

Prise en soins personnalisée

Soigner les troubles du comportement sans médication?

Confronté à des personnes handicapées intellectuelles et avec trouble du spectre autistique (TSA), le personnel soignant utilise trop fréquemment des mesures de contention. Il est primordial de privilégier au contraire une approche individualisée et respectueuse, en évitant les contraintes.

Texte: Fanny Opry, Ghislaine Nanga et Séverine Lalive Raemy

Le rapport de l'ONU constate avec pré-occupation (ONU, 2022) que les soignants ont trop souvent recours à des mesures de contentions physiques, chimiques et environnementales lors de troubles de

comportements chez les personnes avec handicap intellectuel et TSA (troubles du spectre autistique). La prévalence de ces comportements dans cette population se situe entre 9,8% et 51,4% (Crocker et al.,

2006). Or ces patients ont besoin d'une prise en soins personnalisée qui favorise la dignité humaine et le respect de leurs droits à la place de mesures de contrainte chimique.



Stock/mohd izzuan

L'utilisation de neuroleptiques dans le but de prévenir le comportement-défi s'apparente à une contrainte chimique.

Vignette clinique

Julien, 20 ans, a une malformation cérébrale ayant entraîné une déficience intellectuelle (DI), il ne parle pas. Il vit dans une institution spécialisée. Depuis dix



C'est à l'environnement, c'est-à-dire aux professionnels, de s'adapter à la personne dont les ressources intellectuelles limitées rendent un besoin de soutien indispensable.



jours, les éducateurs font part de comportements inhabituels le soir: il se frappe la tête contre le mur, se déshabille ou tord ses vêtements lorsqu'il n'arrive pas à les enlever. Les éducateurs ont informé le médecin qui a prescrit un neuroleptique pour calmer Julien. Ce traitement l'endort mais les comportements persistent. Les professionnels, démunis, finissent par informer la famille qui remarque l'abatement de Julien. Ils font l'hypothèse suivante: chaque soir, Julien prenait un bain, moment de liberté et de confort. Ce rituel a disparu depuis qu'il est en institution. Sa famille comprend la signification du CD et demande à l'équipe de respecter le besoin de ritualiser le coucher de Julien avec un bain le soir, comme à la maison. Le CD manifesté par Julien disparaît et le psychotrope est arrêté.

Comprendre ce que sont les comportements-défis (CD)

Appelés autrefois «troubles du comportement» et aujourd'hui «comportements-défis» (CD) parce qu'ils mettent les professionnels au défi de comprendre la signification du comportement, ceux-ci résultent d'une interaction entre des facteurs personnels et des facteurs environnementaux (Einfeld et Emerson, 2016). Le CD manifesté par Julien naît de l'interruption soudaine d'un rituel relaxant. Les professionnels (soignants et sociaux) ne sont attentifs ni aux signaux non-verbaux, ni à la détresse de Julien. C'est à lui de s'adapter

à son nouvel environnement. Chez les personnes avec handicap intellectuel (PSH) et autisme, l'adaptation à un nouvel environnement peut être très difficile et demande du temps.

C'est à l'environnement, c'est-à-dire aux professionnels, de s'adapter à la personne dont les ressources intellectuelles limitées rendent un besoin de soutien indispensable. En ce qui concerne les CD, les soignants sont formés pour prévenir les risques de blessures et cela les conduit à utiliser des mesures de contrainte chimiques pour 41,2% (n = 109) d'entre eux. Or, ce type de prise en charge contribue à maintenir et développer des CD sur le long terme (Hastings, 1996) et est peu efficace (Aubin, 2020). Les professionnels doivent être formés à la gestion non médicamenteuse des CD par l'analyse fonctionnelle du comportement. Celui-ci a une fonction de communication et a toujours une signification pour la personne.

Une prévalence élevée

Toute mesure appliquée contre la volonté autodéterminée du patient ou en dépit de son opposition est considérée comme étant une contrainte (ASSM, 2018). L'utilisation de neuroleptiques pour empêcher le CD s'apparente à une contrainte chimique (National Institute for Clinical Excellence, 2005). Les difficultés liées à la gestion des CD augmentent l'utilisation de neuroleptiques (Robertson & al. 2005). Cette utilisation peut durer plusieurs années, voire des décennies, malgré peu de preuves d'efficacité (Aubin & al., 2020) voire aucune efficacité (Einfeld et Emerson, 2016). Ces constats sont alarmants et contraires aux articles 14 et 19 de la Convention pour les droits des personnes handicapées (CDPH.)

Les répercussions de contentions chimiques

Les neuroleptiques ont des effets indésirables sur le système cognitif tels que la mémoire fonctionnelle, la rapidité de processus de pensée, l'expression verbale (Crowe & Stranks, 2018). Ils peuvent entraîner une sédation, une augmentation de l'appétit ou faire baisser le seuil convulsif. D'autres médicaments à base de fluoxétine peuvent augmenter l'agitation, tandis que d'autres à base de dexamphétamine ou de méthylphénidate peuvent provoquer des maux de tête, des pertes d'appétit ou des dépressions (Einfeld et Emerson, 2016). Les effets secondaires cités ci-dessus ont un énorme impact sur la qualité de vie du patient. Comme si cela ne suffisait

pas, la littérature scientifique constate qu'ils entraînent une augmentation du risque de maltraitance, de surmédication, freinent l'intégration et entravent les apprentissages.

Le rôle des infirmiers dans les contraintes

L'exposition aux CD entraîne chez le personnel soignant la peur des agressions, des burnouts (Mills & Rose, 2011) et un haut renouvellement des membres de l'équipe (Rose & Rose, 2005). Les CD engendrent des émotions conflictuelles chez les soignants,



Les comportements-défis engendrent des émotions conflictuelles chez le personnel soignant, qu'ils peuvent conduire à se distancier des patients comme mécanisme de protection.



comme se sentir responsable et en même temps impuissant, et peuvent les conduire à se distancier des patients comme mécanisme de protection (Marazano & al., 2015).

Les facteurs favorisant la décision d'utiliser des contraintes selon les infirmiers sont: le manque de temps, le fait d'agir pour le bien des patients et d'obéir aux volontés des autres soignants ou de l'entourage des patients (Karlsson & al., 2000).

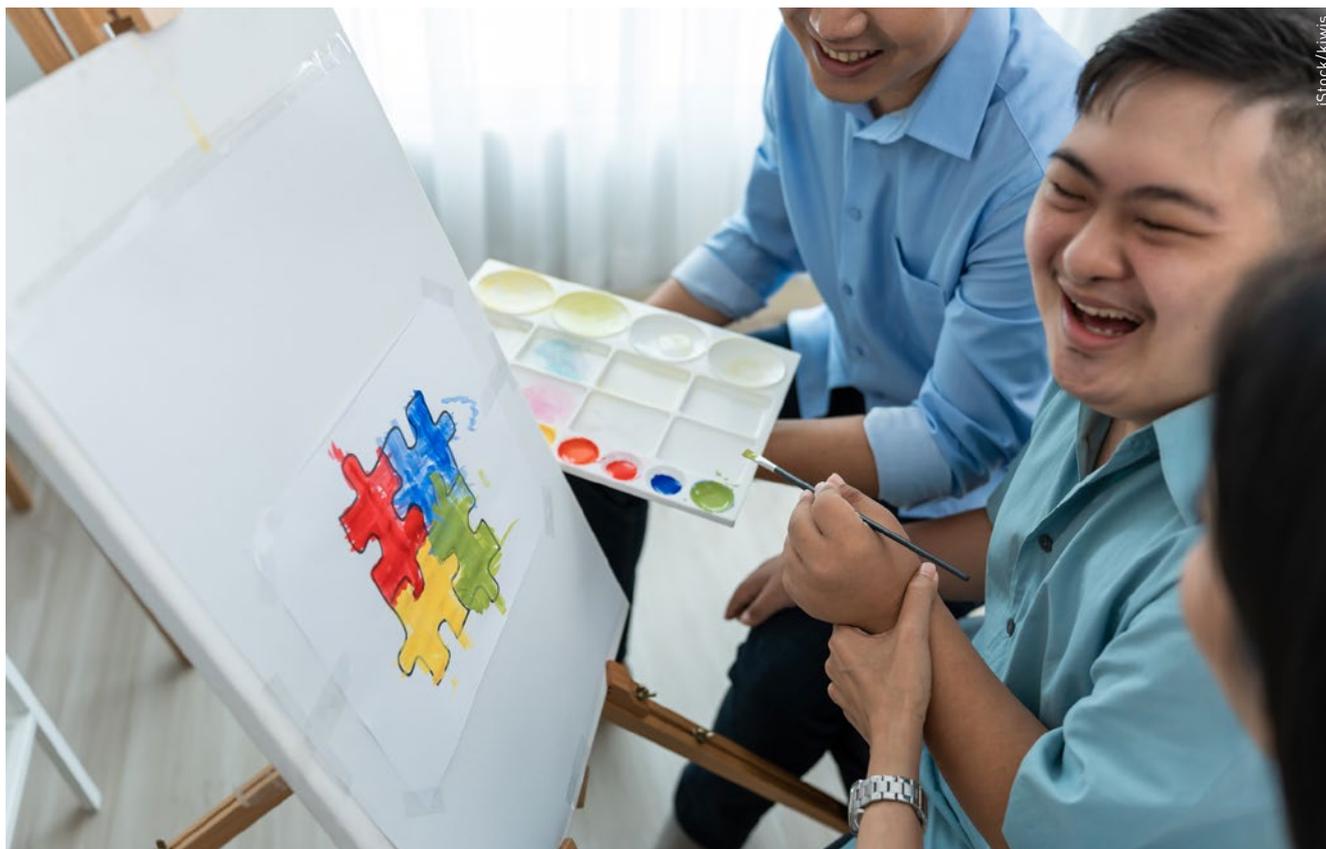
Auteurs

Séverine Lalive Raemy Infirmière, Maître d'enseignement HES, Laboratoire Santé & Handicaps, Filière Soins Infirmiers, Haute école de santé HES-SO Genève

Ghislaine Nanga BSc, infirmière en réadaptation, Hôpitaux universitaires de Genève HUG

Fanny Opry BSc, infirmière en médecine, Fondation Asile des Aveugles de Lausanne

Contact: severine.lalive-raemy@hesge.ch



Lors de leur entrée en institution, les patients sont souvent désorientés, se retrouvant dans un nouvel environnement exempt de leurs rituels habituels.

La prescription de contrainte est un ordre médical (art. 50 de la Loi genevoise sur la Santé K 1 03 du 7 avril 2006). Comme ce sont les infirmiers et infirmières qui passent le plus de temps auprès des patients, la prescription est fréquemment recommandée par le personnel infirmier aux médecins prescripteurs (Canzan & al., 2021) et les médecins sont souvent soumis à une pression



Les professionnels doivent être formés à la gestion non médicamenteuse des CD par l'analyse fonctionnelle du comportement.



considérable pour prescrire des neuroleptiques pour supprimer les CD (Einfeld et Emerson, 2016). En agissant ainsi, ils traitent la manifestation clinique et non la cause du CD.

Axes de prévention selon la littérature

La formation des infirmières et des médecins à ces enjeux est primordiale. Le respect des droits des personnes en situation de handicap institutionnalisées ou non et l'implémentation d'alternatives aux neuroleptiques dépendent de leurs formations (Edwards & al., 2020). La collaboration entre les soignants, le patient et son entourage est essentielle; en effet, une vision partagée du projet de soins et des attentes réciproques sont des facteurs positifs d'influence sur les CD (Olivier-Pijpers & al., 2020).

En conclusion

Il suffirait déjà d'appliquer les six recommandations suivantes pour diminuer l'utilisation de contentions chimiques lors de CD:

1. Lors d'apparition de CD, il faut immédiatement effectuer une démarche clinique et analyser le contexte d'apparition, le type de CD, le résultat obtenu par la personne.
2. Ensuite, il faut surtout effectuer une évaluation clinique infirmière systématique pour exclure une origine somatique douloureuse du CD.
3. Puis il est recommandé de traiter d'emblée par un antalgique adapté un trouble du comportement aigu, dans l'hypothèse d'une douleur sous-jacente.

4. L'évaluation du CD doit systématiquement aussi inclure la recherche d'une cause psychique (chagrin, deuil), sociale (ennui, surstimulation) puis psychiatrique (dépression, etc.). Il faut adapter les propositions thérapeutiques non médicamenteuses aux hypothèses successives.
5. Les contraintes chimiques doivent faire l'objet d'un protocole précis qui inclut lors de la prescription, une réévaluation complète du patient comprenant poids, glycémie, tension artérielle, ECG à deux, quatre et six semaines pour s'assurer de la pertinence et de la tolérance du traitement du patient. Si la personne n'a pas de diagnostic psychiatrique, le psychotrope doit être stoppé au plus tard après six semaines (Longchamp, 2021).
6. Finalement, la recherche commune du consentement éclairé du patient, dans le respect des obligations légales (CDPH, 2014), doit faire l'objet d'une attention particulière.



Les références en lien avec cet article peuvent être demandées aux auteures ou à la rédaction.