

GESTION DE LA VIOLENCE

Un dispositif innovant auprès de personnes autistes

Lautaro Diaz, Vincent Guinchat, Alexandra Lorilleux, Julie Alati, Jean Lefèvre-Utile

Martin Média | « [Le Journal des psychologues](#) »

2018/6 n° 358 | pages 20 à 26

ISSN 0752-501X

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2018-6-page-20.htm>

Pour citer cet article :

Lautaro Diaz *et al.*, « Gestion de la violence. Un dispositif innovant auprès de personnes autistes », *Le Journal des psychologues* 2018/6 (n° 358), p. 20-26.
DOI 10.3917/jdp.358.0020

Distribution électronique Cairn.info pour Martin Média.

© Martin Média. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Gestion de la violence

Un dispositif innovant auprès

La conceptualisation et l'utilisation de techniques spécifiques à la gestion des troubles sévères du comportement permettent de proposer des alternatives à la contention et à l'isolement, tout en mettant en exergue la dimension éthique, la dignité de la personne et une logique de soins. Présentation d'un exemple de dispositif de prise en charge des personnes autistes en unité de soins intensifs.

Une importante évolution des connaissances sur l'autisme et de sa prise en charge a eu lieu au cours des dernières décennies (Hochmann, 2009). Dans la récente histoire de l'autisme, on peut notamment citer l'engagement des associations de parents pour améliorer la prise en charge de leurs enfants (Chamak, 2008), les efforts de l'Éducation nationale pour accueillir les enfants autistes à l'école, le développement de l'offre du secteur médico-social, mais également les avancées des théories et thérapies behavioristes et cognitives

Les auteurs :

Lautaro Diaz, psychologue

Vincent Guinchat, pédopsychiatre

Alexandra Lorilleux, éducatrice spécialisée

Julie Alati, éducatrice spécialisée

Jean Lefèvre-Utile, infirmier, doctorant en éthique du soin

Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Université Pierre-et-Marie-Curie

(par exemple avec le programme TEACCH) ou l'évolution des descriptions nosologiques des manuels de psychiatrie successifs. Pourtant, en dépit de ces avancées, des situations de blocage persistent, où les professionnels sont en difficulté face à des problématiques comportementales complexes et où les personnes autistes ne sont pas prises en charge de façon adéquate. C'est ce qui a motivé la création d'un dispositif novateur dans la prise en charge de l'autisme qui soit mieux à même de gérer ces situations, notamment en développant des techniques spécifiques de gestion des crises et des troubles du comportement. Dans cet article, nous revenons sur cette expérience qui nous a conduits à élaborer des outils alternatifs à la contention et à l'isolement, mais également à réfléchir aux conditions d'accueil des situations complexes et aux techniques de gestion des troubles sévères du comportement dans l'autisme.

LES SITUATIONS COMPLEXES DANS L'AUTISME : GÉRER LES CRISES COMPORTEMENTALES

Les ruptures des trajectoires de vie des personnes autistes

Les ruptures dans les parcours de vie des personnes en situation de handicap sont une préoccupation récurrente, que ce soit pour les autorités administratives, les associations, les professionnels ou les familles. Une étude française a montré, à partir du suivi d'une importante cohorte d'enfants autistes, que les troubles sévères du comportement constituent le principal facteur de risque de rupture de prise en charge¹. Cela apparaît également dans le rapport Piveteau², qui souligne que, lorsqu'une personne en situation de handicap présente un comportement trop violemment instable, les équipes spécialisées se trouvent souvent dans l'incapacité d'organiser et de poursuivre la prise en charge. Il a été montré que les adolescents et les jeunes adultes sont les plus susceptibles de présenter les troubles du comportement les plus sévères (Shattuck *et al.*, 2007). Le risque de rupture

de personnes autistes

des prises en charge s'en trouve accru pendant ces périodes (Guinchat *et al.*, 2015a). Un cercle vicieux peut alors se former, les exclusions successives et l'absence de soins venant aggraver les difficultés comportementales et marginaliser la personne, laquelle risque de se retrouver finalement sans aucune solution d'accompagnement.

La création du dispositif SCATED

Pour répondre à ces types de situation, l'Agence régionale de santé d'Île-de-France a conçu et financé, depuis 2010, un dispositif de prise en charge de situations complexes en autisme et troubles envahissants du développement (SCATED). La création de ce dispositif constitue une innovation thérapeutique dans la prise en charge de l'autisme, en France, mais également à l'étranger où il existe peu d'expériences de ce type (Guinchat *et al.*, 2015a). Le dispositif comprend, entre autres, une unité sanitaire interdépartementale d'accueil temporaire d'urgence pour patients autistes (USIDATU), implantée sur le groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière³. Cette unité non sectorisée accueille des enfants, des adolescents et adultes atteints d'autisme ou de troubles envahissants du développement en situation de décompensation ou de régression comportementale. Elle vise à offrir un cadre suffisamment contenant et rassurant pour le patient et les équipes, afin de permettre une évaluation développementale globale, de mettre à plat les prises en charge et de réfléchir à l'intrication des dimensions causales à l'œuvre dans la genèse des crises (Guinchat *et al.*, 2015a). Deux objectifs principaux animent les hospitalisations : tout d'abord, obtenir un apaisement du comportement du patient et, ensuite, réduire le risque d'hospitalisations chroniques et répétées par manque d'un accueil médico-social adapté aux nécessités spéciales de la personne (Guinchat *et al.*, 2015b). L'un des enjeux, pour atteindre ces objectifs, est de réussir à développer des techniques innovantes de gestion des crises et troubles sévères du comportement⁴.

L'absence d'outils professionnels pour la gestion des crises comportementales

Les difficultés rencontrées par les professionnels dans les structures en amont du dispositif témoignent de l'inefficacité des dispositifs à prendre en charge les SCATED, de leur impuissance face à la violence du patient, du fléchissement du cadre de soins et, finalement, de l'épuisement des équipes. Elles montrent combien les effets de la confrontation des équipes à la violence des patients sont délétères. Surtout, elles viennent pointer le manque d'outils et de techniques pour mieux gérer les crises. Les équipes, sans formation à la gestion de la violence des usagers, ont fréquemment recours à des réponses intuitives plutôt qu'à une stratégie adaptée. Ainsi, certains professionnels adoptent des attitudes d'évitement face à l'agitation de la personne. Au contraire, d'autres professionnels font ➔

Notes

1. Thévenot J.-P., Philippe A., Casadebaig F., 2008, « Suivi d'une cohorte d'enfants porteurs de troubles autistiques et apparentés en Île-de-France de 2002 à 2007 : situation des enfants lors de l'inclusion », <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/Recherche/Rapports/InclusionAutistes.pdf>.
2. Piveteau D. *et al.*, 2014, « "Zéro sans solution" : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000376.pdf>.
3. À part l'USIDATU, ce dispositif comprend trois unités mobiles interdépartementales (UMI) qui réalisent des observations *in situ* des patients dans leur environnement, hiérarchisent les indications d'hospitalisation les plus urgentes, temporisent les autres autant que faire se peut et accompagnent ensuite les sorties, afin de réussir la réintégration.
4. Différents organismes de formation proposent actuellement des programmes de gestion des crises et de violence des usagers des services médico-sociaux ou de santé. À l'USIDATU, nous avons fait le choix de développer notre propre dispositif de formation pour mieux répondre aux besoins spécifiques de notre service, mais aussi à la spécificité de la formation continue des professionnels de santé du secteur sanitaire en France.

→ face à la violence, mais en cherchant avant tout à se défendre ou à riposter et en ayant fréquemment recours à la force ou à l'intimidation. Ces dernières stratégies sont souvent favorisées par le recrutement de « gros bras », investis d'une mission de protection du reste de l'équipe. Mais cette mission est fréquemment mise en échec par les comportements imprévisibles des patients, avec un risque important de provoquer des escalades comportementales. D'autres équipes choisissent de s'investir dans la pratique des arts martiaux, confondant ainsi les techniques de self-défense avec l'intervention professionnelle dans la gestion des troubles du comportement. Au final, non seulement ces interventions n'apportent pas de solution au problème de la personne prise en charge, mais elles augmentent les risques concrets de maltraitance et mettent en péril tant la sécurité des usagers que des professionnels. Lors de la création de l'USIDATU, le défi était de constituer une équipe pluridisciplinaire capable de prendre en charge les troubles du comportement des patients de façon professionnelle et innovante. Il fallait s'assurer qu'en cas de comportement-problème, les personnes hospitalisées rencontraient des réponses différentes de celles qu'elles recevaient d'habitude dans leurs lieux d'accueil. L'enjeu était donc d'éviter l'enfermement et la contention mécanique qui, tout en sécurisant les professionnels face à la violence des patients, limitent les possibilités d'observation et la mise en place de réponses individualisées adaptées. Pour autant, il fallait aussi offrir un cadre suffisamment rassurant aux équipes.

Le développement des techniques pour la gestion des troubles sévères du comportement

Pour cela, deux dimensions ont été privilégiées. La première, plutôt classique dans le milieu hospitalier, consiste à aborder le vécu des soignants dans des groupes d'élaboration animés par des professionnels d'orientation psychanalytique. Ces groupes permettent de mettre des mots sur une clinique où la violence est une réalité quotidienne qui engendre souvent des sentiments d'impuissance, d'incompréhension ou d'injustice, et qui interpelle tout professionnel sur un plan personnel, c'est-à-dire dans sa subjectivité, ses valeurs, ses codes sociaux et ses principes moraux. Prendre en compte l'impact émotionnel et le stress causés par le travail avec cette population constitue un aspect très important, pour assurer le bon fonctionnement des équipes et une meilleure qualité de la prise en charge des patients (Cudré-Mauroux, 2012). Cette première dimension peut être qualifiée d'« intervention d'après-coup ».

Au contraire, la deuxième dimension à considérer est proactive ; il s'agit de la création d'outils efficaces dans

la gestion des crises comportementales et de la formation des professionnels. Il est essentiel de former les équipes non seulement aux techniques de prévention et de désamorçage des crises comportementales, mais aussi aux interventions physiques, afin de garantir la continuité des soins et d'augmenter les conditions de sécurité pour les professionnels et les usagers (Paccione-Dyszlewski *et al.*, 2012). Il s'agit d'un usage clinique et thérapeutique de la contrainte, pour « aller mieux » (Velpry, Eyraud, 2017), qui se distingue d'un usage à visée de sécurité ou maltraitant. D'importants efforts ont été réalisés récemment par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) pour développer un corpus de recommandations des pratiques professionnelles en matière de prévention et de prise en charge des comportements-problèmes des enfants et adultes en situation de handicap accueillis dans des établissements médico-sociaux. Ces recommandations décrivent dans le détail l'évaluation des situations et les techniques les moins restrictives de prévention des crises. En revanche, seules quelques lignes traitent la question des interventions physiques, alors même que cette pratique semble courante dans le milieu sanitaire et médico-social qui prend en charge ce type de population. Ainsi, et malgré les besoins, il n'existe, à l'heure actuelle, que très peu de descriptions précises des techniques d'intervention physique pour gérer les troubles du comportement dans la littérature des recommandations professionnelles⁵. En cela, la France se distingue d'autres pays, tels que les pays anglo-saxons, où des recommandations précises existent depuis plusieurs années (Joint Commission, 2012).

Sur ce terrain encore peu exploré, l'équipe de l'USIDATU a donc cherché, dès l'ouverture de l'unité, à définir des techniques de gestion des troubles du comportement, d'abord en identifiant les outils conceptuels et les pratiques existantes, puis en faisant évoluer ces techniques à partir de l'expérience, ce qui a permis de développer un savoir-faire et une expertise en la matière.

CADRE CONCEPTUEL ET STRATÉGIES D'INTERVENTION : S'INSCRIRE DANS UNE LOGIQUE DE SOIN

Le cadre conceptuel et la stratégie d'intervention ont été élaborés à partir des travaux de différents auteurs issus de domaines variés. Ils reposent sur le constat que les personnes atteintes des troubles du spectre autistique et de déficit intellectuel sont plus vulnérables et susceptibles de présenter des comportements-problèmes de gravité variable, à différents moments de leur vie. Un large ensemble

de facteurs peuvent prédisposer la personne à une fragilité et une instabilité sur le plan comportemental. On peut notamment citer les difficultés communicationnelles, notamment au niveau expressif ; des habilités sociales pauvres ; des réponses sensorielles atypiques avec recherche ou évitement de certains stimuli ; une sensibilité particulière aux changements ; les difficultés à interpréter son environnement immédiat en raison de faibles capacités cognitives ; des aspects émotionnels et relationnels ; des comorbidités somatiques et psychiatriques.

Le modèle de l'iceberg

Dans cette perspective, les comportements-problèmes sont l'expression d'une autre problématique. Certains auteurs font ainsi référence aux troubles du comportement comme « *la partie émergée de l'iceberg* » (McGonigle *et al.*, 2014). Ils sont la manifestation de causes sous-jacentes difficilement observables lors de la première présentation de la situation. Pour dégager et identifier les facteurs à l'origine des troubles du comportement, une observation clinique approfondie est nécessaire. Cette observation minutieuse du comportement de la personne dans différents contextes, les entretiens avec les aidants et les examens médicaux permettent de formuler les premières hypothèses cliniques et de mettre en place des thérapies adaptées. Elle nécessite de disposer d'un temps assez long et d'un cadre de soin suffisamment ouvert. La gestion des crises comportementales prend ici toute sa valeur comme complément du dispositif thérapeutique. En effet, elle ne vise pas tant à réduire les risques⁶ qu'à permettre à la personne de développer son comportement, afin de mieux le comprendre.

Les phases d'une crise comportementale

Pour intervenir lors d'une crise comportementale, il est primordial de constituer un cadre conceptuel pragmatique. Les opérateurs qui nous ont semblé les plus pertinents pour évaluer rapidement la situation de crise sont issus des théories des organisations. Dans ce cadre conceptuel, la crise est décrite comme un processus : elle se développe, s'intensifie et, finalement, disparaît, généralement en suivant des phases identifiées (Pearson *et al.*, 1997). Le nombre de phases diffèrent selon les auteurs. Philip Whitaker *et al.* (2002) appliquent ce modèle aux troubles sévères du comportement et, dans un souci de synthèse, retiennent quatre phases de la crise. D'abord, à l'extrême le plus éloigné de la crise se situe une première phase d'équilibre psychoaffectif de la personne. Celle-ci a un fonctionnement stable, elle participe à son quotidien comme d'habitude. Elle est calme, plutôt ouverte et à l'écoute des interventions,

consignes et suggestions des professionnels. Ensuite s'ouvre une seconde phase, l'escalade de la crise, qui fait souvent suite à un événement désagréable pour la personne. Il ne s'agit pas encore de la crise proprement dite, mais de signes de tension et de stress de la personne en général facilement observables : la personne se montre un peu plus irritable, elle a un fonctionnement plus irrégulier et se montre moins perméable à la communication. Les professionnels ont souvent l'impression de « marcher sur des œufs » lorsqu'ils s'adressent à elle. Ces signes sont les précurseurs d'une troisième phase : la crise comportementale. Pendant cette crise comportementale, la personne présente un état de désorganisation majeur, avec des comportements d'agression, d'automutilation ou de destruction d'objets, qui sont fréquents et/ou extrêmement importants. L'intégrité et la sécurité de la personne elle-même et de son entourage sont en danger. Une phase de pseudoadaptation peut survenir ensuite, quand la personne semble apaisée, mais que son tableau reste fragilisé. Un infime événement peut alors réenclencher le processus de la crise, avant de retrouver plus tard à nouveau une période d'accalmie et de sérénité.

Les stratégies de gestion en amont de la crise

Tout comme son comportement, l'état psychologique de la personne varie à chaque phase du processus de crise. L'intervention du professionnel doit alors s'adapter aux spécificités de chaque phase et de chaque situation. Philip Whitaker *et al.* (2002) formalisent les stratégies spécifiques de réponses adaptées à chaque phase du processus de crise. Pendant la première phase, alors que la personne se trouve dans un fonctionnement stable, le plus pertinent est de consolider les domaines adaptatifs et développementaux plus fragiles et instables. Ce travail de prévention vise, d'une part, à pallier les difficultés pratiques que la personne rencontre dans son interaction quotidienne avec l'environnement et qui sont susceptibles d'être à



Notes

5. Bien que les techniques d'intervention physique soient peu abordées dans la littérature actuelle, un corpus législatif et de recommandations des pratiques professionnelles existe en France concernant les mesures de contention mécaniques et le recours à l'isolement en psychiatrie (voir l'encadré p. 18). Cependant, la contention mécanique et l'isolement sont des techniques beaucoup plus intrusives pour les usagers ; ils ont un impact très important dans la restriction des libertés et provoquent des effets iatrogènes dans la prise en charge des personnes autistes et/ou avec déficits intellectuels importants.

6. À l'inverse, les stratégies sécuritaires d'isolement et de contention ont l'inconvénient de supprimer l'expression comportementale en même temps qu'elles empêchent le professionnel d'accéder à la face cachée des troubles du comportement.

→ l'origine des crises comportementales. Ainsi, pendant cette première période, il est essentiel d'apprendre à connaître la personne hospitalisée, ses centres d'intérêt, ses capacités, ainsi que ses difficultés. Il peut également être utile d'apprendre à la personne de nouvelles stratégies ou méthodes de communication, de l'aider à être plus autonome dans ses loisirs et ses occupations, de pratiquer des techniques de relaxation, etc. D'autre part, des aménagements environnementaux peuvent réduire les stimuli qui gênent la personne ou faciliter l'accessibilité. En retour, la personne est alors plus disponible pour réaliser des examens et consultations médicales ou pour suivre des thérapies visant à réélaborer des aspects affectifs ou relationnels, par exemple. Enfin, une attention spéciale est portée à la qualité et aux conditions de vie de la personne autiste, qui ont une fonction considérable dans la prévention des troubles du comportement, comme le montrent Éric Willaye et Ghislain Magerotte (2008). Pendant la seconde phase d'escalade de la crise, des interventions spécifiques sont utilisées pour désamorcer la crise. Elles varient selon la personne et la situation. Il est important de recueillir des informations pendant les entretiens avec les aidants ou les observations de la personne pour connaître les éléments susceptibles de distraire ou d'apaiser la personne dans un moment de tension accrue. Ce sont des astuces et recettes de désamorçage simples, mais efficaces, que les équipes acquièrent souvent avec leur connaissance du fonctionnement de la personne. Les stratégies utilisées sont extrêmement individualisées : ce qui convient à un patient ne fonctionnera pas forcément avec un autre.

Cette gestion physique de la crise suppose que le personnel suive une formation approfondie, une supervision régulière et un entraînement continu aux différents gestes.

Les techniques utilisées pendant ces deux premières phases sont des techniques de prévention. Elles ont une importance extrême dans la prise en charge des personnes autistes avec des troubles du comportement. Elles demandent que les professionnels aient une importante connaissance de la personne, qu'ils aient passé du temps avec elle dans des activités et contextes différents. La construction d'un lien et d'une relation de confiance avec le patient est d'une grande valeur et rend les techniques de prévention beaucoup plus efficaces (Paccione-Dyszlewski *et al.*, 2012). Prioriser la prévention permet de réduire le risque d'apparition

des crises, en évitant ainsi de devoir mobiliser des techniques plus intrusives et contraignantes.

Les techniques d'intervention physique lors de la crise

Cependant, si la crise n'a pas pu être évitée, la gestion de cette crise proprement dite requiert souvent l'utilisation de techniques d'intervention physique pour arrêter les comportements qui, entre-temps, sont devenus dangereux. Tout d'abord, il est déconseillé de communiquer verbalement – ou par d'autres moyens – avec la personne pendant la crise, qui correspond à un moment de déséquilibre psychoémotionnel majeur de la personne. Dans le meilleur des cas, la personne n'est pas perméable à la communication ; dans d'autres cas, l'utilisation de stratégies de communication fait empirer son état émotionnel (Rosen, 1997). Les gestes physiques sont donc la seule réponse adaptée aux comportements de la personne. Cependant, il importe de respecter l'éthique et les droits fondamentaux des personnes, et de préserver le lien thérapeutique avec le patient. Les gestes physiques sont donc adaptés à chaque situation et visent à contenir plutôt qu'à punir. Ce résultat est favorisé si l'on définit un large éventail de gestes d'intervention physique répondant à une graduation du niveau de contrainte exercée, ainsi qu'une procédure pour les utiliser en fonction de la gravité de la crise. Par ailleurs, la gestion physique doit être adaptée dès que la personne récupère le contrôle d'elle-même. En utilisant cette technique pour des périodes courtes et de façon répétée, on instaure un processus de *biofeedback* au cours duquel la personne apprend progressivement à reprendre seule le contrôle de son comportement et de son autonomie. Cette gestion physique de la crise suppose que le personnel suive une formation approfondie, une supervision régulière et un entraînement continu aux différents gestes. Il faut signaler que toute technique d'intervention physique entraîne des risques pour la sécurité psychique et physique de la personne accompagnée, mais aussi pour les professionnels impliqués dans la procédure. Les professionnels sont tenus d'augmenter la sécurité de la procédure, ils doivent être formés aux premiers secours. Les gestes doivent être précis, clairs et coordonnés, priorisant toujours les procédures les moins coercitives. Dans ce sens, les procédures d'immobilisation par intervention physique ne devraient être utilisées que dans des cas extrêmes et arrêtés dès que la personne récupère son contrôle (Joint Commission, 2012). Il ne faut pas perdre de vue que, dans une démarche de soins, il est important de rassurer la personne pour l'aider à consolider une relation de confiance

avec le professionnel. Le non-respect de la dignité de la personne, l'utilisation de la douleur ou l'utilisation inadaptée des gestes physiques peuvent produire, au contraire, des sentiments de peur, de colère ou d'injustice chez la personne prise en charge. Une mauvaise application de ce type de procédures a des résultats non désirés pour le projet thérapeutique du patient.

Il est aussi important de souligner que, même pendant la crise comportementale d'un patient, les autres patients ont besoin d'être accompagnés et rassurés. La gestion des ressources est importante pour qu'une situation ne monopolise pas l'attention de toute l'équipe. D'autre part, il faut prendre en compte le risque que, pendant une crise comportementale, la personne peut attaquer et détruire des objets, dont les débris peuvent être dangereux pour les autres patients. Les professionnels doivent alors être attentifs à cet aspect et au réaménagement de l'environnement.

Le maintien de la stabilité du comportement en aval de la crise

Après la crise, une fois que la personne a récupéré un peu son contrôle sur elle-même, l'accompagnement doit être poursuivi pour éviter une nouvelle escalade. En effet, pendant cette période postérieure à la crise, l'équilibre émotionnel de la personne en question reste fragile. Tout message peut être interprété de façon négative par la personne et toute remarque mal vécue. D'autre part, lui poser des questions et lui demander de rendre compte de ce qui vient de se passer peut être une tâche très difficile au regard de l'équilibre psychologique de la personne et source d'anxiété supplémentaire. Il est conseillé de garder une écoute attentive et empathique des différentes justifications et-ou plaintes qu'elle formule. Si possible, il faut réintroduire la personne dans l'activité précédente, tout en adaptant son environnement, la difficulté de la tâche et la durée afin de ne pas la mettre en échec. Lui proposer de réaliser une tâche plus facile et la possibilité de terminer rapidement pour ensuite avoir un temps d'hypostimulation s'avère souvent une stratégie efficace.

D'autres alternatives peuvent aussi être envisagées en fonction de l'évaluation et des critères des professionnels. Il est aussi conseillé, dès que la situation le permet et selon les possibilités de compréhension de la personne, de faire un débriefing avec elle en lui expliquant les raisons qui ont amené les professionnels à utiliser des interventions physiques (Joint Commission, 2012). La législation actuelle préconise aussi de tenir un registre écrit, avec un descriptif détaillé des différents événements, des appréciations cliniques, des différentes techniques utilisées, ainsi que l'information aux familles.

Telle qu'elle est ainsi définie, la stratégie de prévention et d'intervention physique en situation de crise comportementale s'inscrit dans une logique de soin. Cependant, l'expérience à l'USIDATU montre que les conditions pratiques dans lesquelles les techniques sont mises en œuvre jouent un rôle déterminant pour produire les effets attendus.

CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE ET EFFETS CLINIQUES : BILAN D'EXPÉRIENCE

Conditions de mise en œuvre des interventions

Dans leur définition, ces techniques de prévention et d'intervention physique se différencient fortement des techniques de contentions mécaniques et d'isolement. Les interventions physiques n'interviennent que lorsque les techniques de prévention échouent⁸. Tout au long du déroulement de la crise, il s'agit d'accompagner de près la personne, de l'aider à reprendre le contrôle et de lui apprendre à se maîtriser. Ces interventions sont donc vouées à s'estomper avec la progression de la thérapie. Si ce n'est pas le cas, la prise en charge est réajustée.

Cela se justifie notamment par le fait que les troubles du comportement dont il est question ici renvoient à une problématique développementale. Des réponses institutionnelles restrictives ou aversives systématiques pourraient être mal comprises par le patient et s'avérer délétères. Dans l'unité, au contraire, l'expression comportementale de la violence est considérée comme un outil privilégié du patient pour avoir une interaction à forte valence émotionnelle avec son entourage. Le comportement est donc pris dans une lecture professionnelle, bienveillante, mais gardant une tonalité affective neutre, dans le but de renforcer de nouvelles potentialités chez le patient. En outre, l'application de procédures ajustées au niveau de développement du patient permet de construire à la fois un lien dynamique avec celui-ci et de lui apporter un environnement plus cohérent et prédictible. Ces deux éléments sont des préalables indispensables pour envisager la mise en place d'outils de communication alternatifs, susceptibles de diminuer chez le patient le recours à l'agir dans de nombreux contextes.

Enfin, il faut rappeler que, dans les interventions physiques, il existe toujours un risque pour la sécurité physique →

Notes

7. C'est-à-dire augmenter progressivement le degré de liberté de la personne à partir de l'utilisation de gestes moins contraignants.

8. Rappelons que les recommandations de bonnes pratiques préconisent d'utiliser en premier recours les interventions non physiques, sauf si des facteurs de sécurité sont à considérer (ANESM, 2016).

→ et le bien-être psychologique des patients et des professionnels. Elle peut causer des lésions, des atteintes psychologiques, la perte de dignité, la violation des droits fondamentaux et même causer la mort (Nunno, Holden, Tollar, 2006)⁹. Lors des interventions physiques, certains éléments sont indispensables pour minimiser ces risques :

- Les gestes doivent être précis et coordonnés.
- Les actions doivent être réfléchies en amont pour augmenter la sécurité lors de leur utilisation.
- L'utilisation de la douleur doit être bannie de ces pratiques.
- Il est primordial de garder le respect et la dignité de la personne.

En outre, le personnel doit donc être formé aux premiers secours. Mais, surtout, il est essentiel que les techniques que l'on envisage d'utiliser soient discutées en équipe pluridisciplinaire, en présence du corps médical et paramédical.

Effets et perspectives

Au sein de l'USIDATU, l'utilisation des techniques de prévention des crises et de gestion physique a permis d'ouvrir le cadre de vie pour des patients autistes, dont certains avaient passé de longues périodes en isolement en psychiatrie ou avec des contentions mécaniques. Cette ouverture du cadre de vie a aussi créé les conditions nécessaires à l'évaluation approfondie du patient sur les plans médical, comportemental et développemental. En effet, disposer d'un cadre rassurant pour les patients, dans lequel on tolère leurs comportements, constitue un outil clinique précieux d'observation de la symptomatologie et d'évaluation des pathologies à expression comportementale dans le domaine des atypicités autistiques. Cet outil permet ensuite aux professionnels de formuler des hypothèses cliniques et, finalement, de proposer une thérapie spécialisée, adaptée à la problématique du patient. Par ailleurs, le regard professionnel peut s'appuyer sur une analyse éclairée pour apporter des éléments de compréhension des situations d'agressivité et les dédramatiser. En refusant ou en limitant les effets de la violence, mais aussi en facilitant les contextes interactionnels et la compréhension de la problématique à expression comportementale, on fait évoluer les représentations

Note

9. D'ailleurs, l'utilisation de certains gestes d'intervention physique est contre-indiquée dans certaines maladies mentales, chez les femmes enceintes, les personnes avec des problèmes cardiaques, asthme, épilepsie, obésité, *delirium tremens*, historique de fractures, traumatisme du crâne ou de la colonne vertébrale, ainsi que chez des personnes ayant souffert d'un trauma à la suite d'un abus physique, sexuel ou émotionnel (McGonigle *et al.*, 2014).

des soignants à l'égard du patient. Les soignants ont des éléments pour reconnaître une subjectivité à des individus qui sont habituellement stigmatisés comme aliénés et étranges, voire comme « monstrueux ». Tout en prenant de la distance vis-à-vis de leurs projections et interprétations sur les motivations du patient à agir (« *il nous provoque* », « *il fait exprès* », « *il est pervers* », « *il est psychopathe* »), les soignants s'affranchissent aussi du cadre social normatif auquel les patients devraient se conformer.

À l'USIDATU, ces représentations sont partagées avec les professionnels qui ont adressé le patient. Cette pratique a souvent permis d'enrichir les modalités de prise en charge à la sortie de l'unité et de relancer l'investissement des patients. Il est apparu que ces situations problématiques cristallisaient souvent un ensemble de dysfonctionnements institutionnels, qui avaient conduit les équipes à rejeter le patient et alimentaient les réticences à les reprendre. Peut-être la transmission de ces techniques pourrait-elle agir de manière préventive au sein même des dispositifs médico-sociaux et éviter ainsi de nouvelles exclusions ?

CONCLUSION

Les troubles du comportement chez la personne autiste renvoient à une problématique complexe d'intrications développementale, médicale et sociale. Les réponses classiques par l'exclusion, l'isolement et la contention, empêchent à la fois d'évaluer correctement la personne et de lui proposer une prise en charge adaptée. Il est donc essentiel de concevoir une méthode innovante pour gérer les troubles sévères du comportement, qui assure la continuité des prises en charge et la réinsertion institutionnelle pour les personnes autistes.

Nous avons mobilisé trois éléments : le développement d'un cadre conceptuel pragmatique, la recherche de modèles explicatifs simples et la conception de techniques précises et systématisées. Une formation intensive des équipes est nécessaire, pour qu'elles puissent pratiquer ce type de technique en toute connaissance des bénéfices et des risques, ainsi que dans le respect de la personne. L'application de ces prérequis permet aux professionnels d'inscrire la gestion des troubles du comportement au sein des dispositifs thérapeutiques et d'une démarche de soins. La gestion de la violence et des troubles du comportement est un champ qui reste encore largement à développer dans le domaine de la recherche appliquée à la santé mentale des personnes avec handicap mental, autant sur le plan thérapeutique que du point de vue de la formation des équipes et de la réduction des risques psychosociaux du personnel soignant et éducatif. ■