

# **Interventions médicales de crise auprès de personnes avec handicap mental ou polyhandicap**

**Recommandations pour les médecins**

Document rédigé par un groupe de travail interdisciplinaire de l'**ASHM/SAGB**

Association suisse de médecins s'occupant de personnes avec handicap mental ou polyhandicap

([www.sagb.ch](http://www.sagb.ch))

## Table des matières :

Remarques préliminaires	3
1. Définition du concept de crise	3
2. Situation de crise chez les personnes avec handicap mental ou polyhandicap	3
3. Intervention de crise	5
3.1. Identification précoce de la crise	5
3.2. Diagnostic	5
3.3. Lieu de l'intervention de crise	6
3.4. Instruments de l'intervention de crise	7
4. Ressources personnelles et environnementales	8
5. Prévention (A. Grüter)	9
5.1. Mesures centrées sur les évènements	9
5.2. Mesures centrées sur la personne	9
5.3. Mesures à prendre au niveau de l'institution	9
6. Résumé des recommandations	10
 Annexe I :	
L'intervention de crise auprès d'enfants et d'adolescents avec handicap mental ou polyhandicap (C. Kittler)	11
 Annexe II :	
Traitement médicamenteux lors de crises psychiques et psychosociales (F. Brem)	14
 Annexe III :	
Exemple de grille d'observation (A. Grüter)	16
 Annexe IV :	
Bibliographie	17
 Annexe V :	
Membres du groupe de travail	18

## **Interventions médicales de crise auprès de personnes avec handicap mental ou polyhandicap**

Recommandations de l'Association Suisse des Médecins s'occupant de personnes avec handicap mental ou polyhandicap ASHM/SAGB ([www.sagb.ch](http://www.sagb.ch))

### **Remarques préliminaires**

Les troubles somatiques et psychiques aigus ainsi que les troubles importants du comportement de personnes présentant un handicap mental ou un polyhandicap représentent un vrai défi diagnostique et thérapeutique pour les médecins traitants. Les recommandations suivantes ont pour but de prodiguer des conseils pratiques pour ces situations de crise.

La prise en charge médicale des personnes présentant un retard mental n'est possible que par le biais d'un travail d'équipe interdisciplinaire, incluant des représentants de diverses professions ainsi que les proches. L'instauration et l'entretien de bonnes relations entre les différentes personnes concernées ainsi qu'un climat de confiance réciproque créent des conditions favorables à une meilleure gestion des crises.

Bien que ce document soit principalement destiné aux médecins, les concepts de gestion de crise provenant des domaines pédagogiques et éducatifs sont pertinents et doivent faire partie de la prise en charge des personnes en situation de handicap mental ou de handicap multiple (cf. bibliographie).

L'intervention de crise auprès d'enfants et d'adolescents avec un retard mental est relativement différente de celle menée auprès d'adultes. Les particularités à prendre en compte sont détaillées par C. Kittler dans l'annexe I.

### **1. Définition du concept de crise**

Selon le psychiatre Caplan, une crise est une **surcharge importante des mécanismes de défense et d'adaptation** d'un individu ou d'un groupe, **conséquence d'événements stressants persistants, externes ou internes**. Une crise peut durer de plusieurs heures à quelques semaines. Elle ne touche que très rarement un seul individu, le plus souvent elle concerne également l'environnement social ou même d'emblée, un système social entier.

Dans ce document, nous faisons référence aux crises d'ordre **somatique, psychologique ou psychosocial**.

### **2. Situation de crise chez les personnes avec handicap mental ou polyhandicap**

Lors d'une crise, la symptomatologie clinique manifestée par une personne avec un handicap mental ou un polyhandicap est différente de celle présentée par le reste de la population. La procédure médicale doit donc prendre en considération les besoins spécifiques de ce groupe de personnes, tant au niveau du diagnostic qu'à celui des stratégies de traitement envisagées.

Lors d'une situation de crise chez des personnes avec un handicap mental ou un polyhandicap, il est important de prêter attention aux divers points suivants :

2.1 Les personnes en situation de handicap possèdent des **capacités de défense amoindries** par rapport au reste de la population. Par conséquent, elles sont **plus vulnérables**, et les crises somatiques, psychologiques et psychosociales sont plus fréquentes.

2.2 Les patients sont presque toujours et dans une certaine mesure **dépendants** d'un **système de support** (proches, institution, lieu de travail), qui peut lui-même se trouver en situation de crise. Ce dernier doit donc également être pris en considération. Le phénomène de la dépendance crée un déséquilibre dans les rapports de force. Il est donc important d'accorder une attention particulière aux circonstances dans lesquelles des abus de pouvoir peuvent avoir lieu.

2.3 En raison des capacités de communication réduites, **la prise d'information lors de l'anamnèse** est plus difficile et il est souvent nécessaire d'avoir recours à des **informations fournies par des tiers**. Non seulement ces informations passent par le filtre des affects et du ressenti de la tierce personne à l'égard du patient, mais à ce problème s'ajoutent encore des difficultés liées à l'observation. Il est souvent difficile pour les membres de l'équipe socio-éducative de décrire de façon précise les **observations** qu'ils peuvent faire de la personne en situation de crise et de ne pas y mêler leurs propres interprétations. Le médecin doit en être conscient lors de la transmission de ces informations.

2.4 L'anamnèse des personnes en situation de handicap comporte fréquemment des lacunes; ce manque de données substantielles est souvent dû au fait que la personne est dans l'incapacité totale ou partielle de donner des informations sur son histoire de vie, que la documentation fournie par les proches est trop pauvre ou que ces informations ont été perdues lors de l'entrée en institution ou lors du transfert d'un établissement à un autre.

2.5 Lors de la récolte de données anamnestiques, des **informations importantes concernant le lieu de vie et les personnes de confiance** doivent être également recueillies (Au niveau des ressources institutionnelles, par exemple, la possibilité d'engager un veilleur de nuit, de renforcer temporairement le personnel, de mettre en place une procédure d'alerte pour les situations d'urgence, ou encore l'existence d'une procédure définissant les responsabilités. Au niveau de la gestion des difficultés touchant l'environnement, citons notamment l'analyse des conflits existants afin de juger s'ils sont inhérents à l'institution ou liés à des malentendus entre professionnels et membres de la famille).

2.6 Chez les personnes en situation de handicap, les troubles somatiques comme les douleurs se manifestent fréquemment par des **troubles du comportement** (ils ne devraient par conséquent pas être interprétés comme des problèmes psychiatriques!). Il faut donc être attentif, entre autres, aux douleurs dentaires, articulaires, dorsales, aux douleurs musculaires et aux spasmes, aux positions assises inconfortables et non physiologiques, à l'anémie, aux dysfonctionnements thyroïdiens, aux apnées du sommeil, aux symptômes de reflux, à la constipation, aux subiléus et iléus, à une hyperactivité de la vessie, aux infections des voies urinaires, aux ongles incarnés, aux décubitus, à l'eczéma anal. Chez les enfants, on peut ajouter les otites, l'asthme, les bronchites, l'introduction de corps étrangers dans les orifices naturels ainsi que les manifestations de faim en raison d'une nutrition insuffisante chez les enfants dystoniques ou dyskinétiques, pouvant être à l'origine de modifications du comportement.

2.7 **Les examens physiques** sont rendus plus difficiles par le manque de coopération, la réduction des capacités de perception et les réactions de peur et de défense.

2.8 Les patients, en raison de leur handicap, peuvent refuser de **coopérer** lors de l'examen médical. Dans certains cas, ils peuvent même refuser le traitement, de manière passive ou active (par exemple arrachement de sondes et de perfusions ou refus de la prise de médicaments).

2.9 L'**observance** thérapeutique doit être évaluée par l'entourage soignant et activement encouragée et vérifiée par le médecin (prise de médicament, suivi des ordonnances et respect des rendez-vous).

2.10 L'organisation des consultations nécessite une adaptation conforme aux restrictions de l'autonomie et de la mobilité.

En raison de ces besoins spécifiques, le **temps** accordé aux interventions médicales doit être plus important, et les **visites à domicile** sont souvent nécessaires.

### 3. Intervention de crise

#### 3.1 Identification précoce de la crise

Plus efficace que l'intervention elle-même, **l'anticipation d'une crise naissante** permettra de mettre en place des **moyens d'intervention précoces** (voir également le point 5 : Prévention).

Afin que le personnel soignant soit à même d'identifier les signes avant-coureurs d'une crise, il est important qu'il se forme à ce sujet. Cette responsabilité peut faire partie du cahier des charges du médecin de l'institution.

Possibles **signes avant coureurs** :

- Modification de l'état de la personne.
- Modification de l'état affectif, augmentation de l'anxiété.
- Dégradation de compétences déjà acquises.
- Augmentation ou apparition de nouvelles obsessions ou stéréotypies.
- Apparition de nouveaux délires et hallucinations.
- Modifications du comportement comme par exemple augmentation des cris, régression générale.

Lors de crises répétées, il devient possible de repérer des signes avant coureurs spécifiques à chaque personne qu'il sera utile de recenser et de documenter afin qu'ils soient connus de chaque membre de l'entourage soignant.

**Les situations susceptibles d'engendrer une crise** doivent être considérées avec une attention particulière. **Les éléments potentiellement déclencheurs de crises pour les personnes en situation de handicap sont par exemple :**

- Les traumatismes.
- Les actes de violence et les contraintes sexuelles (provenant des membres de l'entourage soignant ou des membres de la famille).
- Le deuil; la perte d'un être cher.
- Les situations de transition (par exemple la rentrée ou la fin de l'école, ou encore l'entrée en foyer).
- Le départ à la retraite d'une activité en atelier protégé.
- Les changements dans l'entourage familial.
- Les changements au sein de l'institution.
- Les crises existentielles.
- L'excès ou au contraire le manque de sollicitations.
- Les situations conflictuelles dans l'entourage (au sein de l'équipe soignante, ou entre les parents et le foyer).
- Les troubles somatiques y compris les effets secondaires de certains médicaments.

Il est difficile pour l'entourage soignant d'estimer la signification particulière que peut revêtir une situation pouvant potentiellement engendrer une crise. Parfois, l'impact d'un facteur déclenchant peut être surestimé, en raison d'un besoin d'attribuer une cause précise aux crises, ou au contraire être minimisé ou dénié/refoulé (par exemple la signification d'un changement de personnel dans l'entourage éducatif). Les réactions à ces situations (par exemple lors d'un décès dans l'entourage) peuvent également se manifester avec un décalage dans le temps.

#### 3.2 Diagnostic

Dans la mesure du possible, il est important de récolter les **informations anamnestiques** en discutant directement avec le patient/la patiente. Il est cependant pratiquement inévitable d'avoir recours à des **informations transmises par une tierce personne**. Dans ce cas, il faut être particulièrement attentif au

fait que les données transmises peuvent être teintées par différentes émotions et attitudes que la personne relais peut ressentir par rapport au patient. Elles doivent donc être considérées avec précaution. L'anamnèse doit être **complétée** par des informations supplémentaires au sujet de l'équipe soignante (cf. point 2.5).

Lors de l'anamnèse **psychiatrique et psychosociale**, il est important de déterminer le **niveau de développement** de la personne. Là aussi il faut être attentif et ne pas considérer le développement comme linéaire ; au contraire, il peut être plus avancé dans certains domaines que d'autres. Ces dissociations peuvent ne pas être connues de l'entourage et mener parfois à des erreurs de jugement ayant pour conséquence une sollicitation trop importante ou au contraire trop faible de la personne en question.

**L'anamnèse somatique** est souvent difficile, en raison de l'accès restreint à certaines informations et du manque de coopération de certains patients lors de l'examen physique. De ce fait, il faut mettre en place des **méthodes d'investigations plus rapides et plus directes à l'aide d'appareils spécialisés**. Chez des patients très peu collaborants ou très angoissés, ces examens ne sont possibles qu'à l'aide d'une **anesthésie**. Par la même occasion, on profitera de cette opportunité pour effectuer des examens complémentaires (dentaires, gynécologiques, gastroscopies, etc.). Avant de prendre de telles mesures, il faut évidemment effectuer une analyse approfondie de la situation, évaluer les bénéfices et les risques d'une intervention de ce type afin d'être certains de respecter le principe « primum nil nocere ». Il appartient au médecin traitant de modérer l'envie de l'entourage du patient d'effectuer ces interventions lorsqu'il les juge inutiles afin de diminuer les risques de dommages iatrogènes.

En principe, il faut toujours effectuer l'examen somatique avant de proposer une explication psychiatrique aux troubles du comportement. **Il ne faut absolument pas renoncer à cet examen, même s'il est difficile à réaliser !**

### 3.3 Lieu de l'intervention de crise

Il faut toujours choisir la mesure la moins invasive pour la personne concernée.

#### 3.3.1 Intervention de crise ambulatoire

La première intervention devrait dans la mesure du possible être effectuée sur le lieu de résidence de la personne concernée, sous la forme d'une **proposition de visite** (du médecin de famille, du médecin de l'institution ou des équipes mobiles formées de psychiatres et de professionnels de la pédagogie curative). Ceci n'est évidemment pas valable pour les cas d'urgence somatique, lorsque l'infrastructure d'un cabinet médical ou d'un service d'urgence hospitalier est nécessaire. Se rendre là où réside la personne est une opportunité pour se faire une impression du cadre de vie dans lequel elle évolue, permet de récolter de nombreuses informations importantes (par exemple l'atmosphère des groupes de vie) et promeut le travail interdisciplinaire avec l'équipe de soins.

Avant de penser à une hospitalisation, il faut avant tout privilégier l'intervention **ambulatoire**. D'une part, les soins les plus appropriés pour les personnes avec un retard mental sont ceux prodigués dans un environnement auquel ils sont habitués. D'autre part, un changement de milieu est souvent déclencheur de réactions pouvant biaiser le tableau clinique observable. Une personne avec un retard mental et des troubles du comportement de type agressif peut mobiliser des ressources personnelles importantes lorsqu'elle se trouve dans un endroit qui lui est étranger, comme un hôpital, et se montrer discrète, ne se faisant pas remarquer. Lors du retour dans le lieu de vie, les comportements problématiques observables avant l'hospitalisation peuvent à nouveau se manifester. Il faut donc également agir sur les facteurs liés à l'environnement dans lequel vit le patient, susceptibles d'engendrer des crises.

#### 3.3.2 Intervention de crise en milieu hospitalier

Avant d'envisager une intervention de crise en **milieu hospitalier**, il faut penser à des solutions alternatives permettant au patient de se stabiliser, par exemple engager temporairement du personnel

supplémentaire (en faisant appel notamment aux services de soins à domicile), envisager un changement de groupe, un « time out » dans un centre de soins, un ajustement de la médication (ajustement du dosage, diminution des médicaments ou renouvellement des ordonnances; cf. annexe II).

**Les hospitalisations sont de manière générale rarement indiquées, sauf dans les cas suivants :**

- **Indications somatiques :**

- Situations complexes qui nécessiteraient de nombreux allers-retours entre le lieu de résidence et un centre hospitalier.
- Prises en charge qui seraient impossibles à domicile ou sur le lieu de résidence (même avec l'aide des services de soins à domicile), par exemple la mise en place de traitements médicamenteux complexes (qui prendraient trop de temps à être installés hors d'une unité hospitalière).
- Observations à visée diagnostique (pour les cas d'épilepsie par exemple).

- **Indications psychiatriques et psychosociales :**

- Symptomatologie psychiatrique comprenant un risque aigu d'auto- et d'hétéro-agressivité.
- Epuisement des ressources de l'institution, directement lié à la prise en charge du patient en crise. Ce surmenage doit cependant être déclaré, et l'équipe doit profiter de ce moment de répit pour se préparer au retour du résident.

D'une manière générale, les séjours hospitaliers doivent être aussi brefs que possible.

Une attention toute particulière doit être accordée à la **communication**, spécialement dans les cas d'hospitalisation. Les informations concernant les mesures prévues pour le patient doivent être transmises d'une institution à l'autre sous une forme appropriée (cf. Recommandations de la SAMW « Traitements médicaux et soins prodigués aux personnes en situation de handicap »). Les échanges entre l'hôpital et l'entourage soignant doivent être activement favorisés et considérés comme primordiaux.

### 3.4 Instruments de l'intervention de crise

En plus des mesures **directes prises auprès des personnes en situation de handicap**, d'autres interventions touchant cette fois l'entourage social sont également nécessaires.

#### 3.4.1 Mesures directes faisant partie de l'intervention de crise :

- Conduire les examens somatiques nécessaires.
- Ajuster l'environnement social aux capacités et aux besoins spécifiques des patients (déroulement des journées, lieu de vie, charge de travail).
- Faire des efforts d'adaptation et d'aide à l'orientation, notamment améliorer la communication (par exemple mettre en place des moyens de communication alternatifs comme l'utilisation de pictogrammes, ou d'autres méthodes de soutien à la communication, etc.).
- Favoriser la prévention secondaire par le biais de soutiens individuels comme les thérapies complémentaires (p. ex. ergothérapie, art-thérapie, musicothérapie, etc.).
- Traiter avec des médicaments (cf. annexe II).

#### 3.4.2 Mesures indirectes faisant partie de l'intervention de crise :

- Engager (temporairement) du personnel supplémentaire afin de renforcer l'effectif de l'entourage soignant.
- Former l'équipe soignante (discussion de cas, formations continues) par le biais de professionnels dans les domaines de la socio-pédagogie, de la psychologie ou de la médecine et de la psychiatrie.
- Favoriser la discussion et l'échange d'informations entre les personnes travaillant dans le milieu psychosocial.
- Résoudre des conflits pouvant exister dans l'entourage social.

#### 4. Ressources personnelles et environnementales

Comme mentionné précédemment, la prise en charge médicale de chaque personne présentant un handicap mental ou un polyhandicap n'est possible qu'au travers d'un travail **interdisciplinaire**, regroupant des professionnels provenant d'horizons divers.

Dans la plupart des cas, le noyau dur de l'équipe est constitué du médecin de famille ou du médecin et/ou du psychiatre de l'institution résidentielle, des personnes entourant le patient au quotidien, des différentes personnes ressources (membres de la famille, tuteurs). En fonction de chaque problématique, peuvent s'ajouter d'autres professionnels comme des dentistes, thérapeutes paramédicaux, psychologues et assistants sociaux.

Les recommandations pour un travail d'équipe bien articulé sont les suivantes :

- Se connaître mutuellement.
- Définir les compétences de chacun.
- Bien définir les modalités de contact et de remplacement.
- Accorder une grande importance à la circulation des informations et maintenir une bonne qualité de communication (réunions de réseau).

Les responsables impliqués lors de **crises somatiques** sont le plus souvent le **médecin de famille ou de l'institution résidentielle** en collaboration avec l'entourage soignant du patient. Lors de telles situations, il peut être judicieux de choisir un membre du personnel soignant comme « **case manager** » et lorsque la crise demande des soins plus complexes, il faut pouvoir faire appel à un service **d'aide à domicile**. Dans le **cas où un médecin spécialiste est nécessaire**, il est souhaitable que le référent principal ait à disposition une liste de médecins spécialisés dans divers domaines (notamment les médecins dentistes) et possédant une expérience dans le handicap mental.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le principe « privilégier l'ambulatoire avant toute hospitalisation » est d'autant plus important lors de **crises psychiatriques**. Dans ces situations, la mise en place **d'équipes mobiles** se révèle très utile. Elles se rendent à domicile ou en institution et offrent de l'aide en suivant le projet individuel des personnes concernées. Ces équipes mobiles sont constituées d'éducateurs, de professionnels dans le domaine des soins ainsi que de psychiatres et psychologues, bénéficiant tous d'une expertise particulière dans le domaine du handicap mental.

##### Missions principales des équipes mobiles :

- Clarification du lieu d'intervention.
- Mise en place de conseils et de recommandations au niveau individuel (adéquation des objectifs des projets individuels mis en place; time out; modifications du déroulement des semaines ou des journées; augmentation éventuelle de l'offre thérapeutique; pharmacothérapie).
- Propositions de modifications à un niveau plus général et suivi de la mise en place de ces modifications, comme par exemple s'atteler à résoudre les conflits émergeant de la collaboration entre les différentes personnes proches du résident et susceptibles d'engendrer des situations de crise, ou encore proposer un soutien à l'équipe éducative au sein de l'institution sous la forme d'entretiens et de formation continue.
- Aide lors de la recherche d'un foyer pour un hébergement temporaire, au sein de l'institution même ou en dehors, et conseils lorsque la décision d'un placement en institution psychiatrique a été prise.

Pour que ces consultations puissent se dérouler de manière optimale, il faut qu'il y ait dans chaque institution un lieu prévu à cet effet : **une salle adaptée et isolée** qui soit accessible à tout moment (à éviter : les discussions rapides à côté de la chaise du dentiste par exemple, ou encore devoir chercher pendant des heures la clé d'une salle, etc.).



## 5. Prévention (Alois Grüter)

La prévention devrait commencer au niveau des plans de politique de santé, dans lesquels la complexité et la difficulté du travail auprès de personnes avec déficience intellectuelle ne devraient pas être minimisées, mais au contraire, valorisées.

« Il est plus facile d'envoyer une fusée sur la lune que de s'occuper convenablement d'une personne avec déficience intellectuelle » (G. Feuser).

La prévention peut commencer dès l'apparition d'événements déclencheurs de crises, auprès de la personne concernée ou, plus largement, auprès de l'institution.

### 5.1 Mesures centrées sur les événements :

Certains événements de vie perturbants, comme le départ du foyer parental, la construction d'une relation avec les aidants, le décès d'un parent, le départ de personnes avec qui une relation forte avait été tissée, le départ à la retraite d'un atelier protégé, les troubles somatiques graves, etc., peuvent être anticipés. Il est important que le personnel soignant et éducatif se rencontre afin de déterminer la procédure convenable à adopter dans ces cas. La plupart du temps, il revient au médecin de famille/de l'institution résidentielle de déterminer la signification possible des divers événements de vie du patient.

### 5.2 Mesures centrées sur la personne

- Evaluation de la façon dont **les besoins fondamentaux de chaque personne peuvent être intégrés dans le cadre de l'institution** : par exemple les contacts sociaux, le besoin de travail, d'occupation, le fait d'être pris au sérieux. Afin d'aider à construire la relation entre le résident et les membres de l'équipe éducative, on peut s'appuyer sur des théories comme « **l'approche centrée sur la personne** » de Marlis Pörtner, « **la construction d'une relation propice au développement** » de Barbara Senckel ou encore d'autres concepts pédago-thérapeutiques (cf. Bibliographie, annexe IV).
- Améliorer les **compétences d'observation des membres de l'entourage éducatif** en utilisant par exemple des grilles individuelles d'observation.
- Créer des **plans de crise** explicitant de manière claire les comportements à adopter lors de situations difficiles. Ils peuvent également avoir une action préventive.
- Les interventions précoces sont à privilégier, car le fait de demander de l'aide est souvent perçu comme un échec par l'équipe soignante et éducative. Dans cette optique, il est important de préciser qu'au contraire, **demander de l'aide est un signe de compétence**.
- **La question de l'attitude à adopter dans les situations de crise** se pose encore souvent trop tard dans le domaine du handicap mental.
- Le médecin de famille peut également apporter de l'aide en termes de prévention, lorsque les **investigations somatiques** indiquent clairement que les troubles physiques sont à l'origine de la crise. L'expérience nous montre que très fréquemment des douleurs somatiques se dissimulent derrière les troubles psychiques apparaissant au premier plan.
- Une **évaluation** doit être effectuée **après chaque crise**, afin d'indiquer quelles interventions ont été efficaces et lesquelles ne l'ont pas été.

### 5.3 Mesures à prendre au niveau de l'institution

- Favoriser les **échanges** entre toutes les personnes jouant un rôle important auprès de la personne concernée exerce un effet préventif important. De nombreuses crises peuvent être évitées lorsque les conflits au sein de l'entourage soignant et éducatif sont réglés ou tout au moins clarifiés. Il peut être bénéfique de nommer une personne chargée de gérer le dialogue.
- **Des protocoles de collaboration** devraient être établis entre les institutions et les établissements psychiatriques. De cette manière, les institutions auraient la possibilité de bénéficier ambulatoirement de spécialistes (les équipes mobiles, cf. précédemment, point 4), ce

qui favoriserait la détection précoce des crises et augmenterait les chances de les éviter par le biais de consultations et de soins ambulatoires.

## 6. Résumé des recommandations

**Les médecins** qui traitent des patients handicapés mentaux ou polyhandicapés en situation de crise devraient prendre garde à :

- Augmenter le temps qu'ils consacrent à chaque intervention.
- Consacrer un temps suffisant lors du diagnostic, afin de s'assurer qu'il soit minutieusement effectué. L'examen somatique ne doit pas être exécuté à la hâte, même s'il demande un certain investissement (personnel et temporel).
- Accorder une importance primordiale au travail interdisciplinaire.
- Faire preuve de prudence avec les médicaments psychotropes et prendre en compte les caractéristiques particulières de ce groupe de patients (cf. annexe II).

**Les foyers et les ateliers protégés** devraient également avoir **une marche à suivre en cas de situation de crise**, qui :

- Définit les compétences et les responsabilités de chacun au sein de l'institution.
- Détermine les personnes à contacter lors des situations de crise, et indique le moyen le plus efficace de les atteindre.

**Les autorités**, dans leurs projets sanitaires, doivent absolument prendre en compte les besoins spécifiques des personnes avec un handicap mental ou un polyhandicap, et en priorité :

- Soutenir les établissements médicaux de manière à ce qu'ils puissent prendre en compte ces besoins spécifiques (structures tarifaires, offres de formation continue pour l'équipe soignante et éducative).
- Mettre en place des équipes mobiles.
- Offrir une prise en charge appropriée lors d'intervention de crise.
- Lors de cette prise en charge, il faudrait dans la mesure du possible éviter qu'elle se fasse en milieu hospitalier et privilégier les structures d'accueil régionales prévues à cet effet.
- Lorsqu'une hospitalisation est inévitable (en hôpital somatique ou psychiatrique), il est très important d'instaurer une bonne et étroite collaboration entre les membres de l'institution et les professionnels de la structure hospitalière.

## Annexe I :

### Intervention de crise auprès d'enfants et adolescents avec handicap mental ou polyhandicap (Dr. méd. C. Kittler)

#### 1. Remarques préliminaires

Le lieu de vie des enfants et des adolescents avec handicap mental ne peut être choisi qu'avec le **consensus de toutes les personnes impliquées** (parents/famille, école, entourage soignant et éducatif, thérapeutes, institutions, etc.).

D'une manière générale, mais particulièrement dans les situations de crise, il faut accorder une importance particulière aux **aspects somatiques** (et neuropédiatriques). En cas de crise, les enfants et les adolescents peuvent présenter certains symptômes qui devront faire l'objet d'un examen somatique approfondi. Des analyses de laboratoires pourront déjà proposer les premières pistes d'explication (par exemple un test chimique de sang occulte positif et un diagnostic d'hémorroïdes en cas de manifestations sévères comme étaler ses excréments).

Les interventions devront à chaque fois être calibrées afin de correspondre à l'âge chronologique et au niveau de développement du patient. **Le niveau de développement de la personnalité peut être estimé en fonction du développement physique, cognitif, social et émotionnel.** Le développement émotionnel doit être évalué de la manière la plus précise possible. Les aspects développementaux jouent également un rôle important dans le lien aux parents (problématique de transfert). De manière générale, il faut tenir compte de la situation juridique particulière des enfants et des adolescents.

#### 2. Généralités sur la gestion de crise

##### La priorité est toujours au désamorçage de la crise !

Le travail d'équipe est décisif pour optimiser la gestion d'une situation de crise et assurer la qualité de l'intervention. Par conséquent, il faut considérer prioritairement les différents aspects suivants :

- Organiser des rencontres entre intervenants.
- Nommer éventuellement un « case manager ».
- Développer un concept d'intervention de crise: familiariser les personnes à cette notion, l'instaurer, et mettre en place un plan d'action.
- Evaluer régulièrement le concept.
- Déterminer les responsabilités de chaque personne impliquée.
- Privilégier les explications somatiques.
- Chercher du soutien externe, notamment à travers les équipes de psychiatrie de liaison.
- Conseiller et soutenir l'équipe soignante et éducative.
- Introduire éventuellement une thérapie.
- Réfléchir à la médication (en prenant beaucoup de recul, se référer à l'annexe II).
- Réfléchir à la question du lieu de vie (par exemple passer du foyer parental à une résidence en institution? Changer d'école? Changer d'institution? Placement hospitalier lors de situations de crise?).

#### 3. Intervention aigue

**Questions clés:** Comment faire pour stabiliser la situation le plus rapidement possible? A qui demander de l'aide? Qui doit être informé/sollicité? Quelles dispositions légales doivent être prises?

##### Interventions :

- Contrôler ses propres émotions.
- Minimiser les risques de blessures (mesures de contention, chambre de protection, port des gants, immobilisation).

- Ne pas poser des questions interrogatives, mais se montrer empathique, ou offrir simplement une écoute.
- Demander de l'aide (interne ou externe).
- Se documenter.
- Lors de chaque intervention aigue, il faut à tout prix éviter (ou du moins le plus possible réduire) les blessures. Pour ce faire, il faut établir une claire hiérarchisation des mesures de protection à prendre, de la plus légère à la plus importante (toujours choisir la moins intrusive!).  
Ce qui inclut:
  - l'autoprotection,
  - la protection des victimes potentielles,
  - la protection de la personne en crise,
  - la protection du matériel.

#### 4. Autres possibilités d'interventions

**La crise est principalement traitée dans le cadre de vie actuel de l'enfant/adolescent.**

##### 4.1 Mesures centrées sur les symptômes

**Questions clés:** Quoi? Qui? Quand? A quelle fréquence? Quelles sont les réactions de la personne en crise et de l'entourage pédagogique? Quelles sont les conséquences? Quelles interventions ont été efficaces jusqu'à présent?

##### **Interventions :**

- Confrontation avec le problème de la violence.
- Confrontation avec les conséquences.
- Organisation de réunions entre intervenants.
- Contrôle de la colère et de l'agressivité.
- Surveillance de jour et de nuit (accompagnement 1:1 ou 2:1).
- Mesures de contention (protection contre les auto- et hétéro-agressions).
- Minimisation de l'attention accordée aux symptômes.

##### 4.2 Mesures centrées sur le lieu de vie

**Questions clés:** Quels aspects de l'environnement sont stressants ou au contraire, stabilisateurs? Y a-t-il des modifications possibles? Quelle influence, compte tenu de son âge, la personne peut-elle exercer elle-même?

##### **Interventions :**

- Activation du réseau social.
- Coopération avec les parents (la situation familiale doit rester au centre des préoccupations, en minimisant le plus possible les conflits avec les frères et sœurs, en prenant en considération les perspectives des deux parents et en maintenant les contacts sociaux. En effet: « L'entourage professionnel ne remplace ni les amis ni la famille »).
- La prise en charge multimodale doit toujours être orientée vers le développement de la personne.
- Changement dans le déroulement des journées (école, thérapies).
- Structuration des journées.
- Offre de possibilités de se retirer au calme (choix de la chambre).
- Changement de milieu.

### 4.3 Mesures centrées sur la cause

**Questions clés:** Comment le jeune s'explique-t-il la situation dans laquelle il se trouve? Comment la crise pourrait-elle, selon lui, être résolue? Quels éléments déclencheurs pourraient être modifiés? Quels éléments stabilisateurs de la situation de vie actuelle sont pertinents et pourraient être mis à profit?

**Interventions:** Apport de conseils (stratégies d'interventions multimodales: sur les différents plans individuel, familial et environnemental, et en mettant l'accent de manière variée et adaptée sur les aspects somatiques, psychiques et sociaux).

### 4.4 Mesures centrées sur les besoins

**Questions clés:** Par quel type de réaction émotionnelle le jeune sera-t-il atteint / quelle émotion ressentira-t-il? Quels sentiments et intérêts positifs se cachent derrière le comportement observable? De quel soutien émotionnel a-t-il besoin? Quels besoins exprime-t-il? Y a-t-il eu dans le passé des réactions positives à la suite d'un soutien émotionnel?

**Interventions :**

- Dialogue.
- Soutien personnalisé.
- Thérapie par le jeu chez les enfants les plus jeunes.
- Dédramatisation de la situation problématique.
- Approches corporelles et créatives.

## 5. Interventions de crise en milieu hospitalier

Ces dernières sont bien entendu à éviter autant que possible, en favorisant notamment la collaboration avec les équipes de liaison. Dans certains cas, il est cependant sensé d'effectuer une intervention de crise en milieu hospitalier. Les enfants et les adolescents sont cependant traités dans des institutions pédopsychiatriques dans lesquelles une hospitalisation de crise n'est souvent pas possible. En fonction de leur âge, les questions suivantes peuvent se poser :

- Qui prend la décision de l'hospitalisation?
- Acceptation des hospitalisations non volontaires?
- Quels sont les critères pour l'intégration dans un groupe de crise ou dans une unité de pédopsychiatrie?
- Quelles professions y sont représentées?
- Que se passe-t-il lorsque la crise ne peut pas être surmontée?
- Quelle place laisser à la médication ? Avant de l'appliquer, tout traitement doit être présenté préalablement aux parents et il est souvent utile de bénéficier d'une surveillance hospitalière lors de la mise en place de celui-ci.
- Soutien psychothérapeutique ou pédagogique?
- Comment préparer et assurer le retour en institution? Evacuation de résidents indésirables?
- Risque de traumatisme lors d'un changement de milieu ne convenant pas à la personne en crise?
- Révision d'un concept d'accompagnement trop rigide dans la situation d'origine?

Il est vraiment important de préparer l'environnement social au retour de la personne en situation de crise, à travers des réunions d'équipes et des conseils prodigués par des professionnels.

## Annexe II :

### Traitement médicamenteux lors de crises psychiques et psychosociales

(Dr. méd. F. Brem)

Nous avons lieu de penser qu'il y a peu de littérature sur le traitement médicamenteux des personnes avec handicap mental ou polyhandicap. Il faut donc appliquer les conseils suivants avec précaution et toujours bien lire la notice d'utilisation des médicaments. Il appartient au médecin prescripteur d'être attentif aux effets secondaires et surtout, aux possibles interactions entre les différents médicaments prescrits, d'autant plus lors d'utilisation pour des indications non reconnues (off label).

#### 1. Utilisation à court terme de médicaments (réserves/urgences)

Les troubles somatiques aigus sont évidemment à traiter (par exemple un état de mal épileptique non-convulsif, ou des douleurs aiguës), en faisant cependant très attention aux risques d'interactions, particulièrement lors de la mise en place de traitements à long terme et notamment lorsqu'il s'agit d'antiépileptiques et de médicaments psychotropes. Lors de situations peu claires dans lesquelles les douleurs pourraient jouer un rôle important, l'administration préalable d'un simple analgésique peut être suffisante.

**Lors de la mise en place de chaque traitement**, les points suivants doivent être pris en considération :

- Dans certaines situations, les prises en charges individuelles ne sont possibles que lorsqu'elles sont effectuées sous couvert d'une médication appropriée.
- Le premier but de chaque intervention doit être le désamorçage de la crise.
- Il faut prendre en considération les réactions précédentes de la personne concernée aux substances psychoactives.
- Les symptômes cibles sur lesquels agir doivent être clairement déterminés.
- Les réserves doivent être administrées le plus rapidement possible (les équipes doivent être formées à identifier les symptômes précoces d'une crise) afin de diminuer au maximum les manifestations violentes et favoriser le sentiment de sécurité du personnel soignant et éducatif.
- Il faut prescrire des doses très faibles pour commencer (« start low, go slow ») ! Bien souvent, les effets secondaires dépendent de la dose administrée (par exemple une augmentation de l'impulsivité peut être liée à une dose très faible de benzodiazépines et à l'inverse, un état plus calme peut résulter d'un dosage plus important).
- Eviter de prescrire une combinaison de médicaments.
- Etre attentif aux possibles effets secondaires (être prêt à donner de l'Akineton lors de l'administration de neuroleptiques).
- Consigner par écrit toutes les causes qui ont nécessité une médication et les effets secondaires observés en prévision des traitements futurs.
- A défaut d'expérience avec les patients concernés, il faut prescrire le médicament qui pourrait vraisemblablement le mieux convenir.

**Substances qui sont efficaces pour une utilisation à court terme :**

- *Benzodiazépines* : Lorazepam (parmi d'autres) est très efficace contre l'anxiété.
- *Neuroleptiques* : Risperidone (privilégier les formes galéniques orodispersibles ou liquides); Levomepromazine (Nozinan) est disponible sous forme de sirop; Pipamperon (Dipiperon); Olanzapine (Zyprexa) est disponible sous forme de velotabs.

Il est préférable d'éviter les neuroleptiques classiques plus puissants en raison des effets secondaires ou du moins n'en administrer que les doses les plus faibles.

## 2. Traitements psychopharmacologiques de plus longue durée

### Principes :

- Lors de troubles du comportement, le traitement médicamenteux n'apporte que peu d'effets en comparaison des mesures pédagogiques et structurelles qui peuvent être prises.
- Lorsque les troubles du comportement sont associés à une charge de travail ou émotionnelle trop importante, à un environnement ne prenant pas suffisamment en compte les besoins particuliers de chacun, ou lorsqu'ils se manifestent systématiquement comme moyen d'expression d'un problème, il n'est pas judicieux de commencer par un traitement pharmacologique.
- La plupart du temps, la prescription de psychotropes lors de troubles du comportement est une indication non reconnue (Le fait qu'il n'y ait que peu d'études menées au sujet des effets de ces médicaments ne signifie pas pour autant que ces effets sont inexistantes. L'indication de substances pour tels ou tels symptômes est également impactée par les intérêts des firmes pharmaceutiques).
- Il est possible que les troubles du comportement soient des effets secondaires de la médication prescrite, comme par exemple un dosage élevé de neuroleptiques, d'antiépileptiques ou même d'antihypertenseurs.
- Même en traitant des personnes ayant un retard mental, toute prescription doit, dans la mesure du possible, être expliquée en détail.
- Les antidépresseurs doivent aussi être inclus dans les explications (par exemple l'effet du Trazodone sur les troubles du sommeil).
- Chez les personnes handicapées mentales, des doses même très faibles sont déjà efficaces (et engendrent plus rapidement des effets secondaires !).
- Certaines personnes avec handicap mental ne peuvent parfois pas dire qu'elles souffrent d'effets secondaires; ces derniers restent donc indétectables.
- Lors de l'administration de nombreux psychotropes et antiépileptiques, il faut faire attention au risque élevé d'interactions médicamenteuses. Il peut également s'agir d'interactions pharmacocinétiques et pharmacodynamiques qui ne sont pas encore connues.
- Le « Drug monitoring » utilisant les examens de sang pour attester d'une correspondance entre le résultat des analyses et les doses prescrites est de plus en plus utilisé pour l'interprétation des observations cliniques, la mise en évidence d'interactions pharmacocinétiques jusque là inconnues et la détection de problèmes d'observance thérapeutique (erreurs d'administration, résistances du personnel des institutions à la médication).
- La pertinence de la prescription de chaque médicament doit être réévaluée régulièrement.
- Les peurs du personnel (souvent présentes de longue date) envers la médication doivent être prises en compte par le médecin et surmontées grâce à une discussion approfondie.

**Annexe III : Exemple de grille d'observation** (A. Grüter)

Date/ Heure	Description des comportements problématiques	Situation précédant directement les comportements problématiques	Réaction de l'entourage	Autres comportements du patient	Visa



## Annexe IV : Bibliographie (en allemand)

- **Bölte Klaus**, 2009, Autismus, Huber-Verlag
- **Bundesvereinigung Lebenshilfe, www.lebenshilfe.de**: diverse Materialien, unter anderem
  - Eine behinderte Medizin?! Zur medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. 1. Auflage 2002
  - Wenn Verhalten auffällt... , Lebenshilfe-Verlag Marburg, 2. Auflage, 2003 (vergriffen)
  - **Heinrich Johannes**, Akute Krise Aggression. 2007
- **Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)**, diverse Materialien , als pdf-Datei verfügbar unter [www.dgsgb.de](http://www.dgsgb.de). Unter anderem
  - **Band 1: Hennicke**, Klaus (Hrsg.), *Modelle spezialisierter psychiatrischer Hilfen für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung*
  - **Band 5: Koniarczyk**, Manfred; **Hennicke**, Klaus (Hrsg.): *Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eine kritische Standortbestimmung*
  - **Band 9: Hennicke**, Klaus (Hrsg.): *Ambulante Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung und einer psychischen Störung. Praktische Erfahrungen mit den sog. Richtlinienverfahren*
  - **Band 10: Seidel**, Michael (Hrsg.): *Die stationär-psychiatrische Versorgung von psychisch erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung*
  - **Band 15: Hennicke**, Klaus (Hrsg.): *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit geistiger Behinderung - Möglichkeiten der Prävention*
  - **Band 21: Dobsław**, Gudrun: *Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung*
- **Došen Anton**, Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung; Ein integrativer Ansatz für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Hofgreffe 2010
- **Hässler Frank, Fegert Jörg Michael** (Hrsg.) Geistige Behinderung und seelische Gesundheit. Schattauer 2005
- **Heijkoop Jacques**, Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung. Juventa, Weinheim 2007
- **Lindmeier Christian**, Geistigbehindertenpädagogik. Beltz 2006
- **Lindmeier Christian**, Biografiearbeit mit geistigbehinderten Menschen. Juventa 2008
- **Pörtner Marlis**, Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen. Klett-Cotta 2004
- **SAMW** (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften) Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung; Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. SAMW 2008 (Kind Christian et al) [www.samw.ch](http://www.samw.ch).
- **Sarimski Klaus/Steinhausen Hans-Christoph**, Psychische Störungen bei geistiger Behinderung. Hofgreffe 2008
- **Schanze Christian**, Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Schattauer, 2007
- **Scholte Frans et al**, Europäisches Manifest: Minimale Bedingungen für die Gesundheitsfürsorge von Menschen mit geistiger Behinderung. MAHM 2003 [www.mamh.net/Manifesto/Manifesto.htm](http://www.mamh.net/Manifesto/Manifesto.htm))
- **Schnyder Ulrich, Sauvant Jean-Daniel**, Krisenintervention in der Psychiatrie. Huber 2000 (vergriffen)
- **Schumacher Kordula**, Krisen und Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitschrift der Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung e.V. Jg. 5, Heft 2 (Dezember 2008)
- **Senckel Barbara**, Mit geistigbehinderten Menschen leben und arbeiten. Beck-Verlag 2010
- **Stahl Burkhard/Irblich Dieter** (Hrsg.), Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung, Ein interdisziplinäres Handbuch. Hofgreffe 2005
- **Theunissen Georg, Lingg Albert**, Psychische Störungen bei geistig Behinderten. Lambertus 2009
- **Theunissen Georg**, Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung. Kohlhammer Stuttgart, 2003 - **Wüllenweber Ernst, Theunissen Georg**, Handbuch Krisenintervention, Band 1 (2001) und 2 (2004), Kohlhammer Stuttgart

**Annexe V : Membres du groupe de travail**

Dr. méd. Kathrin Bichsel, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, Floraweg 1, 3400 Burgdorf

Dr. méd. Felix Brem, président de l'ASHM/SAGB, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie, Rathausstrasse 17, 8570 Weinfelden

Aloïs Grüter, pédagogie curative, Service hospitalier de Psychiatrie, 4915 St. Urban

Dr. méd, Thomas Jochum, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie, PZH Embrach, Römerweg 11, 8424 Embrach

Dr. méd. Claudia Kittler, spécialiste en psychiatrie d'enfants et d'adolescents et en pédiatrie, Buchenstrasse 56, 4054 Bâle.

*Rédaction K. Bichsel, 18.07.2011*

*Traduction française par C. Chavan & J. Baudat,  
Section de psychiatrie du développement mental (SPDM),  
Service de psychiatrie communautaire, Département de psychiatrie,  
CHUV, Lausanne, juillet 2013.*