

En raison des séquelles graves à la fois motrices, neuropsychologiques, comportementales, sociales et professionnelles qui peuvent subsister après un traumatisme crânien grave, l'expérience nous montre que la prise en charge est longue et difficile. Aidés de l'expérience anglo-saxonne, il apparaît utile d'envisager et de proposer une nouvelle approche qui consisterait en l'intervention d'un coordinateur à long terme ou d'un "case manager". Ce dernier serait chargé, avec toute une équipe, de favoriser la réinsertion sociale, scolaire et professionnelle du traumatisé crânien.

Carolyne FRANÇOIS
Orthophoniste
10, rue Baudoin - 75013 PARIS

LE CASE MANAGEMENT OU LA COORDINATION A LONG TERME DANS LA PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS*

*article tiré du mémoire de
maîtrise du diplôme Universitaire
Supérieur de Rééducation.

par **Carolyne FRANÇOIS**

Mots-Clés : Traumatisme Crânien - Neurologie - Environnement - Guidance - Intégration sociale, scolaire et professionnelle - Case Management - Réinsertion - Coordination à long terme.

Confrontée à la population des traumatisés crâniens dans ma pratique hospitalière, (de la phase de réveil à l'entrée en centre de rééducation fonctionnelle), et aussi dans ma pratique libérale de rééducation à domicile, il m'a semblé que la conception anglo-saxonne de Case Management pouvait répondre aux difficultés et aux carences de la prise en charge actuelle, notamment, le nombre trop peu élevé de centres spécialisés.

On compte chaque année en France 150 000 hospitalisations, le plus souvent dues à des accidents de la voie publique : 3000 à 5000 blessés conserveront un handicap lourd les empêchant de retrouver une vie normale.

Cet handicap méconnu, complexe et souvent "invisible", est parfois physique, mais le plus souvent intellectuel, comportemental, social et professionnelle^(biblio 2,6,16,20).

A la phase de réinsertion sociale et professionnelle, les services sociaux, les commissions de reclassement, les organismes de bilans et de suivi entrent en jeu.

Cette prise en charge, longue et trop souvent décousue, peut durer de cinq à dix ans.

On imagine le long chemin de retour à la vie, de reconstruction^(1,9), les moments de luttés et de découragement, les périodes d'espoir et de désespoir pour les traumatisés crâniens et leurs familles^(14,24). A la sortie des centres de rééducation, ces dernières ont le sentiment d'accueillir "un étranger à la maison" ; elles se sentent isolées et regrettent l'absence de centres adaptés ainsi que le manque d'interlocuteurs.

Ce constat est également émis par les professionnels eux-mêmes. Comment peut-on y remédier ?

Aux Etats Unis, un "Case Manager" est nommé. Il est issu des milieux paramédi-

caux. Il est chargé de l'orientation du patient vers les structures de soins, de veiller au bon déroulement et à la maîtrise des coûts. C'est un véritable gestionnaire.

Au Royaume Uni, où une telle fonction existe aussi, le Case Manager veille également à la continuité des soins jusqu'à la réinsertion.

En nous inspirant de ces modèles anglo-saxons, nous avons tenté d'adapter la définition de ce type de fonction au système de soins et de protection sociale français bien différent de ce qui existe Outre-Atlantique.

Ce Case Manager devrait principalement favoriser une continuité des soins, remédier aux erreurs d'orientation et tenir compte des capacités résiduelles du traumatisé crânien pour l'aider à construire sa réinsertion.

Notre recherche effectuée durant une période d'un an a eu également pour but de définir précisément les critères d'efficacité du "Case Manager" (CM). Par ailleurs, nous avons essayé de répondre à quelques questions fondamentales concernant son statut:

- Qui peut être CM en France?
- Quelle doit être sa compétence?
- Quelle équipe doit-il créer?
- Quelles sont les attributions de chacun?
- A quel moment doit-il intervenir et dans quel cadre?

Pour ce faire, le suivi s'est organisé auprès d'une population de 10 traumatisés crâniens graves, durant une période d'un an.

Tout d'abord, quelques chiffres :

La pathologie traumatique est la quatrième cause de mortalité en France et devient la première cause de mortalité chez les moins de 20 ans. Ces chiffres concernent essentiellement les accidents de la voie publique. Tous les rapports indiquent une incidence de 50 à 60% des accidents de la voie publique, 20 à 30% de chutes dont 9.7% d'accidents de loisirs et de sport et le reste d'accidents du travail, domestiques, agressions, etc...

Les traumatisés crâniens sont plus fréquents chez les adultes jeunes entre 15 et 25 ans et on note une prédominance masculine: 60%

Le coût global en France, de la prise en charge des traumatisés crâniens, est évalué en 1988 par THIRY⁽²¹⁾, à 16,5 Milliards de francs par an.

Sémiologie rencontrée

Nous ne citerons ici qu'un tableau forcément trop schématique .

1) NEUROPSYCHOLOGIE

- a) **La communication**: dysphonie, dysarthrie, aphasie.
- b) **La mémoire**: désorientation temporo-spatiale, amnésie antérograde, rétrograde et surtout troubles d'apprentissage.
- c) **Troubles instrumentaux**: apraxie, agnosie, syndrome de l'hémisphère mineur.
- d) **L'efficience intellectuelle**: altération, ralentissement de la pensée, troubles du raisonnement, trouble de la programmation, rigidité intellectuelle, manque d'adaptabilité, trouble de l'attention et de la concentration...

2) COMPORTEMENT

"On ne dira jamais à quel point, on se retrouve avec quelqu'un d'autre et que cela rend la vie difficile. Il ne faut pas tenir jour après jour mais heure après heure" (conjointe d'un patient).

Nous citerons les troubles du fonctionnement psychosocial, c'est à dire ceux qui affectent le comportement vis à vis des autres et qui concernent les actes de la vie quotidienne ^(11,17) :

a) Les troubles de l'initiative

La désinhibition (perte de la fonction de contrôle) avec une hyper-activité, une logorhée ou au contraire *l'inhibition ou apragmatisme* .

b) Les troubles du contrôle émotionnel

Les troubles de l'humeur (agressivité, irritabilité...) et *l'anosognosie* avec des diffi-

cultés d'auto-évaluation, d'auto-critique et d'auto-correction.

Leur retentissement est majeur dans la rééducation, à la maison, mais également au travail. Ces troubles sont la cause principale de la détresse et de l'épuisement des familles.

3) PSYCHOPATHOLOGIE

L'accident est vécu comme une attaque vitale, le coma comme une expérience de la mort. Ce corps a perdu son unité⁽⁵⁾. Ces phénomènes peuvent ressembler à des pathologies psychiatriques, mais il faut aussi les envisager comme "*des mécanismes psychiques défensifs de reconstruction*"⁽¹⁹⁾.

Les signes habituellement rencontrés sont: les syndromes confusionnels, la névrose post-traumatique, des manifestations de régression, des états dépressifs...

La pharmacopée et/ou des entretiens psychothérapeutiques doivent alors être envisagés⁽²⁵⁾.

Dans le contexte médical et paramédical français, le patient est généralement confié à sa famille, au médecin de ville et enfin à une équipe de rééducateurs en libéral qui vont prendre le relais et poursuivre le travail amorcé au centre. Ces rééducateurs à domicile sont directement sur le terrain confrontés aux réalités de l'environnement matériel mais surtout humain de chaque patient.

Comme dans de nombreux pays occidentaux, on constate une disproportion entre l'intensité de la prise en charge à court terme (réanimation, neurochirurgie et rééducation) et l'insuffisance de la prise en charge à long terme. Une chronicité des troubles et une accentuation des pathologies psychiatriques sont d'un coût bien plus effrayant pour la société que la création de centres adaptés.

En dehors de certains centres pilotes (les projets E.T.R.E^(10,4) et ARCEAU⁽⁸⁾) ou de certaines structures de réadaptation (Cénac à Bordeaux⁽¹⁸⁾, Mulhouse...) qui interviennent de façon longitudinale de la phase hospitalière à la phase de réinsertion, le traumatisé crânien sort du système hospitalier sans projet professionnel ou scolaire précis faute de structures spécialisées.

Case Management

L'idée de Case Management est apparue à la suite des constatations ci-dessus décrites. La traduction française la plus fidèle pourrait être: "Gestionnaire de cas". Le Case Manager met en place des actions pour gérer les programmes de soins et de services appropriés à chaque blessé.

1) CONCEPTION AMERICAINE

Ce terme apparaît pour la première fois en 1971⁽¹²⁾.

Il est surtout désigné pour les groupes de malades à "hauts coûts" (traumatologie, oncologie, sida, gériatrie...).

Il est sollicité principalement par l'hôpital et par les assurances. "*Le Case Manager planifie, organise, coordonne et contrôle les services et les ressources employés pour répondre aux besoins individuels en matière de santé, tout en exigeant un meilleur rapport "qualité/prix"*".

Il existe plusieurs types de Case Manager: le Case Manager indépendant, celui des assurances, le Case Manager médical, médico-social, professionnel...

Le Case Manager doit rendre des comptes aux assureurs. C'est un véritable gestionnaire. Alors quel est son objectif prioritaire? Est-ce la meilleure qualité des soins ou un meilleur coût?

Comme nous l'avons vu, plusieurs modèles existent et il suffit d'énoncer clairement celui qui est choisi. Il est certain qu'il constitue un acteur à part entière dans le système de soins américain.

2) LA CONCEPTION BRITANNIQUE

Devant l'inadéquation du système de santé face aux besoins spécifiques des traumatisés crâniens, les auteurs anglais ont décidé d'adapter cette notion à leur propre organisation^(13,15).

BROOKS stipule que le Case Manager est avant tout un clinicien ayant une formation spécialisée concernant le traumatisme crânio-encéphalique et notamment une connais-

sance des troubles intellectuels et comportementaux.

Le Case Manager devra avoir une bonne connaissance des dispositifs de santé disponibles dans sa région, il aura un rôle de guidance, proposera une orientation, s'assurera de l'efficacité et de l'adéquation des soins, il cherchera enfin à prévenir les lacunes.

La notion de gestion a disparu. Par contre, le Case Manager cherchera à éviter les ruptures de prise en charge, comblera les manques et surtout proposera une véritable politique d'action en faveur des traumatisés crâniens.

3) LA CONCEPTION FRANÇAISE

Le terme de "coordinateur" apparaît⁽²²⁾. C'est en effet son rôle principal car il coordonne les intervenants, les actions, les décisions et les orientations. Le premier modèle proposé est celui du médecin de rééducation dans les centres. Il est à la fois en liaison avec les intervenants en amont (neurochirurgie, rééducation...) et en aval (avec les intervenants "de ville").

Il est chargé de l'évaluation, de l'orientation, de la coordination, du règlement des problèmes juridico-administratifs.

Mais les besoins se font ressentir également à la sortie des centres et il est devenu nécessaire de trouver un interlocuteur privilégié sur le terrain⁽⁷⁾. En effet, ce médecin de rééducation, par manque de temps, se doit de déléguer à un coordinateur sur le terrain chargé d'observer, d'évaluer, d'agir et d'ajuster les décisions prises au Centre de rééducation.

Le protocole de recherche avait comme objectif de définir le profil de ce coordinateur.

4) PROTOCOLE DE RECHERCHE

1) la population

Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été déterminés. Et nous avons alors sélectionné 10 traumatisés crâniens graves, 7 hommes et 3 femmes, âgés de 18 à 57 ans (moyenne d'âge: 32.3).

Leur situation familiale est la suivante: 3 célibataires, 3 marié(e)s, 1 concubin, 3 divorcés /séparés.

Les objectifs de travail étaient :

- réinsertion professionnelle : 6
- réinsertion scolaire : 3
- réinsertion sociale : 1

2) La passation

L'outil de recherche choisi est un questionnaire :

Le document européen d'évaluation des traumatisés crâniens mis au point par EBIS (European Brain Injury Society)⁽²³⁾.

Première phase : 1er temps de passation du questionnaire. La passation dure environ une heure et demie et le traumatisé crânien est accompagné d'un proche.

Deuxième phase : La prise en charge par un orthophoniste faisant fonction de Case Manager durant un an à raison d'une séance hebdomadaire.

Troisième phase : 2^{ème} passation du questionnaire pour noter des modifications éventuelles.

Le profil du coordinateur à long terme

Il serait avant tout un thérapeute, ayant une connaissance approfondie de la pathologie de ces patients, issu du monde de la rééducation fonctionnelle (orthophoniste, ergothérapeute ou psychologue...) qui aura conscience de la nécessité de travailler sur du long terme et d'engager la réinsertion sociale, familiale, scolaire et professionnelle du traumatisé crânien.

Cette prise en charge se concevant comme étant la suite logique de la rééducation afin d'éviter les ruptures et surtout d'élaborer un projet d'avenir.

Chargé par le neurologue ou le médecin de rééducation de l'hôpital ou du centre de

rééducation, le coordinateur agira en liens étroits avec ce dernier. L'élaboration du Plan d'Action de Réinsertion, l'analyse des actions engagées, les ajustements nécessaires naissent de cette collaboration et de ces échanges.

Le coordinateur devra assurer les fonctions suivantes :

1) L'évaluation

Elle devra comporter, par exemple, le document européen d'évaluation des traumatisés crâniens complété éventuellement par des bilans neuropsychologiques, scolaires, professionnels mais aussi par des échelles d'évaluation comportementale, de qualité de vie ou encore d'indépendance fonctionnelle.

Le coordinateur devra recenser dans sa région l'ensemble des intervenants pouvant effectuer ces bilans (services hospitaliers de neuropsychologie, C.I.O., Centres de bilans professionnels, etc.). Il constituera ainsi une véritable banque de données des ressources locales.

2) Le plan d'action de réinsertion

Le coordinateur devra dresser un plan d'action propre à chaque traumatisé crânien tenant compte des résultats de l'évaluation d'une part, des capacités résiduelles du traumatisé crânien, des réalités du milieu, d'autre part. Sorte de contrat entre le coordinateur et le traumatisé crânien, il comprendra le projet de réinsertion élaboré avec le traumatisé crânien et les actions qui vont être envisagées. Le traumatisé crânien aura à jouer un rôle actif. Ce plan définit les priorités et sera par définition souple et ajustable.

3) La création d'une équipe et la coordination

Le coordinateur sera chargé avec le médecin de coordonner autour du traumatisé crânien, une équipe spécialisée multidisciplinaire constituée de médecins, de rééducateurs, de psychologues, d'assistantes sociales, d'organismes de réinsertion et de l'entourage. Cette équipe commence par un binôme médecin/coordinateur. Elle se complète en fonction des besoins du patient. Ce binôme s'est avéré très vite incontournable dans le système de santé français.

Le coordinateur veillera à faire circuler les informations et surtout délèguera vers les professionnels concernés.

Le coordinateur n'agit pas "à la place de" :

- **ni de celle du patient** puisque l'objectif premier du coordinateur est l'autonomie du patient. Il l'entraînera au contraire par un travail cognitif à prendre en charge un certain nombre de démarches agissant ainsi dans le sens de la diminution des troubles de mémoire, du comportement et de dépendance mentale.

- **ni de celle de l'assistante sociale** puisqu'au contraire un travail en lien direct doit s'établir en vue de la résolution des problèmes administratifs, de recherche de ressources et les décisions d'orientation.

- **ni de celle du psychologue** qui reste le thérapeute chargé d'engager le patient sur le chemin de l'acceptation et du dépassement et de la gestion des crises.

Enfin, la notion de coordination ne comporte pas d'approche hiérarchique, bien au contraire, le coordinateur recense, délègue et surtout reste à la disposition de chacun. Il n'est pas un nouveau "chef".

4) L'orientation

Le coordinateur cherchera à mettre le projet du traumatisé crânien en adéquation avec les ressources, les formations et les emplois disponibles dans la communauté dans laquelle il vit. La réinsertion peut-être sociale: le coordinateur à long terme l'entraînera à rechercher des activités de loisirs nécessaires à son intégration sociale, mais cette réinsertion est avant tout scolaire ou professionnelle. Le coordinateur à long terme peut être amené à jouer le rôle de "tuteur scolaire ou professionnel" en suivant le traumatisé crânien dans son retour au lycée ou au travail. Il l'aidera surtout à élaborer son projet afin de pouvoir ensuite l'orienter vers les organismes de réinsertion appropriés.

Face aux échecs fréquents et surtout aux ruptures de prises en charge, le coordinateur jouera un rôle important sur le long terme. La réinsertion reste fragile : un événement inattendu peut tout remettre en question; un emploi retrouvé ne peut être consi-

déré comme définitivement acquis: la difficulté est de s'y adapter et de s'y maintenir.

5) Le travail cognitif

Il apparaît nécessaire d'entamer un travail cognitif basé sur l'utilisation pragmatique de la mémoire, de la logique et du raisonnement dans le but de permettre au patient d'optimiser ses capacités et de les mettre en adéquation avec l'orientation mise en oeuvre⁽³⁾. Il constitue un véritable travail de rééducation: il s'inscrit dans la continuité de ce qui a été entamé à l'hôpital tout d'abord, puis en centre de rééducation.

Il ne peut être effectué que par des rééducateurs spécialisés en Neuropsychologie. Ce travail s'adaptera aux exigences demandées sur le lieu de réinsertion du traumatisé crânien. Il devra garder un aspect pragmatique et coller aux réalités du terrain.

C'est aussi dans ce sens que la fonction de Case Manager diffère radicalement des fonctions d'assistante sociale.

6) Le suivi

Le suivi sera réalisé en liaison avec tous les intervenants. De nombreux ajustements s'avèrent nécessaires tout au long de la prise en charge. Souvent proposés par le coordinateur à long terme, ils seront discutés au sein de l'équipe constituée.

Le coordinateur à long terme veillera à la prise en charge des problèmes médicaux qui peuvent apparaître et orientera vers le médecin traitant.

Ce suivi gardera sa souplesse grâce à l'absence de problème institutionnel.

Jouant véritablement le rôle de cadre pour le traumatisé crânien, le coordinateur à long terme devra s'adapter en fonction des différences pathologiques, culturelles et familiales. Il agira souvent comme un modérateur dans les conflits entre le traumatisé crânien et son entourage ou encore ses professeurs, ses employeurs.

Il accompagnera le traumatisé crânien dans son travail d'acceptation. Ce long "travail de deuil" devra être effectué par les psychothérapeutes.

La durée d'intervention du coordinateur à long terme est variable: pour certains, encore proche de leur accident ou pour d'autres lourdement handicapés, une année est insuffisante.

La fréquence d'intervention du coordinateur à long terme à raison d'une séance par semaine est satisfaisante.

Elle peut se compléter de multiples visites sur le terrain.

L'action du coordinateur à long terme sera d'autant plus efficace qu'elle interviendra préventivement et qu'elle se poursuivra sur du long terme.

Le coordinateur à long terme instaure une relation régulière, fréquente et personnelle avec un être humain qui se reconstruit et cela comporte comme dans toute relation thérapeutique des réussites, des risques de transfert et des échecs.

Le coordinateur à long terme prend des contacts, initie des actions, coordonne, évite les ruptures, rencontre les différents interlocuteurs et permet ainsi au traumatisé crânien d'aborder et de construire sa réadaptation et sa réinsertion.

Conclusion

L'adaptation de la conception anglo-saxonne s'est avérée rapidement indispensable. Cette notion de coordination se justifie et s'élabore peu à peu.

Elle s'énonce finalement plus simplement en parlant d'un **PONT** entre le monde médical et le monde social.

Cette jonction ou passerelle n'existe pas encore assez actuellement.

L'élaboration de ce profil apparaît théoriquement mais il est malheureusement encore très difficile de concevoir son application pratique tant sur le plan économique que sur le plan structurel et nous devons rester prudents.

En effet, ce travail s'effectue déjà dans des centres spécialisés, mais ils restent trop peu nombreux. Et d'autre part, que se passe-t-il à la sortie de ces centres ?

Cependant, il nous a semblé intéressant de proposer une réflexion sur le sujet à travers toute notre profession et peut-être déclencher une étude encore plus approfondie.

Bibliographie

- 1. **ANZIEU D.** "Le moi-peau". Paris, Dunod, 1990, 254 p.
- 2. **BARAT M., MAZAUX J.M.** "Rééducation et Réadaptation des Traumatisés Crâniens". Paris, Masson, 1986, 197 p.
- 3. **BEN YISHAY Y., GOLD J.** "Therapeutic Milieu Approach to Neuropsychological Rehabilitation" in **WOOD R. L.** "Neurobehavioural Sequelae of Traumatic Brain Injury". New York, Taylor & Francis, 1991, pp 194-215.
- 4. **BLAISE J.L.** "E.T.R.E. : Un programme pour les Traumatisés Crâniens". *Résurgences*, n°2, 1990, pp. 11-13.
- 5. **BOUCAND M.H., KERMORGANT M.P., VAN DOESBURG E.** "L'image du corps du traumatisé crânien grave" in **PELISSIER (67)**, 1991, pp 199-208.
- 6. **EVANS C.D.** "Rééducation des traumatisés crâniens". Paris, Masson, 1984, 187 p.
- 7. **FRANÇOIS C., HAMONET F., TRUELLE J.L.** "Prise en charge à long terme des traumatisés crânio-cérébraux" *Entretiens d'orthophonie, Expansion scientifique française*, Paris, 1991, pp. 141-144.
- 8. **JOSEPH P.A., GUERIN J.M., AUBIN G., ONILLON M., LE GALL D., TRUELLE J.L.** "Réinsertion socio-professionnelle des adultes traumatisés crânio-encéphaliques : l'expérience ARCEAU à Angers" in **PELISSIER (67)**, 1991, pp 361-365.
- 9. **KAES R.** in **KAES et al.** "Crise, rupture et dépassement". Paris, Dunod, 1990, 324p., (Coll. Inconscient et culture).
- 10. **LABARTHE J. de** "Le Centre de la Vallée à Bétton". les Cahiers de LADAPT, n° spécial sur la réadaptation des traumatisés crâniens dans les centres de LADAPT, Avril 1986, pp. 55-59.
- 11. **LEVIN H. S. et al.** "Neurobehavioral Rating Scale". 1984 (Version française traduite par MAZAUX J. M. "Evaluation neuro-comportementale des traumatisés crâniens". Bordeaux).
- 12. **MATTSON J.D.** "Independent Third Party Case Management" in **RAPP D.** "Brain Injury Case Book : Methods for Reintegration into Home, School and Community". Springfield (Illinois, USA), Thomas, 1986, pp. 85-99.
- 13. **McMILLAN T.M., GREENWOOD R.J., MORRIS J.R., BROOKS D.N., MURPHY L., DUNN G.** "An introduction to the concept of head injury Case Management with respect to the need for service provision". *Clinical Rehabilitation (UK)*, n°2, 1988, pp. 319-322.
- 14. **MONDAIN-MONVAL J.** "Rôle et besoins des familles de traumatisés crâniens". *Réadaptation*, n°389, 1992, pp. 4-7.
- 15. **MORRIS J.** "Evaluation des ressources sociales, professionnelles et collectives pour le traumatisé crânien". *Réadaptation*, n°355, 1988, pp. 30-34.
- 16. **PELISSIER, BARAT M., MAZAUX J.M.** "Le traumatisé crânien grave et la médecine de rééducation". Paris : Masson, 1991, 372p. (Coll. Problèmes en médecine de rééducation).
- 17. **PRIGATANO G. P.** "Neuropsychological Rehabilitation after Head Injury". Baltimore (USA), Johns Hopkins University Press, 1986.
- 18. **RICHER E.** "Principes généraux et organisation de la prise en charge". Les Cahiers de LADAPT, n° spécial sur la réadaptation des traumatisés crâniens dans les centres de LADAPT. Avril 1986, pp. 9-12.
- 19. **ROBERT A.** "Approche psychiatrique et psychopathologique des traumatisés crâniens sévères". *Concilia Medica*, 1985, TP n°1, pp. 55-59.
- 20. **SICHEZ J.P.** "Les traumatismes crânio-encéphaliques graves". Laboratoire Takeda, 1988, 175 p.
- 21. **THIRY G.** "Les éléments statistiques sur les accidents corporels en France". *L'Argus*, 30. 9. 1988, pp. 4-6.
- 22. **TRUELLE J.L., MATHE J.F., LION J., JOSEPH P.A., HAMONET F.** "Coordination de la prise en charge du traumatisé crânien. "Réfèrent" ou "Case Manager" ?". Communication aux Journées de l'APF, Nantes, 1990.
- 23. **TRUELLE J.L., BROOKS D.N.** "Traumatisé crânien : un document européen d'évaluation in **PELISSIER (67)**, 1991 pp 287-295.
- 24. **VIENNOT M.** "Le traumatisé crânien dans sa famille". *Résurgences*, n°2, 1990, pp. 16-17.
- 25. **WIROTIUS J.M., PETRISSANS J.L.** "Traumatisés crâniens : les troubles du comportement. Qu'attendre de la pharmacopée ?" in **PELISSIER (67)**, 1991, pp 222-226.