des tâches nouvelles et complexes, troubles de mémoire, impulsivité, irritabilité, indifférence).** La personnalité est modifiée. Il s'agit du **handicap invisible** dont la personne n'a qu'une conscience partielle. Le retentissement social est toujours important. Plus rarement les séquelles affectent les aptitudes sensorielles ou motrices, voire l'esthétique. Il peut également s'agir de crises épileptiques, ou d'une fatigue.

La prise en charge dans notre région

La prise en charge dans notre région

La prise en charge initiale

Elle se fait par le SAMU, qui oriente le patient vers une UNV de la région (Lille CHRU, Lomme St. Philibert, Roubaix, Lens, Béthune, Boulogne, Calais, Dunkerque, Valenciennes et Maubeuge) ou vers la neurochirurgie (Lille et Valenciennes).

La rééducation

Elle s'effectue dans des centres de Soins de suite-MPR neurologiques pour adultes et enfants, dans chaque bassin de vie régional (voir plaquette des centres).

Pour les patients dont l'évolution est lente avec un coma prolongé existent des **structures d'éveil**. Si l'état de veille sans conscience (état végétatif) se poursuit, le patient est orienté vers un service d'accueil pour état végétatif chronique ou paucirélationnel.

Les structures médico-sociales

On citera pour les adultes les UEROS (Berck, Lille), auprès TC (La Bassée), les SAMSAH et les FAM, et pour les enfants les SSSD et les IEM (voir plaquette des centres).

L'orientation vers ces structures dépend de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Un dossier spécial doit être constitué avec l'aide de l'assistante sociale du CCAS ou d'un établissement et du médecin.

La MDPH doit être sollicitée pour les prestations sociales : allocation adultes handicapés, carte d'invalidité, et carte de stationnement.

Un aperçu des différents AVC et du parcours du patient

Qu'est ce qu'un AVC ?

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est une lésion du cerveau résultant de l'obstruction (infarctus) ou de la rupture (hémorragie) d'un vaisseau, le plus souvent une artère.

Quels sont les premiers symptômes et que faire devant une suspicion d'AVC ?

Les premiers symptômes sont préférentiellement une paralysie ou un trouble de sensibilité d'un côté du corps, un trouble visuel, un trouble du langage, un mal de tête de survenue brutale.

En cas de suspicion d'AVC, il faut toujours appeler le 15 (SAMU). Un régulateur orientera la personne vers l'unité neuro vasculaire (UNV) de proximité. **L'admission en UNV est une urgence.**

L'AVC grave

Il est rare. Le patient présente parfois un coma. **Dans un premier temps, il est adressé vers le service d'urgence, puis de réanimation.** Il existe un risque vital pour les plus graves. La durée du coma est peu prévisible.

La seconde phase est celle de la rééducation active, qui dure plusieurs mois. Elle est obligatoire et difficile. Les patients peuvent présenter une hémiparésie, des troubles de la perception (sensibilité, vision) et des troubles intellectuels (aphasie, négligence de l'espace et du corps). Ils bénéficient au mieux de la rééducation motrice (kinésithérapie), du langage (orthophonie), de la mémoire et de l'attention

Le suivi au long cours

Après le retour au domicile, il y a nécessité d'un suivi spécialisé de tous les problèmes médicaux et sociaux. Des consultations de suivi ont été mises en place par le **Réseau TC-AVC 59-62** dans chaque centre de rééducation de la région.

Le réseau TC-AVC 59-62

Son objectif est l'évaluation et la prise en charge multidisciplinaires des personnes cérébrées (notamment TC et AVC) et de leur famille, à tous les stades de l'évolution.

Pour un avis spécialisé, il faut solliciter la personne référente de la consultation proche du domicile (voir plaquette des centres), ou téléphoner au secrétariat du réseau : **03 20 44 58 12.** Ou écrire : Réseau TC-AVC USNB, CHRU, 6 Rue du Professeur Laguesse, 59037 Lille cedex.

Les professionnels prendront contact avec **Marie-Christine Liné**, coordinatrice du réseau: (mcline.rtcavc5962@gmail.com).



Le réseau est financé dans le cadre du FIR et du Plan AVC

Version du 6 octobre 2014

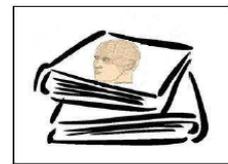
R-TC-AVC

Réseau de la cérébrésion



L'accident vasculaire cérébral (AVC) :

Quelques explications pour les patients, leurs accompagnants et les acteurs sociaux



(neuropsychologie), de l'autonomie dans la vie quotidienne (ergothérapie). La récupération de l'autonomie (marche, toilette, habillage) est lente. Elle est perturbée par un manque de participation et une fatigabilité. Généralement, les troubles s'atténuent avec le temps et il est un jour possible d'envisager une sortie hospitalière progressive, avec des permissions de week-end qui permettent de tester le comportement au domicile.

La troisième phase commence à partir du retour au domicile, qui a été préparé mais est également difficile. C'est à ce stade que l'entourage perçoit mieux les difficultés résiduelles et notamment celles qui sont liées aux troubles moteurs, perceptifs et intellectuels. Des troubles de l'humeur sont fréquents (dépression).

Les troubles intellectuels et comportementaux pourront justifier une prise en charge dans une structure médico-sociale spécialisée.

L'AVC de sévérité moyenne

Il est le plus fréquent et relève aussi de l'UNV après un passage aux urgences. Les déficiences sont dominées par la paralysie, les déficits perceptifs et cognitifs (langage, attention, mémoire).

Là encore, il y a besoin d'une rééducation, mais celle-ci est plus courte (2-3 mois). Un retour au domicile est envisagé plus facilement. Mais des difficultés motrices, cognitives et de l'humeur sont fréquentes. Elles vont souvent perturber le cercle familial.

L'AVC moins grave

Les patients sont également hospitalisés en milieu neurologique spécialisé. Ils regagnent le domicile et leur réintégration sociale est théoriquement plus facile. Mais des difficultés peuvent quand même se manifester, qui perturbent la vie sociale.

Les séquelles des AVC

Dans tous les cas, l'AVC constitue un bouleversement dans la vie d'une personne et de ses proches. Les séquelles sont très variables d'un cas à l'autre, en qualité et intensité.

Les plus fréquentes et invalidantes concernent les fonctions motrices (hémiparésie, spasticité), perceptives (troubles sensitifs, amputation du champ visuel) et intellectuelles (lenteur, perte d'initiative, troubles du langage, négligence de l'espace, troubles de mémoire, impulsivité, irritabilité), mais aussi l'esthétique. Il peut également s'agir de crises épileptiques. La personnalité est souvent modifiée. Il y a fréquemment des phénomènes dépressifs.

Ces troubles retentissent sur l'autonomie et la vie domestique et sociale. Le patient devient dépendant de son entourage dans les activités de vie quotidienne personnelles (alimentation, toilette, habillage, parfois transferts et déplacements) et surtout instrumentales (préparation des repas, travaux domestiques, sorties, transports, courses, rencontres sociales, loisirs, conduite automobile, activité professionnelle). Les relations dans le couple sont perturbées, y compris sur le plan sexuel.

L'accident ischémique transitoire : AIT

Il se caractérise par des déficits transitoires, qui peuvent être une paralysie, des troubles de la sensibilité, de la vision, du langage, de l'équilibre. Tout ceci est transitoire, mais est un signe d'alerte d'un AVC véritable, décrit précédemment. De ce fait, **l'AIT constitue toujours une urgence et justifie une hospitalisation immédiate en UNV.** Ceci permet d'éviter quatre fois sur cinq un infarctus cérébral.

Annexe 2 : Questionnaire aux médecins rééducateurs, en version

GOOGLE FORMS

Titre : Prise en charge psychiatrique des patients cérébro-lésés

Présentation de l'étude :

Bonjour à Tous,

Je suis interne en 3ème année de Psychiatrie à Lille.

J'ai effectué mon second semestre dans le Centre de Rééducation GUY TALPAERT à ROUBAIX.

Au cours de ce stage "hors-filière", j'ai été sensibilisé par la prise en charge, sur le plan psychiatrique, des patients atteints de cérébro-lésion.

Puis, lors de mon passage au CHU de Lille, je suis intervenu au sein de l'Hôpital SWYNGHEDAUW avec l'Equipe Mobile de Psychiatrie.

Par le biais de ce questionnaire (<10min), à destination des médecins rééducateurs orientés cérébro-lésion, je souhaite faire un état des lieux des pratiques, concernant la prise en charge sur le plan psychiatrique, des patients atteints de cérébro-lésion, dans les Hauts-de-France.

Merci d'avance pour votre précieuse collaboration,

Charles-Antoine DELESALLE

Thèse encadrée par le Dr GRANON et la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France (F2RSM Psy)

Renseignements généraux

Quel est votre âge ?

Votre réponse

Êtes-vous ? *

- un homme
- une femme

Depuis combien de temps (en années) exercez-vous en tant que Médecin Rééducateur ?

Votre réponse

Combien de stages en service de psychiatrie avez-vous effectué durant votre formation médicale (externat, internat) ? *

- 0
- 1
- 2
- +3

Dans quelle structure travaillez-vous ?

	secteur public	secteur privé
SSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipe transversale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si "Autre" merci de préciser dans quelle structure

Votre réponse

Combien y a t-il de lits en hospitalisation temps complet et temps partiel dans le service où vous travaillez ?

Votre réponse

Quelle proportion de patients cérébro-lésés avez-vous dans votre patientèle ? *

- 0%-25%
- 25%-50%
- 50%-75%
- 75%-100%

État des lieux

A quelle fréquence êtes-vous confronté à des troubles psychiatriques chez vos patients pris en charge en Médecine Physique et de Réadaptation ? *

- quotidiennement
- une fois par semaine
- une fois par mois
- une fois par trimestre
- une fois par semestre
- jamais

Quelle proportion de patients présente les troubles psychiatriques décrits ci-dessous, dans votre patientèle ? *

	<25%	25%-50%	50%-75%	>75%
des idées suicidaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un syndrome dépressif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un trouble anxieux (trouble anxieux généralisé, trouble panique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un trouble bipolaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un trouble psychotique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un trouble de stress post traumatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un problème d'addiction	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un trouble de la personnalité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A quelle fréquence recherchez-vous les troubles psychiatriques décrits ci dessous chez vos patients :

*

	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Assez souvent	Très souvent
des idées suicidaires	<input type="radio"/>				
un syndrome dépressif	<input type="radio"/>				
un trouble anxieux (trouble anxieux généralisé, trouble panique)	<input type="radio"/>				
un trouble bipolaire	<input type="radio"/>				
un trouble psychotique	<input type="radio"/>				
un trouble de stress post traumatique	<input type="radio"/>				
un problème d'addiction	<input type="radio"/>				
un trouble de la personnalité	<input type="radio"/>				

Etes-vous à l'aise dans la prise en charge (diagnostic, thérapeutique, orientation) *
de patients présentant :

	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait
des idées suicidaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
des troubles du comportement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un syndrome dépressif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un trouble anxieux (trouble anxieux généralisé, trouble panique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un trouble bipolaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un trouble psychotique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un trouble de stress post traumatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un problème d'addiction	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un trouble de la personnalité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A quelle fréquence instaurez-vous un traitement : *

	quotidiennement	une fois par semaine	une fois par mois	une fois par trimestre	une fois par semestre	jamais
anxiolytique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anti-dépresseur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
thymorégulateur (dont antiépileptique à visée thymorégulatrice)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anti-psychotique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hypnotique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A quelle fréquence modifiez-vous un traitement : *

	quotidiennement	une fois par semaine	une fois par mois	une fois trimestre	une fois par semestre	jamais
anxiolytique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anti-dépresseur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
thymorégulateur (dont antiépileptique à visée thymorégulatrice)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anti-psychotique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hypnotique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A quelle fréquence arrêtez-vous un traitement : *

	quotidiennement	une fois par semaine	une fois par mois	une fois par trimestre	une fois par semestre	jamais
anxiolytique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anti-dépresseur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
thymorégulateur (dont antiépileptique à visée thymorégulatrice)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anti-psychotique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hypnotique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A quelle fréquence êtes-vous en difficulté sur un traitement psychotrope (iatrogénie, inefficacité, interaction médicamenteuse) ? *

- quotidiennement
- une fois par semaine
- une fois par mois
- une fois par trimestre
- une fois par semestre
- jamais

Avez-vous un psychiatre au sein de votre service ? *

- Oui
- Non
- Equipe mobile de psychiatrie
- Autre : _____

Si "Oui" à la précédente question :

A quel temps horaire est-il présent dans le service par semaine (en nombre de demi-journée) ?

Votre réponse

Selon vous est-il important d'avoir un psychiatre dans une unité de cérébrolésion ? *

- Oui
- Non

Si "Oui" à la question précédente :

A quelle fréquence devrait-il être présent ?

- une demi-journée par semaine
- une journée par semaine
- deux journées par semaine
- à temps plein

Avez-vous un psychologue clinicien ou un neuropsychologue au sein de votre service ? *

- aucun des deux
- un psychologue clinicien seulement
- un neuropsychologue seulement
- Les deux

Selon vous, serait-ce utile que chaque patient cérébrolésé bénéficie de manière systématique d'une évaluation psychiatrique au cours de son hospitalisation ? *

- Pas du tout
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Tout à fait

A quelle fréquence demandez-vous un avis psychiatrique ? *

- quotidiennement
- une fois par semaine
- une fois par mois
- une fois par trimestre
- une fois par semestre
- jamais

Dans quel délai obtenez-vous un avis téléphonique ? *

- non proposé
- Dans les 24h
- Entre 24h-72h
- >72h

Dans quel délai obtenez-vous un avis au lit du patient ? *

- non proposé
- Dans les 24h
- Entre 24h-72h
- >72h

Cet avis répond-il à vos attentes ? *

- Pas du tout
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Tout à fait

Quelle proportion de patients orientez-vous en fin d'hospitalisation, ou lors de consultations de suivis, vers un Centre-Médico-Psychologique (CMP) ou vers un Psychiatre libéral ? *

- <25%
- 25%-50%
- 50%-75%
- >75%

Sur quels points aimeriez-vous une meilleure connaissance ? *

	Oui	Non
les pathologies psychiatriques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les traitements psychotropes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l'organisation des soins en psychiatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Utilisez-vous des échelles pour : *

	Oui	Non
Evaluer le risque suicidaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluer un stress post traumatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluer un trouble anxieux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluer un trouble de l'humeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluer une addiction	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si "oui" à la question "Autres", merci de préciser quelle échelle

Votre réponse _____

Quel support utilisez-vous pour rechercher des informations sur la prise en charge psychiatrique des patients cérébro-lésés ? *

	Oui	Non
Revue scientifique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bibliographie (ex : Pubmed)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recommandation SOFMER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si "oui" à la question "Autres", merci de préciser quel support

Votre réponse

Dans vos Formations Médicales Continues (FMC), avez-vous effectué des formations en psychiatrie ? *

	oui	non
le risque suicidaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les troubles du comportement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les psychothérapies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si "oui" à la question "Autres", merci de préciser

Votre réponse

Les applications numériques

Connaissez-vous le site psychiaclic.fr comme aide diagnostique et thérapeutique * en psychiatrie destinée à l'accompagnement de la prise de décision des médecins non psychiatres pendant une consultation ?

- Oui
 Non

Connaissez-vous le site psychopharma.fr comme outil d'aide à la prescription de * psychotropes ?

- Oui
 Non

Connaissez-vous le site f2rsmpsy.fr pour trouver le Centre Médico-Psychologique dont dépend votre patient ? *

- Oui
 Non

Les axes d'amélioration (commentaires libres)

Selon vous, quels sont les axes d'amélioration pour la prise en charge psychiatrique d'un patient cérébrolé ?

Votre réponse

Un grand merci pour votre collaboration

N'hésitez pas à me contacter ou me laisser vos coordonnées, si vous avez des questions et/ou souhaitez avoir un retour sur mon sujet de thèse

Votre réponse

Coordonnées :

AUTEUR : Nom : DELESALLE

Prénom : CHARLES-ANTOINE

Date de soutenance : 16 Juin 2023

Titre de la thèse : Etat des lieux de la prise en charge Psychiatrique, des personnes victimes de cérébro-lésion, dans les Hauts-de-France

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine

DES + FST/option : DES de Psychiatrie de l'Adulte

Mots-clés : traumatisme crânien, pathologies psychiatriques, psychotropes, médecine physique et de réadaptation

Contexte : Les personnes victimes d'une cérébro-lésion sont prises en charge dans des unités spécialisées, gérées par des Médecins Rééducateurs. La majorité de ces patients présente des troubles et manifestations psychiatriques, qui peuvent mettre en difficulté les médecins qui les prennent en charge, et les inciter à solliciter l'avis d'un Psychiatre.

Méthode : Un questionnaire a été envoyé à une population de Médecins Rééducateurs spécialisés en cérébro-lésion dans les Hauts-de-France. Il était demandé aux participants d'évaluer la prise en charge psychiatrique et les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer chez ces patients à partir de 31 propositions. Des questions ouvertes, fermées, à choix simples ou multiples ont permis de savoir comment les troubles psychiatriques étaient évalués et traités.

Résultats : Un total de 26 Médecins Rééducateurs ont complété le questionnaire. Ils sont confrontés quotidiennement aux troubles psychiatriques pour 46.2% de l'échantillon et une fois par semaine pour 46.2%. Concernant la prise en soins de patients souffrant de pathologies psychiatriques, les médecins rééducateurs déclarent ne pas toujours être à l'aise. Concernant le maniement des traitements psychotropes, les médecins rééducateurs interrogés instaurent, modifient ou arrêtent plus facilement les anxiolytiques, les antidépresseurs ou/et les hypnotiques que les antipsychotiques ou les thymorégulateurs. Les difficultés dans la gestion des psychotropes surviennent pour 57.7% de l'échantillon une fois par mois, et 23.1% une fois par semaine. L'ensemble de l'échantillon désire bénéficier d'un Psychiatre dans leur unité. Un entretien psychiatrique systématique serait « plutôt utile » pour 50% et « tout à fait utile » pour 30.8% des répondants.

Conclusion : Cette étude fait ressortir les attentes et les intérêts dans les Hauts-de-France d'un renforcement de la collaboration entre les Médecins Rééducateurs et les Psychiatres en s'appuyant notamment sur les structures spécifiques mises en place. Une étude avec la passation d'échelles relatives aux idéations suicidaires, troubles dépressifs et troubles de stress post-traumatique, au sein d'une population de cérébro-lésés, complétera ce travail.

Composition du Jury :

Président : Professeur Guillaume VAIVA

**Assesseurs : Docteur Odile KOZLOWSKI
Docteur Benoit GRANON**

Directeur de thèse : Docteur Benoit GRANON