

Quelle organisation pour une gestion efficace et bienveillante des crises comportementales dans la population porteuse d'une déficience intellectuelle?

Vincent Guinchat
INSIEME
19/05 /2022

Concept de comportement problème: les « comportements-problèmes » comme des « comportements d'une intensité, fréquence ou durée telle que la sécurité physique de la personne ou d'autrui est probablement mise sérieusement en danger, ou comme des comportements susceptibles de limiter ou d'empêcher l'accès et l'utilisation des services ordinaires de la cité » (EMERSON)

Domaines / categories	Manifestations possibles du comportement
Automutilation	Se mordre, s'arracher les cheveux, se frapper la tête, se mettre le doigt dans l'œil, etc.
Hétéro agressivité	Taper, pousser, donner des coups de poings, de pieds, des claques, tirer les cheveux, etc.
Conduites d'autostimulation faisant obstacle – stéréotypies verbales et motrices excessives	Balancements, agiter une ficelle, répéter les mêmes mots, faire du bruit de manière incessante, arpenter, mouvements des mains, etc.
Destruction de l'environnement matériel	Jeter et casser des objets, déchirer les vêtements, casser les vitres, de la vaisselle, renverser des meubles, etc.
Conduites sociales inadaptées	Crier, fuguer, se déshabiller en public, s'enfuir, s'opposer de manière permanente, inhibition ou désinhibition massive, etc.
Troubles alimentaires	Hyper sélectivité, Pica (ingestion durable de substances non nutritives), obsessions alimentaires, vomissements, recherche permanente de nourriture, potomanie (besoin irréprouvable de boire de l'eau), etc.

²² Mc BRIEN, J., FELSE, D. *Working with people who have severe learning difficulties and challenging behavior: a practical handbook on the behavioural approach*. Kinderminster: British Institute of mental handicap, 1992. - DIDDEN, R., *et al.* Meta-analytic study on treatment effectiveness for problem behaviors with individuals who have mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 1997, Vol. 101,n°4, pp.387-399.

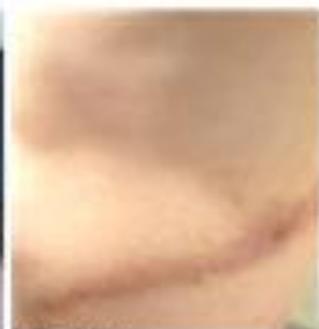
Blessures des Patients



TRAUMATISME CRÂNIEN
& NUTRITION DES LÈVRES



TRICHOTILLOMANIE



SKIN PICKING



OREILLE EN
CHOU-FLEUR



PCA



MORSURE AUTO-INFLIGÉE & ULCÉRATION AVEC CICATRICES



FRACTURE CONSÉCUTIVE À
UNE IMMOBILISATION MANUELLE

Blessures des Soignants



CONTUSIONS DE LA FACE



MORSURES & GRIFFURES À HAUTS RISQUES INFECTIEUX



LÉSION SÉVÈRE DE LA MAIN



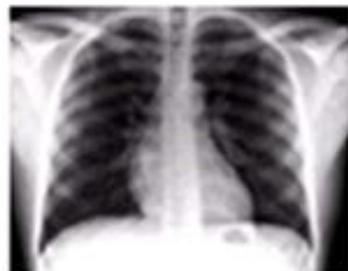
HERNIE CERVICALE
& INVALIDITÉS FONCTIONNELLES



SCALPE



FRACTURES DENTAIRE & COSTALE



1. Concept de comportement problème

La prise en charge des comportements-défis se situe donc à 3

Un triple défi

- Au niveau de la personne, il faut analyser les causes et les fonctions du trouble pour essayer de le faire disparaître.
Analyse clinique et fonctionnelle du comportement
- Au niveau du personnel éducatif, il faut le doter de moyens d'intervention adéquats et l'aider à adapter l'accompagnement.
Approche psycho-éducative
- Au niveau communautaire il faut modifier l'organisation des structures pour offrir des services adaptés. **Approche écosystémique**

Ressources existantes sur le canton de Vaud pour la gestion des situations de crise chez les populations avec HM

Unité mobile,
(SPDM/EMDM):
4 médecins
6 éducateurs
1 infirmier
3 psychologues

**Renforts éducatif
médico-social**
(50 intervenants sur le
Canton)

**+1500 résidents dans 12 fondations.
+Foyers organisés sur un mode plus
communautaire que spécialisés
+Soins médicaux surtout externalisés
+Soins infirmiers intégrés**

**Polyclinique médicale
universitaire:**
Accès à des soins combinés sous
narcose. Porte d'entrée par les
soins dentaires

Psychiatrie polyvalente:
4 sites hospitaliers
Réunions tripartites
trimestrielles pour le monitoring
de la cohorte clinique

Ressources existantes sur le canton de Vaud pour la gestion des situations de crise chez les populations avec HM

Unité mobile,
(SPDM/EMDM):
4 médecins
6 éducateurs
1 infirmier
3 psychologues

**Renforts éducatif
médico-social**
(50 intervenants sur le
Canton)

**+1500 résidents dans 12 fondations.
+Foyers organisés sur un mode plus
communautaire que spécialisés
+Soins médicaux surtout externalisés
+Soins infirmiers intégrés**

EPIONE

**Polyclinique médicale
universitaire:**
Accès à des soins combinés sous
narcose. Porte d'entrée par les
soins dentaires

Equivalente:
+ sites hospitaliers
Réunions tripartites
trimestrielles pour le monitoring
de la cohorte clinique

Réseau vaudois pour la gestion des situations complexes

S3

Assistances
sociales

Pédiatrie

Neuro-pédiatrie
consultations
spécialisées

Hospitalisation
pédiatrique et
narcoses
combinées

Inspection

Internat

EMDM

STSA

SPJ

Ecoles spécialisées

Pédopsychiatrie de
ville

SUPEA

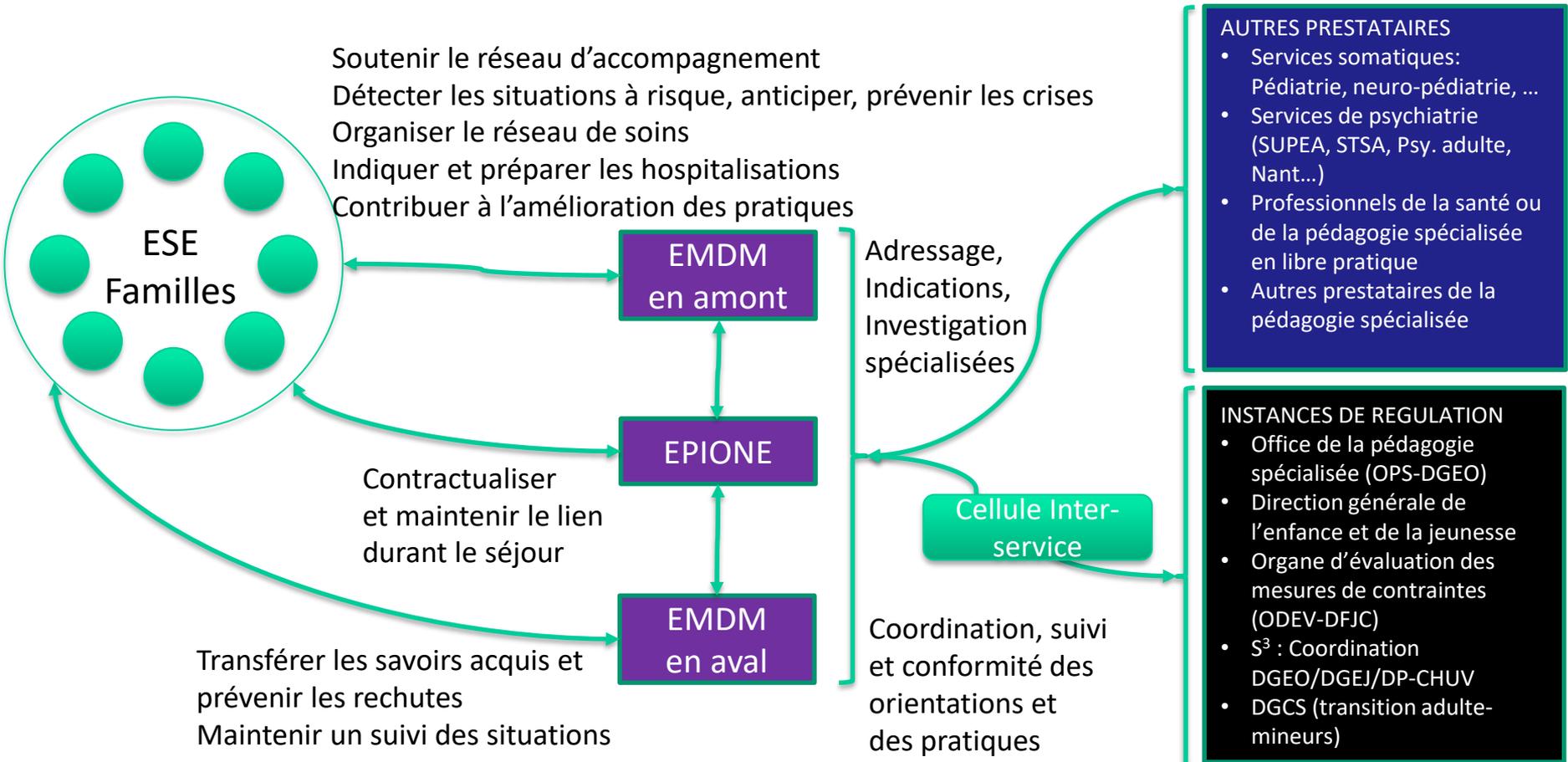
Hospitalisation
pédopsychiatrie

ODEV

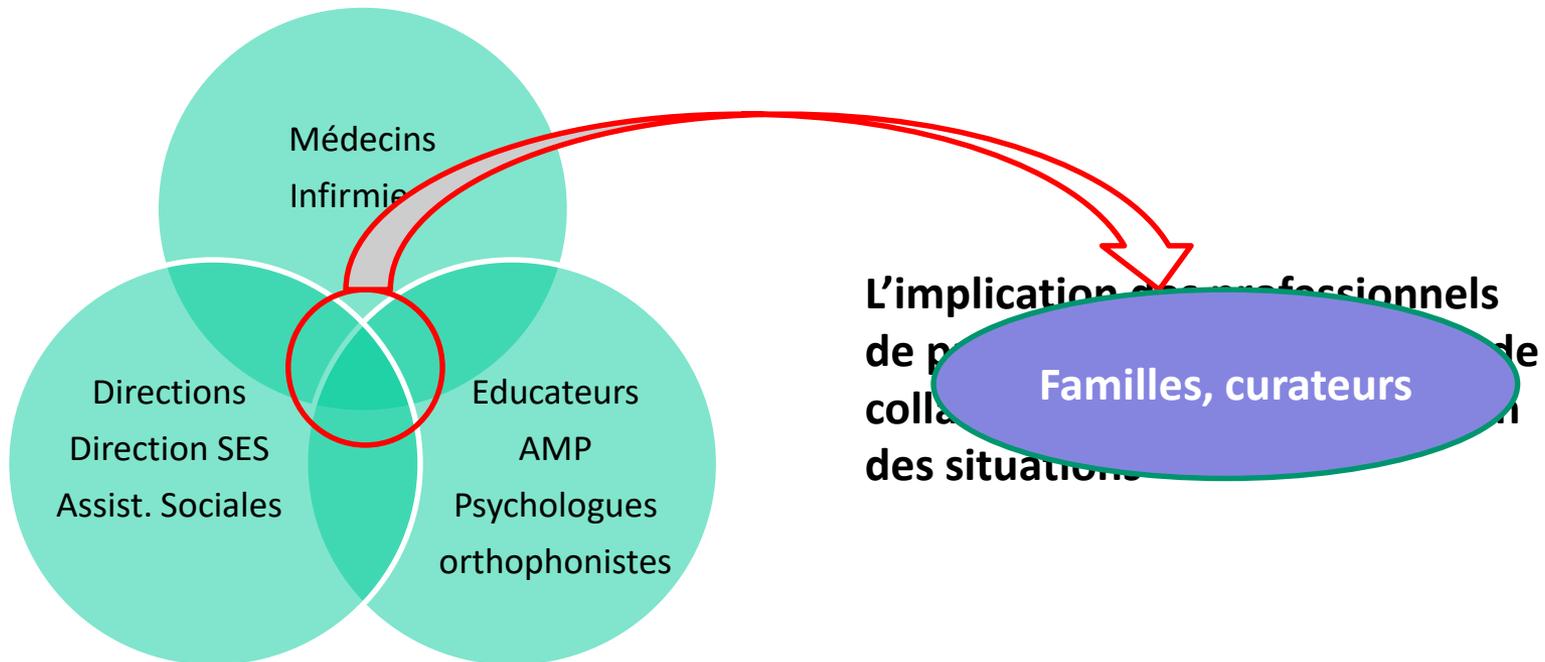
Associations

Rééducation

Positionnement dans le réseau vaudois pour la gestion des situations complexes



Il doit exister à la fois une complémentarité des regards mais aussi un corps de connaissance partagé entre les professionnels et les accompagnants



Méthode diagnostique: Formulation des hypothèses

Evaluation des troubles développementaux, médicaux et psychiatriques.

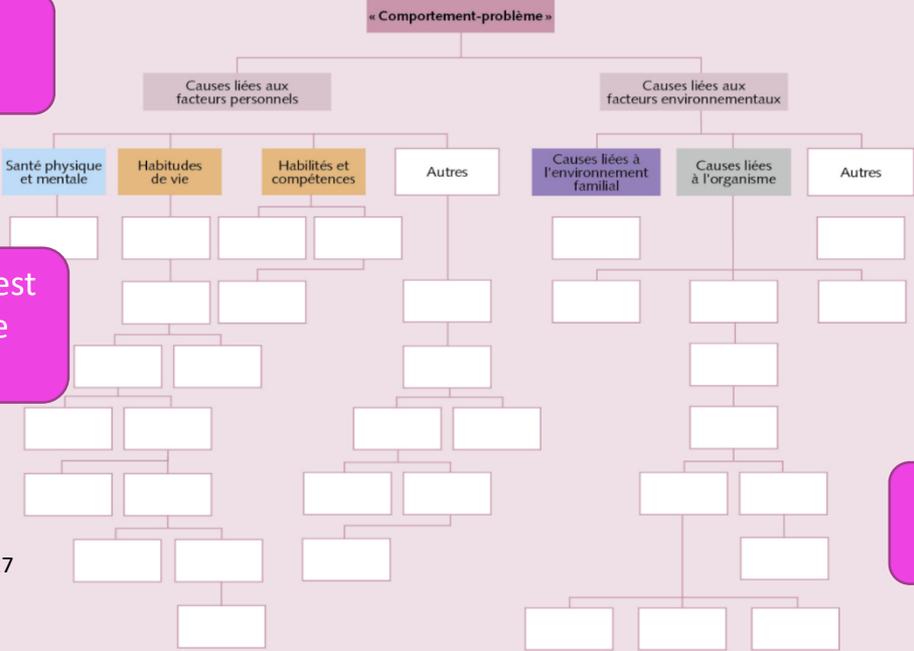
Méthodologie et objectifs de l'arbre des causes

Un même comportement peut avoir plusieurs causes

la hiérarchisation des causes est la clef d'un plan thérapeutique réussi.

La finesse d'observation, la contextualisation et la quantification des comportements permettent la formulation d'un maximum d'hypothèses

Une causes mène parfois à plusieurs comportements



In synthèse des RBPP Anesm janvier2017

DE L'IRRITABILITE A L'AGRESSIVITE DANS LES TSA

Réponse excessive aux stimuli
Dérégulation émotionnelle
stress situationnel



changements dans l'état
d'humeur: **irritabilité**

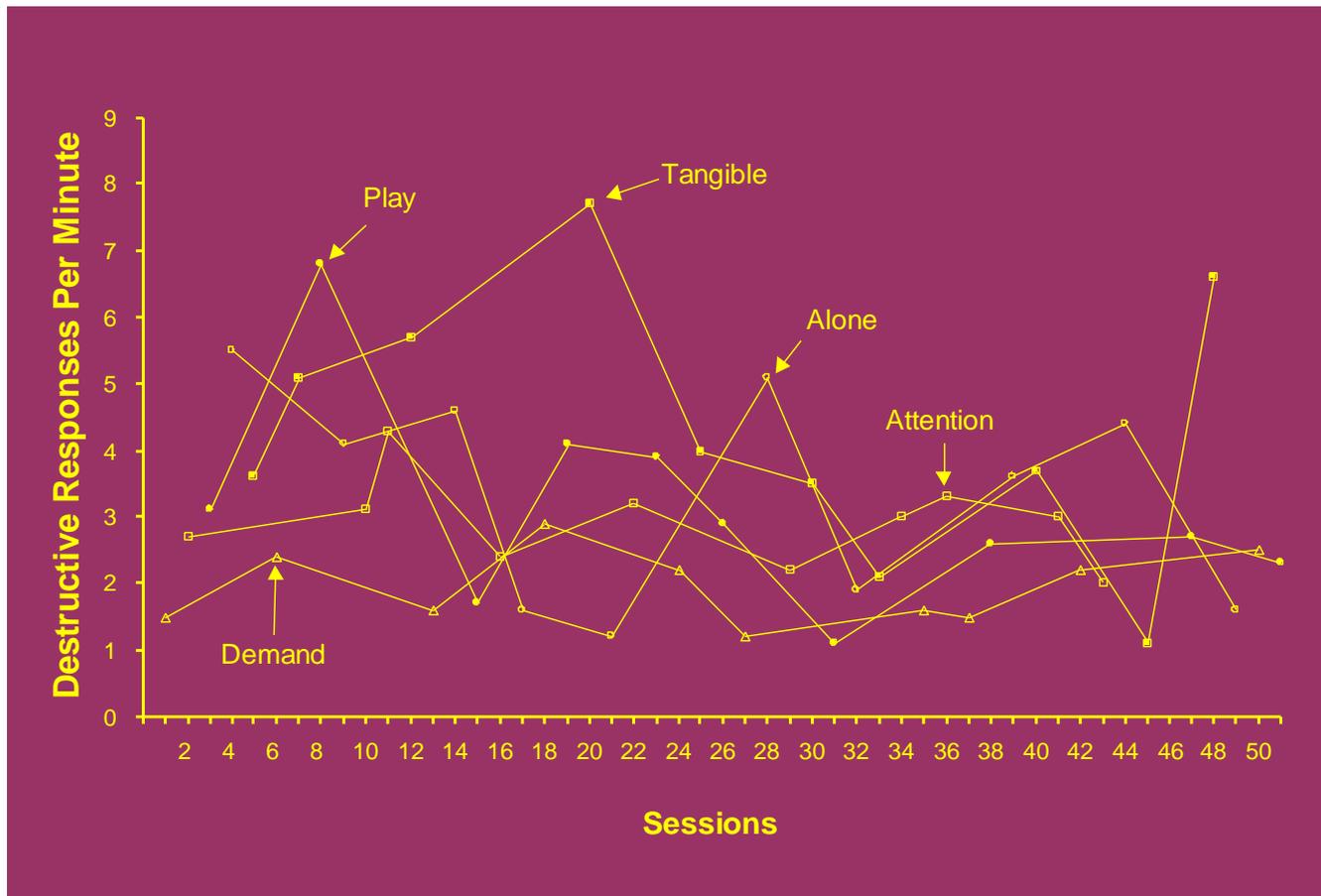


Communication déviante
Impulsivité
Désorganisation cognitive
Stéréotypies
Recherche sensorielle



COMPORTEMENTS DEFI
Agression, Cris, insultes +/- agitation

Exemple de surveillance quantitative spécifique suite a l'analyse fonctionnelle



Etiologies reconnues de la décompensation comportementale chez 70 patients autistes sévères hospitalisés

Diagnosics	N (%)
<i>Causes environnementales</i>	
Pas de P.EC/iatrogenie	12 (17)
Trouble de l'ajustement	11 (15)
<i>Causes organiques</i>	
Epilepsie	10 (14)
Autre trouble somatique	13 (18)
<i>Causes psychiatriques</i>	
Catatonie	5(7)
Episode dépressif	6(8,5)
Trouble bipolaire	4(6)
Trouble obsessionnel-compulsif	1 (1,5)
Schizophrenie	3(4)
<i>Inconnue</i>	4 (6)

Les troubles psychiatriques associés

Les patients avec déficience intellectuelle sévères ne sont pas protégés des troubles psychiatriques bien au contraire

ils ont de nombreux facteurs de vulnérabilité, personnels et environnementaux

A priori tous les diagnostics peuvent être retrouvés

sémiologie non consensuelle : modifiée par le trouble développemental et les capacités verbales

Il faut différencier ce qui relève :

- de l'expression du trouble développemental (trouble instrumental, autisme, hyperactivité)
- de ce qui indique l'entrée dans un processus psychiatrique comorbide.

**IMPORTANCE DE L'ANAMNESE
ELIMINER UNE ORGANICITE
UTILISER DES OUTILS**

Le modèle de Sovner appliqué à la DI: Facteurs influençant le processus diagnostique

- DISTORSION INTELLECTUELLE
 - (pensée abstraite, communication)
- MASQUAGE PSYCHOSOCIAL DES SYMPTOMES (peu d'exposition, d'expérience et de mises en situation)
- DESORGANISATION COGNITIVE (stress)
- EXAGERATION DE LA LIGNE DE BASE
(augmentation des tb. du cpt pré existants)

**+ Chevauchement des
symptômes**

Facteurs prédictifs pour un sevrage en NL

- une dose faible
 - Peu de psychopathologie
 - Peu d'agressivité, de stéréotypie et d'hyperactivité
 - Sexe féminin
- (Brandford 1996, Kuijper 2014).

- **autisme comorbide,**
 - Dose élevée d'AP
 - Severité initiale,
 - CD
 - Akathisie
 - Dégradation pendant la diminution
- (Kuijper, 2014)

Place de l'organicité dans les troubles du comportement chez la personne avec déficience intellectuelle sévère : 4 dimensions

Dimension
étiologique

Troubles associés

Douleur
inconfort

iatrogénie

Syndrome génétique, encéphalopathie épileptique ou métabolique avec parfois des phénotypes comportementaux connus, ou des évolutions dégénératives déjà décrites.

Considérées comme la cause de la déficience intellectuelle elles peuvent éventuellement orienter vers des examens ou des traitements spécifiques.

Place de l'organicité dans les troubles du comportement chez la personne avec déficience intellectuelle sévère : 4 dimensions

Dimension
étiologique

Troubles associés

Douleur
inconfort

iatrogénie

Certains comportements sont l'expression d'une intrication entre le trouble du développement et les symptômes d'une maladie somatique chronique, mettant à mal les capacités adaptatives d'un individu. Les déficits sensoriels, l'épilepsie, les troubles gastro intestinaux, les désordres endocriniens ou métaboliques et l'atopie sont à évoquer en premier lieu.

Place de l'organicité dans les troubles du comportement chez la personne avec déficience intellectuelle sévère : 4 dimensions

Dimension
étiologique

Troubles associés

Douleur
inconfort

iatrogénie

Il s'agit des pathologies du tout venant générant un inconfort que le patient a du mal à localiser ou à exprimer. La topographie de certaines auto-automutilations peut être indicative d'un point d'appel mais pas toujours. Souvent bénignes, elles peuvent se compliquer en l'absence de prise en charge.

La plupart des autistes agités sont douloureux

Neurologiques:

migraine, névralgie
épilepsie

O.R.L.

Bucco dentaires

Abdomen: Gastrites/Transit

Uro-génitales

Appareil locomoteur

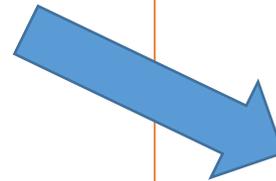
Peau



*Effet sur la
proprioception?
Atteinte
Périphérique?*

Grille de lecture d'une gêne somatique sur le comportement:

- Stratégie d'évitement de la douleur ou d'un inconfort («gate effect», position antalgique, mouvements antalgiques...)
- Communication d'un inconfort.
- Désorganisation psychomotrice.
- Augmentation du stress et de l'irritabilité
- Dys-autonomie



**LA DOULEUR EST BIEN
SOUVENT **AGIE**
PLUTÔT QU'EXPRIMÉE**

Place de l'organicité dans les troubles du comportement chez la personne avec déficience intellectuelle sévère : 4 dimensions

Dimension
étiologique

Troubles associés

Douleur
inconfort

iatrogénie

Certains comportements sont renforcés par leur conséquences lésionnelles (cataracte, décollement de rétine, fracture, plaie, infection).

La médication particulièrement, en psychotropes et antiépileptiques peut avoir des effets secondaires à expression comportementale (akathisie, dyskinésie, sédation, irritabilité)

Alors qu'ils sont souvent sensibles à de très faibles modifications de posologie, la plupart des patients ont reçu des poly-médications. Il faut réinterroger régulièrement les indications et l'opportunité de fenêtres thérapeutiques.

Traquer les causes de douleurs

Automutilations de la tête

→ **PENSER AUX OREILLES, AUX SINUS, AUX DENTS, AUX MIGRAINES, AUX ALGIES VASCULAIRES DE LA FACE!**

Doigts dans les yeux (eyes-poking) ...

→ **PENSER A LA CONJONCTIVITE, A LA CATARACTE**

Brutales perte de contact +/-gestes automatiques,
Puis perplexité ou d'une irritabilité temporaire...

→ **PENSER A L EPILEPSIE!**

Exacerbation des Troubles autour des repas, PICA, agrippements, sélectivité alimentaire, hyperphagie, recherche d'une position antalgique demi assise. Réveils en fin de nuit, éructations, toux chronique et sinusites....

→ **PENSER A L'ESTOMAC!**

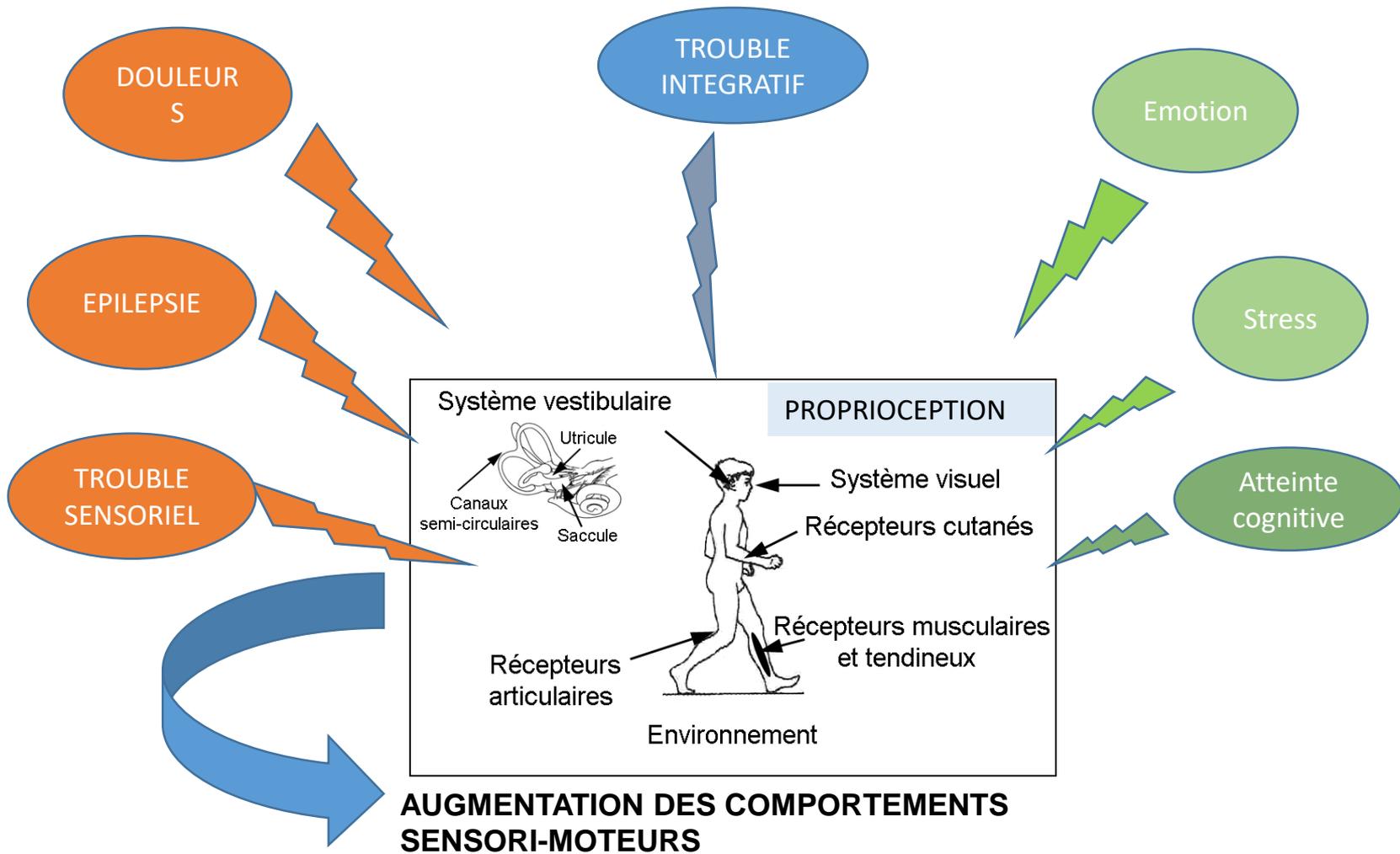
Prurit, recherche de cataplasmes (eau, dentifrice voire selles)

→ **PENSER A UN PROBLEME DERMATOLOGIQUE!**

Patient ne va pas a la selle quotidiennement ou fait des selles dures alternant avec des épisodes diarrhéiques
Déshabillage, Instabilité motrice, agressivité explosive, perte d'appétit, trouble du sommeil, ne veut pas s'allonger.
Massage du ventre avec des objets...

→ **PENSER AU TRANSIT!**

Passivité, refus d'être mobilisé, déséquilibre
→ **PENSER A UN PROBLEME LOCOMOTEUR, VESTIBULAIRE OU VISUEL!**



DOULEURS

TROUBLE INTEGRATIF

Emotion

EPILEPSIE

Stress

TROUBLE SENSORIEL

Atteinte cognitive

Système vestibulaire

PROPRIOCEPTION

Utricule
Saccule
Canaux semi-circulaires

Système visuel

Récepteurs cutanés

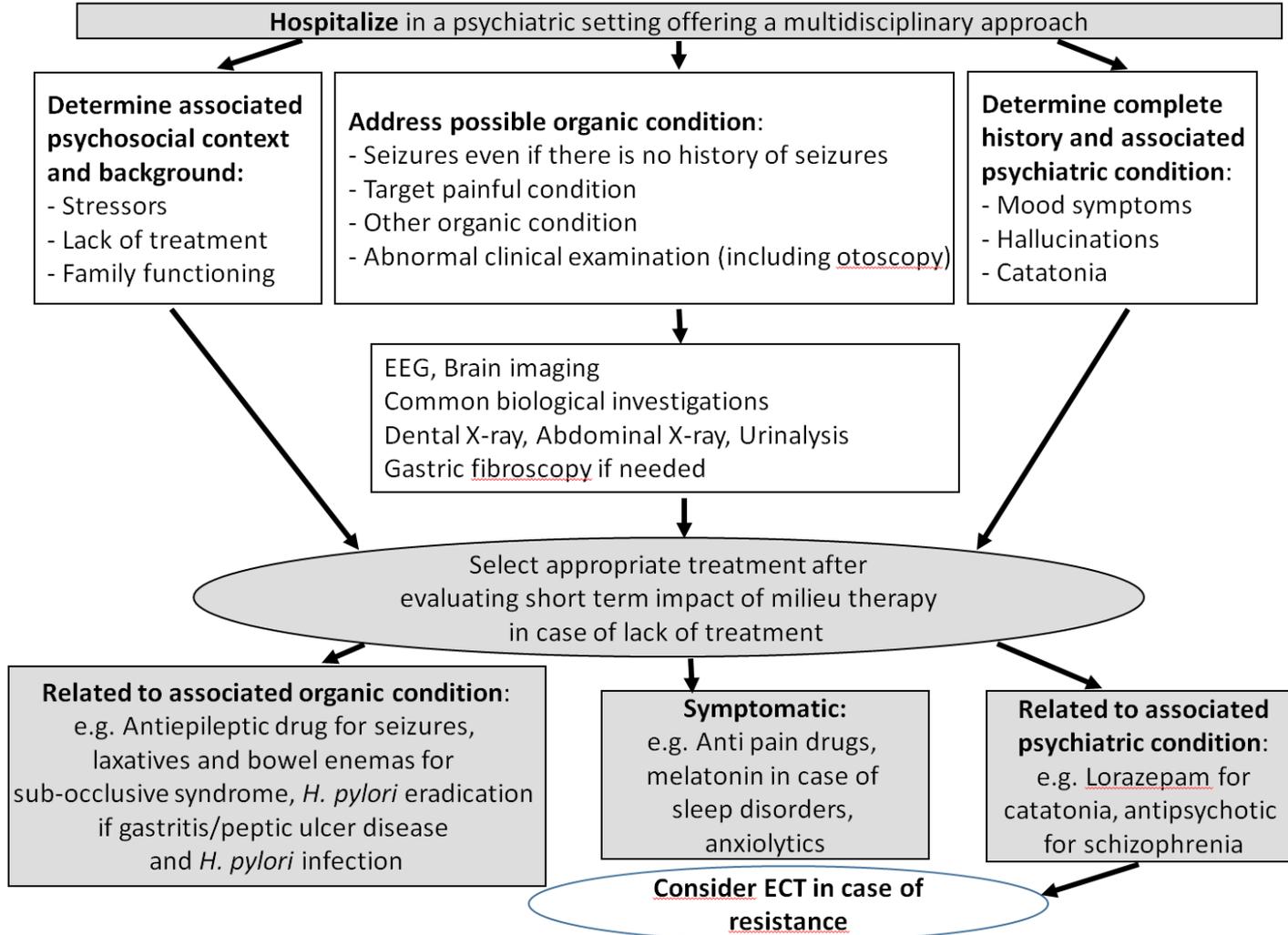
Récepteurs articulaires

Récepteurs musculaires et tendineux

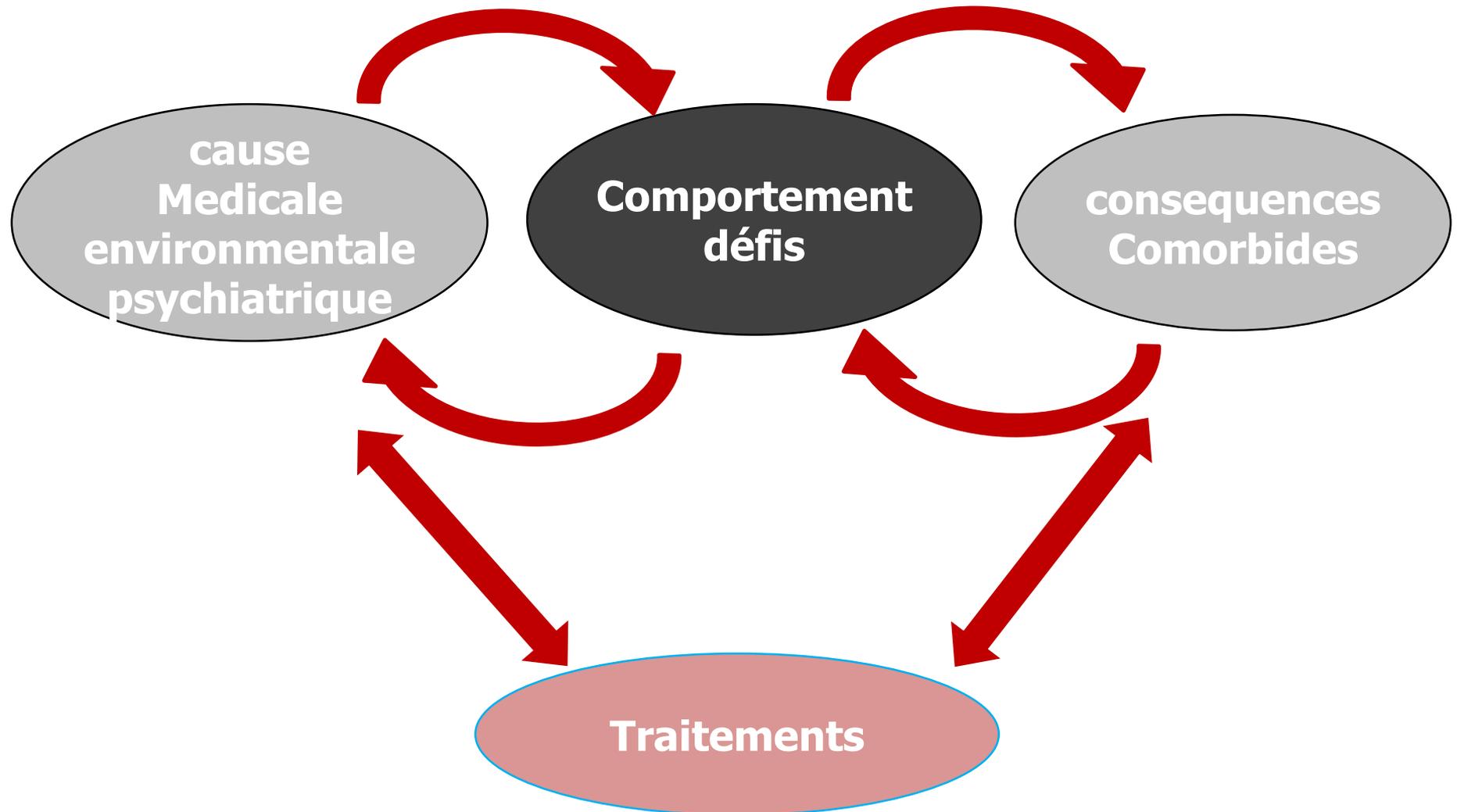
Environnement

AUGMENTATION DES COMPORTEMENTS SENSORI-MOTEURS

Schéma décisionnel



Raisonnement clinique complexe



Parcours de soins K.

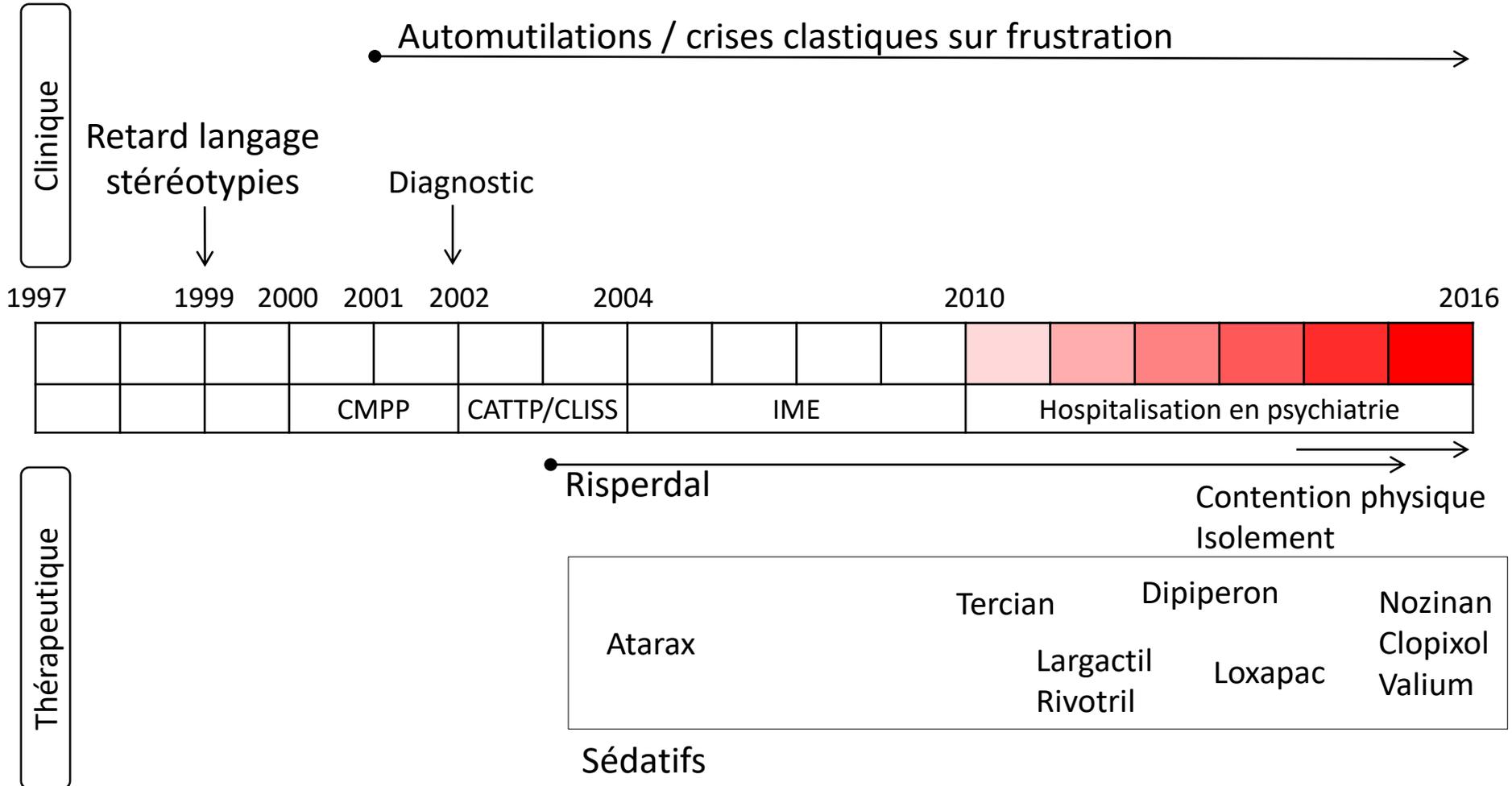
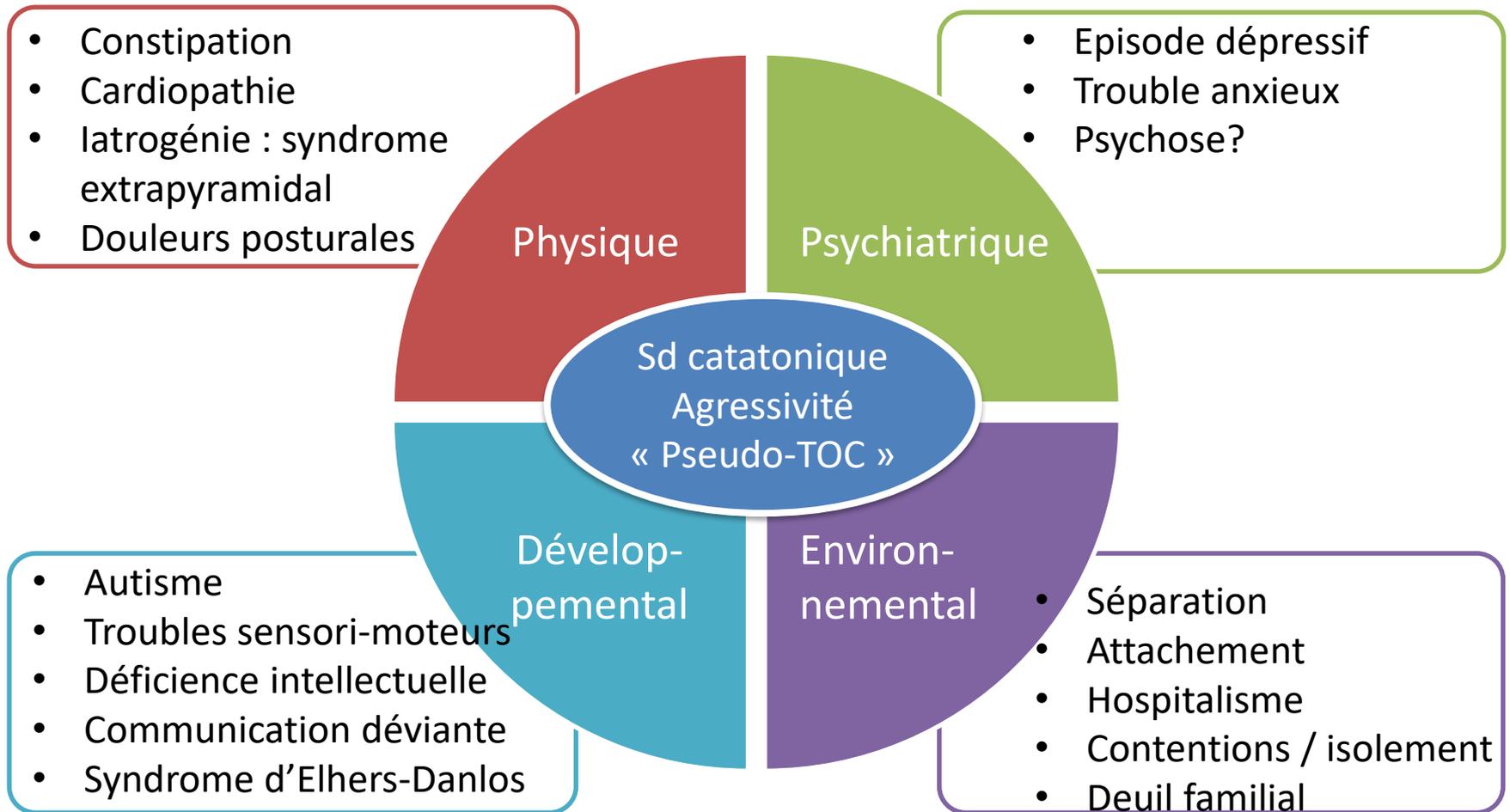




Diagramme multi-dimensionnel de K



Distinction qualitative des troubles du comportement

Chez un patient un comportement revête plusieurs significations et degrés de sévérité

L'augmentation des troubles du comportements reflète parfois paradoxalement une meilleure disponibilité aux échanges relationnels.

La personne a des comportements problèmes ponctuels que l'on peut rapporter un contexte donné

Comportements isolés

Approche psycho éducative puis médicale

La personne décrit des séquences de comportements paroxystiques se déroulant en plusieurs phases

Crise comportementale

Approche mixte

Le personne «est mal» tout le temps et répète des crises très fréquemment

Décompensation comportementale

Approche médicale puis éducative



Public Cible de la nouvelle unité

- Patients porteurs d'un autisme sans langage fonctionnel ou d'une déficience intellectuelle sévère présentant une décompensation comportementale
- Avec ou sans comorbidité psychiatrique
- Provenant des ESE ou du domicile
- Actuellement âgés dès 18 ans...

Missions de l'unité

- Garantir la qualité de vie et la dignité des personnes hospitalisées
- Décrypter et réduire l'intensité des troubles du comportement, par la construction d'un projet de soin individualisé, intégrant un abord médico soignant et des méthodes psycho éducatives intégrées, applicable dans le milieu socio-éducatif
- Prévenir les hospitalisations multiples, en garantissant des séjours suffisamment longs pour s'assurer d'une amélioration clinique du patient dans tous ses environnements

Missions de l'unité

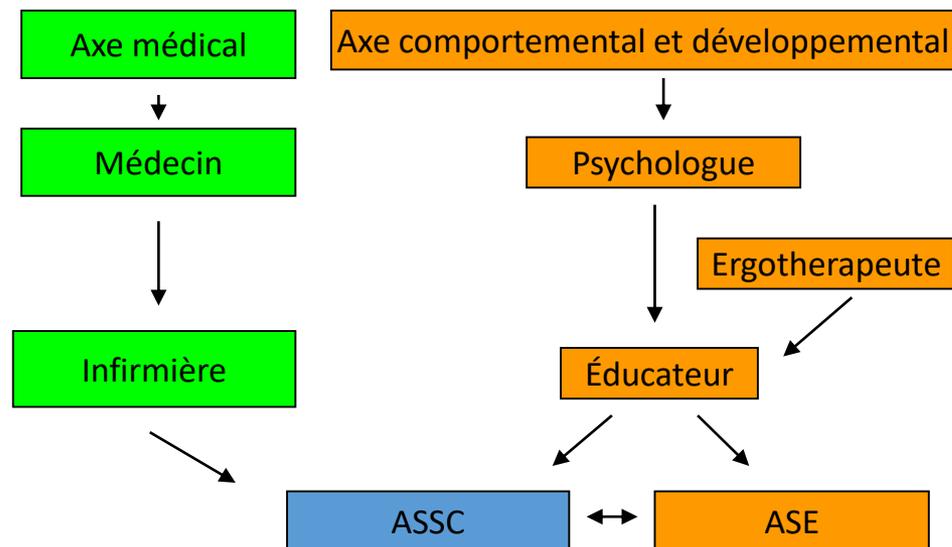
- S'engager dans une démarche de promotion de la santé avec une approche globale, visant en particulier la déprescription
- Prévenir la perte des acquis éducatifs, relancer une dynamique de progression développementale et fonctionnelle, extrapolable dans le milieu de vie
- Permettre l'orientation et la réinsertion des situations complexes dans le milieu socioéducatif et/ou familial

Missions de l'unité

- Faciliter les flux entre les lieux de vie et l'hôpital, via la SPDM et un réseau partenarial efficient
- Contribuer à recherche académique et à la formation de tous les professionnels impliqués auprès des personnes handicapées mentales
- Contribuer à une stratégie globale d'amélioration de l'accès aux soins de la personne avec DI sévère

Et tout ceci sans avoir recours systématiquement à la Chambre de Soins Intensifs (CSI)

Une Organisation des soins Médico-éducative



Les étapes de l'hospitalisation

	Phase 1	Phase 2	Phase 3
MEDICAL	<p>Bilan somatique. Observation psychiatrique. Anamnèse médicamenteuse Gestion du risque Plan de traitement Fenêtre thérapeutique</p>	<p>Traitement somatique Traitement psychiatrique Approche systémique Gestion du risque</p>	<p>Renforcement Hypothèses secondaires Prophylaxie Approche systémique</p>
MIXTE	<p>Echelle de sévérité</p>	<p>Psychothérapie</p>	<p>Transmission du mode d'emploi</p>
PSYCHO EDUCATIF	<p>Accompagnement bas seuil Evaluation cognitive communication sensori-motrice fonctionnelle renforceurs Analyse fonctionnelle (entretien/observation) Monitoring (ABC)</p>	<p>Encadrement adapté PEC ciblée sur : . Acquisitions . Comportement défi Monitoring</p>	<p>Généralisation Médiation Accompagnement congés</p>

Les moyens

➤ **Moyens auxiliaires selon protocole**

- Matériel de protection :

- Patient : casques, mitaines....

- Collaborateurs : protège-tibia, paravent, PAO.....

- Matériel Facilitateur : matériel d'ergothérapie à disposition, papoose-board, soins sous MEOPA, capteurs physiologiques

➤ **Compétences partagées** : gestion des risques, GCTC, communication alternative, pairing, scénarii sociaux,...

➤ **Activités individualisées** : renforçateurs, possibilité d'atelier cuisine, potager, jeux extérieurs, atelier sensoriel, TEACCH, piscine,.....