



«Comprendre les raisons de ces crises»

INTERVIEW | HANDICAP MENTAL

Par Raphaël Cand



Après avoir créé et géré une unité de référence à Paris, le Dr Vincent Guinchat a été enrôlé par le canton de Vaud en 2018. Bovy

Célèbre dans le domaine de l'autisme, Vincent Guinchat est à la tête d'une équipe qui aide les institutions à mieux comprendre et gérer les troubles

du comportement.

Spécialiste des troubles du spectre de l'autisme (TSA), le Dr Vincent Guinchat a créé et géré pendant huit ans l'Unité sanitaire interdépartementale d'accueil temporaire d'urgence à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, dont les activités ont été portées à l'écran par Olivier Nakache et Éric Toledano dans le film «Hors normes». En 2018, le canton de Vaud l'a enrôlé pour diriger la Section de psychiatrie du développement

mental du CHUV. Cette dernière propose notamment un soutien à des structures accompagnant des personnes en situation de handicap mental, comme la Fondation Perceval de Saint-Prex. Interview.

- De quelle manière votre service intervient-il auprès des institutions?

- Notre équipe peut être sollicitée pour des troubles graves du comportement chez des résidents avec déficience intellectuelle ou TSA. Lorsque c'est le cas, nous apportons notre expertise pour



aider à comprendre les raisons de ces crises et réussir à les gérer.

- Comment procédez-vous?

- On travaille en collaboration avec les équipes soignantes et socio-éducatives. On construit notamment ce qu'on appelle une échelle de sévérité qui contient une description des différents états du patient correspondant à une gradation des troubles du comportement. Cela va de l'état stable à la crise extrême. On ne se contente pas de rapporter ce qu'on observe. On discute de réponses qui permettraient une désescalade en fonction de la gravité de la situation, allant de la parole à la gestion physique d'une agression.

- Quelle réponse adopter quand cela dégénère complètement?

- Nous utilisons des méthodes d'intervention physique pour la gestion des comportements agressifs et de la violence. On organise des formations introduisant des techniques précises de déplacement, d'immobilisation et de sécurité personnelle à appliquer pendant et après la crise. Ces gestes permettent de protéger le patient et de se préserver soi-même, tout en conservant un lien. Dans les troubles du comportement, une des réponses classiques est l'isolement thérapeutique. On essaie de ne pas en arriver là, car cette coupure est souvent mal comprise par les individus avec déficience intellectuelle et peut encourager chez certains la répétition des crises.

L'idée est plutôt de considérer ces troubles comme une des variables de la relation avec la personne. L'objectif est d'être capable de mettre un patient très agité dans une position non contraignante et confortable, dans laquelle il va apprendre que le lâcher-prise

favorise la fin de l'emprise sur lui au moment où il est agressif.

- Comment se déroule la prise en charge d'un point de vue médical?

- On précise tout d'abord le diagnostic développemental. La déficience intellectuelle autorise l'existence d'autres diagnostics associés, comme l'autisme, qu'il faut identifier pour mieux répondre aux besoins du patient. Grâce à un accès facilité au plateau technique du CHUV, on va également établir si la personne souffre de problèmes médicaux à l'origine d'un inconfort, qui peuvent être gastro-intestinaux, neurologiques ou encore ostéoarticulaires. Une fracture non dépistée est potentiellement la cause d'un refus de mobilisation et source d'un trouble du comportement.

Autre exemple: pour vous communiquer qu'elle a mal à l'estomac, une personne atteinte de TSA et n'ayant pas la parole peut vous agripper le col. Ce serait sa manière de demander de l'aide, mais aussi de montrer l'endroit où se localise la douleur. En troisième lieu, on va poser un diagnostic et traiter un trouble psychiatrique associé comme la dépression, l'anxiété ou un état de stress post-traumatique. La population porteuse de déficience intellectuelle est particulièrement vulnérable aux facteurs de risques biopsychosociaux qui prévalent aujourd'hui pour expliquer l'émergence de ces pathologies.

- Que se passe-t-il lorsque tout a échoué?

- On propose alors une hospitalisation. Soutenus par le Département de la santé et de l'action sociale, nous avons ouvert le 1^{er} mai à Cery une unité psychiatrique. Dotée de six lits, elle est destinée aux patients avec une déficience intellectuelle sévère, en

situation de crise comportementale.

On y accueille les résidents les plus complexes des établissements socio-éducatifs pour une durée d'environ quatre mois. Le parti pris initial était de fonctionner sans chambre fermée. Ce n'est en réalité pas toujours possible, car nous pouvons recevoir des patients qui ont parfois passé deux ans en chambre de soins intensifs ou qui ont des mesures de contrainte dans leur établissement. On ne peut pas lever du jour au lendemain ce genre de mesures et penser que cela va bien se dérouler. Il faut donc faire les choses progressivement, en appliquant les procédures de gestion de la violence et en s'aidant de la pharmacologie.

- Justement, quel rôle jouent les médicaments dans tout ça?

- Cette population est de manière générale polymédiquée. Notre premier objectif est dès lors de clarifier la médication, car un grand nombre de troubles du comportement sont liés aux effets secondaires. Nous proposons durant l'hospitalisation des fenêtres thérapeutiques afin d'essayer d'arrêter tous les médicaments, le but étant d'avoir une vision du fonctionnement propre du patient et des troubles associés qui pourraient se surajouter au handicap.

- Si on vous suit bien, la surmédication est importante chez les autistes?

- Oui. Et c'est logique. Vous allez mettre en place une médication qui fonctionne. Son efficacité va ensuite diminuer et vous allez avoir tendance à ajouter un médicament plutôt que de remplacer le premier, parce que vous considérez que la marge de tolérance de l'environnement vis-à-vis des troubles du comportement n'est pas suffisante pour prendre le risque



de voir l'état du patient se dégrader avec le nouveau traitement uniquement. Le problème est qu'au bout d'un moment, les effets secondaires s'installent, en particulier sur le plan cognitif. Le travail psychoéducatif peut dès lors parfois être entravé puisque les patients «n'impriment» plus grand-chose ou sont gênés par un inconfort comme des sensations de crispations musculaires. D'où la nécessité de faire des prescriptions ciblées et non trop générales, au risque de les multiplier. Cela reste cependant complexe, car il n'existe pas de recommandation officielle et on a très souvent recours à des prescriptions «off-label». ■

■ Quelque 300 patients

La Section de psychiatrie du développement mental du CHUV suit au total quelque 300 patients hébergés à domicile ou en établissement socio-éducatif, dont 69 identifiés comme «complexes». La majorité de ces suivis, soit plus de la moitié, a pu être stabilisée par les interventions de l'équipe mobile. Les autres patients sont susceptibles d'être accueillis à l'unité hospitalière de Cery.