

TROUBLES DU COMPORTEMENT – ESSAI D'UN REGARD ETHIQUE

Introduction

>**Situation fréquente** : Les troubles du comportement sont fréquents et sont un sujet de préoccupations en institutions médico-sociales.

>**La vision traditionnelle** : étudie le problème à la manière d'un observateur objectif et distant et édicte des règles thérapeutiques: c'est ce que font les protocoles traditionnels.

C'est indispensable.

>**Le regard éthique** : va essayer d'aller plus loin et de comprendre ce qui se cache derrière le trouble :

Une vision philosophique et neuropsychiatrique du problème éclaire le regard éthique.

En outre, cette approche ouvre de nouvelles possibilités de prise en charge.

Le comportement est un langage.

Il faut distinguer **le trouble du comportement** du **sujet troublé**.

1- Je vais présenter, dans un premier temps, le regard et la prise en charge traditionnelle .

Elle primordiale et d'un usage quotidien.

2- Puis nous verrons les autres aspects du problème, les significations et implications cachées qui pourront ouvrir de nouvelles voies.

** Pour ce travail j'ai utilisé La revue repères éthiques (Janvier-février-mars 2015) et un article du CAIRN de 2010 de F. (Dibie-Racoupeau etc...)*

TROUBLES DU COMPORTEMENT – LE PREMIER DEGRE

QUELQUES DEFINITIONS

Démence : Elle peut être définie par un affaiblissement ou une perte de plusieurs **fonctions intellectuelles** (cognitives) entraînant une **perte d'autonomie** et des **troubles comportementaux**. Les syndromes démentiels sont dus à des lésions structurelles du cerveau (pertes neuronales) d'où leur caractère progressif (toutes les fonctions intellectuelles ne sont pas perdues simultanément), d'où également leur caractère irréversible. (Collège des enseignants en neurologie).

Comportement : c'est la manière d'être et d'agir de l'individu.

Troubles du comportement : ce sont des troubles de la perception, du contenu des pensées, de l'humeur et des comportements. (cris, déambulation, agressivité, dépression, hallucinations ...)

Agressivité : l'agression désigne tout comportement physique ou verbal dirigé vers une personne avec l'intention de nuire. Elle est rarement spontanée, le plus souvent en réaction à un sentiment d'insécurité du résident, un sentiment de contrainte.

Les troubles du comportement :

- * Sont fréquents
- * D'intensité fluctuante
- * Parfois épisodiques
- * Ils signalent souvent une rupture dans le quotidien du résident.

ETIOLOGIE

Facteurs externes, écologiques : On trouvera :

- l'environnement : qui peut être dérangeant, bruyant... (TV, Aspirateur, voisin de chambre...)
- l'entourage qui peut poser problème
(Il peut être incompris ou bien suspect suite à d'anciens conflits).
- les aidants qui peuvent être maladroits, mal compris...
- les soignants pouvant manquer de sollicitude ou intervenir à un mauvais moment.

Facteurs endogènes :

- liés au sujet lui-même, à sa maladie (hallucination fréquentes dans la maladie à corps de Lewy)
- Mais avant tout on doit rechercher une pathologie sous-jacente détaillée ci-dessous.

DIAGNOSTIC ET ANALYSE DE LA SITUATION Il va falloir :

-Evaluer l'urgence du problème et les risques pour l'intéressé ou pour autrui.

-Interroger et examiner le sujet et l'entourage : et apprécier les circonstances de survenue.

- Rechercher une cause organique + ou - cachée:

=>Rétention d'urine (globe vésical), fécalome, douleur, Infection sous--jacente, urinaire, dentaire ... neurologique (AVC, Hématome sous dural, comitialité non convulsivante).

-Rechercher une cause psychiatrique :

*Crise d'angoisse sévère que le sujet ressent mais ne sait pas verbaliser.

*Des hallucinations (fréquentes dans la maladie à corps de Levy).

-Rechercher une cause iatrogène:

- D'éventuels effets indésirables ou interactions médicamenteuses).
- Surdosage en psychotropes, en morphiniques...

-Rechercher une confusion mentale (torpeur intellectuelle, ralentissement des fonction vitales) pouvant être d'origine iatrogène, toxique, métabolique, secondaire à un AVC...

Il faut bien observer et décrire le trouble du comportement.

Un trouble du comportement qui persiste doit être objectivé :

- par l'inventaire neuropsychiatrique version équipe soignante (NPI--ES).
- Par le test de Cohen Manfield spécifique de la mesure des états d'agitation et d'agressivité.

-Penser aux troubles du comportement déficitaires: Caractérisés par un retrait et replis sur soi,

Ils sont peu perturbateurs mais signifient une souffrance aussi grande que les autres.

Les protocoles proposent une prise en charge utilisant différentes techniques, médicamenteuses ou non médicamenteuses.

TROUBLES DU COMPORTEMENT – ESSAI D'UN REGARD ETHIQUE

Les explications ci-dessus étaient basées sur 4 questions :

- Que se passait-il ?
- Dans quelles circonstances ?
- Quelles conséquences ?
- Comment prendre en charge ?

Nous allons y ajouter la question **pourquoi** qui va ouvrir de nouvelles voies.

THEORIE :

Quelle est la frontière entre un comportement troublé et un comportement qui ne l'est pas ? C'est souvent une question de normes sociales.

On doit considérer :

a> L'aspect quantitatif du trouble du comportement:

En excès : surexcitation, hyperactivité, « agitation psychomotrice » : c'est la situation la plus évoquée en institution parce qu'elle est dérangeante.

En défaut : Situation de repli, d'isolement. Malgré une souffrance au moins égale que dans les comportements en excès, les situations en défaut sont moins prises en compte car moins dérangeantes.

(Les peines légères s'expriment aisément, les grandes douleurs sont muettes. Sénèque)

b> L'aspect qualitatif : un comportement déviant de la norme.

La dissociation amène le sujet à adopter un comportement en opposition avec les émotions qu'il ressent réellement. Ce n'est pas la conduite qui signe le trouble, c'est son **inadéquation** avec le contexte d'apparition. Exemple, rire à une mauvaise nouvelle en disant : « je suis très triste ».

Cela introduit aussi la notion **de passage à l'acte** : quand la tension psychique est trop intense, le sujet serait amené à réaliser un acte apparemment insensé, afin de rompre la tension psychique qui l'habite. (La jeune homosexuelle, le cas de Dora ...)

Tout comportement, quelles que soient ses caractéristiques formelles ou son contexte, est avant tout un langage que le sujet adresse à quelqu'un autant qu'à lui-même.

ETHIQUE INSTITUTIONNELLE :

A) Le comportement est un langage

Il est nécessaire de se positionner aux côtés du sujet, et de le considérer de manière globale, avec son ressenti et son vécu.

Une éthique de l'accompagnement suppose de prêter attention au vécu du sujet et surtout à l'**intentionnalité** qu'il manifeste dans ses conduites.

On doit se poser la question « pourquoi ce comportement est-il troublé ? » pour comprendre ce que l'autre est en train de vivre.

Le comportement du sujet est fait pour **une raison** (qu'elle soit consciente ou non). Parfois c'est la seule manière qu'a le sujet pour s'exprimer.

B) Trouble du comportement ou sujet troublé (la question de la vulnérabilité)

Nous devons considérer les **contenus** potentiellement présents dans le comportement d'une personne.

La vulnérabilité concerne la personne comme un être bio-psycho-social en lien d'influence avec son environnement.

La vulnérabilité communicationnelle.

Les handicaps de nos résidents peuvent compromettre de façon plus ou moins importante les possibilités de communication.

Soit au niveau réceptif : comprendre ce que l'autre veut dire.

Soit au niveau expressif : faire comprendre à l'autre ce que l'on veut dire.

Dans ces situations, le comportement peut prendre valeur de langage et permet au sujet d'exprimer, dans une certaine mesure, sa volonté.

Dans le cas de la douleur, en particulier, les manifestations parfois violentes sont une manière qu'a le sujet de montrer sa douleur puisqu'il ne peut pas la dire.

Dans le cas de la dépression, l'impossibilité à communiquer pourra être source de repli sur soi ou d'inhibition.

La vulnérabilité sensorielle.

En institution, les atteintes sensorielles peuvent être responsables d'anomalies du comportement en excès comme en défaut.

Les cris d'une personne malvoyante peuvent parfois être expliqués par un déficit de stimulation sensorielle. Le sujet exprime son angoisse du vide, de sa non existence sensorielle.

La surdité peut aussi provoquer de tels comportements

La vulnérabilité n'est pas un état, mais la **rencontre** d'un état et d'un contexte existentiel.

Les troubles du comportement en défaut représentent un point essentiel de la vulnérabilité sensorielle :

- Sujet qui s'endort dans la matinée, ou qui se retranche « dans son monde » (comme on peut l'entendre dire). Il s'agit souvent d'une personne en état de handicap mental, qui compense par la fuite dans le sommeil ou le rêve, l'absence de stimulation.

C'est **là** que l'attention du soignant doit être attisée pour repérer ces situations peu perturbantes.

La vulnérabilité mentale.

Correspond aux personnes en état de handicap intellectuel en situation d'inadaptation à l'environnement.

Cela peut générer des conduites particulièrement atypiques ou désadaptées.

Ces personnes pourront présenter des automutilations, des cris.

- Les cris permettraient à ces personnes de se repérer (sujets ayant une sensibilité acoustique particulière).

- L'automutilation entraîne une stimulation sensorielle donnant au sujet le sentiment d'exister.

La vulnérabilité du vieillissement.

C'est un point d'importance majeure puisque tous nos résidents en sont affectés. L'analyse sur ce que représente et sous-tend cette notion donne une explication et des clés qui vont nous servir.

Nous allons nous attacher aux difficultés relatives à la notion de vieillissement
Un double aspect : Vieillir est difficile, mais le sujet au comportement troublé **est** difficile pour les autres ...

1- Vieillir est difficile

Au point de vue social, existentiel et psycho-affectif,

Vieillir en tant qu'être social d'abord

Vieillir, c'est le dessaisissement des rôles sociaux antérieurs et cela est responsable d'une atteinte narcissique (l'estime de soi) et d'une angoisse.

Autrefois, le sujet âgé bénéficiait d'une autorité morale réelle. C'est fini ! On n'attend plus grand chose des vieux ...

Vieillir en tant qu'être tout court

- Vieillir, c'est un rapport différent avec la mort. De lointaine (ou accidentelle) elle devient proche et personnelle.
- L'entrée en vieillesse est toujours brutale. Un jour on se rend compte qu'on est vieux.
- C'est une triple source de crise :
 - o Somatique (concerne la prestance, mais aussi forme physique et intellectuelle)
 - o Psychique : (pertes, deuils, séparations, modifications du réseau d'identification, atteintes narcissiques...)
 - o Sociale : (perte des statuts, retraite ...)

Retentissement psycho-affectif du vieillissement au plus intime

Les atteintes narcissiques fragilisent le sujet vieillissant mais le narcissisme **constitue aussi un soutien** et une aide: il a un rôle dans le maintien de l'identité, contre poids à la tentation de la mort.

(Las autres sont plus mal fichus que moi, on m'apprécie, j'ai beaucoup d'amis ...)

D'où son importance en gériatrie et en gérontopsychiatrie en particulier.

Le fondement du narcissisme apparaît dès le début de la vie, d'où l'importance de connaître l'histoire de vie du sujet « difficile ».

Les changements narcissiques de la vieillesse se font moins en terme de perte, qu'en terme d'évolution. Il faut s'adapter à ces changements imposés par le vieillissement. Tous n'y arrivent pas.

QUELLES ISSUES

Le travail psychique

Le travail de vieillir, est l'activité psychique qui conduit à reconstruire sa propre histoire et permet de relancer sa créativité.

Pathologies

- a- Refus d'accepter la situation : développement d'une hyperactivité incompatible avec les capacités. C'est une fuite en avant. Cette situation peut très mal finir ...
- b- Autre possibilité: La rupture narcissique excède le supportable et fait basculer le sujet dans la pathologie psychiatrique.

Personnes âgées « difficiles » et troubles du comportement

Certains de ces troubles sont en liens important avec de **l'histoire de vie** : « L'enfant est le père de l'adulte » (S. Freud). C'est une notion importante car c'est souvent la seule clé à une prise en charge psychique.

Spécificité de la dynamique psychologique chez le sujet âgé

L'approche du terme de la vie est responsable d'une importante **crise identitaire**. Tout ce qui faisait l'identité du sujet durant sa vie va devoir se remanier, le sujet devra se reconstruire.

S'il en est incapable, cette situation va activer des fragilités psychiques et favoriser l'émergence d'une anxiété majeure, d'une insécurité fondamentale. Cet état peut amener le sujet au détachement de ce qui lui échappe pour se recentrer sur lui-même dans un **mouvement narcissique régressif** dont l'expression pourra être comportementale.

Cela conduit certains à répéter un comportement de recherche d'attention. Ils appellent l'autre à témoin, comme dépôt de leur souffrance. La satisfaction obtenue par l'attention de l'autre peut faire persister le comportement même si il s'agit de manifestations d'agacement ...

Avec un fort risque de chronicisation.

A) De l'usage des mots... Comportement troublé ou troublant ?...

Tout dépend de quel point de vue on se place.

Les cris nocturnes du bébé peuvent être un trouble (pour le voisin) ou un signal, un appel (pour les parents)

Le résident âgé devient seulement un vieux qui crie si on reste sourd à toute **valeur d'appel** pour n'en percevoir que le versant d'un trouble du comportement. Au risque d'ailleurs d'une cascade de troubles supplémentaires et d'une fixation du ou des symptômes.

B) L'attitude face au symptôme

Il importe d'éviter de vouloir réduire trop vite le symptôme qu'est le trouble du comportement et de privilégier la recherche de la compréhension. Le symptôme est production plutôt que défaillance, Il revêt une valeur adaptative, une tentative (maladroite) de palier au problème (par exemple, atteintes cognitives..) il est un compromis de guérison.

Le trouble **constitue une protection narcissique transitoire**. Il signale aussi une souffrance que le sujet ne peut exposer autrement. Il s'agit d'être là, face à une tentative de communiquer l'incommunicable.

Cette attitude du soignant permet de replacer le trouble dans la globalité psychique du sujet et de le rattacher à son histoire de vie. Ainsi le patient de perturbateur va devenir perturbé. Ce qui change tout.

Si le comportement « troublé » d'un patient âgé difficile n'est pas que désordre et/ou non-sens mais parle de lui et de son affectivité, il va permettre d'entrevoir quelque chose de ses fondations psychiques, de sa personnalité antérieure et donner des occasions d'évaluer quelles capacités de rencontre persistent pour établir une relation thérapeutique. La « **pensée affective** » est **longtemps accessible** et peut permettre une relance des pensées via l'affect. Une approche psycho-corporelle peut être aussi un recours pour amorcer ce type de relation.

A) Les soignants

Vieillesse = enjeu narcissique, enjeu d'identité et d'estime de soi.

C'est aussi et en retour une blessure narcissique quotidienne pour les soignants en gériatrie : Celui-ci a quotidiennement une vision de l'image parentale déchu et cela peut faire apparaître la crainte d'avoir le désir de faire mal au patient âgé difficile.

Le soignant est confronté à la déchéance physique, aux conduites régressives (incontinence, troubles du comportement, l'agressivité du résident parfois). **Une des façons de s'en protéger c'est de se désinvestir**, ne plus se sentir touché par ce trop-plein de souffrances, d'éviter la relation...

Cette attitude comporte un risque majeur : **en rigidifiant ses défenses avec déni des affects**.

Les soignants doivent faire un travail psychique sur eux-mêmes pour traiter les affects dépressifs liés à cet écart constant entre leur idéal et la réalité.

La rencontre avec un malade est toujours aussi une rencontre avec un aspect de soi caché, inconnu ou refusé.

Le risque est de ne plus prendre en compte la dimension du « sujet » et de privilégier involontairement celle d'un « objet » chosifié. Il y a un danger de maltraitance à l'égard de cet âgé vécu comme bien plus perturbant que perturbé.

L'antidote à ce risque relève d'une réflexion menée en **équipe pluridisciplinaire** : Il faut organiser des espaces de pensée qui favorisent les ressorts psychologiques de l'activité soignante et aident à s'adapter au cas par cas.

Cela s'accorde avec les concepts de la **psychothérapie institutionnelle** pour éviter le risque de découragement.

D'où l'importance de la vigilance des responsables institutionnels : **rappeler la nécessité de tous les temps de supervision, analyse de la pratique et autres groupes de parole** pour l'ensemble des soignants, ainsi que d'une démarche active de formation continue..., tous ces dispositifs aidant à trouver « la bonne distance affective profitable », ni trop près ni trop loin, jamais acquise d'emblée et résultant d'ajustements successifs.

ETUDE SUR LA LIBERTE DU DEMENT

1) Perspectives philosophiques : la liberté du sujet en situation de handicap mental.

Le **handicap mental**, surtout s'il est sévère va altérer profondément les capacités de raisonnement du sujet. Cette situation empêche-t-elle au sujet d'être libre ?

Pour **Platon**, la liberté est une conséquence de la raison. L'homme n'est pas libre parce qu'il fait ce qu'il lui plaît, il est libre parce qu'il fait ce qu'il veut. (*Se soumettre à ses désirs plutôt qu'à sa raison, ce n'est pas être libre : c'est le cas des addictions*).

Ainsi selon cette théorie la personne handicapée mentale ne peut pas être libre puisque l'altération de son discernement se répercute sur ses possibilités de faire des choix.

Cette idée colle avec le déterminisme selon lequel toute cause produit toujours les mêmes effets. Ainsi, connaissant ses faiblesses, l'homme peut trouver un moyen d'y échapper.

Dans ces conditions il semble logique de dire en effet que le sujet incapable de tels raisonnements ne peut pas avoir d'actes totalement libres.

Mais, même pour nous, nos passions, nos pulsions peuvent influencer sur nos actes, au moins partiellement. En effet je peux parfois choisir le plaisir à la place de la raison : je reprends de ce plat alors que je sais que je vais être malade

Ainsi, les actes de la personne en situation de handicap mental ne sont peut-être pas beaucoup **moins** librement déterminés que les nôtres...

Il faut éviter la confusion entre acte plus ou moins **adapté** et acte **libre**.

Pour **Bergson**, il faut rejeter l'explication de la liberté par le déterminisme qui méconnaît la spécificité et la **complexité de l'être humain et sa psychologie en évolution permanente**.

La prise de décision est un processus et non pas un choix.

Les actes ne dépendent pas de la seule raison, puisque celle-ci n'est qu'un aspect de ce qu'est l'être humain. La décision provient de l'ensemble de l'être et c'est pour ça que l'acte est libre.

Le handicap mental fait partie intégrante du sujet, il participe à ses décisions au même titre que le reste de sa personne, il est une composante de sa liberté.

Encore une fois, une mauvaise adaptation de l'acte n'empêche pas que l'acte soit libre.

Ceci étant dit si le déficient mental a besoin d'un accompagnement professionnel pour ses déficiences, le regard éthique est lui de considérer ses actes comme la manifestation de son identité profonde.

Et ainsi le soignant va passer d'un constat de manque à une démarche de découverte, signe de son attachement à la nature humaine du sujet.

Sartre, comme Bergson, rejette le déterminisme pour expliquer la liberté .
L'homme est libre, car libre de se créer lui-même. En effet l'homme n'est pas ce qu'il est mais ce qu'il fait. « L'existence précède l'essence. » La nature humaine n'existe pas car l'homme n'est rien d'autre que la somme des ses actes.

La seule chose dont nous ne sommes pas libres, c'est donc de renoncer à notre liberté. D'où la formule de Sartre : « l'homme est condamné à être libre. »

Ainsi le handicap n'est qu'une singularité et non pas une limitation.

REGARD PROFESSIONNEL :

Les approches de Bergson et de Sartre permettent une approche globale du sujet. Le handicap mental ne limite pas la liberté mais amène à la reconnaissance de la personne avec son handicap et non pas malgré celui-ci.

Conclusion

TROIS NOTIONS ESSENTIELLES

1- Le but de la démarche est de supprimer la source du comportement afin de rendre celui-ci inutile.

La simple suppression du comportement répond à un objectif institutionnel et non pas au besoin du sujet.

Le trouble du comportement n'est pas le vrai problème, c'est la réponse que tente de construire le sujet face à eux.

2 - réflexion multidisciplinaire

C'est cette activité réflexive permanente qui permet de repérer et combattre l'éternel problème que pose aux soignants et aux institutions l'influence délétère de la pathologie qu'ils soignent.

Elle seule permet d'accueillir et contenir ces personnes âgées difficiles en évitant la démotivation et surtout l'épuisement professionnel.

Il n'y a pas de recette pour créer un tel cadre, chaque institution, chaque équipe a son savoir faire, non transposable, qui résulte d'une habitude à réfléchir et travailler ensemble sur ces questions.

3- La liberté du résident La notion de liberté par Bergson et Sartre permet de voir le sujet dans sa globalité.