



# Les enjeux d'une organisation sanitaire globale pour la prise en charge des situations complexes

**Vincent Guinchat,**

Médecin adjoint,

Unité de Crise du Handicap Mental, Section de psychiatrie du développement mental

CHUV

# Déficiência intellectuelle et complexité

Comportement défis  
Doubles diagnostics  
Syndromes rares/ Polyhandicap  
Déficiência limite/troubles multi-dys  
Milieu (précarité, acculturation, prison...)



Aucun service ne permet à lui seul d'identifier et de répondre aux besoins.

complexité des parcours de vie et sur-handicap.

Besoin moyens doivent être adaptés à la singularité de chaque cas.

Réseau de soins dédié aux cas complexes

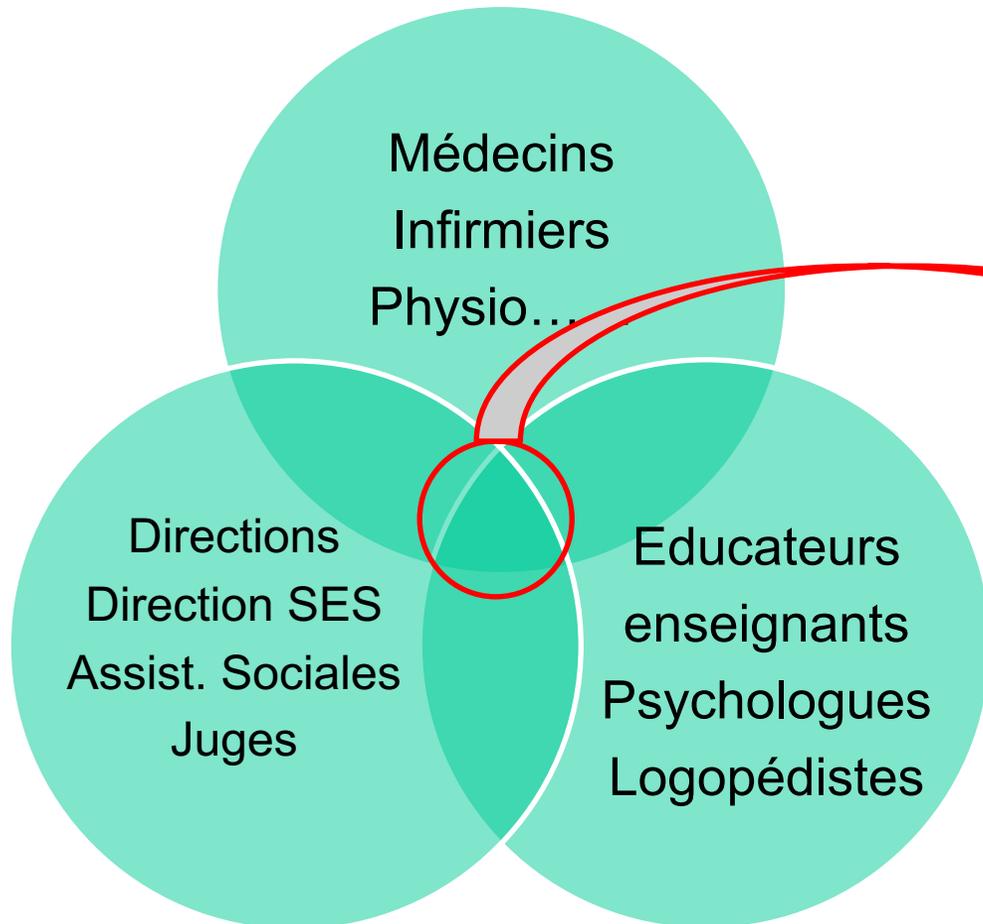
**MULTIDISCIPLINARITE  
TRANSVERSALITE**

# Les situations complexes posent un triple problème aux équipes éducatives

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

# Approche sanitaire, psycho-éducative et sociale:

La complexité impose une complémentarité des regards mais aussi un corps de connaissance partagées



## **SYNERGIE DES ENJEUX OU PAS....**

### **Objectif:**

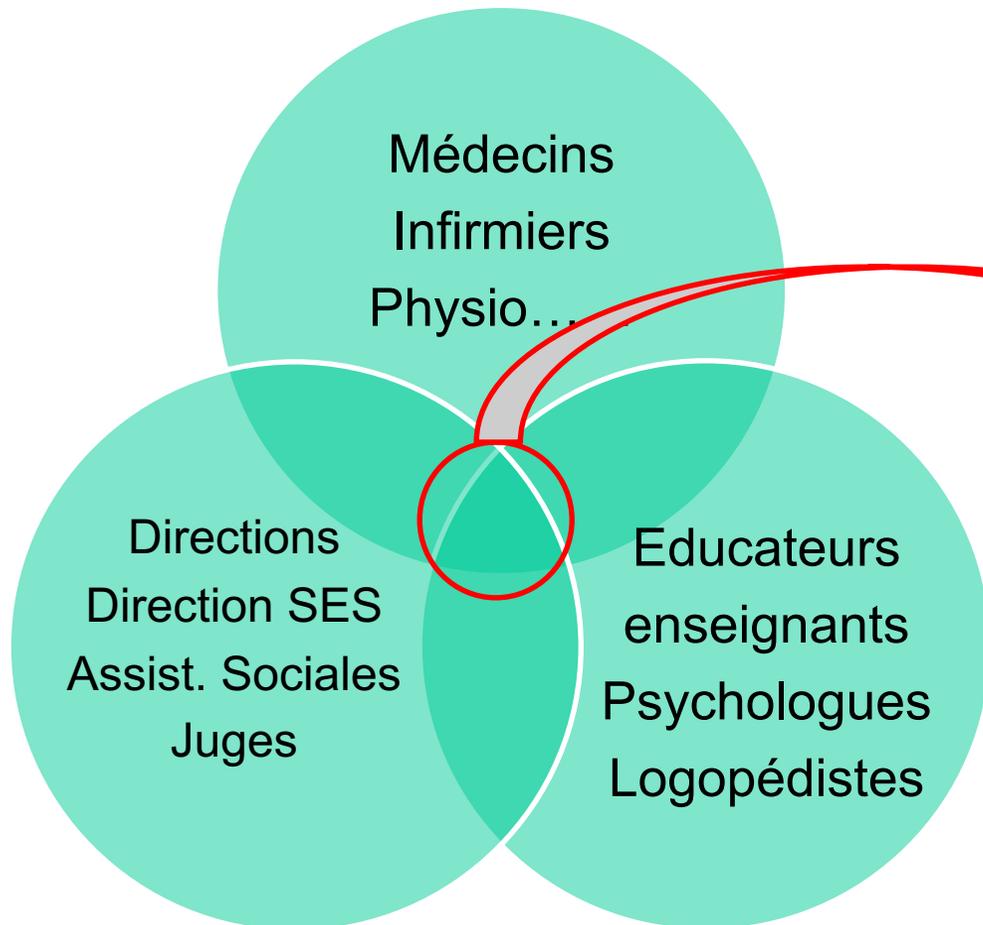
**Symptôme vs participation sociale vs protection**

### **Finalité:**

**Santé Vs participation social Vs droit?**

# Approche sanitaire, psycho-éducative et sociale:

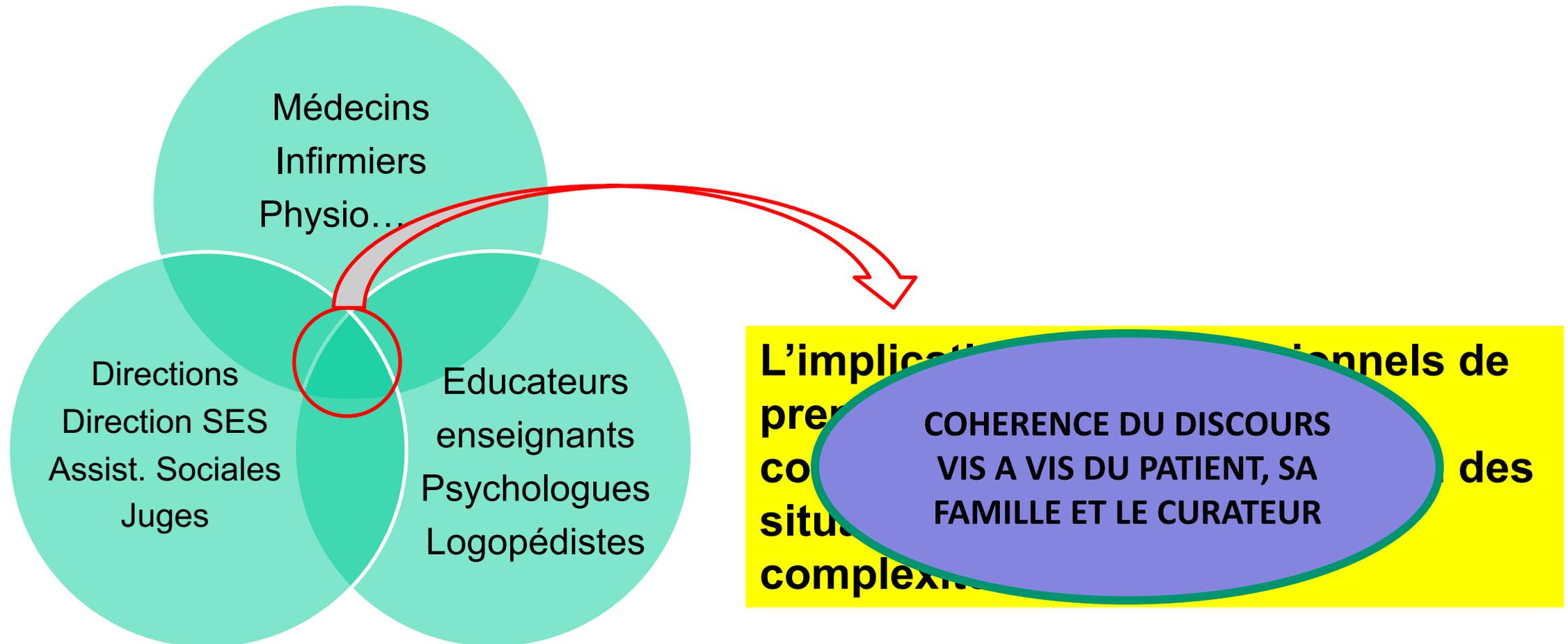
La complexité impose une complémentarité des regards mais aussi un corps de connaissance partagées



**L'implication des professionnels de première ligne et les modes de collaboration varient en fonction des situations et des facteurs de complexité**

# Approche sanitaire, psycho-éducative et sociale:

La complexité impose une complémentarité des regards mais aussi un corps de connaissance partagées



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

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

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

# Décompensation comportementales

- Ces comportements sont très fréquents chez les personnes autistes et autres troubles du développement, mais ne font pas partie de leur définition.
- Parmi les adolescents TSA, entre 16 % et 32 % présentent une régression comportementale.
- Les conséquences peuvent varier selon le contexte.
- Parfois, ces comportements difficiles entraînent un réel danger pour les personnes et/ou les soignants.
- Risque de chronicisation dans des unités de soins ou à domicile sans solution pour une intégration dans la communauté.
- Difficultés d'accès aux structures psychiatriques et de soins somatiques

**+++MESURES DE CONTRAINTES+++**

# Blessures des Patients



TRAUMATISME CRÂNIEN  
& NUTILATION DES LÈVRES



TRICHOTILLOMANIE



SKIN PICKING



OREILLE EN  
CHOU-FLEUR



PICA



MORSURE AUTO-INFLIGÉE & ULCÉRATION AVEC CICATRICES



FRACTURE CONSÉCUTIVE À  
UNE IMMOBILISATION MANUELLE

# Blessures des Soignants



CONTUSIONS DE LA FACE



MORSURES & GRIFFURES À HAUTS RISQUES INFECTIEUX



LÉSION SÉVÈRE DE LA MAIN



HERNIE CERVICALE  
& INVALIDITÉS FONCTIONNELLES



SCALPE



FRACTURES DENTAIRE & COSTALE



**Les comportements défiés des personnes avec autisme  
interrogent sur leurs capacités d'ajustement et de contrôle de  
leurs conduites motrices**

**Cpt défiés**

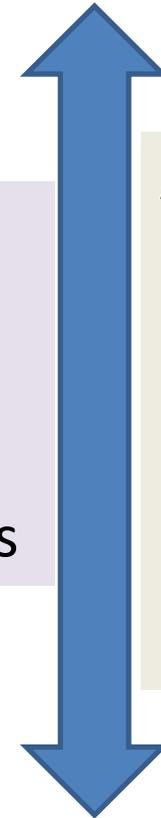
Agressivité  
Automutilation  
Cris  
Hyperactivité  
Gestes brusques  
«Self restraint»  
Stéréotypies  
Catatonie  
Hyperventilation  
Postures anormales

**Conduites motrices**

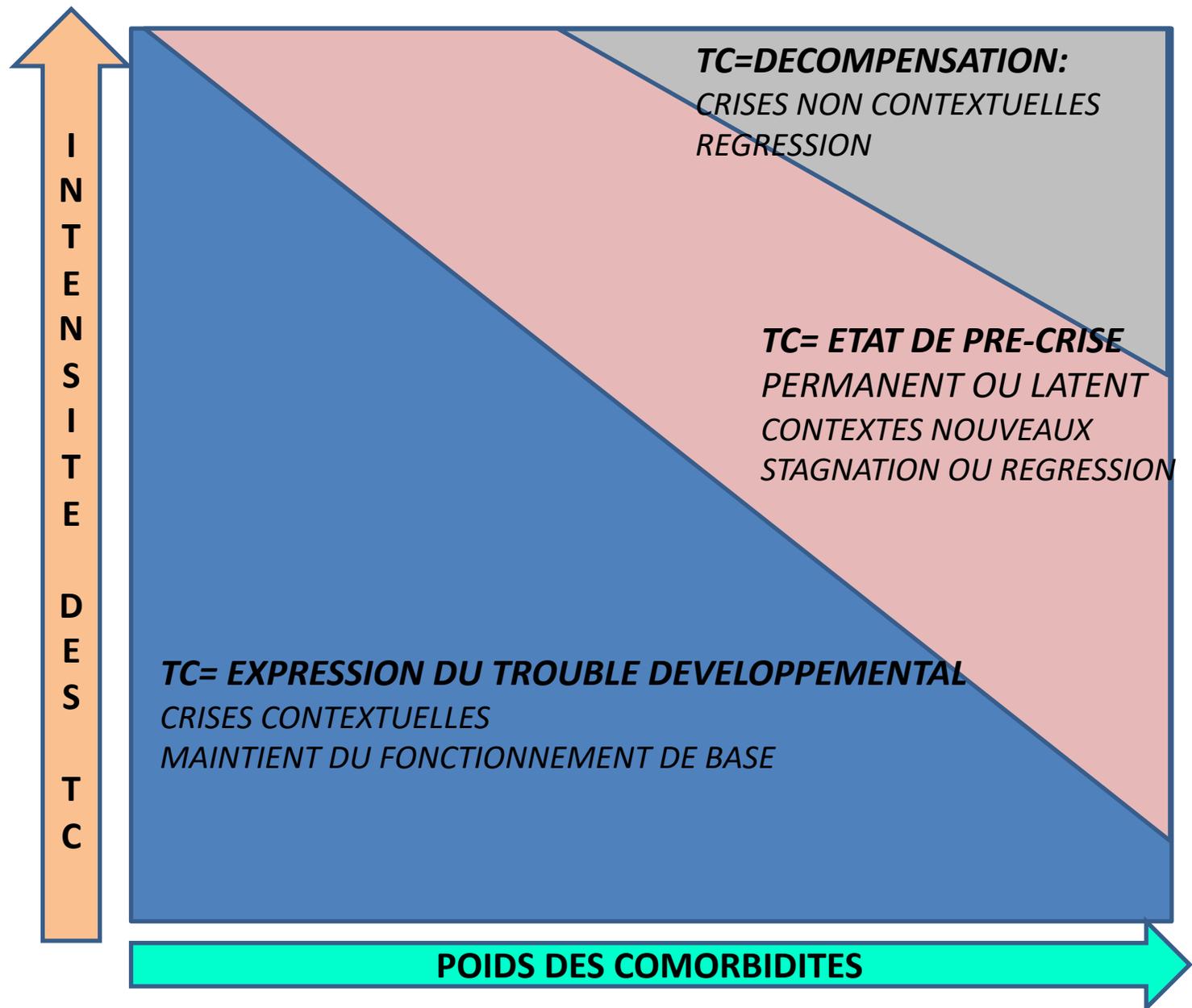
volontaires  
spontanées  
involontaires

**Opération mentale**

Activités cognitives  
Etats de conscience  
Epreuves corporels  
Déficits neurologiques



# TYPOLOGIE DES SITUATIONS AVEC TROUBLES DU COMPORTEMENT



# Missions du sanitaire

- Temporiser les crises en lien avec les difficultés d'adaptation
- Proposer un diagnostic neuro-développemental dimensionnel
- Repérage et prise en charge des comorbidités
- Hiérarchisation des causes et construction d'un projet de soins intégratif
- Prise en charge des décompensation
- Prévention et prophylaxie

La maturation psycho affective passe par des étape de construction dont sont certaines sont délicates à franchir, que l'on ait une déficience intellectuelle ou pas, comme l'accès à plus d'autonomie, l'affirmation de soi, la découverte de la sexualité, le désir de devenir parent, le projet professionnel, le deuil, le vieillissement etc...

Sur-stimulation,  
Surpopulation,  
Exigences trop élevées,  
Manque de choix,  
Manque d'autonomie,  
Non reconnaissance des capacités,  
Ennui,  
Découragement,  
Sentiment d'échec,  
Manque de compréhension des consignes,  
Problèmes de mémoire...



Adapter l' espace, structurer le temps, soutenir la communication, maintenir des relations sociales, etc.

Des comportements défis peuvent surgir si ce soutien n'est pas adéquat.

Trouble de l adaptation  
Communication deviante

# La non prise en compte des besoins propres des personnes porteuses de DI va entraîner des réponses adaptatives face à des situations-défis

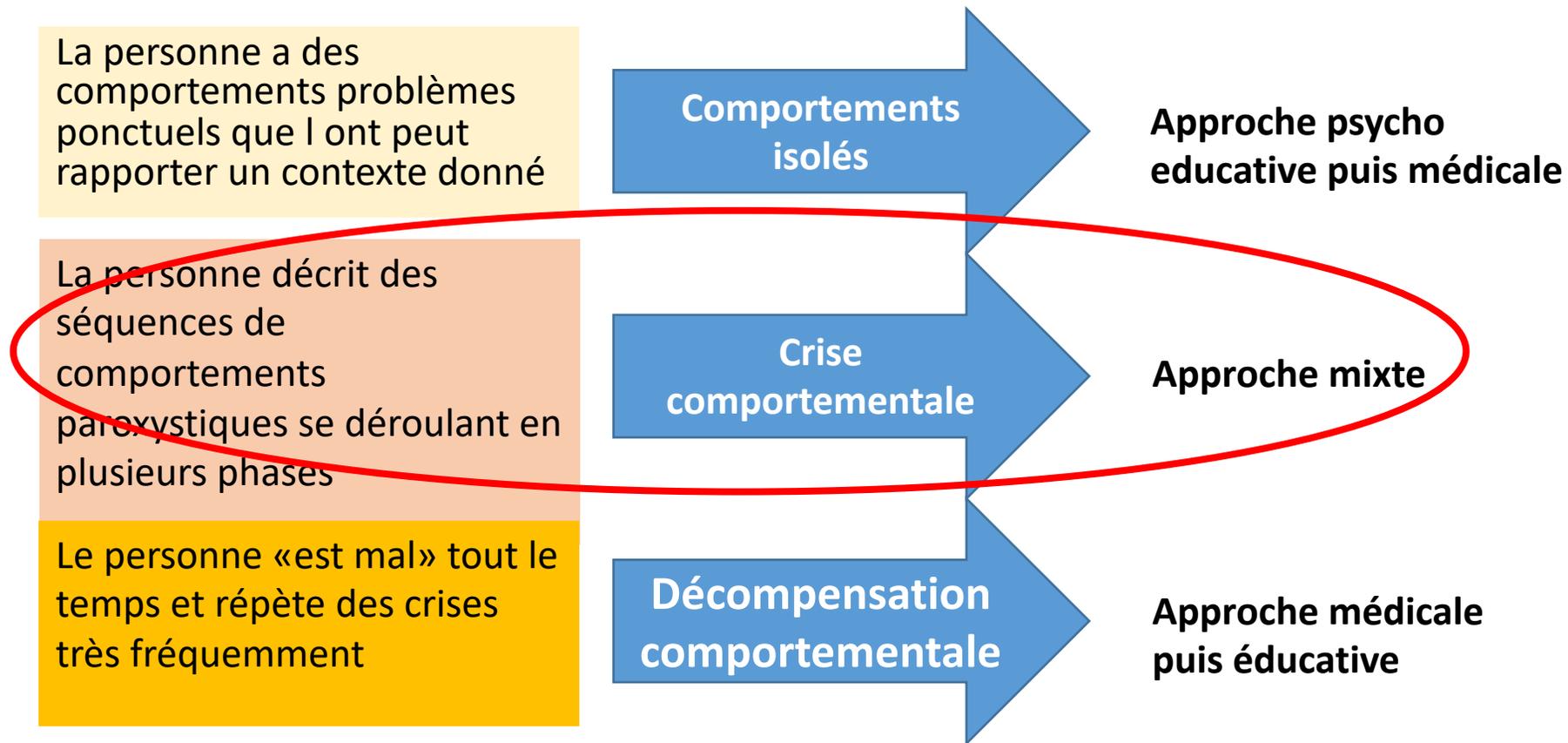
**DESORGANISATION  
COGNITIVE ET ADAPTATIVE  
GENEREE PAR LE STRESS**

**PROFIL D'INHIBITION  
OU IMPULSIVITE**

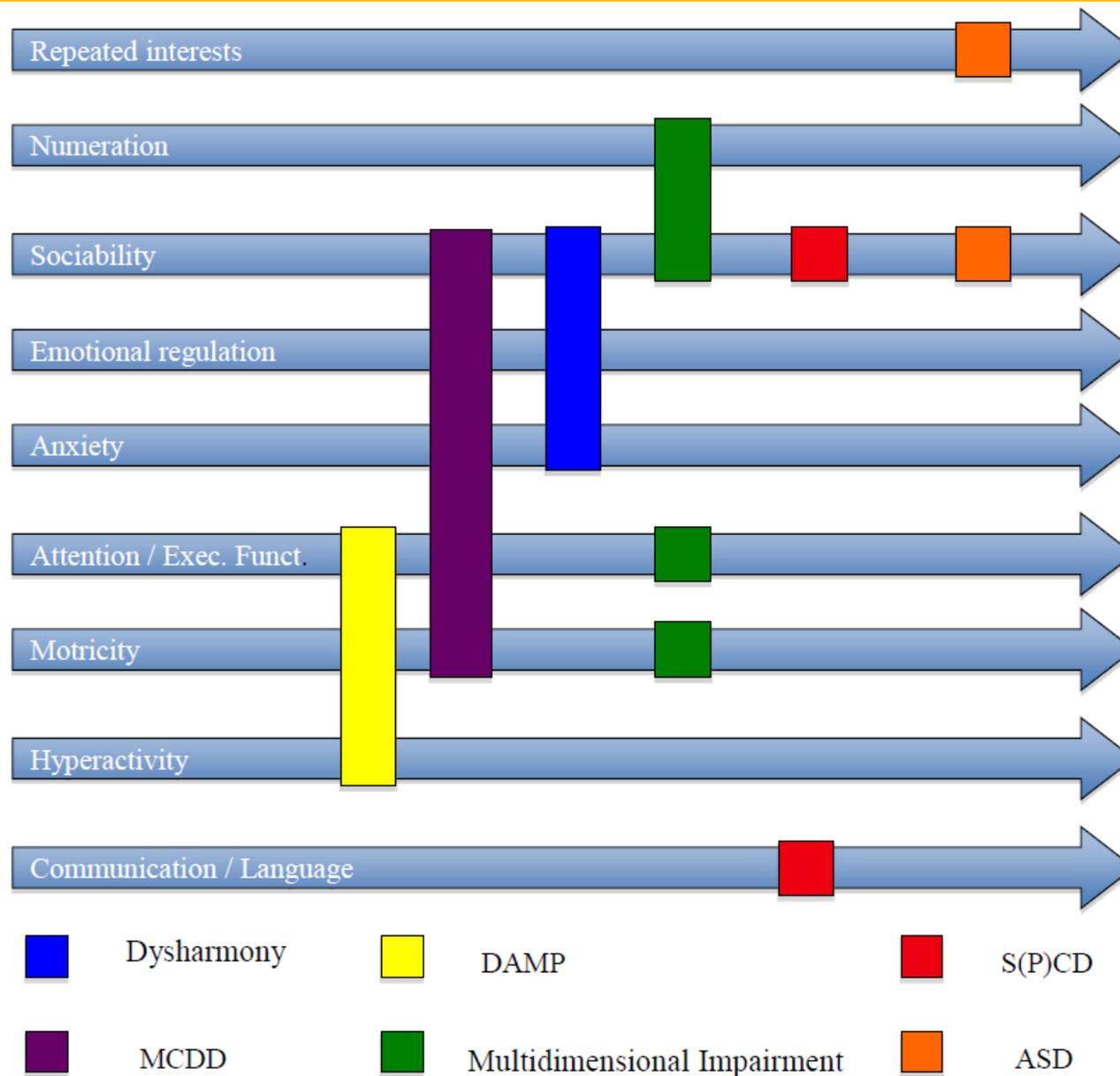
**COMMUNICATION DEVIANTE  
ISSUE D UN APPRENTISSAGE  
OPERANT**



**Faux diagnostics  
Iatrogène médicamenteuse  
Désinsertion sociale**

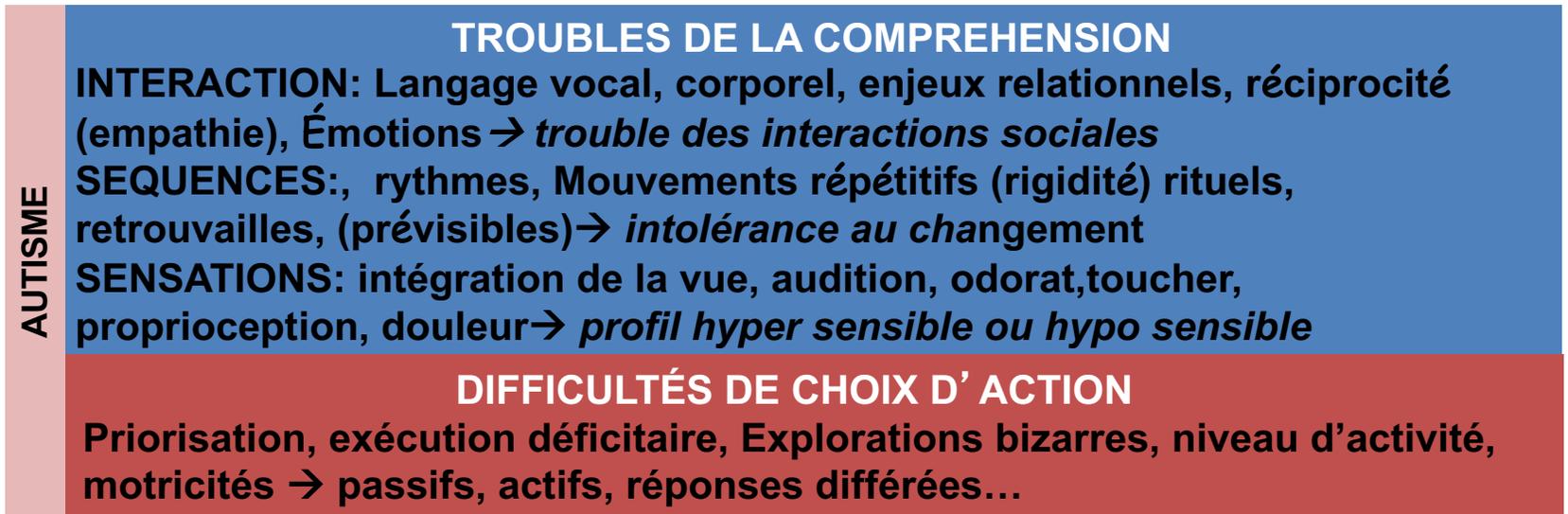


# La prise en compte des besoins passe par une approche dimensionnelle du diagnostic neuro-développemental

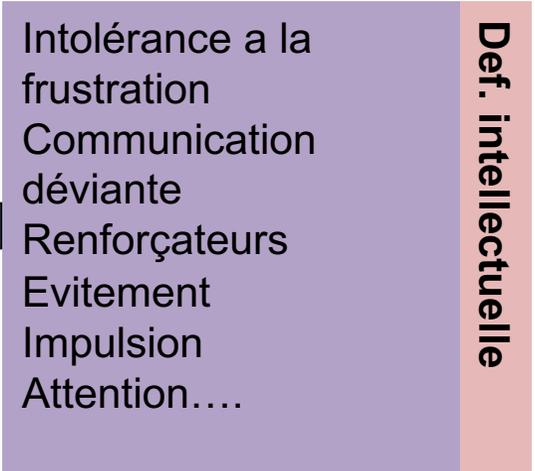
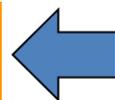
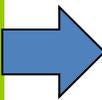
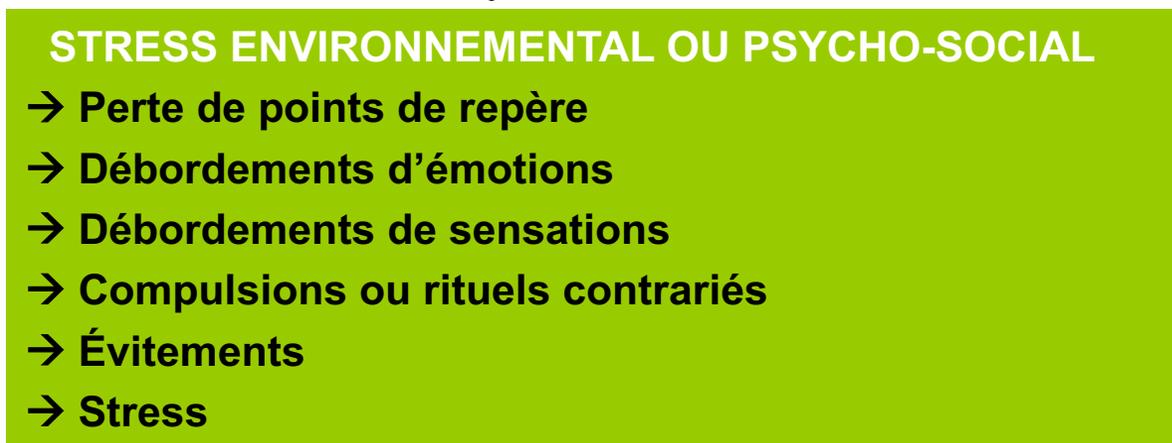


# PARTIR D UN MODELE FONCTIONNEL SIMPLE DE COMPREHENSION DU TROUBLE DEVELOPEMENTAL

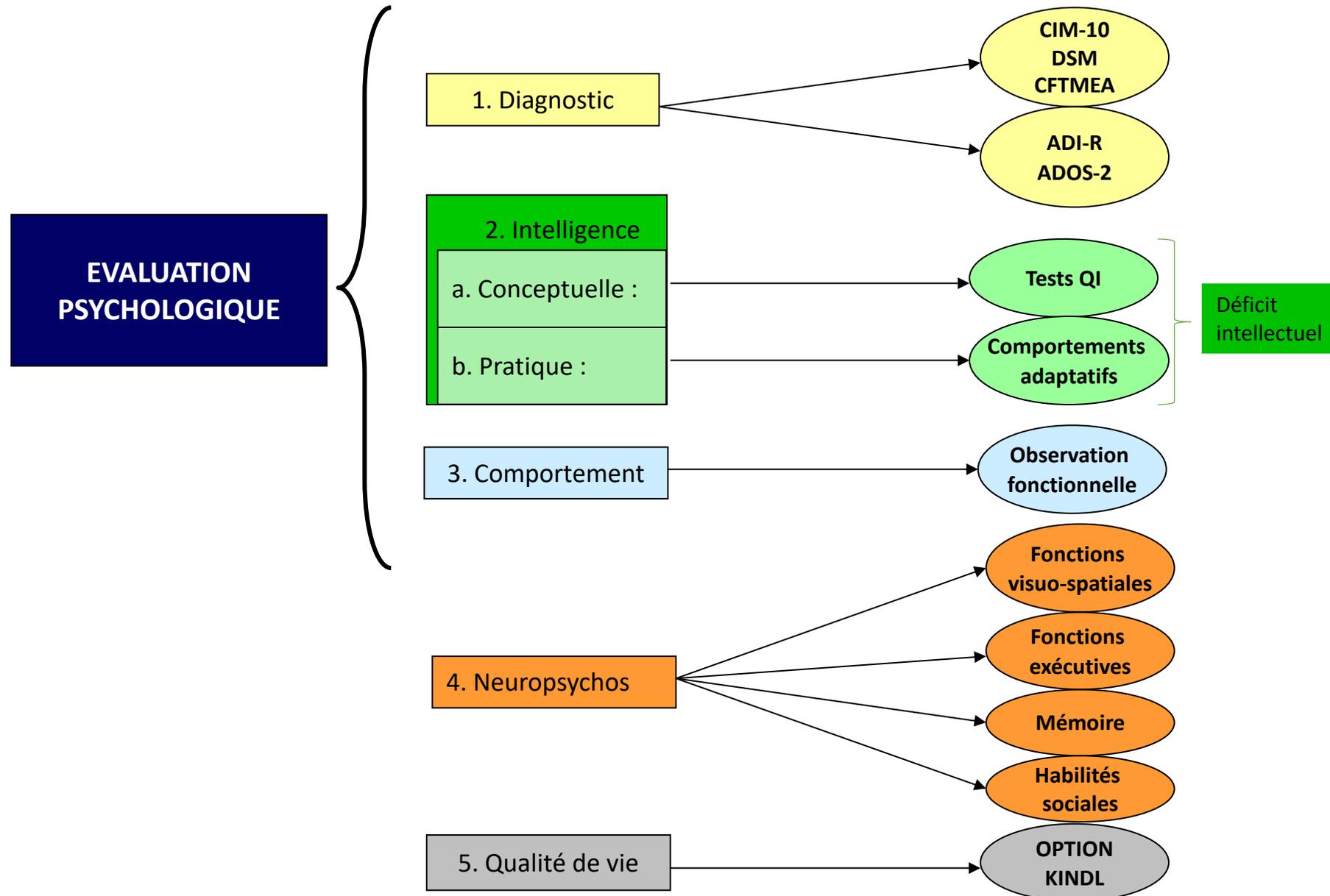
## Exemple de l'autisme avec déficience intellectuelle



D'après A. Masse



# LA REEVALUATION DU DIAGNOSTIC DEVELOPPEMENTAL EST INDIPENSABLE



**Clinical characteristics at discharge and best retained diagnosis for 70 acute hospitalizations for adolescents and young adults with autism spectrum disorder and severe disruptive behavior**

***Clinical characteristics at discharge***

Days of hospitalisation: mean ± SD, [range]	84.33 ± 94.91 [2-599]
GAF-Discharge: mean ± SD, [range]	31 ± 9.48 [10-50]
Psychotropic drugs: mean ± SD, [range]	1.94 ± 0.87 [0-4]
Including antipsychotics: mean ± SD, [range]	1.1 ± 0.51 [0-3]

***Best retained etiology for the acute state***

<b>Environmental causes: n (%)</b>	<b>25%</b>
Lack of treatment	11 (16)
Adjustment disorder	6 (9)
<b>Organic causes: n (%)</b>	<b>28%</b>
Seizure	10 (14)
Other organic condition	10 (14)
<b>Psychiatric causes</b>	<b>31%</b>
Catatonia	5 (7)
Major depressive episode	6 (9)
Bipolar disorder	4 (6)
Schizophrenia/schizo-affective disorder	6 (9)
Unknown/other	12 (17)

# COMORBIDITE PSYCHIATRIQUE:

Prédispositions multifactorielle bio-psycho-sociale.

**PSY** :Dimension développementale: Lien parental précoce et attachement, attention, problèmes de communication.....  
Stress généré sur les accompagnants dans les interactions

**BIO**: Phénotypes comportementaux et facteurs biologiques  
Poly-médication qui aggrave la cognition

**SOCIAL**: Désavantages sociaux, le décès d'un proche, changements de vie, déménagement, parents isolé, manque d'argent, manque d'opportunités sociales, stigmatisation, maltraitance sexuelle etc...

**La dépendance diminue les aspirations, la réalisation de soi, la conscience de soi et la représentation de sa place dans le monde**

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

- **DISTORSION INTELLECTUELLE**  
(pensée abstraite, communication)
- **MASQUAGE PSYCHOSOCIAL DES SYMPTOMES**  
(peu d'exposition, d'expérience et de mises en situation)
- **DESORGANISATION COGNITIVE**  
(stress)

**+ Chevauchement des symptômes**

**Importance de définir un fonctionnement stable chez l'individu et de décrire un infléchissement de la ligne de base**

# COMORBIDITES SOMATIQUES: Beaucoup de patients non verbaux agités sont douloureux

**Neurologiques:**  
migraine, névralgie  
épilepsie



O.R.L.



Bucco dentaires

Abdomen: Gastrites/Transit



Uro-génitales

Appareil locomoteur

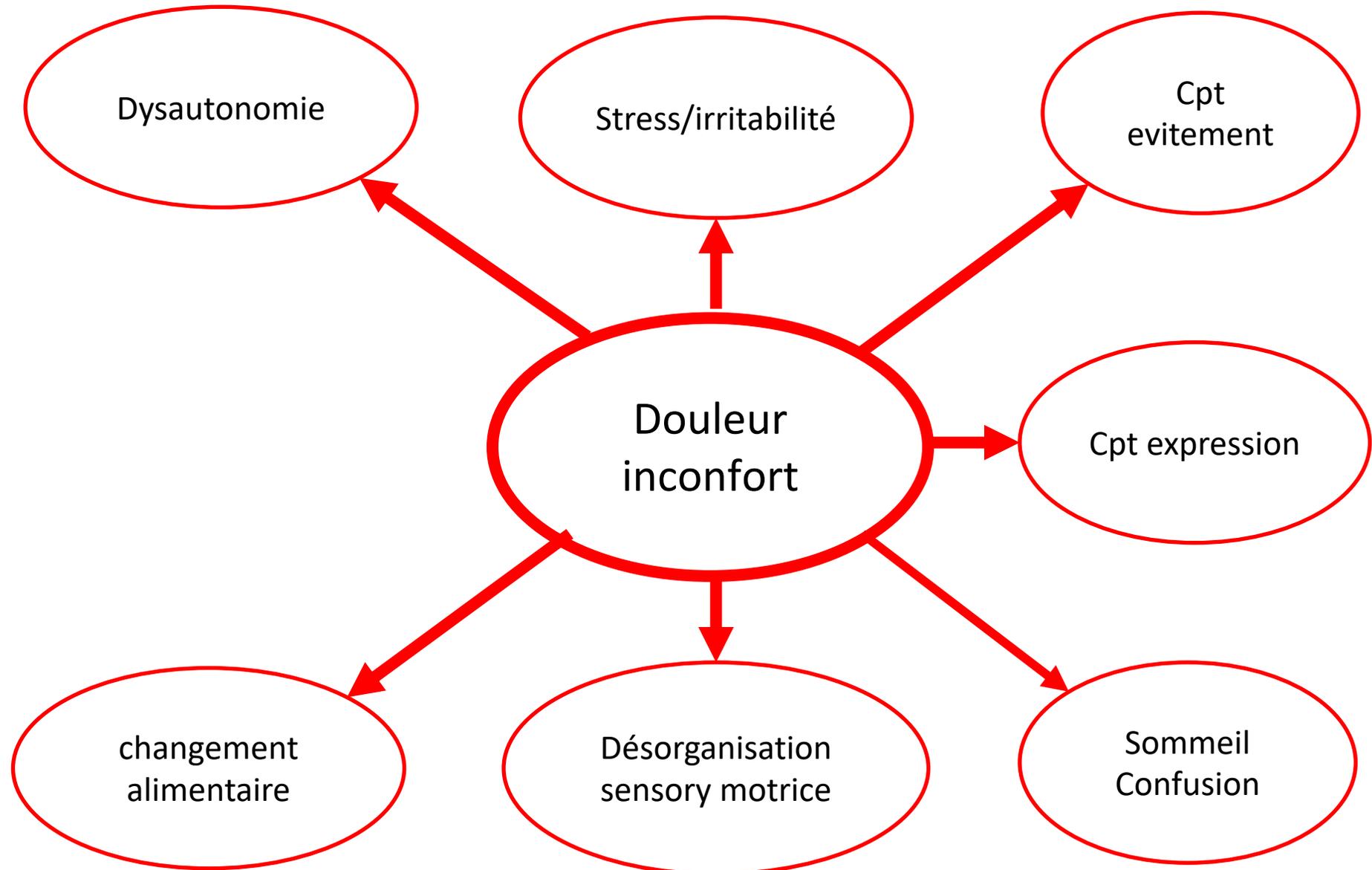


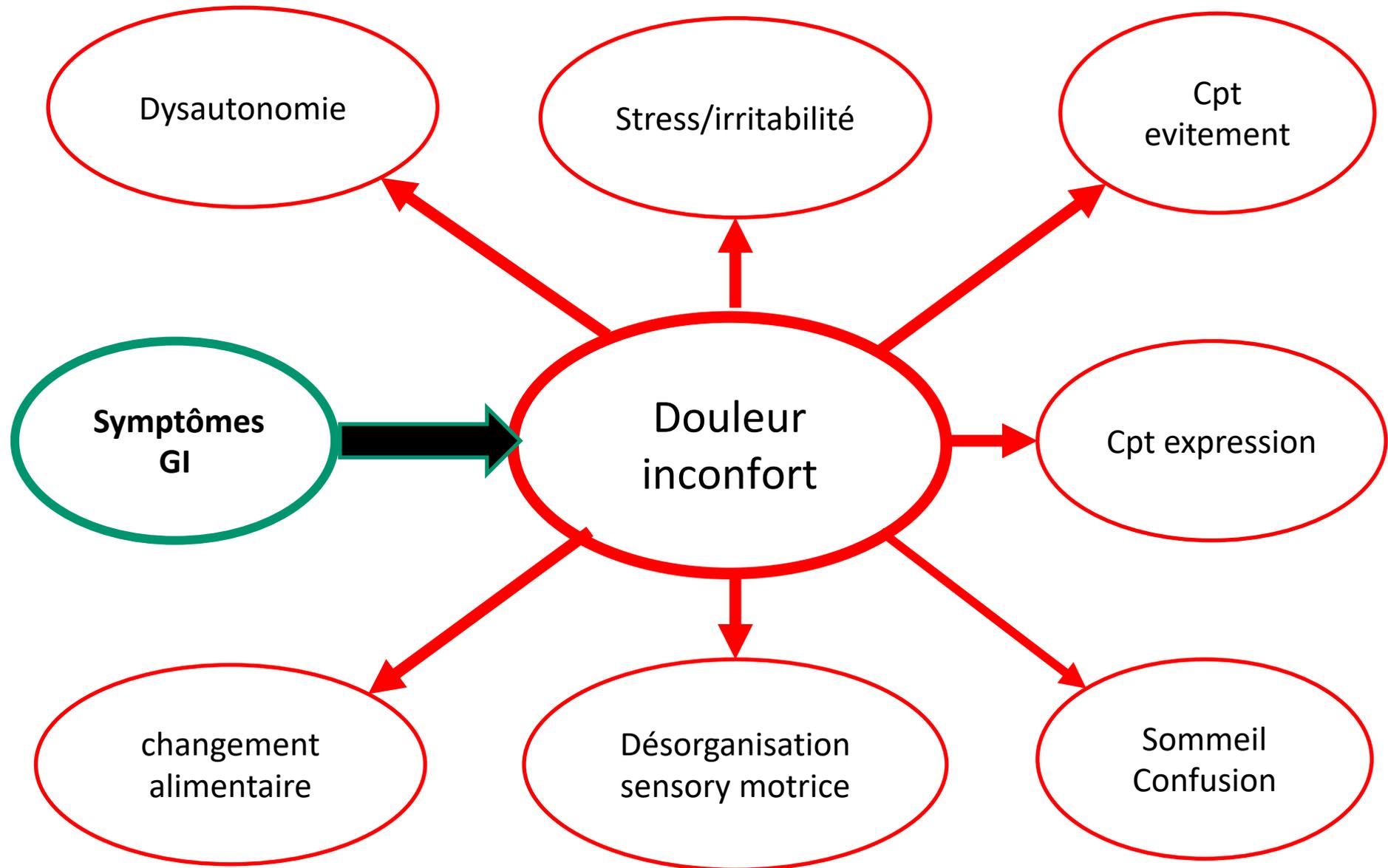
**Autres:** dermato, iatrogénie,  
malformation...

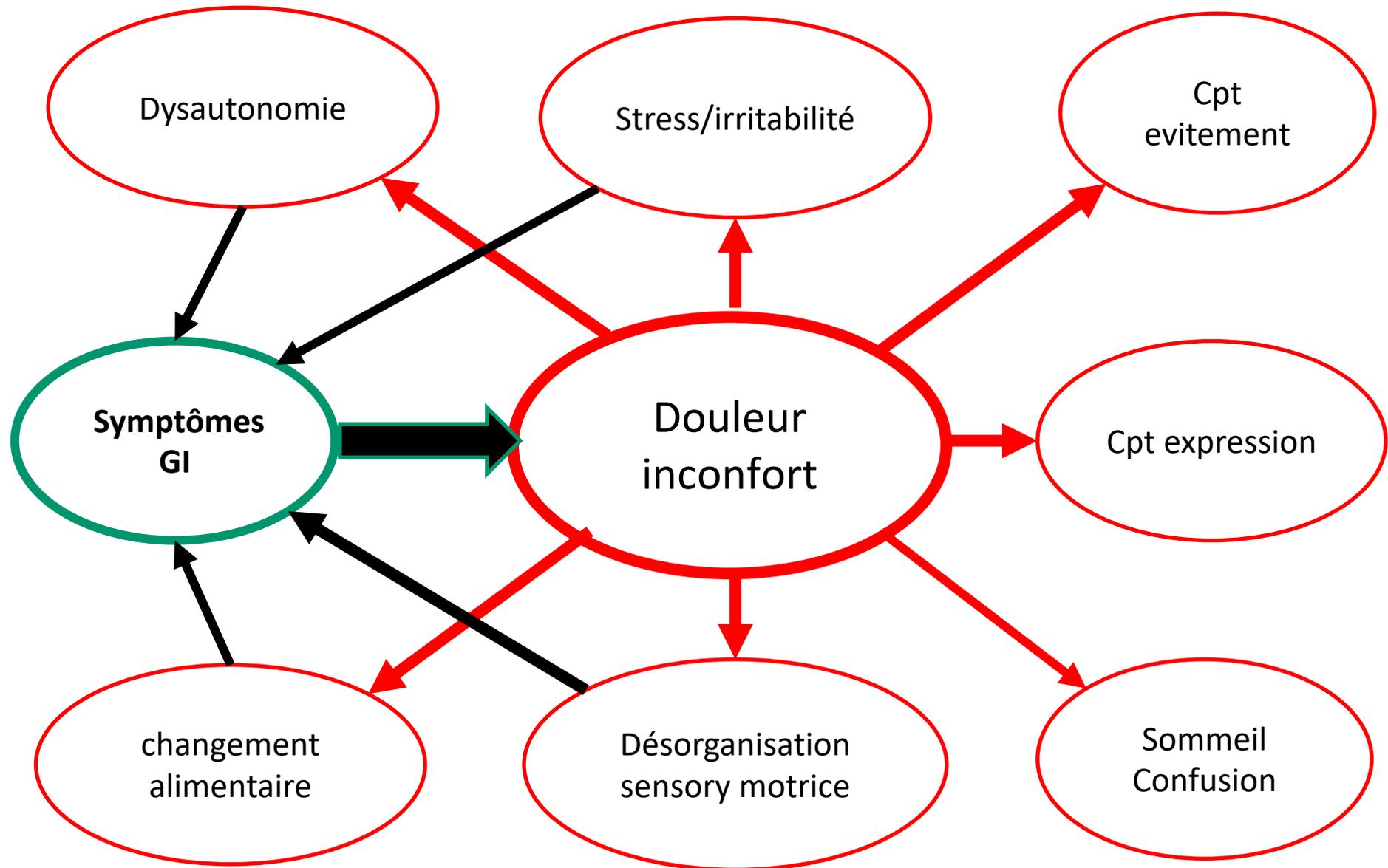
*proprioception?  
Atteinte  
Périphérique?*

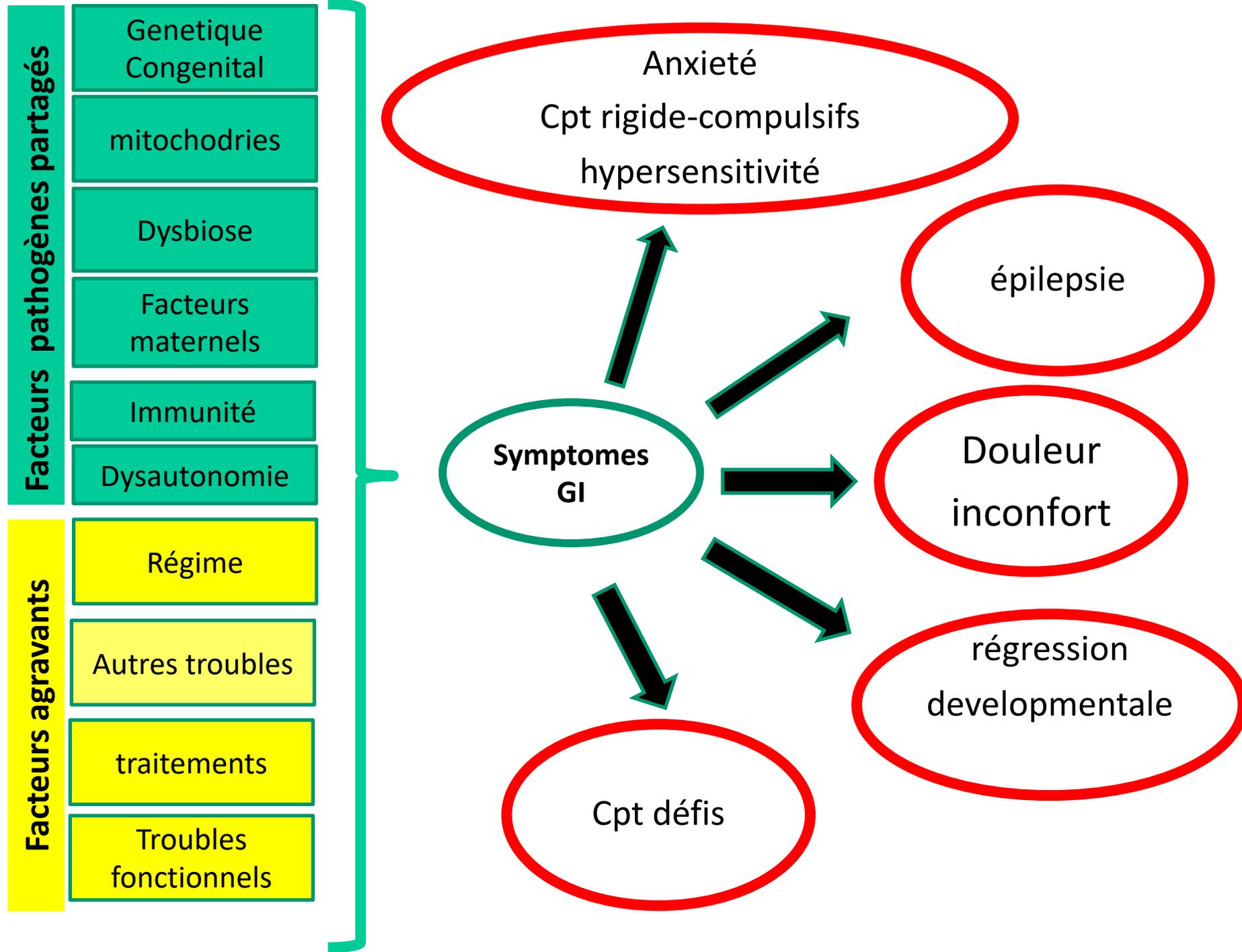
# Facteurs empêchant la procédure diagnostique

- Réponse à la douleur
- Localisation de la douleur
- Communication de la plainte
- Accès aux services
- Maladies rares, tableaux cliniques complexes
- Chronicité et intrications causales
- Chevauchement symptomatiques



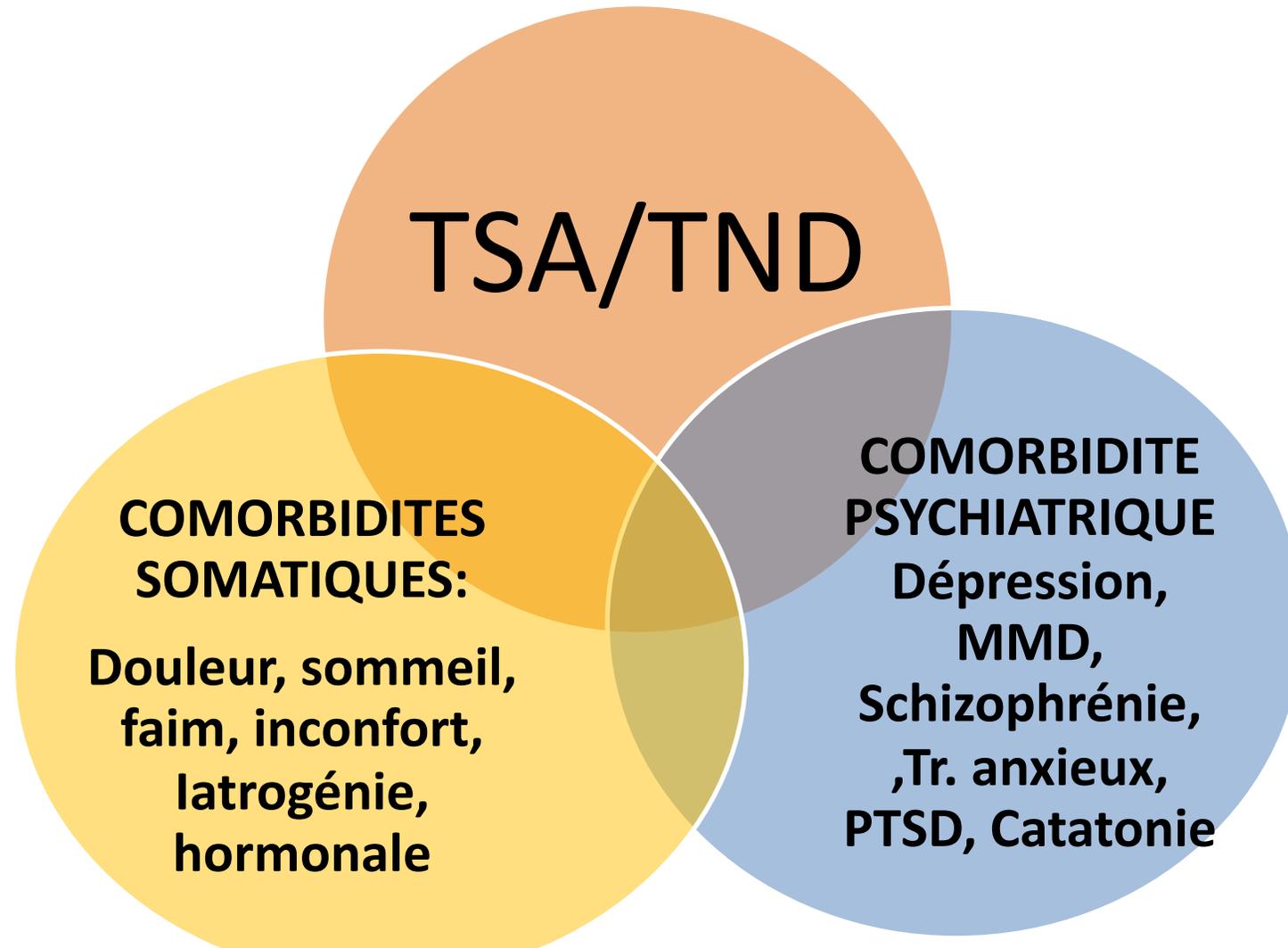




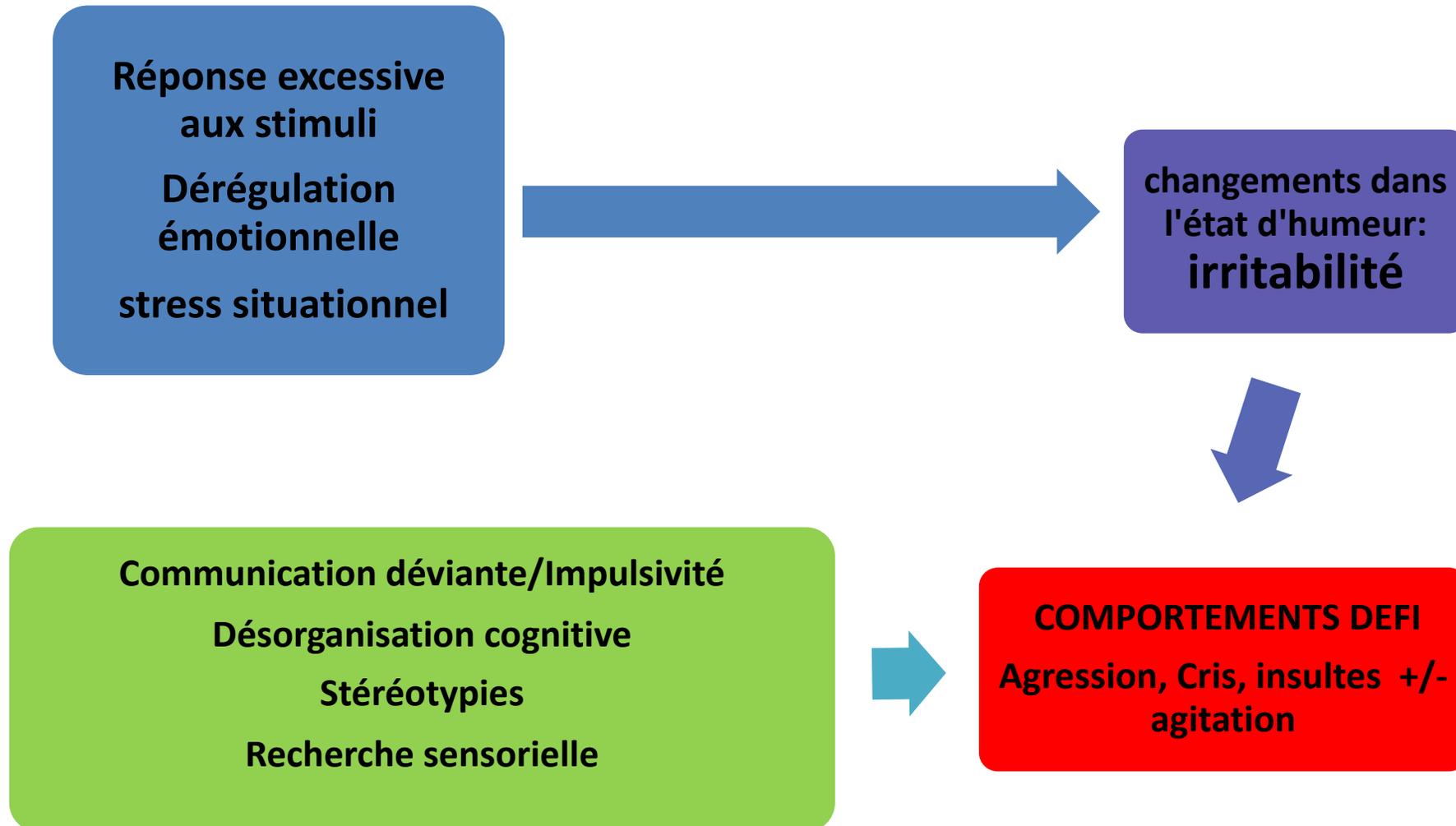


# **NON SPECIFICITE: IRRITABILITE**

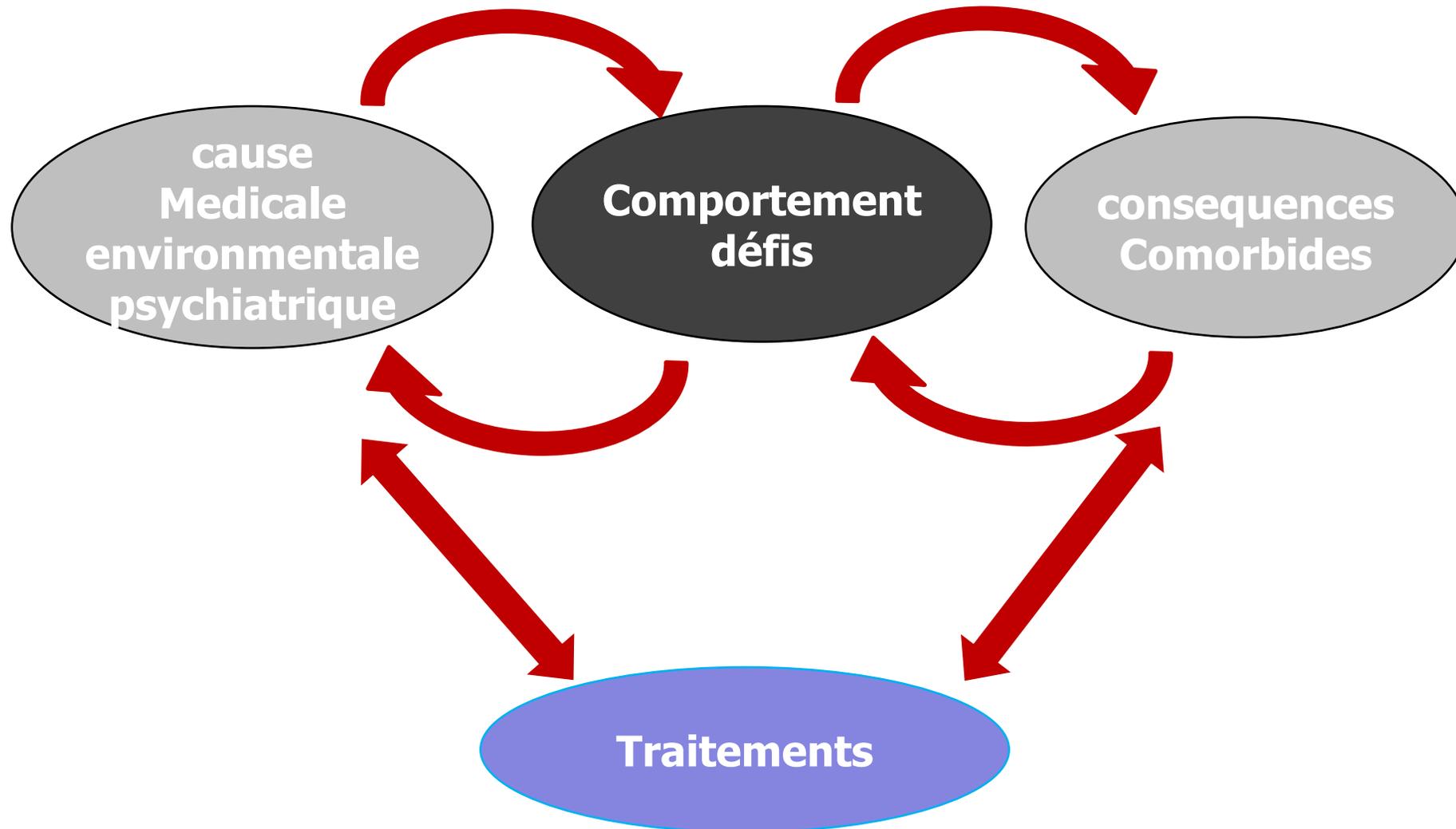
## **Approche Trans-nosographique**



# NON SPECIFICITE DE L'IRRITABILITE A L'AGRESSIVITE



# Raisonnement clinique complexe: intrication des troubles au cours du développement

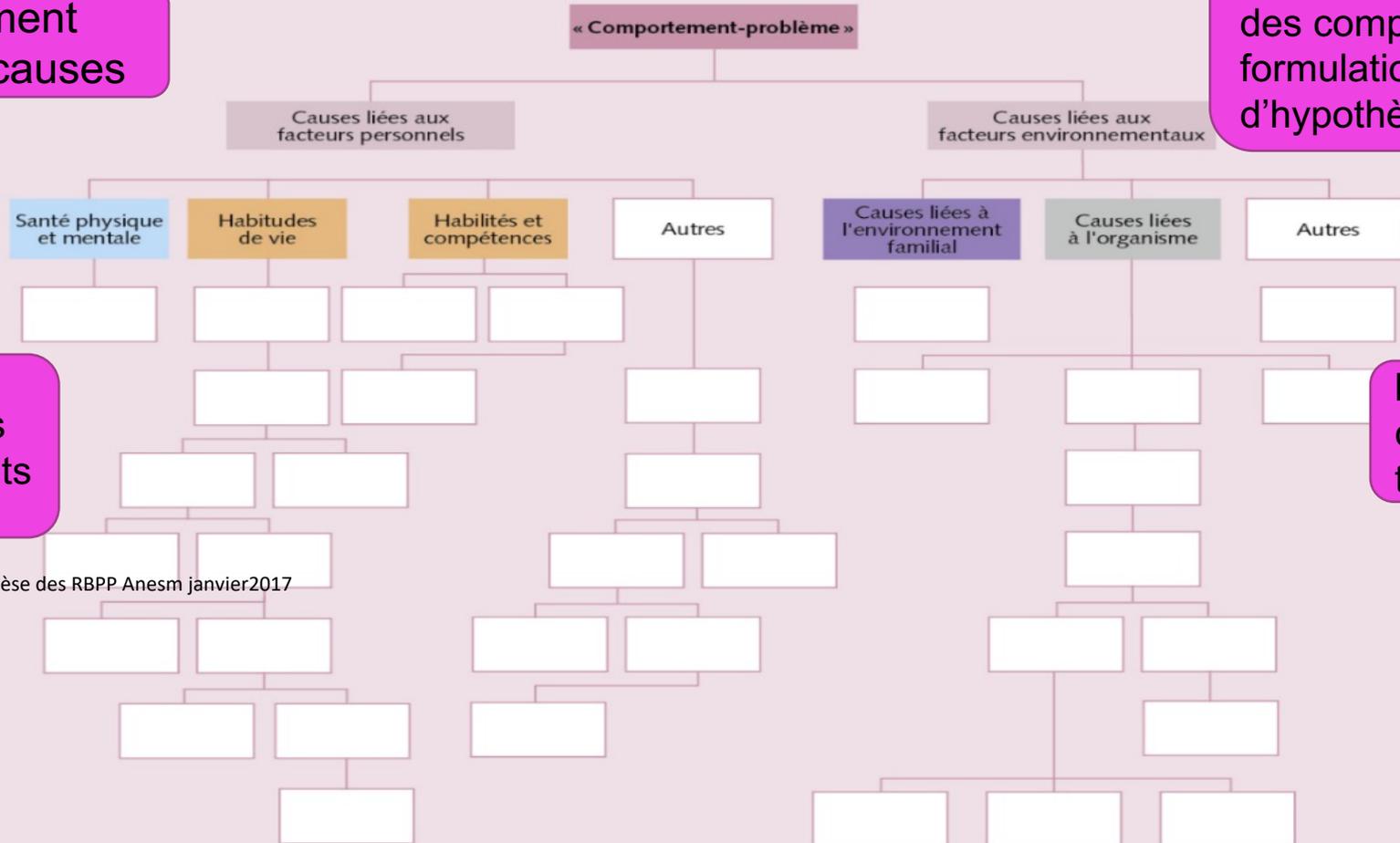


# NON SPECIFICITE: LES HYPOTHESES DE TRAVAIL

## Méthodologie et objectifs de l'arbre des causes

Un même comportement peut avoir plusieurs causes

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



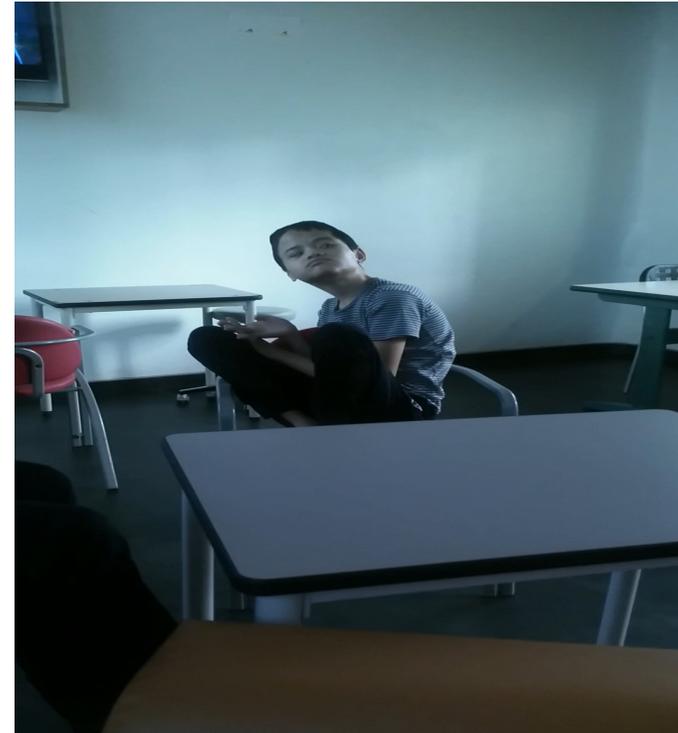
In synthèse des RBPP Anesm janvier 2017

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

Exemple d'un patient avec une augmentation relative de la fréquence des troubles du comportement après traitement d'une cause douloureuse

Chez un patient un comportement va revêtir plusieurs significations et degrés de sévérité

L'augmentation des troubles du comportements reflète ici paradoxalement une meilleure disponibilité aux échanges relationnels et une augmentation de la communication déviante



UAT	Ecoles spécialisées
Internat	associations

Familles

# SITUATIONS COMPLEXES ENFANTS

Pédiatrie	Rééducation
Neuro-pédiatrie. Consultations spécialisées	Hospitalisation pédiatrique et narcoses combinées

SPJ	Inspection
ODEV	S3

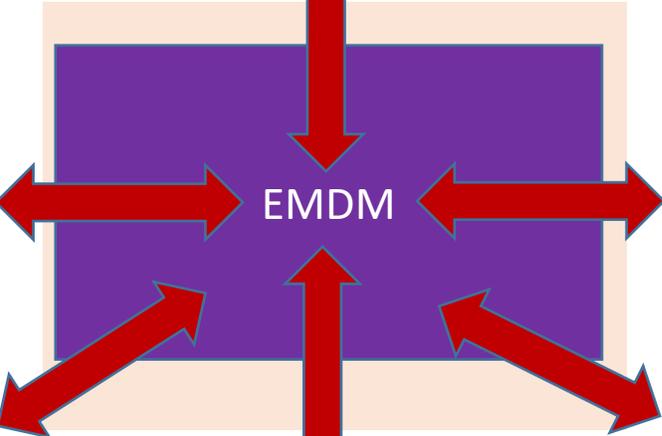
Assistances sociales

AI/Assurance

Service des troubles du spectre autistiques	Hospitalisation pédopsychiatrie
Pédopsychiatrie de ville	Pédopsychiatrie CHUV/Nant

UAT	Ecoles spécialisées
Internat	associations

Familles



Pédiatrie	Rééducation
Neuro-pédiatrie. Consultations spécialisées	Hospitalisation pédiatrique et narcoses combinées

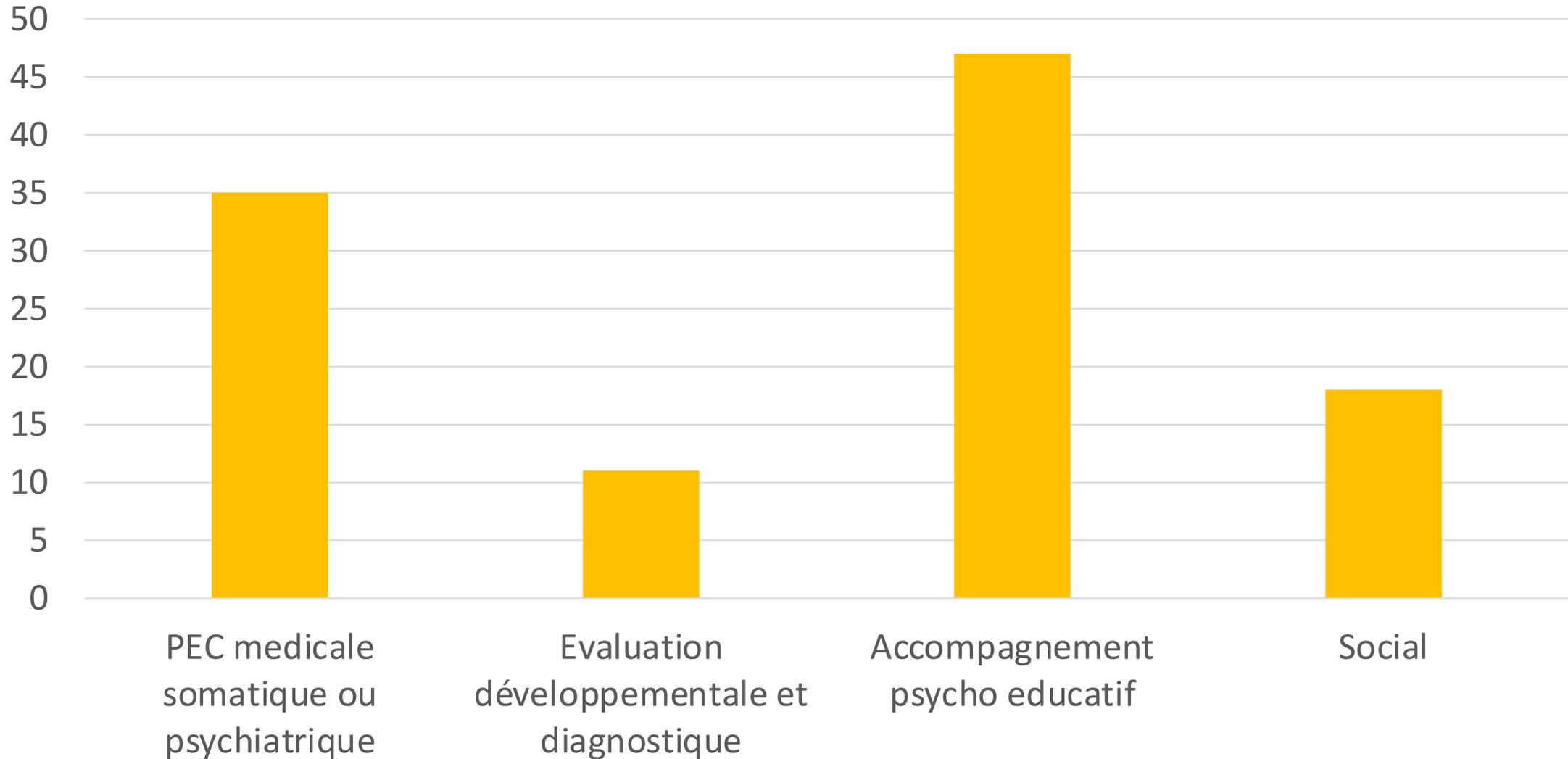
SPJ	Inspection
ODEV	S3

Assistances sociales

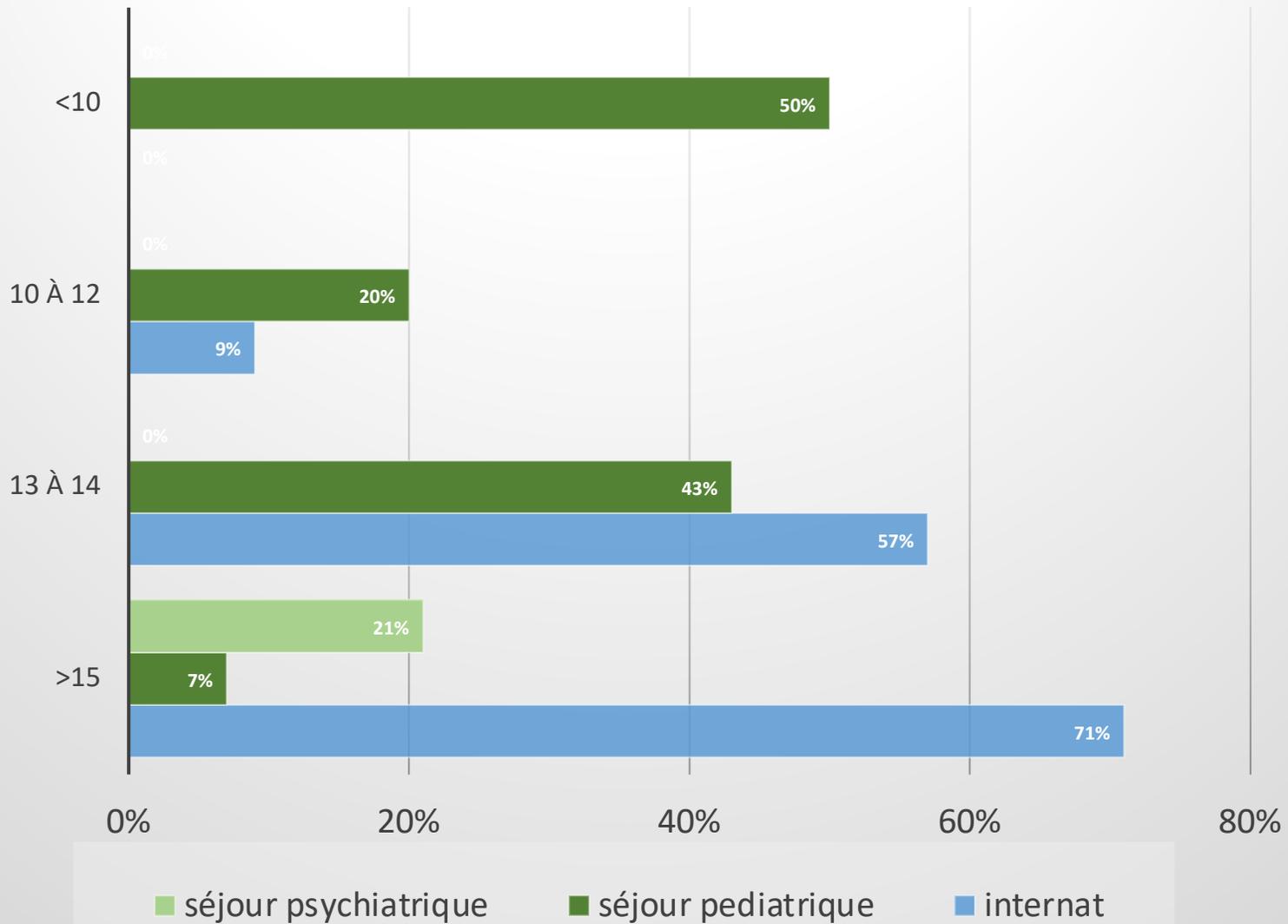
AI/Assurance

Service des troubles du spectre autistiques	Hospitalisation pédopsychiatrie
Pédopsychiatrie de ville	Pédopsychiatrie CHUV/Nant

# Types de prestations EMDM



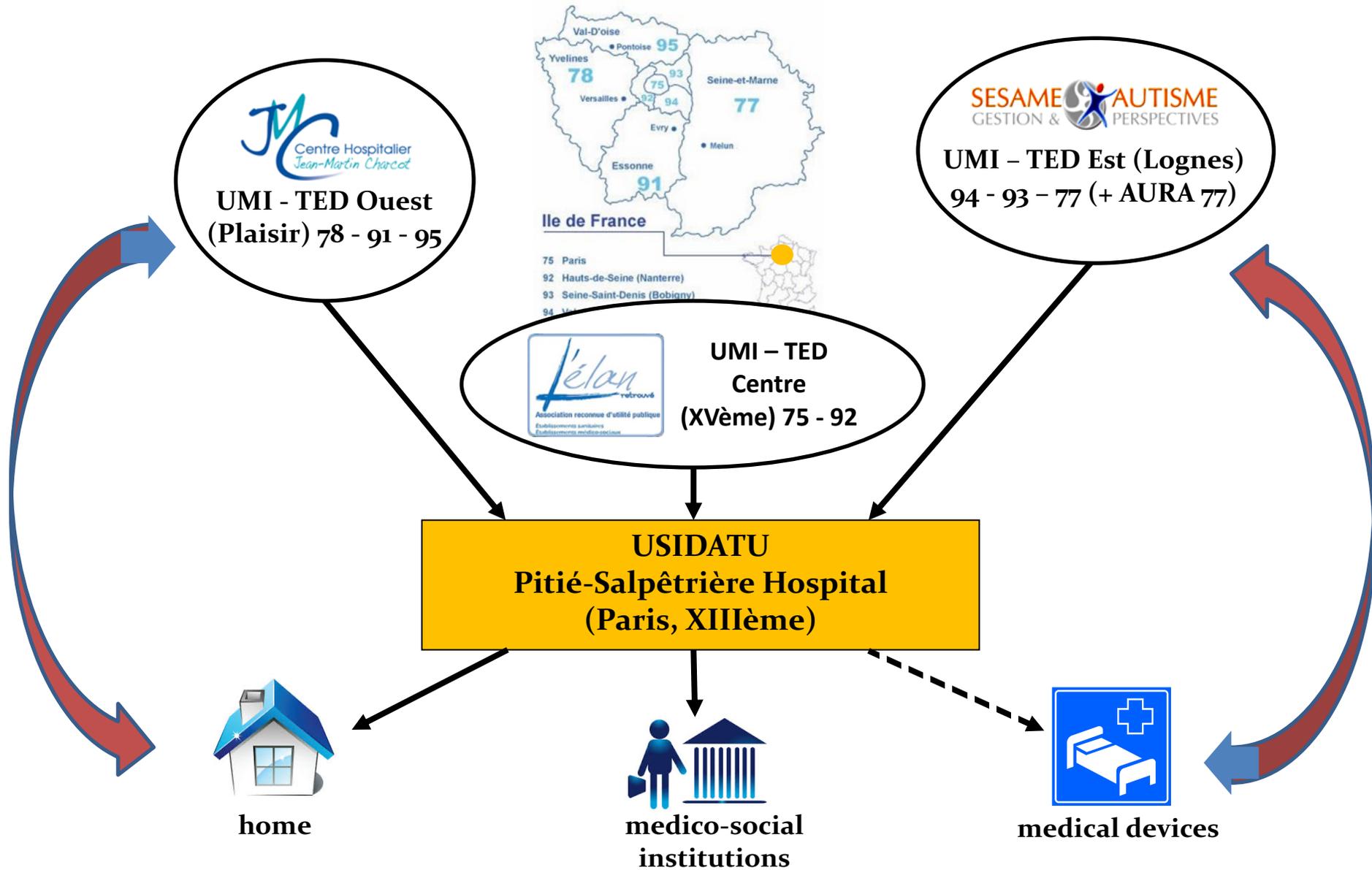
## Quel placement pendant l'état de crise



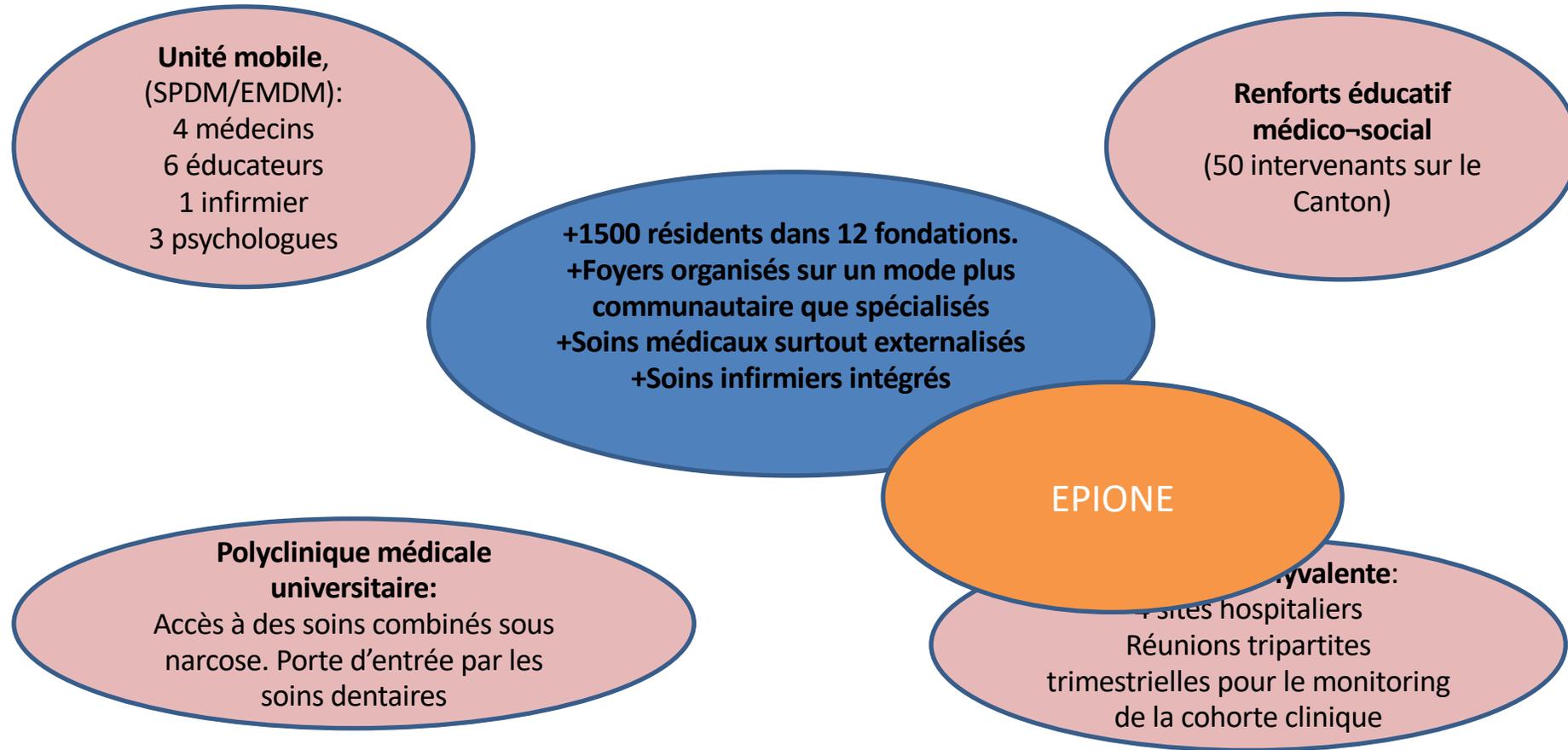
**Internat**

Hospitalisation  
pédiatrique et  
narcoses  
combinées

Hospitalisation  
pédopsychiatrie



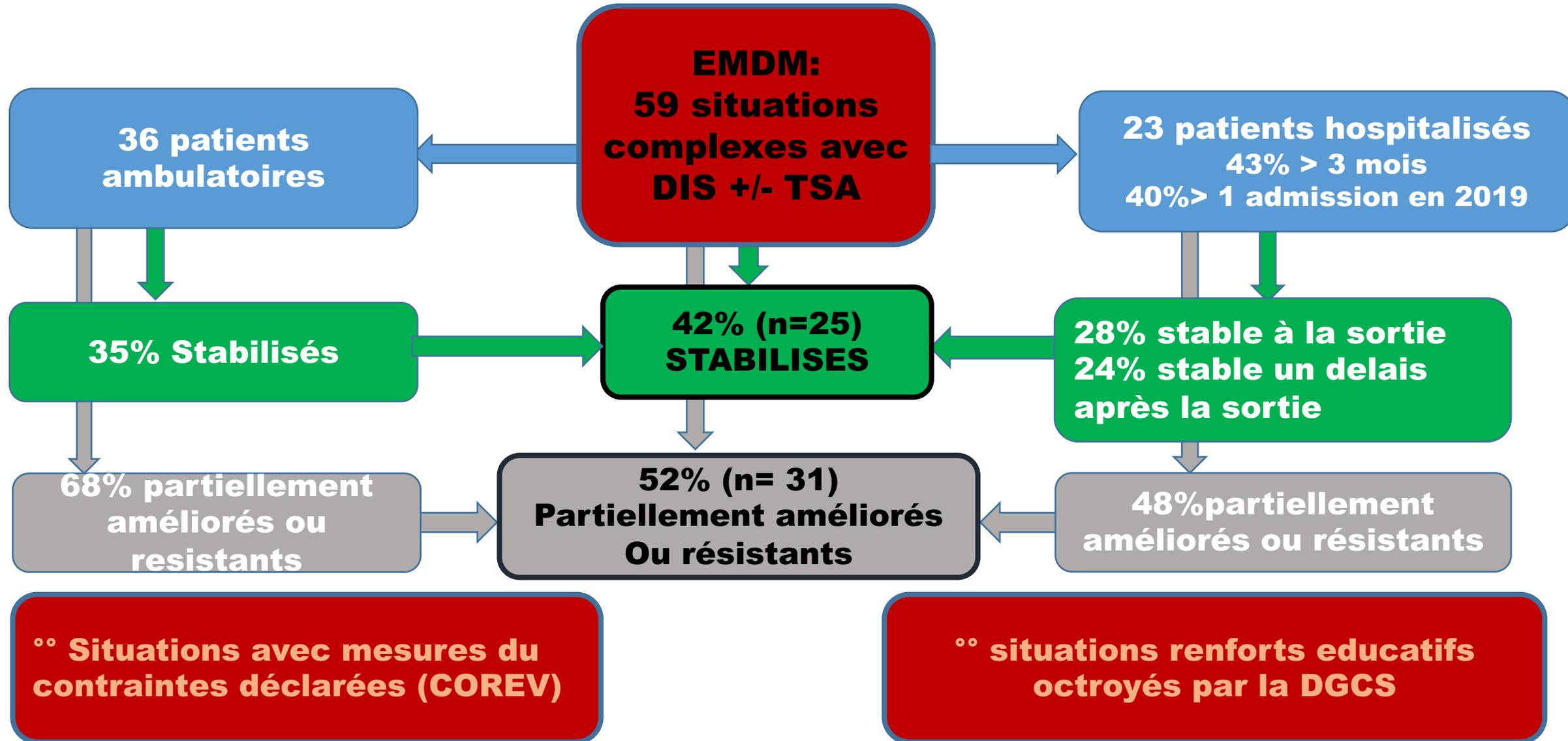
## Ressources existantes sur le canton de Vaud pour la gestion des situations de crise chez les populations avec HM



# Missions de l'unité

- Garantir la qualité de vie et la dignité des personnes hospitalisées
- Décrypter et réduire l'intensité des troubles du comportement,
- Prévenir les hospitalisations multiples,
- Promotion de la santé/dé-prescription
- Relancer une dynamique de progression développementale et fonctionnelle, extrapolable dans le milieu de vie
- Permettre l'orientation et la réinsertion des situations complexes dans le milieu socioéducatif et/ou familial
- Faciliter les flux entre les lieux de vie et l'hôpital, via la SPDM et un réseau partenarial efficient
- Contribuer à recherche académique et à la formation
- Contribuer à une stratégie globale d'amélioration de l'accès aux soins de la personne avec DI sévère

# Recensement et évolution des situations complexes avec DIS en 2019



# INDICATIONS D'HOSPITALISATION

## **GRADE D: Indications différées d'hospitalisation**

Besoin de renfort,  
Modification des traitements dans des conditions sanitaires.  
Raccourcissement des délais pour résultat positif et/ou optimisation des soins ambulatoires

## **GRADE C : Optimisation des services offerts dans les ESE pour les situations complexes**

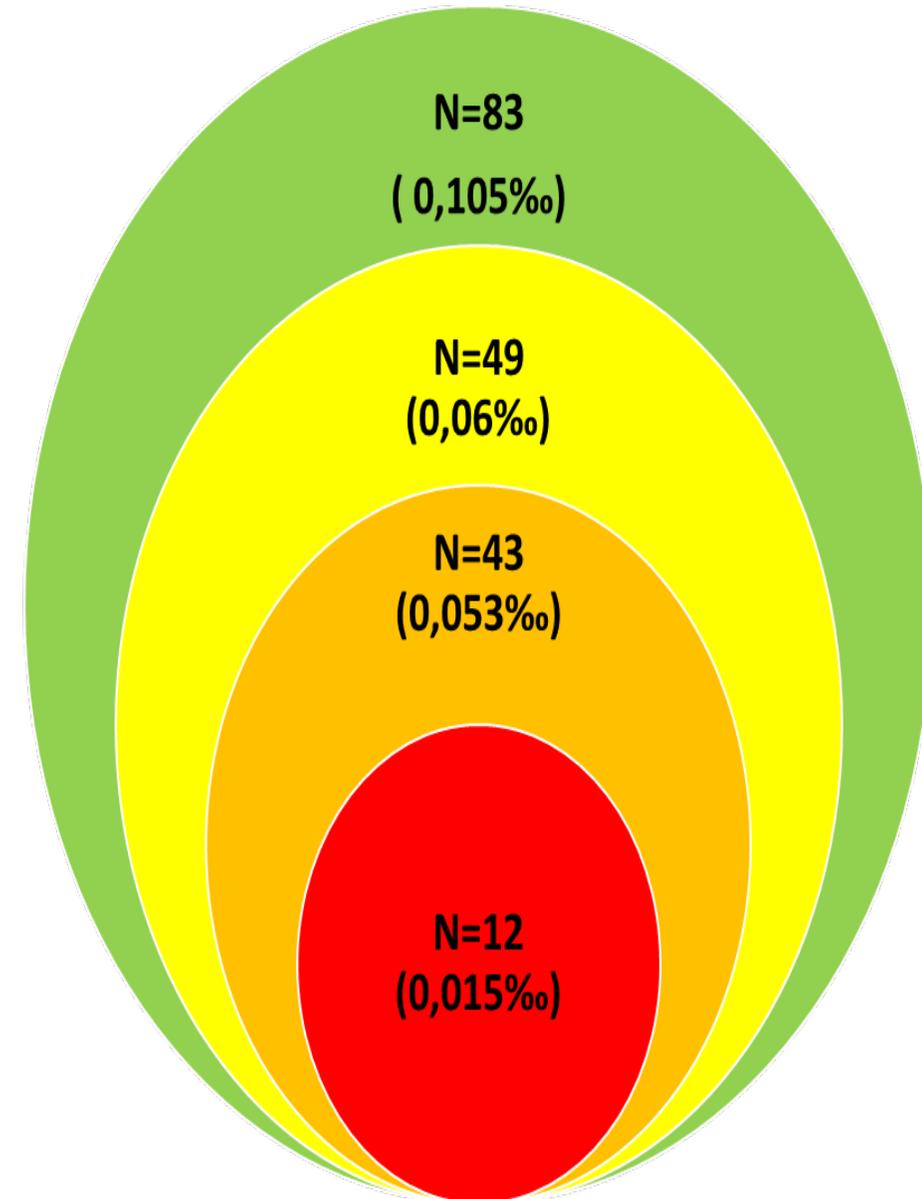
Renfort de plus de 2 professionnels/1 résident  
Persistance des mesures de contraintes.

## **GRADE B : soutien de l'offre sanitaire existante**

Sévérité initiale des troubles du comportement et/ou une amélioration partielle suite à la prise en charge orchestrée par l'unité mobile et/ou au moins une hospitalisation en psychiatrie générale.

## **GRADE A : Crises réfractaires.**

Echec des hospitalisations répétées et/ou échec du suivi ambulatoire sans relais hospitalier adapté



# Le concept d'un séjour de 4 mois dans une unité neuro-comportementale hospitalière pour TSA/DI sévère

Cadre thérapeutique ciblant l'observation, l'évaluation quantitative et l'analyse fonctionnelle des CP.

## Matériel de protection :

Patient (casques, mitaines....)

Collaborateurs (protège-tibias, écrans, bouclier)

## Équipement facilitant les soins :

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

## Compétences partagées :

gestion des risques, gestion de la violence, communication alternative, appariement, scénarios sociaux,...

## Activités individualisées :

ABA, renforçateurs, ateliers pédagogiques (cuisine, musique, jardin, jeux extérieurs, piscine), atelier sensoriel, TEACCH.....



**Adaptation et  
sécurisation des  
locaux**



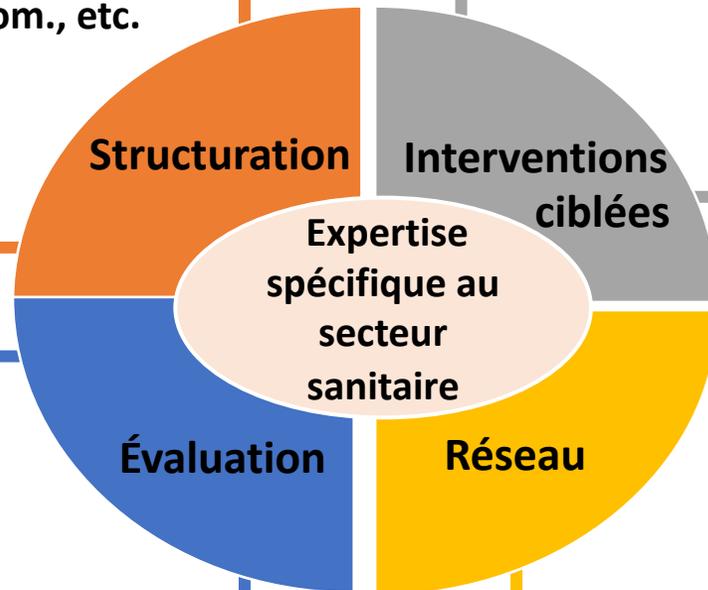
# ORGANISATION CLINIQUE

	Phase 1	Phase 2	Phase 3
<b>MEDICAL</b>	<b>Bilan somatique.</b> <b>Observation psychiatrique.</b> <b>Anamnèse médicamenteuse</b> <b>Gestion du risque</b> <b>Plan de traitement</b> <b>Fenêtre thérapeutique</b>	<b>Traitement somatique</b> <b>Traitement psychiatrique</b> <b>Approche systémique</b> <b>Gestion du risque</b>	<b>Renforcement</b> <b>Hypothèses secondaires</b> <b>Prophylaxie</b> <b>Approche systémique</b>
<b>MIXTE</b>	<b>Echelle de sévérité</b>	<b>Psychothérapie</b>	<b>Transmission du mode d'emploi</b>
<b>PSYCHO EDUCATIF</b>	<b>Accompagnement bas seuil</b> <b>Evaluation cognitive</b> communication sensori-motrice fonctionnelle renforçateurs <b>Analyse fonctionnelle</b> <b>(entretien/observation)</b> <b>Monitoring (ABC)</b>	<b>Encadrement adapté</b> <b>PEC ciblée sur :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acquisitions</li> <li>• Comportement défi</li> <li>• Monitoring</li> </ul>	<b>Généralisation</b> <b>Médiation</b> <b>Accompagnement congés</b>

# Missions de l'Équipe Psycho-Educative

- Organise et structure le dispositif Éducatif et comportemental
- Gestion des Activités et du planning
- Création des Protocoles: soins, repas, com., etc.
- Elaboration des Échelles de sévérité
- Qualité de vie
- Formation gestion des crises

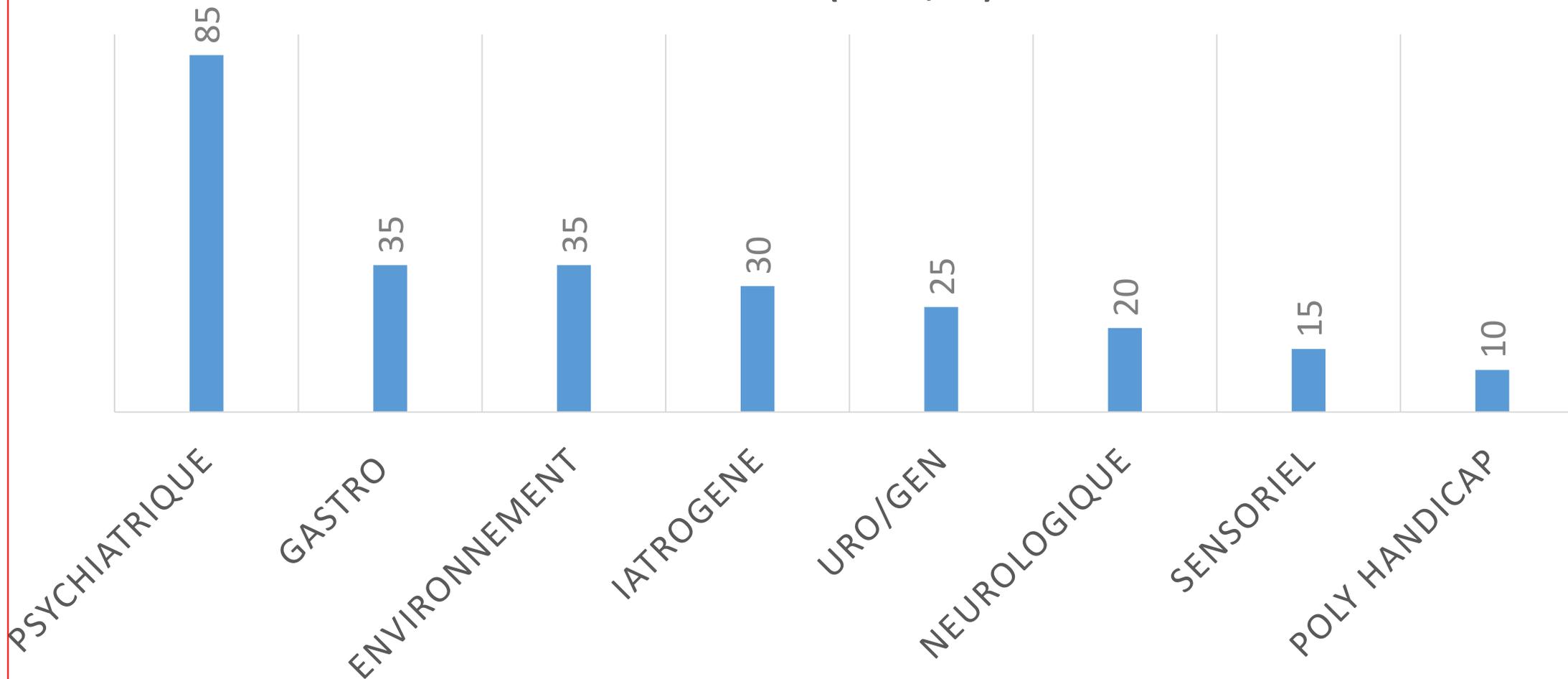
- Supervise in-vivo les programmes comportementaux
- Harmonisation avec la PEC médicale
- Stratégies d'intervention dans la crise comportementale
- Accompagne l'ouverture du cadre



- Evaluations développementales et fonctionnelles
- Pose des objectifs éducatifs et comportementaux
- Réévalue l'évolution clinique en fonction des objectifs posés

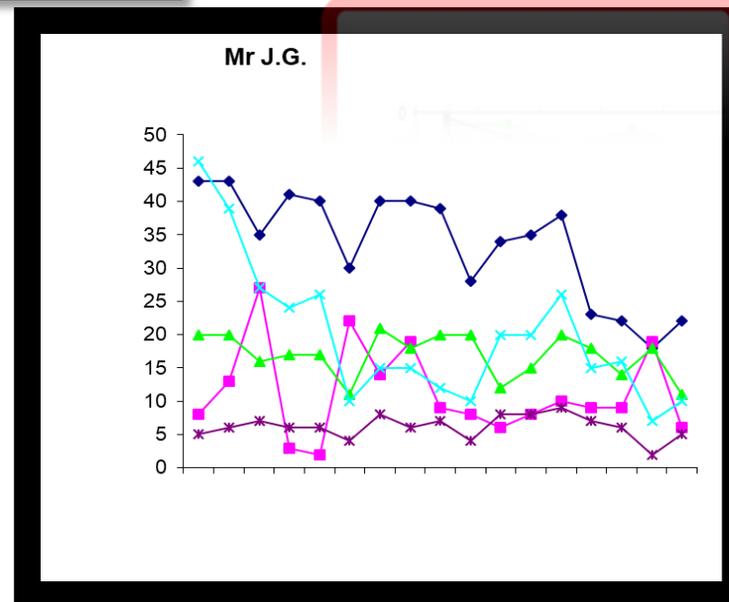
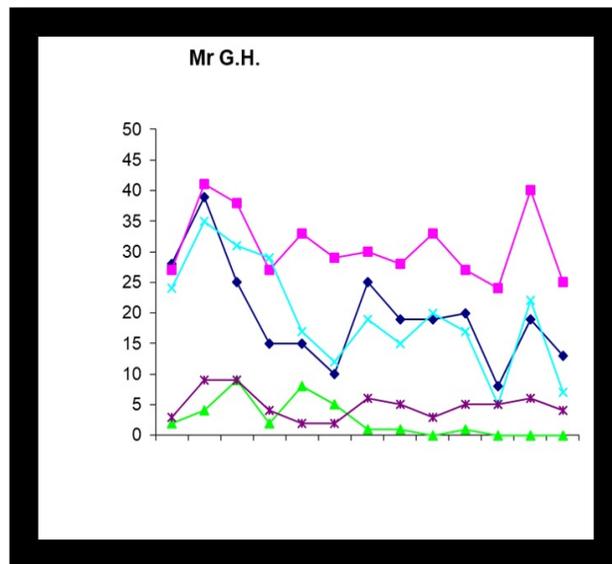
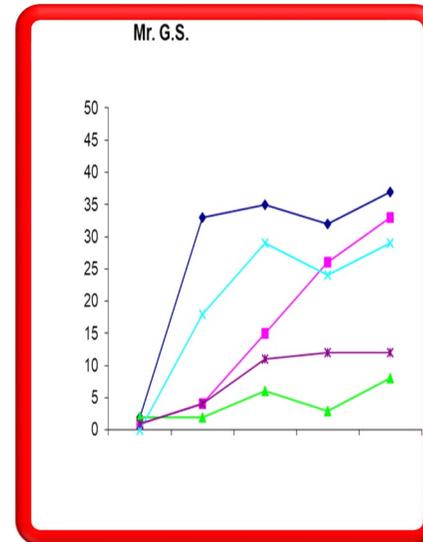
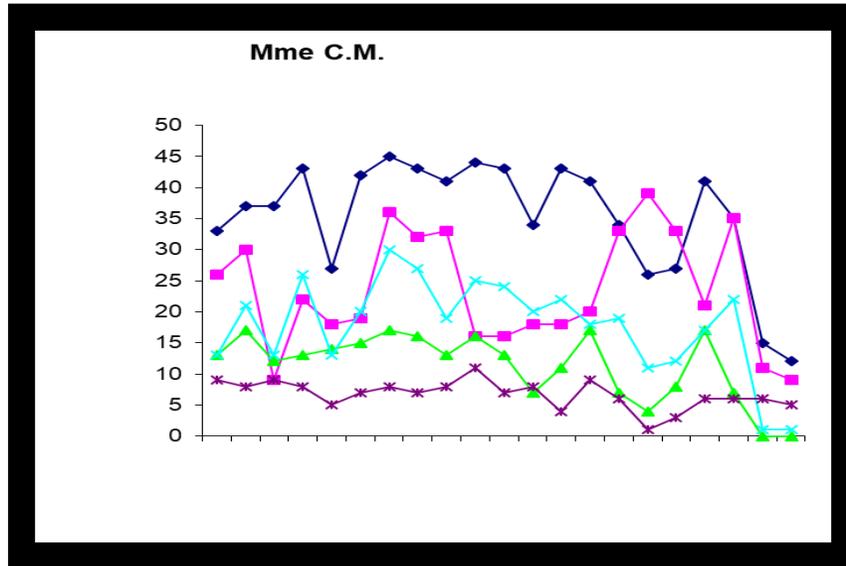
- Lien avec les réseaux à l'entrée et sortie
- Prépare l'accueil, aménage l'environnement et le type d'accompagnement (nursing, stimulation, autre),
- Harmonise l'environnement avec la structure d'accueil
- Les préconisations sont communiquées et validées en colloque d'équipe

## FRÉQUENCE DES FACTEURS MAJEURS DE DÉCOMPENSATION N=20 (FMD, %)



**1 FMD → 15%, 2 FMD → 30%, 3 FMD → 45%, >4 FMD → 10%**

# Patients sortis, admis via les institutions (ABC)



## QUELQUES CLEFS POUR REPERER ET TRAITER UN TROUBLE SOMATIQUE A EXPRESSION COMPORTEMENTALE

IMPORTANCE DE LA MEDECINE PREVENTIVE ET DE LA PROPHYLAXIE

CONNAITRE LE DIAGNOSTIC NEURO DEVELOPPEMENTAL ET SES CONSEQUENCES

FAIRE EXAMINER LES PATIENTS AU MOINDRE DOUTE PAR UN MEDECIN. SE DONNER LES MOYENS D'UN EXAMEN SOMATIQUE INFORMATIF ET DE BILANS COMPLEMENTAIRES EXHAUSTIFS.

PENSER AUX EFFETS SECONDAIRES MEME RARES DES TRAITEMENTS

IL N'Y A PAS TOUJOURS DE RELATION ENTRE UN COMPORTEMENT ET UN POINT D'APPEL DOULOUREUX

PLUS LA CRISE COMPORTEMENTALE EST RICHE, POLYMORPHE ET AIGUE PLUS IL EST PROBABLE QU' UN OU DES TROUBLES SOMATIQUES SOIENT EN CAUSE

UN ESSAIS DE TRAITEMENTS ANTALGIQUES (classe 1 et 2) A VISEE PROBABILISTE EST PARFOIS NECESSAIRE, MAIS DOIT ETRE ACCOMPAGNE D'UNE EVALUATION CIBLEE

SI ON DOUTE, ETRE PROACTIF DANS L'ETABLISSEMENT DE DIAGNOSTICS ET LA MISE EN ŒUVRE DE TRAITEMENTS, ETRE REACTIF POUR RECUSER UN DIAGNOSTIC A POSTERIORI.

HIERARCHISER LES TROUBLES SOMATIQUES ET SI POSSIBLE RESITUER LES EVENEMENTS EN CASCADE SUR UNE ECHELLE DIACHRONIQUE.

TRAITER SI POSSIBLE UNE HYPOTHESE A LA FOI.

# Les chantiers prioritaires:

- Créer des circuits courts et accessibles pour l'exploration et les soins somatiques, avec mise en place de plateaux techniques multidisciplinaires.
- Travailler le maillage sanitaire/médico-social avec une autorité régulatrice.
- Créer des passerelles autisme/ déficience /Polyhandicap.
- Susciter l'intérêt des confrères des autres spécialités à travers l'abord de l'autisme comme un trouble complexe du développement et une approche dimensionnelle permettant d'envisager des prises en charges innovantes dans cette population.

# Enjeux futur du périmètre d'intervention enfant

- INTERVENTION EN MILIEU ORDINAIRE/SPECIALISE
- INTERVENTION POUR LES SITUATIONS SPJ OU DOMICILE
- BESOINS D'ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE ET DEVELOPPEMENTALE
- DEMANDES D'ACCOMPAGNEMENT PARENTAL
- PRESTATIONS SPECIFIQUES (LOGO, ERGO)
- FORMATION DES ENSEIGNANTS AU TSA
- RELEVÉ DES MESURES DE CONTRAINTE
- PARTENARIAT MEDICAL, SOCIAL, PSYCHO PEDAGOGIQUE
- BESOINS HOSPITALIERS, ACCOMPAGNEMENT A L'HOPITAL