

Cet outil vise à soutenir les professionnels de la santé dans l'évaluation et le suivi des comportements perturbateurs associés au TCC. Il s'agit d'un rappel des étapes et des stratégies recommandées dans le [Guide de pratique clinique \(GPC\) pour la réadaptation des adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral \(TCC\) modéré ou grave \(INESSS - ONF 2016\)](#). Le verso de cette fiche permet d'assurer le suivi de l'évolution des comportements perturbateurs, du traitement pharmacologique ainsi que de ses effets secondaires.

## DÉMARCHE CLINIQUE DE PRISE EN CHARGE

### ÉVALUER LA SITUATION

- Faire l'évaluation complète de la situation (rechercher les éléments déclencheurs ou aggravants, les causes potentielles, etc.) en équipe interdisciplinaire ;
- Utiliser un outil validé pour évaluer l'agitation (p. ex. : *Agitated Behavior Scale (ABS)*).

### FIXER LES OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES

- Fixer des objectifs clairs et établir en équipe interdisciplinaire les stratégies à privilégier en fonction des causes ;
- Impliquer le patient et ses parents/proches dans le choix et l'application des stratégies retenues.

### APPLIQUER DES STRATÉGIES DE PRISE EN CHARGE EN FONCTION DES ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS OU AGGRAVANTS ET DES CAUSES

(Consulter l'[algorithme de prise en charge pharmacologique](#))



PRIVILÉGIER LES INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES

	Éléments déclencheurs ou aggravants	Interventions possibles
Individuels	Contentions, tubes et fils, ennui, fatigue, sous-stimulation, frustration, difficulté à communiquer	Éviter ou limiter les contentions (sans contact si possible), limiter le nombre de tubes et de fils ou les couvrir, prévoir des activités simples, permettre au patient de faire ses propres choix, de bouger
Environnementaux	Trop de stimulation (bruit, lumière, mouvement), distractions (télévision), environnement inconnu et désorientation	Réduire les stimuli (bruit, lumière, télévision), créer un environnement familial avec des objets personnels, réorienter le patient
Organisationnels	Intrusion dans l'espace personnel du patient, le toucher sans le prévenir, changements fréquents de personnel	Aviser le patient avant d'entrer dans son espace ou de le toucher, assurer la constance de l'horaire et du personnel
	Causes potentielles	Interventions possibles
Médicales	Infection, anomalie métabolique, nausées, hypoxémie, rétention urinaire, incontinence, constipation	Traiter l'infection ou les anomalies électrolytiques/métaboliques, établir une routine pour l'élimination de l'urine et des selles
	Douleur, inconfort, spasticité, fatigue et insomnie, amnésie post-traumatique, délirium, vertiges	Éliminer ou traiter la source de la douleur ou de l'inconfort, faire des étirements, respecter les cycles de sommeil, réorienter le patient
Psychologiques	Anxiété, dépression, trouble de l'humeur, psychose, trouble cognitif, stressors psychosociaux, trait ou trouble de personnalité	Rassurer le patient, donner la médication ou dispenser les soins psychologiques appropriés, offrir des interventions psychosociales
Neurologiques	Convulsions, céphalées, hydrocéphalie, saignement intracrânien, méningite, AVC	Donner la médication ou les interventions appropriées pour traiter les causes neurologiques
Pharmacologiques	Effets secondaires, interactions médicamenteuses, intoxication, sevrage (alcool, opioïdes, etc.)	Modifier la médication en cause, contrôler le sevrage

AU BESOIN

### PRESCRIRE UN TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE SPÉCIFIQUE POUR CONTRÔLER L'AGITATION OU L'AGRESSIVITÉ

- ✓ **DÉTERMINER le dosage et la durée de l'essai du traitement pharmacologique**
- ✓ **UTILISER la plus petite dose possible et PRIVILÉGIER la voie orale**
- ✓ **SURVEILLER les effets secondaires potentiels**, par exemple : sédation, état d'éveil, effets extrapyramidaux, risque accru d'AVC, déclin fonctionnel, détresse respiratoire, diminution de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle.
- ✓ **DÉTERMINER la fréquence du suivi**
- ✓ **NOMMER une personne responsable du suivi régulier**



VISER LE RETRAIT DU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE SPÉCIFIQUE DÈS QUE POSSIBLE

### RÉÉVALUER RÉGULIÈREMENT LA SITUATION

# Fiche de suivi du traitement de l'agitation et de l'agressivité

## Identification du patient

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° de dossier : \_\_\_\_\_

FRÉQUENCE REQUISE DU SUIVI _____	Date :	AAAA / MM / JJ	AAAA / MM / JJ	AAAA / MM / JJ	AAAA / MM / JJ	AAAA / MM / JJ
	Durée :	de ____ h à ____ h	de ____ h à ____ h	de ____ h à ____ h	de ____ h à ____ h	de ____ h à ____ h

**CONSIGNES :** À la fin de la période d'observation, indiquez si les comportements décrits pour chaque item étaient présents, et si oui à quel degré, en employant la valeur numérique et les critères indiqués ci-dessous pour la cotation.

**1 = absent :** le comportement n'est pas présent.

**2 = présent mais à un degré léger :** le comportement est présent, mais n'empêche pas d'adopter d'autres comportements appropriés au contexte (la personne peut se rediriger spontanément, ou la poursuite du comportement agité ne perturbe pas les comportements appropriés).

**3 = présent à un degré modéré :** la personne qui a un comportement agité peut être redirigée vers un comportement approprié, mais elle doit avoir des avertissements.

**4 = présent à un degré extrême :** la personne n'est pas capable d'adopter un comportement approprié en raison de l'interférence du comportement agité, malgré les avertissements et la redirection fournis.

ÉVALUATION	AGITATED BEHAVIOR SCALE (ABS)	PÉRIODES D'OBSERVATION				
		AAAA / MM / JJ	AAAA / MM / JJ	AAAA / MM / JJ	AAAA / MM / JJ	AAAA / MM / JJ
	1. Court délai d'attention, facilement distrait, incapacité à se concentrer					
	2. Impulsif, impatient, faible tolérance à la douleur ou à la frustration					
	3. Non coopératif, résistant aux soins, exigeant					
	4. Violence/menace de violence envers les personnes ou les objets					
	5. Colère explosive/imprévisible					
	6. Balancement, frottement, gémissement ou autre comportement autostimulant					
	7. Tire sur les tubes, les dispositifs de retenue, etc.					
	8. Errance hors de la zone de traitement					
	9. Agitation, marche de long en large, mouvements excessifs					
	10. Comportements moteurs/verbaux répétitifs					
	11. Parle de façon rapide, bruyante ou excessive					
	12. Changements soudains d'humeur					
	13. Pleurs/rires excessifs ou sans raison précise					
	14. Autoagression physique/verbale					
	<b>Score total (additionner le score de tous les items)</b>					
	Autres comportements observés (veuillez préciser) :					

TRAITEMENTS	PÉRIODES D'OBSERVATION					
	AAAA / MM / JJ	AAAA / MM / JJ	AAAA / MM / JJ	AAAA / MM / JJ	AAAA / MM / JJ	AAAA / MM / JJ
Interventions effectuées :						
Rx et dose initiale _____ <b>Indiquer tout changement de Rx ►</b>						
Peut-on arrêter le traitement pharmacologique spécifique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Notes						
Initiales de la personne responsable						



Fin du traitement  
pharmacologique

Signature de la personne responsable :

Date : AAAA / MM / JJ