

# L'agitation

Très fréquente, l'agitation peut prendre plusieurs formes mais elle reste souvent confondue avec la violence. Pour éviter les amalgames ou les attitudes inadaptées qui mènent trop souvent à la contention ou l'isolement, la prise en charge doit s'appuyer sur de solides connaissances cliniques et psychopathologiques. L'agitation prend en compte le sujet qui perd le contrôle de ses actes, la violence renvoie vers celui qui la subit. Dans ce contexte, le soignant doit pouvoir se donner le temps de la rencontre.



© Artur Heras.

- 20 **De l'agitation à la violence**  
Dominique Friard

---

- 26 **Sémiologie et thérapeutique de l'agitation**  
Pierrick Lebain

---

- 32 **Agitation et sédation médicamenteuse**  
Marie-Jeanne Guedj Bourdieu, Corinne Launay

---

- 36 **L'agitation de la personne âgée**  
Jean-Claude Monfort

---

- 42 **De la turbulence à l'hyperactivité**  
Fabien Joly

---

- 48 **De l'enfant à l'adulte hyperactif**  
François Bange

---

- 54 **Unité de soins intensifs en psychiatrie**  
Pierrick Lebain, Sonia Dollfus

---

- 60 **Évaluer la relation de soin face à l'agitation**  
Ahmed Benaiche

---

- 66 **Le soignant face à l'agitation et à la violence**  
Patrick Ange Raoult

---

- 72 **Oméga, pacifier les états d'agitation**  
Éliane Bourgeois

---

- 78 **« Je vais retourner toute l'unité »**  
S. Di Silvestre, J. de Miribel, D. Zeghers,  
M. Boussemaere, L. Dirou, N. Belkadi, N. Henrion

---

- 82 **Crises de nerfs et autres débordements**  
Adeline Salesses-Gardinier

---

- 88 **Pour en savoir plus**  
Ascodocpsy

---

# De l'agitation à la violence

Quand on évoque la violence en psychiatrie, il s'agit peut-être en réalité d'agitation. Ce symptôme prend en compte le sujet qui perd le contrôle de ses actes, la violence renvoie souvent vers celui qui la subit. Ce glissement reflète une évolution sociale inquiétante, où se profile le retour des « quartiers des agités ».

Expression motrice de l'excitation psychique, l'agitation décrit une exaltation, une augmentation d'activité de toutes les fonctions qui participent à la vie psychique, qu'elles soient instinctuelles, intellectuelles, émotionnelles ou comportementales.

Ce trouble du comportement psychomoteur associé à la perte de contrôle des actes, de la parole et de la pensée peut s'accompagner d'auto ou d'hétéro-agressivité. Si cette entité sémiologique a connu une grande fortune au cours des siècles, elle semble aujourd'hui être en perte de vitesse, désertant les dossiers de soin et les contributions cliniques. On notera, par exemple, qu'elle n'a pas d'entrée dans le *Dictionnaire du corps* de M. Marzano (1).

La prise en charge de l'agitation semble ainsi être dévolue aux services d'urgences, comme si elle était absente du temps plein hospitalier. Elle implique un traitement médical, médicamenteux injectable, des contentions et si l'on repère une pathologie psychiatrique grave, une hospitalisation en psychiatrie sous contrainte, le tout géré par des protocoles spécifiques.

---

## Dominique FRIARD

---

Infirmier de secteur psychiatrique,  
Centre de Santé Mentale Hélène Chaigneau, Gap.

### L'ARBRE QUI CACHE LA FORÊT

Et pourtant. Si l'agitation s'impose au sujet, elle s'impose également à celui qui en est le témoin. S'il est parfois complexe de repérer quand un patient entend des voix, ou quand il est agi par un délire de persécution, il n'est pas besoin d'avoir fait de longues études sémiologiques pour différencier hyperactivité, agitation et fureur. « *L'agité ++* » de nos vieux cahiers de transmission a vécu. Il semble que la violence soit l'arbre qui cache la forêt d'agitations.

F. Marty note que le mot violence est importé de la criminologie, de la sociologie, et d'une façon plus large des sciences de l'éducation. « *Ce terme n'appartient pas directement au vocabulaire de la psychologie ou de la psychanalyse. On le trouve de façon sporadique dans les écrits de certains pédagogues qui se sont occupés d'adolescents au début du XX<sup>e</sup> siècle, mais il n'apparaît de façon massive que dans les années 1950 avec les écrits consacrés à la délinquance juvénile. La violence est d'abord repérée comme un comportement.* » (2) Ce n'est que depuis les années 1970, et plus récemment encore que l'on constate une « *inflation des références à la violence* ». « *L'apparition massive du terme de violence pourrait être liée à une capacité collective, issue d'une maturation psychique, mais aussi à une évolution des mentalités. En effet, notre société, devenue très policée, supporte de moins en moins la violence, sous quelque forme que ce soit.* » (2)

Il ne s'agit pas de jouer sur les mots mais d'observer qu'il existe une différence de taille entre agitation et violence. L'agitation s'inscrit dans une sémiologie. On peut décrire l'agitation du dément (voir l'article de J.-C. Monfort, p. 36), celle du confus, qui s'exercent à certaines heures et prennent des formes parfaitement distinguables de la crise de nerfs hystérique (voir l'article de A. Salesse-Gardinier, p. 82). On différencie la turbulence de l'enfant (voir l'article de F. Joly, p. 42), le raptus, la fureur épileptique ou maniaque. L'agitation peut être consécutive à une intoxication, être due à des causes métaboliques et endocriniennes, neuro-méningées et psychiatriques. Je ne reprendrais pas *in extenso* les différents éléments de cette sémiologie psychiatrique très riche laissée par les soignants qui nous ont précédés.

Si je remplace agitation par violence, qu'obtiens-je ? Un appauvrissement de la clinique. Je me centre sur l'effet et non sur la causalité psychique du comportement. Je peux prévenir l'agitation, pas la violence. Si l'agitation est plurielle, la violence est une, en tout cas avec nos outils de pensée. L'agitation, au fond, est un terme de technique médicale qui fait peu appel aux affects. La violence, vocable issu de la criminologie, suscite des émotions comme la peur ou la colère. Elle tétanise, elle fascine, elle effraie, elle pousse parfois à la contre-violence. Lorsque je décris une crise d'agitation, je prends d'abord en compte le sujet qui perd le contrôle de ses actes, lorsque



© photo: J.G. Poveda.



### L'artiste : Artur Heras

Né en 1945, l'artiste valencien Artur Heras est peintre, sculpteur, affichiste... Très engagé, il a participé dans les années 1960 au mouvement artistique valencien « chronique de la réalité », dont l'objectif était d'ouvrir les yeux du public sur une vision du monde plurielle et hétérodoxe, bien au-delà des frontières qui marquaient alors l'expression artistique. Politique, finance, religion, inégalités... ces thèmes sociaux sont récurrents dans son œuvre. Son travail, empreint de satire sociale et parfois de dénonciation directe, en particulier pendant le régime de Franco, utilise les ressources de l'esthétique pop et les exploite comme outils de protestation. Un agitateur pour un numéro effervescent?... Aujourd'hui considéré comme une des voix les plus singulières de l'art contemporain, il poursuit sa quête de voies nouvelles pour l'art dans la cité. Ces peintures intriguent et bousculent. Dans des formes pures et des couleurs brillantes, elles font éclater les repères. Sortes de collages d'éléments disparates, ses compositions très graphiques où l'humain est omniprésent sont poignantes. Elles appellent à la réflexion et à la mobilisation.

• **En savoir plus :**

– Sur le blog de l'artiste : [arturheras.com](http://arturheras.com)  
 – De nombreuses œuvres sont visibles sur le site du Centre d'art contemporain « A cent mètres du centre du monde », à Perpignan, qui accueille régulièrement cet artiste.  
**Prochaine exposition : du 10 octobre au 14 décembre 2014,**  
[www.acentmetresducentredumonde.com](http://www.acentmetresducentredumonde.com)

je parle de violence j'opère un déplacement vers le produit de cette crise et je me centre sur celui qui subit cette violence, la victime nécessairement traumatisée qui doit faire son deuil via la justice. En ce sens, le déplacement de l'agitation vers la violence décrit le fonctionnement de notre société. Confronté à la violence, je dois faire un signalement d'événement indésirable, qui sera repris et analysé par la cellule qualité de l'établissement. Si nous utilisons le logiciel adéquat, l'acte décrit enrichira le rapport annuel de l'Observatoire national de la violence hospitalière (ONVS)(3). Combien de ces signalements ne décrivent en réalité que des crises ou des états d'agitation, devenus violence du fait de ne pas avoir été reconnus pour ce qu'ils sont? Comment en est-on arrivé là?

### LE TROUBLE ORGANISE LES LIEUX

Les comportements agressifs des malades mentaux ont longtemps été pensés à partir de l'agitation; ainsi, qui laissait divaguer les fous, les insensés et les « furieux » (personne atteinte de fureur) pouvait être puni d'une amende de 6 francs jusqu'à 10 francs inclusivement (Lois des 16 au 24 août 1790, tit. 11, art. 3, n° 6). La police devait arrêter ces personnes et les reconduire à leur famille. La réflexion sur l'agitation a tellement marqué les esprits et les pratiques qu'en France, pendant plus de deux siècles, les pavillons (ou les quartiers selon les époques) ont été divisés en pavillons d'agités, de tranquilles, de semi-tranquilles et de gâteux. *L'instruction sur la manière de gouverner les insensés* (1785) de Colombier et Doublet recommandait de créer des salles spécifiques pour les furibonds (agités), les insensés tranquilles et les convalescents. Ce texte princeps décrivait dans le détail les différents types de soins, les qualités des gardiens (soignants), le mode d'organisation et l'architecture du lieu de soin. La déliquescence du pouvoir royal incarné par Louis XVI puis la Révolution ont empêché que cette instruction soit suivie d'effets. Il faut attendre la Restauration pour que l'on se préoccupe à nouveau des insensés devenus entre-temps des aliénés. Pinel davantage intéressé par la dynamique institutionnelle évoque peu l'architecture. Son disciple Esquirol élabore un plan modèle de l'asile dont s'approche l'établissement de Charenton. Il reprend l'idée de séparation des différentes classes de malades. Ce plan garde au centre les convalescents, les tranquilles et quelques malades

« intéressants », à proximité des bâtiments de l'administration, rejetant latéralement les agités et les furieux.

### LE PAVILLON DES AGITÉS

La construction des asiles débute vraiment au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle. Le lieu n'est plus seulement médical, terrain de recherche clinique et thérapeutique, il est même de moins en moins philanthropique. En pleine Révolution industrielle, il procède essentiellement d'un besoin d'ordre, de normalisation et donc de classement. En 1853, M. Parchappe, psychiatre et inspecteur du Service des Aliénés, écrit un ouvrage (4) qui servira de référence aux bâtisseurs d'asile des années 1850-1870.

« Dans les temps où l'on a commencé à s'occuper des conditions spéciales d'habitation pour les aliénés, l'agitation était considérée comme l'état en quelque sorte habituel de l'aliéné et l'asile d'aliénés a été exclusivement ou presque exclusivement constitué par une série de cellules en nombre à peu près égal à celui des malades. » (4, p. 103). Il s'agit pour Parchappe de classer les aliénés en évitant de les regrouper en « curables » et « incurables ». Il examine tous les modes de classement en se référant aux expériences françaises et étrangères; il les discute longuement en comparant les avantages et les inconvénients de chacune. La façon d'aborder l'agitation est pour lui une des clés de la progression ou de la régression de la psychiatrie. Il énonce que l'agitation et le nombre d'agités ne sont en rien une fatalité : « À mesure que la psychiatrie a fait des progrès, on a reconnu que l'agitation chez les aliénés peut être restreinte à un nombre de moins en moins considérable suivant que les conditions matérielles et médicales du traitement curatif et palliatif sont de plus en plus perfectionnées. » Il en tire des conséquences que nous devons méditer à notre époque où les mises en chambres d'isolement et les contentions se multiplient : « Dès lors, la proportion du nombre des cellules d'isolement ou du nombre des places à créer dans le quartier d'agités, considérée comme indispensable aux besoins d'un service bien entendu, s'est constamment abaissée. L'idée de la destination à donner à la cellule s'est en même temps considérablement modifiée. La cellule n'a plus été conçue comme habitation permanente que pour la nuit. Son emploi pendant le jour n'a plus été admis que comme un moyen de séquestration momentanée. La cellule de force n'a plus été jugée nécessaire que

pour les aliénés destructeurs et véritablement dangereux. C'est ainsi qu'on s'est trouvé conduit à distinguer, parmi les agités, les furieux et les bruyants, et à admettre pour ces deux classes de malades des quartiers distincts et des cellules différemment constituées. » À une époque où les neuroleptiques n'existent pas, Parchappe « regarde les proportions de 4 % pour les hommes et de 5 % pour les femmes comme représentant le nombre des malades qui peuvent se trouver au même moment dans un état actuel d'agitation, et par conséquent le nombre des cellules d'isolement à constituer dans le quartier d'agités ». (4, p. 105) Malheureusement, les propositions sont adaptées aux contraintes locales par l'administration (avec les échecs et les réussites que cela suppose) et surtout la construction des asiles s'interrompt après la défaite de 1870, la France devant payer une dette considérable à l'Allemagne. La politique d'assistance, elle-même, subit un abandon administratif et financier. Les dépenses consacrées aux aliénés cessent de constituer une obligation pour les conseils généraux. Malgré cela, les aliénés sont de plus en plus souvent internés. Les asiles encombrés ne survivent plus que grâce au travail des aliénés, à l'intérieur même de l'asile. Le renoncement thérapeutique finit par s'installer. Alors que l'Angleterre entière puis progressivement toute l'Europe adopte le *no restraint* du médecin J. Conolly, la majorité des aliénistes français demeurent hostiles à toute réforme globale de l'asile. En 1903, le psychiatre P. Sérieux pousse un cri d'alarme que nul n'entendra : « On peut sans crainte d'être démenti, affirmer que dans nombre de nos asiles, les malades ne reçoivent pas les soins médicaux qu'exigerait leur affection mentale. On se préoccupe davantage, semble-t-il, de les maintenir séquestrés que de les traiter. Et nous sommes ainsi arrivés, cent ans après Pinel, à ce lamentable résultat de voir les aliénés, dont sans cesse on proclame la dignité de malades, rabaissés à la triste condition de détenus. » (5)

### GUÉRIR L'ASILE

La Seconde Guerre mondiale et la mort par privations de près 50 000 malades mentaux remettent tout en question. Dès 1945-1946, critiques et propositions des psychiatres fleurissent, Philippe Paumelle va même jusqu'à écrire en 1953 que l'agitation des malades mentaux est un mythe (6). Nommé interne à Maison-Blanche en 1950, Paumelle s'occupe du quartier des



agités. Les neuroleptiques n'existent pas encore. Il s'acharne à créer une vie de groupe pour briser les cercles vicieux asilaires et restaurer une ambiance thérapeutique. Il s'agit pour lui et quelques précurseurs de « guérir l'asile », premier pas et condition première de toute amélioration individuelle des patients. Le titre de sa thèse, *Traiter le quartier d'agités* (7), contient cette idée et soutient le propos de Daumézon qui, avec Kœchlin, invente la même année 1952 le terme « *psychothérapie institutionnelle* ». Paumelle dégage les caractéristiques de la structure du pavillon d'agités « classique ».

C'est un quartier spécial :

- il est conçu pour la contention et la répression de l'agitation ;
- il est souvent le dernier espace, le déversoir des plus insociables des chroniques, un « lieu maudit » ;
- les traitements biologiques essentiels y sont abandonnés, les médications symptomatiques sont distribuées d'une manière désabusée ;
- c'est un monde clos, fondé sur la passivité et la dépendance d'un grand nombre de patients à l'égard d'un personnel infirmier réduit ; l'inactivité imposée au lit, l'absence de toute propriété personnelle, l'application de mesures répressives pour tout comportement protestataire en sont les règles traditionnelles ;
- les interactions provoquent et cultivent des comportements régressifs, elles aggravent la désadaptation sociale des patients, entravent l'application des traitements individuels de toute nature ;
- dans les conditions d'encombrement qui sont les siennes, un tel quartier représente un milieu de culture de l'agitation dont l'existence tend à justifier l'emploi des méthodes répressives de l'abstention thérapeutique.

La thèse de Paumelle est consacrée à l'évolution heureuse d'un grand malade : l'asile, dont l'encombrement des quartiers d'agités, voire le quartier d'agités lui-même est le principal symptôme. Il évoque longuement le fonctionnement son service à Maison Blanche, les étapes de sa progression (l'ouverture du monde clos, le progrès de la vie sociale, l'introduction sur une

large échelle des traitements biologiques et finalement la banalisation du quartier d'agités devenu un quartier comme les autres). Il teste cette amélioration à partir de cinq critères : la diminution de l'utilisation des moyens de contention, la baisse du nombre de gâteaux, l'évolution des courbes de poids, l'augmentation de l'inventaire, le style et le contenu des écrits infirmiers. Des histoires cliniques illustrent les évolutions individuelles. Il élargit ensuite son propos en décrivant l'évolution tout aussi heureuse des pavillons Dupré et Moreau-de-Tours à Fleury-les-Aubrais, le quartier d'agités femmes de Saint-Alban, le service du Dr Bonnafé à Saint Yon et le service du Dr Balvet au Vinatier, à Lyon.

Que conclut Paumelle à la fin de sa thèse ? Le premier constat n'est pas le moins important : ceux qui ont traité les quartiers d'agités, qui les ont détruits, ont fait preuve souvent d'un « *étonnant oubli des étapes franchies, intriquées qu'elles étaient avec leur propre évolution affective* ». (7)

Grâce à l'action conjuguée de psychiatres novateurs et d'infirmiers inspirés de mieux en mieux formés, les quartiers d'agités ont fini par disparaître, les contentions mécaniques ont été progressivement supprimées. Les chambres d'isolement (en petit nombre) restaient la seule survivance de ces quartiers et de la violence qui y régnait. Aujourd'hui force est de constater que se créent de nouveaux quartiers d'agités (Unités pour malades agités et perturbateurs [Umap], Unité psychiatrique intersectorielle départementale [Upid], Unité de soins intensifs psychiatriques [Usip] [voir l'article de P. Lebain, p. 54]...) que l'isolement se banalise et que la contention, loin d'être une pratique honnête, est partout légitimée. Pourquoi ?

### CONCLUSION

La qualité des soins en psychiatrie en France recule. Elle est la première discipline médicale à connaître une telle régression. Y en aura-t-il d'autres ? Quelle sera la prochaine ? On se gargarise à propos des droits des patients mais on organise impunément un système qui remet les contentions mécaniques au goût du jour. Nous sommes

tellement convaincus que les malades mentaux sont violents, intrinsèquement, que cela ne choque personne (à l'exception du Contrôleur général des lieux de privation de liberté). On n'imagine même pas pouvoir procéder autrement.

Le passage par l'histoire montre que les bonnes intentions de Parchappe se heurtent aux réalités économiques, que les quartiers d'agités, considérés comme un progrès qui permettait de limiter le nombre d'incurables, sont devenus des milieux de culture de l'agitation. Est-ce le sort qui attend nos modernes Upid, Umap et autres Usip ? Les usagers de la psychiatrie et ceux qui les soignent seront-ils sacrifiés sur l'autel des réalités économiques ?

Pour apprécier la qualité des soins en psychiatrie, il n'est pas besoin de démarche de certification, il suffit de répondre à une question et à une seule : combien de patients attachez-vous ? Et si notre réponse est : « *Beaucoup trop* », comment faire pour soigner nos asiles ? Faudra-t-il relire la thèse de Paumelle ? Faudra-t-il changer nos représentations de la folie ? Faire un retour à la clinique de l'agitation par la formation ? Ce peut être un bon début...

1- Marzanno M., *Dictionnaire du corps*, Quadrige, PUF, Paris, janvier 2007.

2- Marty F., *Violences à l'adolescence*, in *L'illégitime violence. La violence et son dépassement à l'adolescence*. Dir. F. Marty. Erès. *Actualité de la psychanalyse*, Paris 1997.

3- L'ONVS, *organisme piloté par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) recueille depuis 2005, sur la base du volontariat, les signalements de faits de violence dans les établissements de santé*.

4- Parchappe M., *Les principes à suivre dans la fondation et construction des asiles d'aliénés*, 1853.

5- Sérieux P. *Assistance aux aliénés, Rapport au Conseil Général de la Seine*, 1903.

6- Paumelle P., *Le mythe de l'agitation des malades mentaux*. In *Entretiens Psychiatriques*, 1953, p. 181-93, l'Arche éditeur, et *L'information Psychiatrique*, vol. 52, n° 6, juin 1976, p. 715-20, présentés par Paul Béquart, *ibid.* p. 701 et 704.

7- Paumelle P., *Essais de traitement collectif du quartier d'agités*, Éditions ENSP, Rennes, 1999.

**Résumé :** L'agitation, trouble du comportement psychomoteur, est abondamment décrite dans la sémiologie psychiatrique. Pourtant, cette notion tend à disparaître derrière celle de violence, opérant un glissement du symptôme, l'agitation, vers ce qu'il produit potentiellement, la violence. Reprenant l'évolution de la psychiatrie vis-à-vis des patients « agités », l'auteur propose une analyse historique et sociologique de cette dérive contemporaine.

**Mots-clés :** Agitation – Concept – Étude critique – Histoire de la psychiatrie – Représentation sociale – Sémantique – Sémiologie psychiatrique – Violence.

# Sémiologie et thérapeu

Très fréquente, l'agitation peut prendre plusieurs formes et nécessite de s'appuyer sur des connaissances cliniques et psychopathologiques solides. La prise en charge vise à aider le patient à réguler ses émotions et son comportement.

L'agitation est un trouble non spécifique qui peut ponctuer le cours de toute maladie mentale ou être symptomatique d'un grand nombre d'affections organiques. Elle se définit par un excès d'activité ou de mouvements pouvant se compliquer de manifestations agressives ou violentes et constitue dans ce cas une urgence. Il s'agit d'un phénomène strictement moteur, qu'il faut différencier de l'excitation qui est, elle, à la fois psychique et motrice (Guelfi, Rouillon, 2012). Selon Kapsambelis (2012), « *l'agitation, très fréquente, peut prendre plusieurs formes :*

- *hypermie, à savoir une vive expressivité facile qui accompagne les contenus verbaux à caractère traumatique, passionnel, revendicatif, sexuel ;*
- *mouvements incessants des mains et des yeux de l'anxieux ;*
- *impossibilité de tenir en place du maniaque ;*
- *colère et agressivité du patient qui se sent menacé ;*
- *motricité désordonnée et perplexe du confus ;*
- *stéréotypies et déambulations du patient schizophrène ; impulsivité imprévisible du patient halluciné ou désorganisé ;*
- *grande crise d'agitation avec décharge émotionnelle des situations de crise de toute origine ;*

## Pierrick LEBAIN

Psychiatre, CHU de Caen, Service de psychiatrie, Unité de soins intensifs en psychiatrie (Usip), Caen.

– *crise clastique qui s'en prend aux objets dans une rage qui cache mal son impuissance. »*

Si reconnaître l'agitation relève presque de l'évidence, à son stade modéré, sa prise en compte est trop souvent négligée. Le danger réside en effet dans une tolérance excessive et une prise en charge insuffisante. À son stade sévère, le risque est d'enclencher une réponse urgente ni préparée ni coordonnée, du fait d'une réaction de peur et de rejet paralysant toute réflexion clinique. Les attitudes maladroites des soignants tiennent en effet souvent au vécu de crainte induit par cette symptomatologie (voir l'article de P.-A. Raoult, p. 66). Or, le patient agité perçoit souvent la peur qu'il inspire, ce qui entraîne chez lui un stress aggravant son état. Par ailleurs, la majorité des passages à l'acte surviennent lors d'interventions soignantes (Cheng P, 1997) justifiant la mise en place de mesures préventives.

La prise en charge nécessite donc une démarche professionnelle structurée qui ne repose pas seulement sur une intuition ou sur les habilités personnelles. Elle a pour objectifs de :

- faire céder l'agitation le plus rapidement possible,
- rechercher une éventuelle étiologie organique sous-jacente,
- adapter la conduite thérapeutique aux facteurs psychopathologiques.

## LES TYPES D'AGITATION

Il convient, avant toute prise en charge, de rechercher et d'éliminer toute cause médicalemente ou somatique (voir tableau 1),



# tique de l'agitation



sachant qu'elles peuvent aussi compliquer un état psychiatrique. Ce préambule posé, l'agitation se manifeste dans plusieurs pathologies psychiatriques.

### • États maniaques

L'agitation est presque de règle dans les états maniaques. Souvent, c'est l'entourage qui signale une phase prodromique d'irritabilité, d'agressivité, tranchant avec le comportement habituel de la personne, et parfois la survenue d'incidents médico-légaux. Typiquement, le tableau clinique débute par l'apparition brutale d'un état

et provoquer une agitation, avec un risque majeur de passage à l'acte suicidaire. Les réactions d'irritabilité et de colère associées à la réduction de capacité de contrôle émotionnel dans la dépression peuvent également entraîner des états d'agitation qui surprendront un tableau clinique dominé par l'inhibition.

### • États psychotiques aigus ou chroniques.

Les troubles du comportement sont en général liés aux idées délirantes surtout dans le cadre des bouffées délirantes aiguës

### • Troubles de la personnalité

La décompensation d'un trouble de la personnalité peut être à l'origine d'un état d'agitation dont l'expression diffère selon la structure de la personnalité du patient (sans spécificité stricte).

– **Chez des patients hystériques**, l'agitation est souvent déclenchée par un événement affectif stressant (frustration, dévalorisation, déception affective). Son expression est souvent théâtrale, démonstrative, renforcée par la présence de l'entourage proche ou concerné par l'événement affectif, et sensible à la suggestion.

“

**Le patient agité, du fait de son trouble, est encore davantage réceptif au langage non verbal. Un soignant ne peut intervenir efficacement s'il exprime trop d'émotions ou s'il est trop apeuré par le patient. »**

d'excitation psychique, associé à un état d'agitation psychomotrice. À l'examen, on observe une euphorie, des idées mégalomaniaques, un ludisme, une labilité de l'humeur, une fuite des idées, une logorrhée, voire une tachyphémie (1).

Le maniaque agité crie, hurle, injurie, ne tient pas en place, provoque ou menace et brise ce qui est à sa portée. Cette hyperactivité du patient est complètement stérile. Lorsque l'humeur euphorique l'emporte, la désinhibition instinctive, la manipulation, la démonstrativité et le ludisme prennent le dessus. Le contact est marqué d'une hypersyntonie (2) associée à une grande labilité émotionnelle avec parfois une angoisse importante. On se méfiera de la fluctuation de l'agitation. Lors d'un entretien médical, le clinicien peut offrir, pendant cette durée définie, un cadre contenant, dans lequel certains patients retrouvent des capacités de contrôle temporaires. Les observations de l'entourage et de l'équipe soignante sont alors très importantes. On prendra garde également à des formes atypiques avec une absence apparente d'activité motrice chez des patients totalement absorbés par une hyperactivité psychique intense.

### • États mélancoliques

Généralement, les états mélancoliques se caractérisent par un ralentissement psychomoteur. Cependant, la présence d'anxiété peut masquer ce ralentissement

(également des manies délirantes et des mélancolies délirantes) ou des délires chroniques non schizophréniques. L'agitation a un sens, certes délirant, mais avec une cohérence intrinsèque que le clinicien tente de décrypter afin de mieux cerner d'éventuels risques de troubles de comportement.

Dans les schizophrénies, lorsque la dissociation prédomine, l'agitation est alors caractérisée par son imprévisibilité et son caractère discordant, nécessitant une prudence de chaque instant. Le sujet est en retrait par rapport à l'ambiance, il a des activités stéréotypées, itératives, bizarres ou inattendues de destruction (déchirer ses vêtements ou la literie). Sur ce fond, se produisent de brusques impulsions motrices généralisées et de soudaines manifestations affectives ou émotionnelles discordantes. L'agitation dure un moment puis cesse, le sujet pouvant redevenir apragmatique et passif.

### • États catatoniques

La forme agitée de la catatonie est fluctuante, et peut alterner avec la phase stuporeuse. On retrouve la rupture de contact très spécifique des états catatoniques (mutisme, négativisme, oppositionnisme, absence de contact visuel ou physique, le sujet semblant presque ignorer l'environnement et la présence d'autrui). Il existe parfois des comportements stéréotypés ou en écho (écholalie, palilalie [3], échopraxie [4]...).

– **Chez les patients obsessionnels**, l'agitation est rare mais souvent explosive, associée à l'agressivité, rompant avec le comportement social et moral du sujet. Elle survient souvent après une accumulation d'émotions négatives contenues lorsque les capacités de contrôle arrivent à être dépassées.

– **Chez les patients anxieux**, l'agitation est marquée par une charge émotionnelle et une instabilité motrice, par l'expression d'une inquiétude, d'un état de panique plus ou moins intense et d'une souffrance intérieure visible.

– **Chez les patients émotionnellement labiles** (borderline, états limites), les états d'agitation sont sous-tendus par une forte impulsivité, une tension intérieure et un envahissement émotionnel intense. Les mécanismes de défenses projectifs et clivés sont fréquemment orientés vers les soignants qui deviennent rapidement de mauvais objets et sur lesquels l'agressivité du patient s'exerce avec un risque de violence. Les comportements d'auto-agressivité sont également fréquents, potentiellement dangereux mais source de libération de la tension intérieure.

– **Chez les patients paranoïaques**, l'agitation est caractérisée par l'expression forte et insistante d'un sentiment de persécution, d'une toute-puissance, de thèmes de vengeance ou de justice et elle peut être violente.

– **Chez le patient psychopathe**, l'agitation est un drame bref mais fréquent dans la

pratique psychiatrique d'urgence. L'aspect le plus habituel sera celui de la colère ou du désespoir apparu en réaction à un événement récent. La colère est réactionnelle aux frustrations imposées par le milieu, sans possibilité d'élaboration, renforçant la tentative du patient à imposer sa loi et sa domination, avec un contrôle défaillant de son impulsivité. Le risque de dangerosité et d'actes médico-légaux est réel.

#### • Accès aigus d'angoisse

L'état d'angoisse intense est à l'origine d'agitation désordonnée. L'expression de l'anxiété est souvent facilement identifiable mais parfois compliquée d'état de dépersonnalisation ou de déréalisation ou d'un état de confusion psychique.

#### • État confusionnel alcoolique

L'épisode confuso-onirique alcoolique aigu ou subaigu reste une étiologie majeure chez l'homme. Le début est classiquement brutal, et souvent vespéral, dans un contexte d'anxiété extrême avec malaise physique (trémulation en particulier), insomnie rapide provoquant une sorte d'état somnambulique avec conduite incohérente. L'intensité de l'épisode entraîne, à la période d'état, un onirisme franc, avec hallucinations visuelles et auditives (adhésion totale du sujet) le terrifiant, avec pour conséquence une agitation très importante. Le délire et les zoopies (5) amènent l'individu à interpréter l'environnement comme source de menaces généralisées et à vivre un sentiment d'agression, lui-même à l'origine du comportement agressif. Il faut se méfier du caractère fluctuant et des améliorations transitoires en fonction du rythme nyctéméral.

#### • Origine toxique autre que l'alcoolisme

Il s'agit d'agitations liées aux expériences psychodysléptiques ou contemporaines d'un sevrage aux morphiniques. Schématiquement, lors d'une toxicomanie à la morphine, le sevrage entraîne de premières manifestations cliniques 8 à 16 heures après la dernière prise, qui comprennent des larmoiements, des bâillements, des sueurs, une rhinorrhée. Plus tard, une insomnie s'installe, puis le malade se plaint de dysesthésies (6), de douleurs aux jambes, au dos, au ventre, de secousses musculaires, d'horripilation et quelquefois de fièvre. L'agitation commence 36 à 48 heures après

l'arrêt. Les éléments cliniques de suspicion sont la maigreur, les traces d'injection, un myosis ou une mydriase.

Les confusions toxiques peuvent également être induites par des intoxications à de fortes doses de cocaïne, éther, solvants organiques, hallucinogènes, amphétamines, barbituriques. Dans ces contextes, à l'inverse, le syndrome de sevrage apparaît à l'arrêt brutal de la drogue et peut produire une agitation. Le syndrome de sevrage aux barbituriques s'installe deux à trois jours après l'arrêt. Il se caractérise par des crises convulsives et ultérieurement des hallucinations, un délire et une agitation qui miment un *delirium tremens*.

#### • Trouble dégénératif

(voir aussi l'article de J.-C. Monfort, p. 36)  
 – **Dans la démence de type Alzheimer**, le déficit mnésique se complique de désorientation et d'une activité psychomotrice très souvent stéréotypée (rangement, reproduction, gestes automatisés, habillage, déshabillage...). La perte de repères entraîne un sentiment anxiogène d'insécurité et des troubles du jugement verbalisés dans les idées de préjudice. Ces différents troubles peuvent générer un comportement d'agitation et de fugue. Les mesures de contention parfois nécessaires sont souvent nuisibles car anxiogènes. L'agitation anxieuse s'accompagne fréquemment d'opposition avec refus d'alimentation et de boisson, entraînant très rapidement l'intrication des facteurs psychiques et médicaux.

– **Dans les démences à corps de Lewy**, les épisodes hallucinatoires et confusionnels sont des occasions supplémentaires d'agitation.

– **Dans les démences de type fronto-temporal**, l'agitation est liée à la désinhibition, l'impulsivité, la perte de contrôle émotionnel et de jugement social. Elle alterne avec les phases d'apathie et peut être stimulée par des modifications de l'environnement.

#### • Trouble du développement

Tous les troubles du développement (spectre autistique, dysharmonie évolutive, psychose infantile, retard mental, trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité) peuvent être à l'origine d'états d'agitation ponctuels ou récurrents. Des comportements permanents d'agitation peuvent s'inscrire dans la nature du trouble mais connaître des accès aigus compliqués. La prise en compte de l'environnement, des changements récents, des étapes de vie (personnelle, familiale,

Tableau 1.

## Les principales étiologies somatiques de l'agitation

### 1. Causes iatrogéniques

- L'isoniazide, les corticoïdes
- Les anticholinergiques, l'atropine, les psychotropes (antidépresseurs, benzodiazépines, lithium, antiparkinsoniens, L-Dopa)

### 2. Intoxications

- Éthylisme aigu (ivresses agitées et pathologiques)
- Sevrage à l'héroïne, intoxication à la cocaïne et aux amphétamines
- *Delirium tremens* ou accès confuso-onirique aigu alcoolique
- Monoxyde de carbone, plomb, amphétamines

### 3. Causes métaboliques et endocriniennes

- Hypoglycémie (recherche de prise de médicaments hypoglycémisants), dont l'agitation est un signe de gravité
- Acidocétose diabétique
- Urémie, insuffisance rénale
- Grandes déshydratations (coma hyperosmolaire)
- Perturbation de la natrémie, de la calcémie
- Hypoxémie, hypercapnie (insuffisance respiratoire)
- Porphyrie aiguë
- Hyperthyroïdie
- Syndrome de Cushing
- Hyperparathyroïdie

### 4. Causes neuroméningées

- Hémorragies méningées
- Méningite
- Crises épileptiques temporales
- Encéphalites
- Tumeurs cérébrales (frontales)
- Hypertension intra-cranienne
- Hématome sous-dural (aigu ou chronique)
- Épilepsie

### 5. Chez le sujet vulnérable (âgé, déficitaire, polypathologique)

- Douleur
- Constipation, occlusion
- Rétention d'urine

institutionnelle ou scolaire...) est primordiale pour comprendre l'origine de ces états et les prendre en charge au-delà de la phase aiguë. Des complications anxieuses, thymiques ou psychotiques doivent également être recherchées.

## SOINS NON MÉDICAMENTEUX

Les prérequis de la prise en charge reposent sur la formation des équipes soignantes, intégrant l'évaluation clinique, la préparation et l'entraînement à la pratique.

Tout en répondant à la nécessité immédiate de contenir l'agitation, il est indispensable, tout au long de la démarche, de maintenir une observation clinique attentive et une écoute du patient afin d'apprécier le type d'agitation, l'humeur, l'affectivité, le degré de lucidité, d'attention et l'existence d'un délire. Ceci permet de définir des critères de gravité, de dangerosité éventuelle et d'orienter le diagnostic. Dès que possible, aux urgences, un examen somatique est pratiqué, qui comprend la prise des constantes vitales avec la saturation en oxygène, une glycémie, une biologie courante et une analyse toxicologique. Des examens supplémentaires peuvent être effectués (scanner cérébral, ponction lombaire, gaz du sang). L'interrogatoire de l'entourage recherche la prise d'alcool ou d'autres toxiques, la consommation de médicaments et les antécédents personnels et familiaux (médicaux et psychiatriques, existence d'épisodes passés similaires). Enfin, une enquête thérapeutique renseigne sur les contre-indications, les mauvaises tolérances ou les traitements ayant montré une efficacité satisfaisante dans le passé.

### Tableau 2.

#### Les 10 points clés de la technique de désescalade

1. Respecter l'espace personnel du patient
2. Ne pas provoquer
3. Établir un contact verbal
4. Être clair et concis
5. Identifier les demandes et les ressentis
6. Écouter attentivement et systématiquement les propos du patient
7. Rechercher un consensus sur les soins avec le patient
8. Rappeler la loi/les règles et définir des limites claires
9. Offrir choix et optimiste
10. À l'issue de la prise en charge de l'agitation, débriefing avec le patient et l'équipe

• **Source :** Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, et al. *Verbal De-escalation of the Agitated Patient : Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry. Project BETA De-escalation Workgroup. West J Emerg Med. 2012 Feb ; 13(1):17-25*

#### • Le risque de violence

La reconnaissance des signes précurseurs d'agitation ou de violence constitue une étape essentielle et décisive. L'utilisation régulière d'échelles d'évaluation des comportements agressifs (Yudofsky, 1986) ou de prédiction du risque de violence (Woods, 2002) accroît la vigilance des équipes et renforce les attitudes préventives. Le rapport de la Haute autorité de santé (HAS, 2010) sur la dangerosité psychiatrique rappelle la nécessité d'évaluer le degré de compréhension du patient, ses déficits cognitifs, ses capacités d'insight, le déni de ses troubles et sa possibilité à formuler ou accepter une démarche d'aide. Les contextes à risque de violence sont connus : les premiers temps d'une hospitalisation, l'absence d'intimité, la proximité avec un grand nombre de patients, un ratio soignant / patient réduit, des règles et des limites floues ou inadaptees, une faible expérience ou formation des soignants.

#### • La technique de désescalade

La plupart des états d'agitation sont sensibles au contexte et à la relation même transitoirement. Il est donc utile d'établir une relation positive avec le patient. Or, en règle générale, les informations (émotionnelles et relationnelles) sont transmises par le langage corporel (surtout le ton de la voix), et non par les mots eux-mêmes. Le patient agité, de par son trouble, est encore davantage réceptif au langage non verbal. Le clinicien doit donc réguler ses propres réponses émotionnelles et physiologiques et maîtriser sa communication non verbale. Un soignant ne peut pas intervenir efficacement s'il

exprime trop d'émotions ou s'il est trop apeuré par le patient.

Garantir la sécurité du clinicien reste la première étape pour aborder le patient. Il convient donc d'organiser très rapidement l'environnement (absence d'objet dangereux, exclusion des visites ou de personnels non concernés) et de réunir un nombre de soignants adéquat. La mixité de l'équipe est indispensable car certains patients vont spontanément accorder plus facilement leur confiance à une femme ou à un homme.

Parallèlement, l'approche du patient s'appuie sur la technique dite de désescalade, détaillée par le groupe de travail « Beta » (*Best practices in Evaluation and Treatment of Agitation*) de l'Association américaine d'urgence psychiatrique (voir tableau 2) (Richmond, 2012). L'objectif principal vise à « aider le patient à se calmer » (relation de collaboration) et non pas à « calmer le patient » (relation de domination/soumission). Il s'agit d'utiliser une attitude à la fois emphatique et ferme, en évitant les extrêmes de sympathie/complicité ou d'autorité/rigidité. Cette approche permet de résoudre une majorité de situations. Elle doit donc être utilisée prioritairement avant toute mesure coercitive et évaluée de façon constante. Car si elle ne permet pas d'apaiser le patient (ou si au contraire son agitation s'aggrave), c'est qu'il n'est pas en capacité d'y parvenir. Il faut alors sans attendre imposer une sédation (si nécessaire en contenant physiquement le patient) jusqu'à ce qu'une relation coopérative devienne possible.

Un autre intérêt de la technique de désescalade est d'éviter de signifier au patient que le recours à la force est la seule solution. La désescalade doit se poursuivre durant l'utilisation éventuelle de mesures coercitives.

#### • Contention et isolement

Avant toute mesure de contrainte physique, il faut proposer au patient de se mettre au calme et évaluer sa capacité à accepter de lui-même les moyens de s'apaiser (Knox, 2012). S'il s'avère nécessaire de le contenir physiquement, il faut réunir un nombre adéquat de soignants (cinq personnes au minimum). La décision et le déroulement de l'intervention sont coordonnés par une seule personne désignée au préalable. De même, un même soignant assure la relation avec le patient pendant l'intervention pour lui expliquer et le rassurer sur

ce qui se passe. La contention physique est nécessaire lorsque l'agitation ne peut être maîtrisée et qu'une sédation est indispensable alors que le patient s'y oppose physiquement. L'isolement permet de contenir l'agitation avec moins de contrainte physique (et moins de stress coercitif) pour le patient qu'une contention, mais apporte une sécurité moins importante s'il existe un risque d'auto-agressivité. Ces mesures doivent être encadrées au niveau de la prescription et de la surveillance, avec une traçabilité horodatée complète et une prévention du vécu traumatique ou négatif par le patient (réassurance, information, présence et *débriefing*).

#### • Soins sans consentement

Le déclenchement de mesure de soins sans consentement (7) doit être apprécié après une période d'évaluation suffisante mais limitée pour respecter les droits du patient. Elle s'impose si la prise en charge doit être poursuivie en hospitalisation et que le patient n'est pas en mesure d'y consentir en raison de ses troubles. La motivation des soins et le contexte impliquent le type de mesure (soins à la demande d'un tiers [SDT], en péril imminent [SPI] ou sur décision du représentant de l'état [SDRE]). La recherche d'une personne de confiance doit être toujours entreprise. Sa fonction n'est pas superposable à celle du tiers et son existence concourt souvent à rassurer le patient.

#### PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

L'objectif d'une sédation efficace est de transformer l'agitation en un comportement calme sans entraver la vigilance et les capacités physiques et psychiques du patient, ni entraîner d'effets secondaires inconfortables ou stressants (confusion, dyskinésies...). Ce choix est guidé par le terrain médical (âge, tolérance, contre-indications, insuffisance rénale ou hépatique) et le profil pharmacocinétique du traitement (pic plasmatique pour le délai d'action, demi-vie d'élimination et

métabolites actifs pour le risque d'accumulation). Les facteurs de risques à court terme doivent être également pris en compte (médicaments à risque d'augmentation de l'espace QT à l'ECG, de dépression respiratoire, de confusion, d'effets neurologiques, de constipation ou de rétention urinaire). L'association de deux classes pharmacologiques permet d'augmenter la sédation sans accumuler le même profil d'effets secondaires.

La voie orale est toujours privilégiée pour des raisons de sécurité (risque de blessure ou d'incident) et de vécu du patient. Tant que possible, le choix est proposé au patient entre la forme orale et injectable, la seconde étant prescrite par défaut. Le patient doit être rassuré par une explication claire et sincère de la sédation et informé des prescriptions à venir.

Les molécules utilisées correspondent à plusieurs classes pharmacologiques : neuroleptiques classiques (sédatifs ou incisés), antipsychotiques atypiques, benzodiazépines, antihistaminiques sédatifs. Celles avec un pic plasmatique rapide et une demi-vie d'élimination courte sont privilégiées pour leur maniabilité dans l'urgence.

#### EN CONCLUSION

La démarche sémiologique reste le fondement de toute approche clinique rigoureuse de l'agitation, qui nécessite également une connaissance clinique et psychopathologique appuyée. La prise en charge dépend de l'orientation diagnostique mais intègre également un savoir-faire spécifique. Les soignants doivent être formés aux approches relationnelles, comportementales et au travail en équipe (voir l'article de E. Bourgeois, p. 72). L'approche pharmacologique et les mesures de contraintes souvent nécessaires ne sont pas la première réponse apportée et sont encadrées par des principes et des réglementations visant une meilleure qualité et sécurité de leur usage.

1- Tachyphémie : accélération du débit verbal.

2- Hypersyntonie : accord affectif étroit avec l'environnement par une réceptivité accrue à percevoir et partager l'ambiance émotionnelle.

3- Écholalie, palilalie : répétition involontaire de syllabes ou de mots.

4- échoxpraxie : réplique parfaite et automatique des mouvements d'une personne.

5- Zoopsie : hallucinations visuelles d'animaux, souvent terrifiantes.

6- Dysesthésie : diminution ou exagération de la sensibilité.

7- Ces mesures sont régies par la Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

#### BIBLIOGRAPHIE

- Cheung P, Schweitzer I, Tuckwell V, Crowley KC. *A prospective study of assaults on staff by psychiatric in-patients.* Med Sci Law. 1997, Jan;37(1):46-52.
- Guelfi JD, Rouillon F. *Manuel de psychiatrie, 2e ed.* Paris, Elsevier Masson, 2012, p. 294.
- Haute Autorité de Santé. *Audition publique : Rapport d'orientation de la commission d'audition. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur.* Paris, 10 décembre 2010. <http://www.has-sante.fr>
- Kapsambelis V. *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte.* Paris, PUF, 2012, p. 53-54.
- Knox DK, Holloman GH. *Use and Avoidance of Seclusion and Restraint : Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup.* West J Emerg Med. 2012 Feb;13(1): 35-40.
- Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, Rifai MA, Ng AT. *Verbal De-escalation of the Agitated Patient : Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup.* West J Emerg Med. 2012 Feb;13(1):17-25.
- Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, et al : *The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression.* Am J Psychiatry 1986; 143:35-39
- Woods P, Almvik R. *The Bruset violence check list.* Acta Psychiatr Scand 2002; 106 : 103-105.

**Résumé :** L'agitation peut révéler des dimensions psychopathologiques différentes dont le diagnostic guide la prise en charge. Les objectifs thérapeutiques fondamentaux sont d'assurer la sécurité (patient, équipe, autres personnes présentes sur place), d'aider le patient à réguler ses émotions et à regagner le contrôle de son comportement. Y parvenir par la relation thérapeutique et/ou une sédation sans qu'il se sente démuné de ses capacités reste l'idéal. Il faut éviter tant que possible le recours aux mesures coercitives dont l'utilisation en première intention est source d'escalade. Si elles sont incontournables, leur utilisation doit être encadrée (et rigoureusement tracée) et respecter la dignité du patient en cherchant à réduire l'impact traumatique.

**Mots-clés :** Agitation – Attitude du professionnel – Holding – Langage gestuel – Pathologie psychiatrique – Prévention – Prise en charge – Sémiologie – Soins sous contrainte – Technique – Travail en équipe – Violence.

# Agitation et sédation

Dans l'agitation aiguë, le traitement médicamenteux est un recours important. Toutefois, il n'existe pas réellement de consensus sur les conduites à tenir, mais la pratique permet de proposer des repères en fonction des situations.

L'agitation aiguë est une urgence à traiter immédiatement, parfois avant même d'avoir terminé l'exploration diagnostique. Le traitement médicamenteux est un recours important. Il s'inscrit dans une réponse plus large qui ne doit pas méconnaître les autres aspects de la prise en charge de l'agitation, à savoir d'abord la prévention (en cas d'hostilité, méfiance, refus de soins, mauvais contrôle des impulsions) et les moyens non médicamenteux (séparer, protéger le patient/l'environnement privé et professionnel, abord relationnel et désescalade verbale) (voir l'article de E. Bourgeois, p. 72 et P. Lebain, p. 26).

Malgré l'urgence comportementale, l'exploration des aspects somatiques essentiels, causes ou conséquences de l'agitation, est un facteur de sécurité. Elle recherche les traitements en cours, les allergies, les maladies organiques déjà connues, toute information sur les risques cardiovasculaires et respiratoires.

On différencie plusieurs niveaux d'agitation. En pratique, c'est le degré qui oriente le traitement : faible à modérée ou sévère et incoercible. La capacité de maintien de la relation oriente le diagnostic mais elle peut être trompeuse pour l'évaluation du degré d'agitation : on différencie habituellement l'agitation contrôlable ou compréhensible de celle incontrôlable et incompréhensible.

**Marie-Jeanne GUEJ BOURDIAU\***,  
**Corinne LAUNAY\*\***

Psychiatres, CH Sainte-Anne, Paris

\*Chef de pôle, CPOA, \*\*Praticien hospitalier, Observatoire de la violence.

## CHOIX DU MÉDICAMENT

Des recommandations et *guidelines* internationaux existent mais il n'y a pas de réel protocole consensuel.

Il existe une réelle difficulté à expérimenter un produit en cas d'agitation car le consentement est souvent impossible à recueillir ; quand il l'est, cela indique une agitation moins sévère. Certaines études ont expérimenté les produits sur des volontaires sains pour évaluer uniquement les effets secondaires.

Par ailleurs, la lecture de la littérature internationale nécessite de connaître les conditions d'accueil des agitations sévères : service d'urgence... ou police ? Dans le second cas, seul le traitement de l'agitation modérée est rapporté par les services d'urgence. Le traitement doit-il calmer l'agitation ou endormir le patient ? Cette double approche est parfois source d'incompréhension au sein des équipes : si le patient « ne dort pas », peut-il s'agiter ? Le but de l'endormissement limiterait le choix de la molécule aux 3 antipsychotiques de première génération à effet antihistaminique (chlorpromazine [Largactil®], cyamémazine [Tercian®], loxapine [Loxapac®]).

Le respect de l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) est prioritaire en urgence (risque médico légal, nécessité de ne pas être hors normes car l'urgence l'est déjà) : ainsi pour les posologies (olanzapine [Zyprexa®] IM ne peut dépasser 1 ampoule toutes les 2 heures), ou pour les spécialités (clonazepam [Rivotril®] réservé au traitement anticomitial) ou pour l'âge (la plupart des antipsychotiques sauf la rispéridone [Risperdal®] non autorisés avant 18 ans ; les antipsychotiques ne sont pas autorisés après 65 ans en cas de démence et troubles vasculaires).

Le traitement antérieurement prescrit,

quand on peut en avoir connaissance, doit être repris ou poursuivi sauf si un nouvel élément clinique ou une contre-indication sont apparus, et ce surtout à court terme par rapport à l'ancienne prescription pour éviter la multiplication iatrogène des produits.

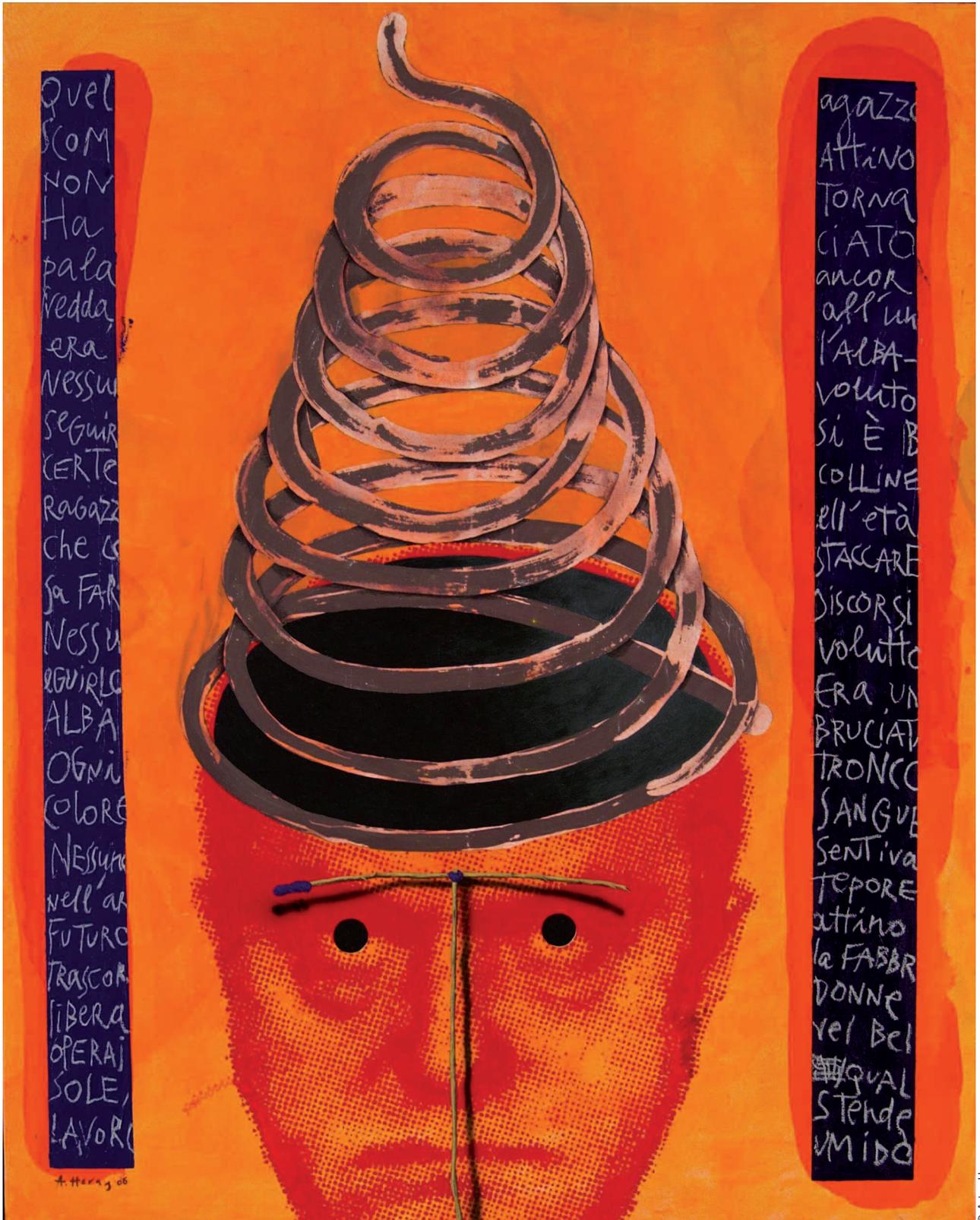
Si le traitement prescrit pour l'agitation apparaît inadapté (le plus souvent c'est que l'agitation persiste), la règle est de ne pas changer de molécule d'antipsychotique mais d'augmenter la posologie. On peut aussi augmenter la posologie d'une benzodiazépine prescrite ou initier un traitement par benzodiazépine en plus. Les correcteurs antiparkinsoniens ne sont plus d'emploi systématique. L'apparition d'un effet secondaire du type d'une dystonie aiguë se traite d'abord par des benzodiazépines (effet myorelaxant) avant, en dernier lieu, de recourir à un correcteur tel que la tropatépine 10 mg (Lepticur®). Au total, il existe malgré tout un réel consensus sur les conditions du choix du produit à savoir la nécessité d'obtenir un effet rapide sur les symptômes comportementaux, de limiter les effets secondaires, de respecter la préférence du patient, et d'être facile à administrer.

## LES GRANDES CLASSES DE PRODUITS

On retrouve :

– **Les antipsychotiques de première génération** (halopéridol, cyamémazine, chlorpromazine, loxapine), les 3 derniers ont un effet antihistaminique fortement sédatif. Ils s'administrent per os ou en intramusculaire (le délai d'action passe alors de 2 heures à 30 minutes). Les effets secondaires indésirables sont les dystonies surtout pour le premier et le dernier, l'hypotension et les troubles respiratoires pour les 2 autres, les torsades de pointe en cas

# médicamenteuse



de bradycardie, surtout si la posologie est élevée par voie intramusculaire ou en cas d'association de 2 antipsychotiques.

– **Les antipsychotiques de deuxième génération** (rispéridone, olanzapine, aripiprazole). Ils s'administrent surtout per os, en forme de gouttes pour la rispéridone. Le risque de dystonie aiguë est un peu moindre, la vigilance est identique pour les torsades de pointe.

– **Les benzodiazépines** (diazepam, clorazépate, lorazepam, oxazepam, prazepam, alprazolam). Elles s'administrent per os ou en intramusculaire pour les 2 premiers, avec une biodisponibilité identique selon la voie d'administration et un délai d'action de 30 minutes. Les produits à demi-vie courte entraînent moins d'accumulation (oxazepam, lorazepam). Le risque est toujours celui de pauses respiratoires surtout pour le premier.

– **Les antihistaminiques per os** (hydroxyzine, prométhazine).

– **Les hypnotiques** ne sont jamais utilisés sauf le zolpidem dans le traitement de la catatonie qui peut s'agiter.

– **Les thymorégulateurs** sont parfois préconisés, surtout quand ils font partie du traitement habituel du patient.

– **Les antidépresseurs** ne sont jamais utilisés. Certains produits n'existent pas partout, ou pas sous toutes les formes d'administration. – Lorazepam (Témesta®) et oxazepam (Séresta®) ne sont pas disponibles en injectable en France.

– Le clonazepam (Rivotril®) a l'indication du traitement de l'agitation à l'étranger, pas en France.

– La cyamémazine (Tercian®) est pour ainsi dire inconnue à l'étranger.

– De même pour la loxapine (Loxapac®).

– La ziprasidone (antipsychotique) n'est pas utilisée en France

### DES RÈGLES DE PRESCRIPTION

La monothérapie est la règle. Pourtant, on utilise fréquemment l'association d'antipsychotiques de première ou de deuxième génération avec des benzodiazépines pour diminuer la posologie d'antipsychotiques

et donc les effets indésirables. Des précautions sont nécessaires en cas d'administration intramusculaire (délai à respecter, non miscibilité des produits dans la même seringue).

**En ce qui concerne la voie d'administration :** – considérer si possible la préférence du patient ;

– proposer d'abord per os, sauf si le traitement injectable permet de diminuer la durée d'une contention physique ;

– les gouttes permettent de s'assurer de l'absorption ;

– la voie intramusculaire est à mesurer selon le délai d'action et le consentement ;

– la voie intranasale, avec un délai d'action de 5 à 10 minutes, est rarement utilisée sauf le midazolam (hypnovel®) dans les services de réanimation. Des recherches sont en cours pour la loxapine inhalée ;

– la voie intraveineuse n'est jamais utilisée car impraticable en cas d'agitation sévère et du fait des effets secondaires potentiellement graves, mais le délai d'action est de 5 à 10 minutes.

### LES EFFETS INDÉSIRABLES

Il y a lieu de les anticiper par une surveillance attentive. Ce sont essentiellement :

– l'allongement du segment QT à l'électrocardiogramme ;

– la détresse respiratoire ;

– l'hypotension ;

– les dystonies aiguës.

#### • Selon les populations

##### Pour les enfants et les adolescents

– prudence dans l'utilisation des antipsychotiques sauf si agitation sévère et si traitement en cours ;

– intérêt de l'hydroxyzine ;

– mesurer le risque d'accoutumance aux benzodiazépines.

##### Pour la femme enceinte ou en post-partum

– 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse : risque tératogène, les seules molécules autorisées sont la rispéridone (Risperdal®), la chlorpromazine (Largactil®), l'halopéridol (Haldol®), la lamotrigine (Lamictal®) et les benzodiazépines.

– Dernier trimestre de la grossesse : le risque est celui du ralentissement du travail et donc une souffrance fœtale en cas de sédation.

– En post-partum, il faut savoir que les psychotropes passent dans le lait maternel, cela impose un arrêt de l'allaitement avec toutes les précautions nécessaires (bandage des seins notamment)

##### Pour la personne âgée

– Le risque est celui du retard à l'élimination avec une sédation massive mais décalée, la posologie est souvent diminuée au moins par 2, en privilégiant les produits à demi-vie courte.

– Les antipsychotiques de 2<sup>e</sup> génération favorisent les accidents vasculaires en cas de démence avec problèmes vasculaires.

### BIBLIOGRAPHIE

– Guedj MJ, Merguel A, Marcel JL, Caroli F. (2001). *Conduite à tenir devant un malade agité aux urgences. Encycl Méd Chir (Édition Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Urgences, 24-153-B-10, 9p.*

– Société francophone de médecine d'urgence (2003). *Conférence de consensus : « L'agitation en urgence (petit enfant excepté) » - Journal Européen des Urgences, 16 ; 58-64*

– Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross R, Ducherty JP (2005). *The expert consensus guideline series : treatment of behavioral emergencies. J Psychiatr Pract; 11 (suppl) : 1-112*

– Braitman A. (2008). *Agitation. In Guedj Bourdieu MJ (sous la direction de). Urgences psychiatriques. Ed Masson Paris, 688p*

– Wilson and al. (2012). *The psychopharmacology of agitation : consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychopharmacology workgroup. J Emerg Med*

– Very E., Klein R. (2013). *Traitement pharmacologique de l'agitation aiguë. Littérature et recommandations actuelles. Communication au congrès de l'Association Francophone d'Étude et de Recherche des Urgences Psychiatriques. Toulouse*

– Lepping P. (2013). *The use of emergency psychiatric medication. A survey from 21 countries. J Clin Psychopharmacol Apr 33(2): 240-2.*

**Résumé :** Le traitement médicamenteux de l'agitation aiguë pose quotidiennement aux équipes la question de son efficacité, pour atténuer le mal-être du patient et protéger les tiers, et de son innocuité. Il s'associe à d'autres mesures de prise en charge non médicamenteuses. L'absence de consensus mondialement reconnu sur telle ou telle molécule entraîne ici ou là des habitudes de prescription, tant qu'un effet indésirable majeur n'est pas intervenu pour limiter certaines prescriptions. Il existe cependant des règles reconnues de bonne pratique.

**Mots-clés :** Administration – Agitation – Effet secondaire – Interaction médicamenteuse – Posologie – Prescription médicale – Psychotrope – Recommandation – Thérapeutique médicamenteuse.

**Choix du médicament symptomatique de l'agitation selon l'étiologie : tableau indicatif**

Étiologies organiques	Agitation peu sévère sans risque de violence	Agitation sévère ou risque de violence
Confusion	Sédation non médicamenteuse	Rispéridone 1 à 2 mg ; Tiapride 50 mg PO ou IM
Ivresse pathologique	Benzodiazépine : Diazépam 10 mg PO/IM/IVL ; Oxazépam 50 mg à renouveler 3 ou 4 fois	Diazépam 10 mg IVL + Halopéridol 5 mg IVL Ou Tiapride 100 mg IVL+ Hydratation, vitamines B
Sevrage alcool ou benzodiazépines	Benzodiazépines PO à renouveler ; Lorazepam 2,5 mg ; Oxazépam 50 mg ; Diazepam 10 mg	Tiapride 100 mg ; Amisulpride 200 à 400 mg ; Cyamémazine 100 mg PO ou 50 mg IM + Diazépam 10 mg PO/IM
Intoxication avec produits déprimeurs du SNC	Éviter les BZD Antipsychotiques de 1 <sup>re</sup> génération : Halopéridol 5 à 10 mg PO	Éviter les BZD Antipsychotiques de 1 <sup>re</sup> génération Halopéridol 5 à 10 mg IM
Intoxication avec produits excitants le SNC	Benzodiazépines PO à renouveler ; Lorazepam 2,5 mg ; Oxazépam 50 mg ; Diazepam 10 mg	Idem

Étiologie psychiatrique	Agitation peu sévère sans risque de violence	Agitation sévère avec risque de violence
Absence d'orientation diagnostique	Benzodiazépine sous forme buvable : Diazépam 10 mg	Approche non médicamenteuse de descente puis de contention si nécessaire Benzodiazépine IM Clorazépatate ou Diazepam 1 ampoule
Épisode psychotique aigu	Antipsychotiques de 2 <sup>e</sup> génération : Olanzapine 10 mg PO/IM ; Risperidone 2 à 4 mg PO (forme gouttes) ; Aripiprazole 10 mg PO ; Halopéridol 5 à 10 mg PO ou IM	Antipsychotique de 1 <sup>re</sup> génération : Cyamémazine 100 mg PO ou 50 mg IM ; Loxapine 100 mg PO ou 50 mg IM ; Chlorpromazine 50 mg PO ou IM Halopéridol 5 mg PO/IM Associé à : Diazépam 10 mg PO/IM ; Clorazépatate 50 mg PO ou 20 mg IM
Trouble schizophrénique productif	Reprise du traitement antérieur ou mise en route d'un traitement antipsychotique de 2 <sup>e</sup> génération : Olanzapine 10 mg PO/IM ; Risperidone 2 à 4 mg PO ; Aripiprazole 10 mg	Antipsychotique de 1 <sup>re</sup> génération : Halopéridol 5 mg PO/IM ; Cyamémazine 100 mg PO ou 50 mg IM ; Loxapine 100 mg PO ou 50 mg IM ; Chlorpromazine 50 mg PO/IM Associé à une benzodiazépine : Diazépam 10 mg PO/IM ; Clorazépatate 50 mg PO ou 20 mg IM
Épisode maniaque	Benzodiazépine : Diazépam 10 mg PO/IM ; Oxazépam 10 à 50 mg PO ; Lorazépam 2.5 PO Ou antipsychotique de 2 <sup>e</sup> génération : Olanzapine 10 mg PO/IM ; Risperidone 2 mg à 4 mg PO ; Aripiprazole 10 mg PO ; +/- Thymorégulateur : Divalproate 1 <sup>re</sup> dose à 250 mg	Antipsychotique de 1 <sup>re</sup> génération : Halopéridol 5 à 10 mg PO/IM ; Cyamémazine 100 mg PO ou 50 mg IM ; Loxapine 50 mg IM ou 100 mg PO Associé à une benzodiazépine : Diazépam 10 mg PO/IM ; Clorazépatate 50 mg PO ou 20 mg IM
État catatonique	Lorazépam 2,5 mg PO à renouveler ou Clorazépatate 50 mg PO ou 20 IM	Zolpidem 10 mg per os Antipsychotiques de 2 <sup>e</sup> génération si diagnostic probable de trouble schizophrénique
Épisode dépressif à caractéristiques psychotiques	Antipsychotique de 1 <sup>re</sup> génération : Cyamémazine 100 mg PO ou 50 mg IM ; Lévomépromazine 100 mg PO ou 50 mg IM	Antipsychotique de 1 <sup>re</sup> génération : Cyamémazine 100 mg PO ou 50 mg IM ; Lévomépromazine 100 mg PO ou 50 mg IM ; Associé à une benzodiazépine : Diazépam 10 mg PO/IM ; Clorazépatate 20 mg IM ou 50 mg PO
Anxiété aiguë, panique	Benzodiazépine : Diazépam 10 mg PO/IM ; Clorazépatate 50 mg PO ou 20 IM ; Oxazépam 10 à 50 mg PO ; Hydroxyzine 25 à 100 mg PO	Idem
Stress aigu	Hydroxyzine 25 à 100 mg Éviter les benzodiazépines ou n'utiliser que BZD à demi-vie courte lorazépam ou oxazépam	Idem en augmentant la posologie
Agitation et personnalité antisociale	Antipsychotique de 1 <sup>re</sup> génération : Lévomépromazine 100 mg PO ou 50 mg IM ; Loxapine 100 mg PO ou 50 mg IM ; Tiapride 100 mg PO ou IM	Idem Associé à une benzodiazépine : Diazépam 10 mg PO/IM ; Clorazépatate 50 mg PO ou 20 IM ; Oxazépam si trouble de la fonction hépatique
Retard mental Troubles du spectre autistique	Antipsychotique : Rispéridone 2 à 4 mg PO ; Zuclopthéxol 10 à 50 mg PO	Zuclopthéxol 50 mg IM ; Cyamémazine 100 mg PO ou 50 mg IM ; Lévomépromazine 100 mg PO ou 50 mg IM
Syndrome démentiel	Benzodiazépine : Lorazépam 1 à 2,5 mg ; Oxazépam 10 à 50 mg	Tiapride 50 mg PO/IM ; Halopéridol ½ à 1mg PO/IM ; Hydroxyzine 25 mg PO/IM

# L'agitation de la person

Chez la personne âgée, l'exploration des symptômes d'agitation doit être conduite dans un climat apaisant. De nombreux facteurs sont réversibles, ce qui permet parfois au professionnel de bénéficier d'un « effet papillon », avec un « presque rien qui peut tout changer ».

L'usage du mot agitation diminue en psychogériatrie. Sur le terrain, les professionnels privilégient désormais le vocable plus global de « troubles du comportement ». Une recherche sur PubMed, à partir des mots-clés « agitation » et « personne âgée », trouve 56 articles avec un titre comprenant ces deux mots-clés, dont seulement cinq depuis 2010. Une recherche identique dans la *Revue de gériatrie* recense trois articles en 2006 (1) (2) (3). L'interrogation du site de la Haute autorité de santé (HAS) remonte quatre résultats. La lecture de la plupart de ces textes montre que le mot agitation reste utilisé dans un contexte de survenue de syndrome confusionnel ou de maladie d'Alzheimer. Ce changement est récent. En 2004, l'inventaire d'agitation (a) de J. Cohen-Mansfield était encore bien utilisé, traduit par exemple de l'anglais vers le néerlandais (4).

## REPÉRER L'AGITATION

L'agitation est un syndrome résultant de l'assemblage de deux symptômes, l'agitation locomotrice (un excès de mouvements) et l'agitation psychique (considérée en miroir comme un excès de mouvements de la pensée, sans préjuger de son origine pouvant être une angoisse,

une euphorie ou un délire). Le terme d'agitation psychique est probablement aujourd'hui sous employé, car il désigne une agitation qui peut s'extérioriser par des paroles ou rester cachée, invisible des proches et des professionnels. Cette invisibilité est un piège : nous pouvons passer à côté d'un état d'agitation interne prenant le masque d'une timidité, d'une tranquillité, d'une sérénité, d'une sagesse ou d'un comportement de retenue. Ailleurs, c'est notre attitude empathique qui peut dysfonctionner et nous empêcher de percevoir un état de tension interne. Chez les personnes âgées, une autre raison explique la diminution du recours à l'utilisation du mot agitation, c'est la rareté de la présence d'une agitation isolée. Plus la personne est âgée, plus les symptômes, les syndromes et les maladies s'accumulent. L'agitation est donc associée à de l'agressivité et de la violence, à des comportements d'opposition et des refus, à des paroles inquiétantes et à des actes déconcertants, ce qui explique une approche davantage centrée sur un ensemble de symptômes (dont il faudrait faire l'inventaire), que sur une agitation isolée. En psychogériatrie, l'outil de référence est le *NPI (Neuro Psychiatric Inventory)* (5), considéré par son auteur et ses utilisateurs comme un instrument limité (6). Plus simple, plus rapide, l'*Échelle des personnes âgées difficiles qui épuisent (Epade)* facilite la parole des professionnels réunis autour d'une situation complexe (7). Cet outil de mesure permet de mieux évaluer les symptômes présents chez une personne âgée « agitée ».

---

### Jean-Claude MONFORT

---

Psychogériatre, CHSA, Paris,  
Directeur pédagogique à l'AFAR

ne âgée



### « VENEZ VITE ! »

En matière d'agitation (8), la personne âgée concernée sollicite rarement de l'aide. La demande provient d'un proche, d'un membre de la famille ou d'un professionnel de santé. L'ambiance est celle d'une urgence avec le souhait d'un retour rapide au calme. « *Venez vite, il faut le (la) calmer.* » Le message associé, déclaré ou resté en réserve, est : « *Venez vite, nous sommes à bout, il faut lui donner un calmant.* »

aussi émotionnel. Notre propre agitation présente donc le risque d'être « attrapée » par la personne âgée. Notre calme devient une chance, celle qu'il puisse être « graspé » par la personne âgée.

La rencontre avec la personne âgée agitée nécessite par ailleurs un temps dont on ne dispose pas *a priori*. Il s'agit alors de le trouver en le prenant sur d'autres activités programmées. Cette prise de décision, ce choix de dédier du temps à une situation plus qu'à une autre repose

la personne âgée agitée. Là encore, il faut être en bonne forme pour absorber cette agressivité, il est utile de se rappelant par exemple qu'elle ne nous est pas destinée. Nous sommes parfois à notre insu « habillés » d'un costume de paratonnerre, de bouc émissaire. Tenir l'insulte (11) et la disqualification en restant calme intérieurement est une attitude qui peut contribuer à l'émergence d'une compréhension mutuelle et d'une alliance.



**La disposition d'esprit du soignant avant la rencontre est primordiale. Un soignant apaisé est un soignant apaisant. Notre propre agitation présente le risque d'être "attrapée" par la personne âgée agitée.**

Dans ce contexte, l'enjeu est de ne pas céder immédiatement à la tentation d'administrer en aveugle un traitement symptomatique sédatif. Il est d'abord souhaitable de se poser, d'observer, d'écouter, pour se donner une chance, celle d'identifier un processus sous-jacent potentiellement réversible. Si cela reste inaccessible, gardons l'espoir d'une intervention centrée sur « un presque rien » qui pourrait « tout changer ». L'enjeu est aussi environnemental. Le sentiment d'urgence est venu autant du côté de la montée en puissance de l'agitation que de celui de l'épuisement de l'entourage qui a vu diminuer sa tolérance au stress et ses capacités d'apaisement. La personne de l'entourage qui fait fonction, parfois sans trop le savoir, de « tuteur de résilience », peut être, elle aussi, « agitée » et éprouver le besoin de solliciter un tiers qui entende son propre épuisement. Elle peut également avoir besoin d'une triangulation pour être moins exposée de manière frontale.

### ÊTRE CALME ET POSÉ...

La disposition d'esprit du soignant avant la rencontre est primordiale. « *Un soignant apaisé est un soignant apaisant* », nous dit Pierre Charazac. C'est vrai pour les professionnels au contact d'enfants et d'adultes et encore plus pour ceux au contact de personnes âgées. Elles peuvent souffrir d'une baisse cognitive globale et en particulier de performances altérées des lobes frontaux. La conséquence est un *grasping* (b) moteur et visuel, mais

sur notre intuition. Ce fonctionnement à l'intuition est performant (9), mais expose à un risque d'erreur qui peut être diminué par de l'entraînement, des simulations et des formations en présentiel ou bientôt de type « *Mooc* » (cours en ligne) (10). Reste que le métier d'urgentiste consiste en une exposition au stress et aux prises de décisions.

Ayant identifié « une situation d'agitation » et libéré du temps, il faut alors télescoper temps d'investigation et temps thérapeutique. L'investigation, qui pourrait être excitante ou angoissante, doit rester apaisante. La médicalisation de la relation est l'un des facteurs de cet apaisement. Dans l'idéal, les temps sont les suivants :

- écoute de l'aidant principal ;
- écoute au téléphone des intervenants antérieurs ;
- étude du cahier de transmission (si cet outil a été mis en place à domicile) ;
- étude des ordonnances précédentes, souvent multiples ;
- écoute de la personne âgée agitée, avec pour but de calmer l'agitation ;
- examen, difficile si l'agitation persiste et si la personne est agressive ;
- examens complémentaires et attente des résultats.

### ÉCOUTER ET QUESTIONNER L'ENTOURAGE

Il arrive que l'épuisement de l'aidant provoque chez lui une agressivité, qui se déplace parfois sur le soignant. Celui-ci se trouve alors agressé par la famille avant d'être parfois agressé ensuite par

La métaphore est celle de la perte d'un trousseau de clé à la tombée de la nuit avec le réflexe d'aller regarder sous la lumière des réverbères, sans chercher à se remémorer les faits et se donner ainsi une meilleure chance de localiser le bon endroit à explorer en premier. Plutôt que de se précipiter vers l'aidant avec des questions exploratoires, il est ainsi préférable de laisser venir à soi ses propos spontanés d'observateur principal. Dans un deuxième temps, nous allons essayer de lui faire préciser les caractéristiques de l'agitation par les questions rituelles, dont voici quelques exemples des réponses :

– **Où ?** Est-ce à chaque fois que la personne âgée passe devant un miroir ? En cas de réponse positive, il faut expliquer à l'aidant que la personne âgée en baisse cognitive peut ne pas se reconnaître dans le miroir ou y voir une image dégradée de celui qu'il croit être resté jeune. Ce repérage permet de supprimer les miroirs et les états d'agitation qui en résultent.

– **Quand ?** Est-ce tous les soirs au moment où la luminosité décline ? Il faut expliquer le phénomène du « *sundowning* », c'est-à-dire des états d'agitation liée à la baisse de luminosité, qu'il est possible de corriger.

– **Comment ?** Agité dangereux ? agressif ? confus ? anxieux ? Le repérage du type d'agitation facilite l'orientation de l'exploration avec l'espoir d'aboutir à une prise en charge adaptée.

– **Pourquoi ?** Il suffit parfois de mettre en confiance l'auxiliaire de vie pour connaître la cause de l'agitation. On apprend qu'une

visite attendue n'est pas venue ou qu'une avance à caractère sexuel a dû être repoussée par l'auxiliaire lors de la toilette.

### CONSULTER LE DOSSIER

Disposer d'un cahier de transmission et des ordonnances antérieures est une chance. On peut par exemple découvrir que l'agitation est survenue quelques jours après l'arrêt d'une benzodiazépine, ce qui oriente vers un syndrome de sevrage avec un rebond d'anxiété et d'insomnie se présentant parfois comme un véritable *pré-delirium tremens* (12).

Cette lecture peut aussi orienter vers un surdosage, une interaction, ou un effet secondaire. La lecture des résultats des examens complémentaires permet de repérer des cofacteurs de confusion : une anémie, une hyponatrémie, une hypoglycémie. D'autres examens complémentaires sont orientés par la clinique : dosage de T3-T4-TSH ultrasensible, dosage des folates et de la vitamine B12, sérologies de la syphilis et HIV en ayant informé la personne et les aidants, ECG, EEG, scanner.

Le besoin de réaliser de nouveaux examens complémentaires nécessite de calmer au préalable l'agitation.

### RENCONTRER LA PERSONNE ÂGÉE AGITÉE

Chaque rencontre est unique, mais en simplifiant, on peut opposer deux catégories de situations.

– **La première est caractérisée par un retour au calme inattendu.** Cet apaisement est survenu dès que la personne âgée agitée et son entourage ont su que le médecin allait arriver. Celui-ci, qui s'attendait au pire, est accueilli par une personne âgée tranquille. Le risque est de passer à côté de l'agitation perçue par le tiers qui lui vit en permanence au contact. Ce changement de présentation, cette labilité de l'agitation est un piège habituel. Il faut donc renoncer à la tentation du « *Ce n'est rien* », car le danger est grand d'une récurrence à court terme. Il faut prendre du temps pour comprendre ce qui a pu se passer. Cette investigation est par ailleurs facile, car la personne âgée calme accepte l'entretien et l'examen.

– **La seconde est marquée par la persistance de l'état d'agitation.** Le contact n'est pas facile. L'entretien et l'examen sont parfois impossibles d'emblée, ce qui contraint à prendre davantage de temps.

#### • **L'écoute et l'entretien**

L'écoute de la personne agitée, lorsqu'elle est possible, apporte des réponses aux questions que l'on se pose (dangerosité? agressivité? confusion? anxiété? tristesse? gaieté désinhibée? délire? hallucinations?). Parfois le patient est suffisamment coopérant pour que l'on évoque aussi le passé avec la possibilité de reconstituer une partie de sa biographie. Retracer un peu l'histoire de vie (lieu de la petite enfance, ancien métier) est informatif et contribue souvent à calmer la personne âgée agitée en lui montrant que l'on prend en compte la continuité de son histoire en respectant son identité.

#### • **Examen clinique**

L'examen clinique recherche une cause à l'origine d'une douleur ou d'une source d'inconfort. Il faut donc pouvoir examiner la personne âgée. Une médicalisation de la relation avec prise du pouls et de la tension permet souvent de la calmer. Faut-il aller jusqu'à faire un toucher rectal? Oui, car un fécalome ou une péritonite peuvent être une cause d'agitation. Non, car on risque de voir réapparaître l'agitation.

#### • **Examen neurologique**

L'examen neurologique, rapide, est à la recherche d'un déficit focal (en faveur d'un accident vasculaire récent), d'un syndrome extrapyramidal (qui fera craindre le recours à un neuroleptique), d'un syndrome frontal (qui fera évoquer une démence frontale).

#### • **Performances cognitives**

L'évaluation des performances cognitives permet de savoir si elles sont diminuées. En lisant ces lignes, le professionnel ne peut pas s'empêcher de se poser la question suivante : comment est-ce réalisable chez une personne agitée? Si l'agitation est légère et si on réussit à calmer la personne agitée, alors il est possible de faire passer un MMSE (*Mini-Mental State Examination*) (c). Dans le cas contraire, on se limite à rechercher si le patient connaît la date, s'il retient le nom de l'intervenant après quelques minutes. La présence d'une perplexité anxieuse et d'une agitation anxieuse répétitive (ranger et déranger un tiroir, regarder sans cesse sous le lit, demander sans cesse l'heure...) sont des arguments indirects en faveur d'une confusion.

### QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES

Au-delà de ces examens, le médecin doit se poser des questions spécifiques face à la personne âgée agitée.

#### • **La dangerosité**

Dans la plupart des autres cas, l'évaluation de la dangerosité reste difficile, car l'on ne maîtrise pas l'environnement et que l'évolution d'un état d'agitation peut être caractérisée par une grande fluctuation. Un agité calme peut basculer par exemple dans un état de fureur cinq minutes plus tard. L'identification d'une dangerosité chez une personne âgée agitée est importante, en particulier dans les situations d'ivresse, de *delirium tremens*, de fureur épileptique ou hypoglycémique. Son évaluation repose sur l'observation, l'intuition, la cause de l'état d'agitation, les interactions avec l'environnement.

#### • **L'agressivité**

Une agressivité peut être associée à l'agitation. C'est d'ailleurs plus ce comportement que l'agitation qui conduit à appeler le médecin. Plus le degré d'agressivité est élevé, plus une cause environnementale ou psychiatrique est probable.

#### • **Anxiété et angoisse**

La présence d'une anxiété à un degré élevé oriente vers :

- une pathologie organique douloureuse (calcul dans la vessie, fécalome);
- une pathologie iatrogène par sevrage de produits anxiolytiques ou surdose de produits anxiogènes;
- une pathologie psychiatrique, attaque de panique, anxiété d'une mélancolie (mélancolie anxieuse), anxiété d'une psychose (angoisse de morcellement).

#### • **Exaltation de l'humeur**

La présence d'une désinhibition sexuelle oriente vers une atteinte organique en particulier frontale ou un épisode de manie.

#### • **Idées délirantes**

En cas de délire, quel en est le thème?

- La présence d'idées de vol oriente vers l'oubli à mesure d'une maladie d'Alzheimer : la personne a déplacé des objets, l'oublie, pense qu'un intrus les a volés.
- Des idées mégalomaniaques orientent vers un état maniaque.
- Des idées hypocondriaques, de ruine, de catastrophe orientent vers un accès mélancolique.

### • Degré de confusion et degré de démence

Les liens entre agitation, confusion et démence sont complexes. Devant un état d'agitation, l'intérêt à évoquer et argumenter un diagnostic de confusion est la probabilité élevée de trouver une cause organique ou une cause iatrogène.

### LES FACTEURS FAVORISANT

L'état d'agitation est souvent consécutif du franchissement d'un seuil. Selon la théorie du seuil de J.-P. Bouchon, trois facteurs se cumulent (« un, plus deux, plus trois »), jusqu'au dépassement d'une limite (13) :

– **Le premier facteur concerne l'avance en âge.** Ici, il peut s'agir de la personnalité antérieure et de l'environnement familial et social, qui rapproche la personne du seuil à partir duquel pourrait survenir un état d'agitation. Par exemple, le statut de veuf, avec une personnalité caractéristique, isolé, abandonné par ses enfants, placé en maison de retraite... prédispose à l'éclosion d'un état d'agitation.

– **Le deuxième facteur est la pathologie d'un organe.** Par exemple, un accident vasculaire cérébral en cours d'installation. Les actions thérapeutiques peuvent ici être importantes, limitées ou nulles.

– **Le troisième facteur correspond à la « goutte d'eau »,** de survenue récente et réversible. Il peut s'agir par exemple d'une embolie pulmonaire, de la prise d'un médicament anticholinergique, d'un fécalome, d'une dépression hostile. Une action sur ces facteurs d'agitation a parfois un résultat spectaculaire. L'exemple est le retour au calme après le partage d'un verre d'une boisson sucrée. C'est l'un des plaisirs des professionnels qui exercent en psychogériatrie...

### • Les causes organiques

Un état d'agitation peut être lié à une tumeur cérébrale, à des métastases cérébrales, à une fureur épileptique et/ou une fureur hypoglycémique, à un delirium tremens dû à l'arrêt de l'alcool ou à l'arrêt d'une benzodiazépine.

### • Les causes iatrogènes

La recherche d'une cause iatrogène passe par un temps d'écoute (de l'aidant principal, des intervenants antérieurs...), un temps d'étude du cahier de transmission et des ordonnances précédentes, et parfois un temps de recherche de médicaments cachés en demandant l'autorisation

d'ouvrir les tiroirs (du salon, de la cuisine, de la salle de bains, enfin et surtout le tiroir de la table de nuit).

### • Les causes environnementales.

On parle alors d'agitation réactionnelle, de troubles de l'adaptation. L'agressivité est souvent une réaction à une peur intense aggravée parfois par des démarches ou des paroles malencontreuses de l'entourage. Les personnes âgées les plus agitées, parfois violentes sans justification apparente, sont parfois les plus maltraitées (14) : les maltraitances invisibles sont révélées par des états d'agitation récurrents inexplicables (15).

### • Les causes psychiatriques.

Il faut parfois des semaines, des mois, voire des années pour que l'hypothèse d'une cause psychiatrique soit formulée. Un tiers finit par se poser la question d'un trouble psychiatrique : « *Je n'arrive pas à faire la part entre un problème psychiatrique complexe ou tout simplement un caractère exécrationnel* ». Le diagnostic repose sur l'écoute de la personne âgée agitée et sur les entretiens avec la famille à la recherche des antécédents personnels et familiaux.

### SYNTHÈSE EN SIX AXES

Au terme de l'exploration, il est parfois possible de formuler une synthèse en six axes.

– **L'axe 1** précise la (ou les) cause(s) de l'agitation : organique ; iatrogène ; environnementale ou psychiatrique comme une « *névrose de révélation tardive* » (16).

– **L'axe 2** décrit les traits de personnalité sous-jacents. La formule de J. de Ajuriaguerra selon laquelle « *on vieillit comme on a vécu* » se vérifie lorsque l'entourage évoque « *une personnalité, riche, forte et complexe* », présentant des similitudes avec le personnage incarné par Tilla Shelton dans *Tatie Danielle* (d) (17). Ailleurs, les familles expriment tout le contraire : « *Il n'a jamais été comme ça, il n'a jamais fait ça, il n'a jamais été grossier comme cela*. »

– **L'axe 3** établit la liste des pathologies somatiques associées. Les malades les plus agités apparaissent souvent atteints d'une maladie mettant en jeu le pronostic vital (cancer, artériopathie diffuse) fréquemment à l'origine d'un état anxieux non verbalisé.

– **L'axe 4** évalue les facteurs de stress. Un stress récent est souvent trouvé. Outre une maladie somatique avec la crainte d'une dépendance et d'une perte de dignité, le

facteur déclenchant est habituellement une contre-attitude maladroite de l'environnement, en particulier un éloignement interprété comme un abandon.

– **L'axe 5** correspond à l'évaluation de l'autonomie et à son corollaire, le degré de dépendance.

– **L'axe 6** est une approche psychodynamique globale visant la compréhension de la genèse de l'état d'agitation. Parfois tout semble se passer comme si un facteur de stress récent avait eu valeur de déclencheur de la remontée d'un passé traumatique dans le présent.

### LES COMPLICATIONS

La liste des complications est longue, des plus fréquentes comme le syndrome de glissement (e) aux plus rares, comme le suicide ou l'homicide. La plus fréquente est la fin du maintien à domicile, consécutive à l'épuisement et l'éloignement des aidants souvent vécu comme une preuve supplémentaire d'abandon avec pour conséquence l'accentuation des comportements d'agitation. La prescription d'une forte dose d'un traitement sédatif risque de favoriser la survenue d'une grabatation ou d'un « effet accordéon » alternant des phases d'agitation et de sédation au cours desquelles une cascade d'effets indésirables peut survenir.

### TRAITER LES CAUSES

– **Les causes organiques** réversibles sont prises en charge. Une agitation hypoglycémique est calmée par un resucrage. Une crise d'épilepsie partielle complexe ne récidivera pas grâce à un traitement anticomitial qui peut en outre être stabilisateur de l'humeur (18). L'excision d'un abcès dentaire calme l'agitation de celui qui a du pus dans la bouche...

– **Les causes iatrogènes** conduisent à retirer des produits plutôt que d'en ajouter, en conservant toutefois une faible dose de benzodiazépine pour éviter une agitation liée à un sevrage.

– **Les causes d'inconfort** ont leur place. Une personne âgée dont la languette de chaussure est retournée s'apaise lorsque la compression du pied est repérée et levée.

– **Les causes environnementales** permettent d'actionner de multiples leviers comme l'arrêt d'une maltraitance ou l'accueil dans des lieux où la déambulation sécurisée est possible.

– **Les causes psychiatriques** sont à traiter au cas par cas (19).

## LA CONTENTION PHYSIQUE

Plus un sujet agité est contenu, plus il s'agite. Le recours à la contention physique doit donc être évité, sauf pour permettre une injection dans certaines fureurs. L'objectif des nouvelles unités de soins est d'apporter des animations avec la liberté de déambuler dans un espace clos.

## LE SOUTIEN RELATIONNEL

Face à la personne âgée agitée, un des risques est d'adopter une contre-attitude négative immédiate et de répondre à l'agitation par de la colère ou un évitement : « Ah, stop, ça suffit, calmez-vous. » Le seul fait d'écouter une personne âgée agitée, de reconnaître la réalité comme une difficulté de leur vie ou le manque de personnel et son épuisement, permet parfois au sujet de mettre moins de véhémence dans son message. Une médiation corporelle parvient parfois à calmer un état d'agitation chez un dément (recours au toucher, massages, relaxation, pédiluve). L'entretien avec la famille permet d'échanger des informations et contribue à les déculpabiliser. Certains proches ont été informés de la baisse cognitive et de son évolution, mais pas de la possibilité de survenue d'états d'agitation. La communication à l'équipe soignante de pointillés de la biographie de la personne âgée contribue à une compréhension des facteurs de souffrance, avec pour corollaire une augmentation de son seuil de tolérance.

## CONCLUSION

L'agitation d'une personne âgée est rarement « pure ». Elle est le plus souvent associée à d'autres symptômes, comme de la violence, des refus, des paroles inquiétantes ou des actes déconcertants. C'est l'une des raisons pour laquelle il serait souhaitable de s'éloigner du concept « d'agitation » pour favoriser celui de

« personne âgée pas facile qui épuise » avec là aussi l'hypothèse d'une cause curable sous-jacente comme un état dépressif masqué par l'agitation.

a- L'inventaire d'agitation de J. Cohen-Mansfield (IACM) est un outil d'évaluation des états d'agitation du sujet âgé. Il contient 29 comportements observables dont la fréquence est évaluée sur une échelle de type Likert allant de 1 (jamais) à 7 (plusieurs fois par heure). Chaque comportement est évalué par un soignant connaissant bien chacun le patient, sur une période de 2 semaines.

b- Le grasping décrit un comportement d'imitation ou de préhension forcée.

c- Le MMSE (ou test de Folstein) est un test des fonctions cognitives et des capacités mnésiques à partir de 30 questions.

d- *Tatie Danielle*, comédie d'Étienne Chatilliez, 1990, raconte l'histoire d'une vieille parente tyrannique, menteuse, méchante, voleuse...

e- Le syndrome de glissement est un processus qui survient chez des sujets âgés au décours d'une affection somatique grave, que l'on croit guéris et qui connaissant sans raison apparente une altération de l'état général évoluant jusqu'à la cachexie terminale (d'après P. Charazac, Le syndrome de glissement, in *Santé mentale*, n° 180, sept. 2013, p. 33).

1- Hazif-Thomas C, Léger D, Thomas P. Agitation et agressivité du sujet âgé : de la clinique avant toute chose. *Revue de Gériatrie*. 2003 (28) : 349-56.

2- Benoit MC. Concertation professionnelle sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démences *Revue de Gériatrie*. 2006 (31) : 689-96.

3- Léger J, Moulias R, Chapuy P, Clément J, Jeandel C, Monfort J, et al. Validation d'un score d'alerte des états d'agitation chez le sujet âgé 2006 (31) : 313-22.

4- De Jonghe JF, Kat MG. Factor structure and validity of the Dutch version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI-D). *Journal of the American Geriatrics Society*. 1996; 44(7):888-9.

5- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory : comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44(12):2308-14.

6- De Medeiros K, Robert P, Gauthier S, Stella F, Politis A, Leoutsakos J, et al. The Neuropsychiatric Inventory-Clinician rating scale (NPI-C) : reliability and validity of a revised assessment of neuropsychiatric symptoms in dementia. *International psychogeriatrics / IPA*. 22. 2010. p. 984-94.

7- Monfort J, Lezy A, Tezenas du Montcel S. L'échelle d'évaluation des personnes âgées difficiles (Epade) et son utilisation dans les troubles du comportement. Une feuille A4 pliable en quatre. *Communication au 13e congrès national infirmier des soins à la personne âgée*. 2014 ; <https://moodle.medecine.parisdescartes.fr/course/view.php?id=20>.

8- Monfort J, Mercuel A, Stanislas J-L, Bertrand O, et al. Entretien et relation d'aide dans des situations psychiatriques ou psychologiques difficiles (2ème édition augmentée). Paris : Heures de France ; 2011. 286 p.

9- Crokerry P, Tait G. Clinical decision making : the need for meaningful research. *Acad Med*. 88. 2013. p. 149-50.

10- Monfort J, Lezy AM. Site de psychogériatrie. Videos, 12 granules de Psychogériatrie. <http://www.psychogere.fr>.

11- Monfort J-C, Hourde I. Outils pour les entretiens d'aide et de soutien psychologique. Paris : Heures de France ; 2005 (tome 1), 2009 (tome 2). 237 pages (tome 1) et 55 pages (tome 2).

12- Gasperina P. Delirium tremens à l'arrêt d'un traitement anxiolytique/hypnotique. *Faculté de médecine de Créteil : Université Paris XII*; 1995.

13- Bouchon J-P. Le «1+3» ou comment tenter d'être efficace en gériatrie. *Revue du Praticien*. 1984 ;3(34):888.

14- Monfort JC. La psychogériatrie (5ème édition). Paris : P.U.F. Collection Que sais-je ? ; 1998. 128 p.

15- Monfort JC, Villemur V, Lezy AM, Baron-Laforet S, Droes RM. From paedophilia to gerontophilia. *Lancet*. 2011 ;377:300.

16- Monfort J, Hazif-Thomas C. Pathologie névrotique, régressive et caractérielle. In : Clément J, Léger J, Wertheimer J. *Psychiatrie de la personne âgée*. Paris : Flammarion ; 2009. p. 247-52.

17- Monfort J-C. Les personnes âgées qualifiées de difficiles : troubles de l'humeur ou trait de personnalité? (Tome 1). *Guide pratique de psychogériatrie*. Tome 1. Paris : Elsevier ; 1992. p. 19-28.

18- Monfort JC. Valproate versus carbamazepine for seizures. *N Engl J Med*. 1993 21 ;328(3):208-9.

19- Monfort JC. The difficult elderly patient : curable hostile depression or personality disorder? *International Psychogeriatrics*. 1995 ;7, suppl. :95-111.

**Résumé :** Les appels pour un état d'agitation sont fréquents en psychogériatrie, où l'on parle davantage de « troubles du comportement ». L'évaluation de ces symptômes et l'exploration à la recherche de leur compréhension doivent aller de pair avec des attitudes relationnelles apaisantes. L'auteur décrit l'approche du soignant face à une personne âgée agitée : examen clinique, contact avec l'entourage et le sujet âgé, causes à rechercher, complications...

**Mots-clés :** Agitation – Aidant – Attitude du professionnel – Comorbidité – Déclenchement – Diagnostic différentiel – Écoute – Évaluation – Examen médical – Facteur risque – Gérontopsychiatrie – Personne âgée – Psychogériatrie – Symptôme – Trouble du comportement.

# De la turbulence à l'hyperactivité

L'hyperactivité de l'enfant oblige à repenser et redéplier une lecture clinique et théorique, psychopathologique et thérapeutique, car l'agitation n'est pas un simple trouble des conduites à redresser et résorber. Illustration avec le cas de « l'agitation de survie » de Mickaël.

Quoi de commun entre une crise d'agitation psychotique chez l'adulte, l'émergence d'une défense de type maniaque dans un contexte réactionnel agité, un prurit moteur chez un jeune enfant souffrant d'un trouble neurologique sévère, une instabilité psychomotrice de l'enfant ou pour « parler moderne » un Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH, [1]), l'agitation comportementale d'un adulte avec autisme déficitaire, des mouvements bruyants d'adolescents avec des conduites à risques, des éclats d'un enfant oppositionnel et turbulent, des violences répétés d'un jeune adulte avec tendance psychopathique?... Quoi de commun sinon le seul comportement manifeste? « Ça s'agite », les conduites visibles « font du bruit » et animent du mouvement et de l'acte. Cependant, le vécu contre-transférentiel, et disons plus largement le ressenti de l'observateur face à ces différents types d'agitations (et les contre-attitudes induites chez les soignants qui s'occupent de ces patients), ce vécu d'envahissement par ces diverses agitations n'est absolument pas le même. Il constitue le premier indicateur,

au-dedans de nous, d'un écart de sens et de fonctionnement, derrière l'expression du seul comportement, d'une épaisseur, d'une signification et d'une économie radicalement différentes dans leurs émergences comme dans leur accueil thérapeutique et transformateur.

L'agitation apparaît, en vérité, dans des contextes psychopathologiques et subjectifs extraordinairement variés voire contradictoires. Cette conduite motrice bruyante n'a en aucune manière la même signification ni la même valeur et ne peut être entendue et encore moins accompagnée ou traitée de manière univoque. Il faut donc se prémunir de ne voir que le seul bruit des différentes agitations et de ne traiter que la surface des conduites turbulentes, quels que soient les sujets qui les agissent et les « agitent »... Or, actuellement, elles sont trop souvent traitées par une réduction et/ou une rééducation (chimique, orthopédagogique, en remédiations cognitives ou en conditionnement comportemental) pragmatiques et adaptatives. En effet, la psychopathologie clinique complexe et psychodynamique paraît en risque d'effacement et d'absorption par l'impérialisme nord-américain des seules thèses envahissantes de la psychiatrie biologique, neuroscientifique, voire comportementaliste, et la clinique différentielle écrasée quant à elle par des mesures drastiques et univoques de l'*Évidence Based Medicine* (médecine basée sur des preuves, [2]), qui évaluent des seuls comportements

manifestes, dans le regroupement de grandes cohortes de patients sur les seuls signes tangibles de la conduite inadaptée du leurre d'un sujet « moyen ».

Cet article propose d'envisager le cas des hyperactivités chez l'enfant, comme illustration emblématique de cette lecture étroite et aveugle de l'agitation : toutes les formes de turbulences, d'agitations, de difficultés de concentration, voire de troubles oppositionnels, de caractères et d'agressivité, sont incroyablement condensées et mélangées dans l'épidémie démesurée de diagnostics de Troubles déficit attentionnels et hyperactivité (TDAH) (1), emportant dans une pensée unique simpliste et univoque (assez plébiscitée par les financeurs, les laboratoires et les politiques) des augmentations de prévalences et de prescriptions induites de psychotropes chez l'enfant qui ne cesse de me troubler voire de me glacer!

Cet écrasement vaut, selon moi, à travers tous les âges de la vie et dans toutes les structures pathologiques, voire dans les variations de la normale comme prototype malheureux d'un ratage de l'élaboration complexe et différentielle des phénomènes d'agitation. Ce différentiel « horizontal » de toutes les formes d'agitation prédomine ainsi en psychopathologie de l'enfant (via l'évaluation comportementale des conduites et la lecture univoque des seules fonctions neuropsychologiques et à partir d'un scotome porté à l'organisation psychique subjective, à l'histoire et à l'intersubjectivité) mais il se double

---

## Fabien JOLY

Psychologue clinicien, psychanalyste, psychomotricien, docteur en psychopathologie, Dijon.



© Artur Heas

en vérité d'un écrasement du différentiel « vertical » (ou longitudinal) dans le destin indifférencié des formes d'agitations au cours de la vie et la déclinaison des différentes structures psychopathologiques chez l'adolescent et l'adulte.

### L'ENFANT AGITÉ

Si le syndrome proprement dit d'hyperactivité est clair et accepté (depuis toujours au fond) par tous, une analyse psychopathologique un peu approfondie de ce tableau reste nécessaire. Cette perspective veut que l'on cherche à comprendre ce que l'on traite, qu'à partir d'un modèle du fonctionnement mental et de ses troubles divers, on donne sens à la souffrance et aux troubles abordés, mais aussi aux traitements et aux processus thérapeutiques. Ceci est assez loin des exigences contemporaines de simplification, d'efficacité à court terme, de rentabilité, voire d'économie. Cette psychopathologie doit rester ouverte à la multidisciplinarité et ne pas se laisser prendre au piège du réductionnisme (de quelque bord que ce soit) : elle y perdrait son objet, ses applications et sa profondeur humaine.

Pour évoquer une authentique hyperactivité et un tableau complet d'instabilité de l'enfant, on doit retrouver dans le comportement de l'enfant, dans ses conduites et dans son fonctionnement psychoaffectif, un certain nombre de caractéristiques assez génériques et ce, de manière significativement durable et généralisée, hors des zones pathologiques définies par le champ des psychoses, de l'autisme et des troubles envahissants du développement, et à un niveau inadapté à son âge développemental. Ces caractéristiques, qui s'additionnent, sont :

– **des troubles ou symptômes persistants dans la série attentionnelle** : défauts de concentration, distractions, papillonnages psychiques et ludiques, « *est dans la Lune* », se laisse happer par de multiples stimulations, étourderies, problèmes attentionnels dans différentes tâches, non-conformité aux consignes, incapacité à aller au terme d'une activité ou d'un travail, évitement ou « *échappées* » de toute activité longue et nécessitant un effort soutenu... ;

– **des difficultés motrices envahissantes** : hyperactivité, hyperkinésie, mouvements permanents, incapacité à s'arrêter, à se poser, ou à inhiber le mouvement, parfois prurit moteur, ou gestes incessants,

« *court ou grimpe partout* », agit « *comme s'il était monté sur ressorts* » ;

– **une impulsivité et une instabilité d'humeur** : ne supporte pas la frustration, ne peut attendre son tour, répond avant même qu'une question soit entièrement posée, veut toujours être sur le devant de la scène, impose sa présence et interrompt les autres en faisant irruption, ajouté à une labilité de l'humeur et des variations émotionnelles marquées par des alternances de fond anxio-dépressif et d'excitations joyeuses voire maniaques. Ce qui définit finalement depuis toujours le triptyque hyperactif : instabilité motrice, instabilité psychoaffective et instabilité attentionnelle et cognitive. À partir de ce modèle, on peut explorer un spectre complexe et multiforme de figures instables toujours singulières, déployées par-delà les organisations psychiques des sujets, et quelles que soient leurs histoires de vie respectives.

– **Pour ce qui concerne le corps de l'enfant instable**, on ne peut que mesurer la singulière et dysharmonique « *habitation corporelle* » des jeunes instables et l'instrumentation hétérogène de la psychomotricité de ces enfants. Compétents sur certains secteurs moteurs et tellement dysharmonieux dans leur globalité psychomotrice. Sans liant, sans souplesse et sans cohérence, ils témoignent à tous les endroits de la mauvaise constitution précoce du lien corps/psyché et des aléas de l'investissement harmonieux du corps-en-relation.

– **Au plan des conduites de jeu et des processus de symbolisations**, jouer avec l'enfant instable permet de voir combien il est dans une grande pauvreté de jeux et à l'extrême, dans une impossibilité de jouer « avec ». Et force est de constater le peu d'épaisseur du préconscient et des espaces de symbolisation, de création et d'imaginisation.

– **Au niveau de la lignée anxio-dépressive**, la surcharge émotionnelle n'est que rarement éprouvée et psychisée, représentée et transformée ou utilisable chez l'enfant instable. Il s'agit le plus souvent de brèches bruyantes d'humeurs dont les qualités tristes et angoissées la plupart du temps déniées, ne peuvent qu'être lues et traduites par le thérapeute tant elles sont évacuées sans pouvoir être liées et représentées par le sujet.

– **Du côté de l'excitation et du jeu pulsionnel**, les émergences explosives viennent colorer toute relation et toute expérience. La



pensée et les symbolisations sont souvent « *pauvrettes* » ou simplement entravées ou réprimées et déniées. L'exemple typique est la triade du « *kakou* » instable dans la cour de récréation : « *même pas mal* » (quand il tombe ou se cogne partout!), « *même pas peur* » (quand il agite ses angoisses et ses conduites contra-phobiques en permanence) et « *même pas triste* » (lui qui se trouve souvent isolé, craint mais seul et dans une fragilité narcissique et une si piètre confiance en lui).



© Artur Heras.

### UN MODÈLE À REVISITER

Cette psychopathologie instable constitue à l'extrême une faillite du travail de liaison et un avatar majeur des liens et de la pensée. Tant des liens externes (dans le commerce avec les autres) que des liens internes, dans leur double dimension : celle de l'intériorisation et de la stabilisation des représentations et objets internes et celle des liens entre corps et psyché, lesquels potentialisent, tout au long du développement de l'enfant, les

fonctions perceptivo-sensorielles, motrices et praxiques autant que cognitives et attentionnelles. C'est ce qui détermine les faillites et les traits symptomatiques de la pathologie instable et donne raison à la fragilité narcissique et identitaire caractéristique des enfants instables.

Cependant, par principe d'humilité et du fait de la complexité de la psychopathologie (notamment du petit d'homme en développement), le paradigme instable reste un modèle complexe à étudier derrière la singularité de chaque cas subjectif. En soubassement de ce paradigme instable mieux appréhendé, on pourrait peut-être interroger alors la question d'un « processus instable » et de « cercles vicieux instables » qui, depuis les données d'équipements et les particularités toujours friables des premières interactions parent-enfant (croissance psychique, développements psychomoteur et cognitif mêlés) conduiraient au tableau clinique.

Je propose, quant à moi :

– **de revisiter l'histoire de l'instabilité** pour s'apercevoir, d'une part, qu'il n'y a vraiment rien de nouveau sous le soleil américain du DSM (3), et d'autre part, que la connaissance de l'évolution de ce trouble devrait nous prémunir des impasses et des oppositions stériles entre le « tout organique » et le « tout psychogénétique », et nous protéger contre les principes réducteurs du débat actuel ;

– **de suspendre la question univoque et simpliste** de l'origine de la maladie d'instabilité pour penser une vision processuelle et polyfactorielle d'un processus instabilisant conduisant, depuis plusieurs sources et selon des chemins toujours subjectifs et singuliers, à une sorte de voie finale commune, le tableau complet d'hyperactivité/instabilité ;

– **de suspendre ensuite la dialectique oppositionnelle** entre symptôme et syndrome dans laquelle la psychopathologie de l'instabilité s'est, selon moi, un brin perdue pour y préférer une psychopathologie fondamentale qui explore, à partir de modèles pathologiques génériques (des paradigmes), la diversité du spectre instable, du *continuum* des états divers d'hyperactivité ;

– **de mesurer que, derrière les enjeux fonctionnels et comportementaux** si manifestes, voire si bruyants de l'agitation dans la pathologie instable, il s'agit de comprendre les singularités et les potentialités de chacun, sans doute de saisir les particularités développementales de chacune

des fonctions, de mesurer les enjeux psychiques, affectifs et pulsionnels de leur fonctionnement, et plus loin la structure psychique de ce petit sujet-là, son histoire de vie et le commerce narcissico-objectal qu'il déploie avec ses objets d'attachement, et in fine le travail de liaison et de penser qui s'y rattache et qu'il peut ou non déployer ;

– **de soutenir l'hypothèse d'un chaînon manquant** (manquant à nos théories tout comme au développement défailant des futurs instables, manquant comme source originare de ce travail de liaison et comme articulation même entre corps et psyché des données d'équipement, du développement, des événements de vie, de la croissance psychique et des interactions précoces) : je veux parler d'une impasse et d'un nœud de souffrance développementale autant que de croissance psychique au lieu même de la psychomotricité du premier âge autour de quoi et à partir de quoi les tableaux d'hyperactivité s'organiseraient en une forme syndromique générique et résistante. Un ratage psychomoteur en deux temps serait ainsi à l'origine de ces pathologies complexes : quand le champ de la motricité ludique en relation permet le dégagement des différentes lignes du carrefour psychomoteur initial vers le déploiement et l'investissement cognitif des apprentissages et des fonctions attentionnelles, exécutives et mnésiques, autant que de la fonction de surséance et de l'investissement de la pensée et de l'épaississement psychique, et au pôle proprement intrapsychique vers la symbolisation secondaire et la capacité à jouer seul.

### MICKAËL OU L'AGITATION DÉLIÉE

Mickaël est un petit bonhomme de 5 ans et demi, suivi au Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP). Sa mère relaye, en se l'appropriant, une demande, initialement scolaire, exprimée autour des difficultés de communication et de langage de ce petit garçon un peu frustré dans son expression orale et parfois incompréhensible par la maîtresse et ses camarades. Il présente aussi des difficultés de comportement et d'agitation dans l'espace scolaire. Mickaël est en moyenne section. Il apparaît comme un garçon intelligent et plutôt dans les attentes des pré-apprentissages, mais dans une opposition permanente. Il veut tout maîtriser et faire simplement « *comme bon lui semble* », refusant toute limite et frustration !

Mickaël ne parle ni ne répond à sa maîtresse comme les autres enfants ; il la dédaigne ou la toise d'un regard hautain. Il rature et déchire ses dessins ou productions à la moindre faute ou déception, se débrouillant de la sorte pour ne laisser aucune trace de lui. Il ne supporte aucun interdit ni aucune forme d'autorité. Mickaël refuse par exemple définitivement d'aller à la cantine : son motif est qu'une unique expérience l'an passé en petite section a débouché sur le moment imposé de la sieste, qu'il ne supporte pas et « *ne supportera jamais* » dit-il. Les parents encaissent les mouvements d'humeurs de Mickaël et son manque de compliance. Ils se laissent, quoi qu'ils en disent, conduire par le bout du nez par ce petit tyran domestique au visage espiègle.

Mickaël joue avec les autres enfants, du moins s'engage de manière apparemment très ludique dans une authentique quête des autres, de l'objet et d'expériences. Mais, pour l'essentiel, il semble chercher tout cela comme autant de miroirs narcissiques (au regard de sa propre fragilité interne) ; et ses jeux ou ses relations tournent vite court ! Les séquences relationnelles et ludiques ne sont jamais ni très durables, ni très riches. Elles sont d'évidence marquées par les propres difficultés à jouer et à faire semblant de Mickaël, par son excitation et sa volonté de maîtrise, son incapacité à partager avec l'autre et à ébaucher un quelconque échange authentique à toi/à moi. Mais elles sont presque autant marquées par les évitements ou attaques des autres bien embarrassés du despotisme de Mickaël. En effet, les séquences ludiques ne tiennent que s'il garde la main et contrôle en tant que maître absolu du jeu. À défaut, les liens créatifs et amicaux tournent court ! L'ensemble des conduites de ce petit garçon est surtout marqué par son agitation et son instabilité majeure !

### À lire. *L'hyperactivité en débat*

Depuis les origines de la psychiatrie de l'enfant, différents auteurs ont décrit sous des noms variés des enfants présentant à la fois un comportement agité et des difficultés apparentes à maintenir leur attention sur une activité précise. Le concept de « trouble déficitaire de l'attention avec hyperkinésie » s'est aujourd'hui imposé, avec souvent pour corollaire, un traitement systématique par les psychostimulants. Cet ouvrage aborde les enjeux et points de vue de différents professionnels et traite d'une part des significations pathologiques de ces comportements et ses facteurs étiologiques sous-jacents, et d'autre part, des interventions thérapeutiques, médicamenteuses ou autres qu'il convient d'apprécier en termes d'efficacité, de risque d'effets indésirables et de positionnement éthique.

• F. Joly (dir.), *Erès, coll. Le carnet psy, 2005, 158 p.*

Mickaël est en perpétuel mouvement, ses yeux, son corps, ses membres, même quand il est assis, assurent un bruit continu et un mouvement perpétuel incessant ! Son attention fluctue d'évidence. Il papillonne, passe du coq à l'âne en permanence, abandonne une activité à peine ébauchée, saute d'une stimulation à une autre sans paraître en garder ni en faire quoi que ce soit. Il glisse de manière un brin évitante à une vitesse assez désarmante d'un propos à un autre, en nous perdant à chaque fois en chemin, dans cette agitation majeure, autant qu'en se perdant lui-même. Mickaël se lasse de tout et nous lasse aussi vite. Il s'épuise rapidement en miroir de l'épuisement massif de tous ses interlocuteurs.

Au final, ce garçon impulsif, caractériel, opposant, sans limites, agité et présentant des troubles attentionnels majeurs, en grande difficulté relationnelle, mais semble-t-il de bonne intelligence et hors du champ manifeste de la psychose, présente tous les caractères de l'instabilité psychomotrice de l'enfant (selon la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, CFTMEA, [4]), ou du TDAH (selon le DSM-IV-R, [3]).

Assez rapidement, nous mettons en place au CAMSP :

- une prise en charge en psychothérapie individuelle pour Mickaël ;
- des consultations de guidance parentale assurée en binôme thérapeutique par le psychiatre et la psychologue ;
- le développement de liens avec l'institution scolaire, conduits en partenariat étroit avec les parents et l'équipe de consultations par l'assistante sociale très impliquée.

#### • **L'enfant survivant**

Nous apprenons que Mickaël est le second d'une fratrie de deux. Mais il est seul à la maison, seul « survivant » puisque son grand frère Charles est décédé à

l'âge de 7 ans et demi d'une tumeur au cerveau dans une très longue et douloureuse histoire traumatique de souffrances, de traitements lourds et d'hospitalisations. Mickaël a été conçu au décours de la maladie du grand frère ; quasiment demandé à ses parents par Charles comme survivance de lui-même et imposé par le père à sa femme en tant que réparation (la maman, étant plus réticente et bien trop absorbée alors par les traumatismes cumulatifs, s'est comme « laissée faire » !). Conçu ainsi comme objet anti-mort, et en même temps fétiche de la mort annoncée, et par là toujours répétée du frère, Mickaël est *in fine* comme « agité du dedans » « une pilule familiale de vie », un antidote aux souffrances et aux angoisses de morts si envahissantes : un pari de survie fait sur un lit de mort.

Mais l'histoire ne s'arrête pas là : Mickaël est deux fois le survivant ! En effet, il a présenté une mort subite du nourrisson à l'âge de trois mois. Charles était alors presque en fin de sa courte vie. Et c'est pourtant lui, le grand frère mourant, qui a découvert son petit frère bleu d'asphyxie, en état de mort apparente, et a permis sa « résurrection ». Mickaël est en effet réanimé et hospitalisé. Finalement, il poursuivra son chemin de vie sans séquelles apparentes, sinon son instabilité. Commence ensuite l'agonie du grand frère et son décès quelques mois plus tard, pendant que Mickaël est évincé de la scène du drame, conduit quelque temps chez une tante maternelle. Dans cette douleur extrême et avec quelle violence, s'entame une longue série de discordances et de ruptures dans la relation précoce de Mickaël à sa mère. Longue série de ruptures puis de retrouvailles en collages réparateurs. Répétitions dans une intrusion et un forçage majeur du lien, et dans le presque même temps et même mouvement un lâchage et une séparation violente avec la mère comme avec le frère ; et plus loin (et peut-être à jamais) avec le père qui ne se remettra jamais de la perte de son fils aîné, et qui n'est jamais venu au CAMSP pour Mickaël ! Faute de place, je ne développerais pas mais on conviendra toutefois que l'authenticité du tableau très prototypique d'instabilité chez cet enfant présente bien la triade instable (instabilité motrice, attentionnelle et affectivo-caractérielle). Mais on conviendra aussi qu'il semble difficile de ne faire qu'une hypothèse fortuite et conjoncturelle quant à ce poids

de l'histoire. Nous devons infléchir la fonction par l'étude du fonctionnement, et compléter le potentiel d'équipement par la nature psychique et affective du développement, c'est-à-dire du déploiement progressivement investi de ce potentiel. Une vision complexe de la psychopathologie développementale s'impose ici comme ailleurs, même si le cas de Mickaël extrême (pour les besoins de ma démonstration) cette obligation.

Il faut simplement mesurer que la place attribuée à Mickaël dans son histoire familiale, comme la surcharge fantomatique de la mort autour de lui, apparaissent comme autant de contenus débordants, non mentalisables et excitant l'agitation de survie permanente de ce garçon. Mais ces contenus se sont trouvés renforcés du côté des faillites du contenant transformateur subjectif : faillite des liens, discordances et ruptures des relations précoces, fragilité monumentale du lien corps/psyché, et difficulté considérable du travail de liaison. Qu'on sache enfin que du côté du processus thérapeutique, c'est probablement et pour l'essentiel l'utilisation de l'autre dans le lien thérapeutique, l'expérience de continuité et de fiabilité du cadre, et de survie de l'objet-thérapeute et de sa bienveillante attention, de l'étalement sur mes propres capacités à jouer, à rêver, à lier les éprouvés ici et maintenant, la relance au fond d'un travail psychique, de jeu et de symbolisation dans un travail d'analyse transitionnelle, de psychothérapie ludique qui seul permettra à Mickaël d'avancer, de réduire sa symptomatologie bruyante, d'étayer ses compétences relationnelles, ludiques, voire attentionnelles, et bien plus loin seulement de pouvoir revisiter son histoire et de commencer à en être moins prisonnier.

## EN CONCLUSION

Depuis les origines de la psychiatrie de l'enfant, différents auteurs ont décrit sous des noms variés des enfants présentant à la fois un comportement agité et des difficultés apparentes à maintenir

leur attention sur une activité précise (chorée mentale, enfant turbulent ou instable psychomoteur, hyperactivité, hyperkinésie...). Le concept de TDAH s'est aujourd'hui imposé en médecine et en psychiatrie avec souvent pour double corollaire une lecture réduite aux seuls comportements apparents d'agitation mêlant des cohortes de plus en plus impressionnantes et considérablement hétérogènes de jeunes patients et un traitement systématique par les psychostimulants.

De ce point de vue, l'hyperactivité nous oblige à repenser et redéplier une lecture clinique et théorique, psychopathologique et thérapeutique, complexe et multidimensionnelle, qui redonne à chaque sujet son épaisseur et sa différence ; qui construise à chaque endroit un projet toujours personnalisé le plus loin possible des « méthodes miracles » et des pensées comme des actions univoques ; qui ré-ouvre enfin une compréhension fine et plurielle des phénomènes d'agitation et des psychopathologies différentielles qui vaillent à travers tous les âges de la vie du plus jeune enfant jusqu'à la personne vieillissante.

Là où il s'agira toujours de différencier le comportement gênant d'une recherche du « pourquoi cela s'agite » et du « comment cela s'agite » pour viser le comment aider à transformer ces enjeux bruyants du comportement.

Toute réduction univoque de la psychopathologie et tout regroupement statistique au seul titre du comportement ont perdu la complexité du sujet souffrant, et écrasé l'agitation dans le pâle registre d'un simple trouble des conduites à redresser, amender, contraindre et résorber... Les enjeux cliniques et thérapeutiques de prises en charge et d'accompagnement se déploient de la même manière selon les axes et les épaisseurs théoriques de la psychopathologie sous-jacente (implicite ou explicite) ; et une théorie univoque et simpliste de l'agitation conduit inévitablement à des pratiques univoques voire maltraitantes de la personne agitée.

Plaidons pour une vision complexe et modeste à la fois, intégrative et multidimensionnelle dans le même mouvement, qui articule à une théorie psychopathologique complexe une « boîte à outils » riche et diversifiée de techniques thérapeutiques et de modes d'accompagnements et de traitements toujours spécifiés en fonction d'un projet personnalisé toujours différent...

1- Ce sigle et terminologie se sont imposés, TDAH pour trouble déficit de l'attention / hyperactivité, plutôt que de THADA : trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention.

2- L'Evidence based medicine ou médecine basée sur des preuves recherche l'utilisation rigoureuse et systématique des meilleures données actuelles de la recherche clinique. Les « preuves » doivent pour cela provenir d'études systématiques : essais contrôlés randomisés, méta-analyses...

3- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. APA (Société américaine de psychiatrie). Actuellement dans sa version V en anglais (mai 2014), version IV-TR en français : DSM-IV-TR, texte révisé. Paris, Elsevier Masson, 2003.

4- Roger Misès et al. Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent R2010 (CFTMEA), Paris, Ehesp, 2012.

## BIBLIOGRAPHIE

- F. Joly. *En souvenir de Julian de Ajuriaguerra. Présentation et introduction théorique à Ajuriaguerra. Comparaison entre les notions de syndrome d'instabilité psychomotrice et de syndrome hyperkinétique. In Enfance & Psy 2012 /1, n°54, p. 147-157.*
- F. Joly. *Figures contemporaines et formes limites des instabilités chez l'enfant. in Sztulmann, Bourguignon et coll. : Les formes contemporaines du malaise dans la civilisation. p.73-101. Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 1996.*
- F. Joly (dir.). *L'Enfant hyperactif ... De quoi s'agit-il? Pourquoi s'agitent-ils? Paris, Ed. du Papyrus, 2007.*
- F. Joly. TIC, TAC, TOC, TOP, TED et THADA : la fonction et le fonctionnement. *In Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent 2010, n°58, p.379-390.*
- F. Joly. *De la faillite des liens au travail de liaison. Approche psychopathologique et thérapeutique du jeune enfant hyperactif. In Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent 2009, Vol 57, n°6, p.468-481.*

**Résumé :** L'hyperactivité, connue depuis longtemps, prend des formes multiples selon les sujets et les âges de la vie, et relève de nombreuses causes. Chez l'enfant, elle est trop souvent traitée sous le seul angle du comportement agité, inadéquat, qu'il faut calmer. L'auteur montre comment les classifications contemporaines ont étouffé une approche clinique et théorique qui seule permet de traiter l'individu dans sa singularité.

**Mots-clés :** Adolescent – Agitation – Cas clinique – Clinique – Enfant – Fantôme – Hyperactivité – Psychopathologie – Théorie.



# De l'enfant à l'adulte hyperactif

Chez l'adulte, l'hyperactivité s'inscrit dans le prolongement du même trouble déjà présent dans l'enfance. Parfois très invalidant au quotidien, ce symptôme est souvent méconnu et ses causes déniées. Retour sur le concept, de La Bruyère aux différentes versions du DSM.

■ Présenter l'hyperactivité chez l'adulte dans un dossier consacré à l'agitation comporte un risque de malentendu qui sera levé en préambule par un bref rappel. L'hyperactivité, comme sa cousine l'agitation, est un symptôme présent dans une grande variété de troubles mentaux. Mais, par raccourci et par commodité, l'usage s'est imposé en français de désigner « hyperactif » un enfant qui présente un syndrome complexe, actuellement dénommé « Trouble : Déficit de l'Attention/Hyperactivité » (TDA/H) (voir encadré p. suivante). L'hyperactivité chez l'adulte dont il est question ici n'est pas un symptôme isolé, mais bien l'ensemble du syndrome.

Un patient dit hyperactif, enfant ou adulte, présente donc le plus souvent un syndrome beaucoup plus hétérogène que l'agitation excessive, qui comporte aussi une impulsivité et un déficit d'attention invalidants. Le raccourci simplificateur qui labélise l'ensemble dans le langage courant sous l'étiquette « hyperactivité » est donc trompeur. Et il est encore plus fâcheux chez l'adulte que chez l'enfant, car même si le patient a souffert d'une très forte hyperactivité dans son enfance,

il a de plus grandes chances de ne présenter qu'une agitation résiduelle une fois adulte (voir *infra*).

La plupart des adultes hyperactifs ne montrent donc qu'une agitation modeste. Ils souffrent davantage d'impulsivité et de déficit d'attention qui en font des étourdis, à l'image de Ménélaque dépeint par La Bruyère (1975) : « *Il commence ensuite un conte qu'il oublie d'achever ; il rit en lui-même, il éclate d'une chose qui lui passe par l'esprit, il répond à sa pensée, il chante entre ses dents, il siffle, il se renverse dans une chaise, il pousse un cri plaintif, il baille, il se croit seul.* »

Une minorité, les plus hyperactifs et impulsifs d'entre eux, présente cependant un risque élevé d'évolution sévère, notamment vers les conduites antisociales.

## LES ÉTOURDIS

Il est assez inattendu de reconnaître les signes de l'actuel TDA/H sous la plume de La Bruyère qui observe ses contemporains, en philosophe et moraliste de la fin du XVII<sup>e</sup> siècle. La lecture en est saisissante pour le clinicien d'aujourd'hui. Pour faire bref, les bévues incessantes de Ménélaque rappellent celles de personnages bien connus campés par Pierre Richard au cinéma (1).

Pour ses *Caractères*, La Bruyère s'est inspiré de ceux de Théophraste, un autre philosophe. Parmi les personnages troublés que ce dernier avait portraiturés figurent déjà un distrait et plusieurs agités, citoyens d'Athènes quatre siècles avant notre ère. La Bruyère rapporte en saynètes cocasses

les étourderies, faites d'un mélange d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité, envahissant les moindres faits et gestes de Ménélaque. Tenir une conversation, avec assez de présence d'esprit et d'à-propos requiert un soutien de l'attention et un contrôle des réactions qui excèdent les capacités du héros : « *Enfin il n'est ni présent ni attentif dans une compagnie à ce qui fait le sujet de la conversation. Il pense et il parle tout à la fois ; mais la chose dont il parle est rarement celle à laquelle il pense ; aussi ne parle-t-il guère conséquemment et avec suite : où il dit non, souvent il faut dire oui, et où il dit oui, croyez qu'il veut dire non ; il a, en vous répondant si juste, les yeux ouverts, mais il ne s'en sert point : il ne regarde ni vous ni personne, ni rien au monde. Tout ce que vous pouvez tirer de lui, et encore dans le temps qu'il est le plus appliqué et d'un meilleur commerce, ce sont ces mots : Oui vraiment ; C'est vrai ; Bon ! tout de bon ? Oui-da ! je pense qu'oui ; Assurément ; Ah ! ciel ! et quelques autres monosyllabes qui ne sont pas même placées à propos.* »

Ces bévues peuvent sembler des désagrèments banals. Mais La Bruyère prend soin de faire sentir à son lecteur à quel point elles envahissent et affectent l'existence de Ménélaque : « *Vous le prendriez souvent pour tout ce qu'il n'est pas : pour un stupide, car il n'écoute point, et il parle encore moins ; pour un fou, car outre qu'il parle tout seul, il est sujet à de certaines grimaces et à des mouvements*

---

## François BANGE

---

Psychiatre, CH Sainte-Anne,  
CHU Robert-Debré, Paris.

## Critères diagnostiques du Trouble : Déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H)

### A) Présence de (1) ou de (2) :

– (1) Six des symptômes suivants d'inattention (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

- a) Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités ;
- b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux ;
- c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement ;
- d) Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition ni à une incapacité à comprendre les consignes) ;
- e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités ;
- f) Souvent évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison) ;
- g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (jouets, cahiers, crayons, livres, outils) ;
- h) Souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes ;
- i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne.

– (2) Six des symptômes suivants d'hyperactivité/impulsivité (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

#### • Hyperactivité

- a) Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège ;
- b) Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis ;
- c) Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice) ;
- d) A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir ;
- e) Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » ;
- f) Parle souvent trop ;

#### • Impulsivité

- g) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée ;
- h) A souvent du mal à attendre son tour ;
- i) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (par exemple fait irruption dans les conversations ou dans les jeux).

**B) Certains des symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.**

**C) Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (par exemple école, travail, maison).**

**D) On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.**

**E) Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours du trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie, ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif ou trouble de la personnalité).**

### Trois sous-types cliniques :

- Déficit de type mixte ou combiné : les critères A1 et A2 sont satisfaits pour les 6 derniers mois.
- Déficit de type inattention prédominante : le critère A1 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A2.
- Déficit de type hyperactivité/impulsivité prédominante : le critère A2 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A1.

• **Source : American Psychiatric Association. DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>e</sup> ed., Texte révisé, Traduction française par J.D. Guelfi et al., Masson, Paris, 2003.**

## Commentaires

Ce tableau rassemble les critères diagnostiques du TDA/H dans le DSM-IV. Le DSM-V s'en éloigne peu pour ce qui nous occupe, mais il répond au souci de faciliter le diagnostic chez l'adulte. Le DSM-IV et le DSM-IV-R comportent cinq critères de A à E.

– Le premier critère est subdivisé en deux : A1 pour la description des symptômes de l'inattention et la durée requise pour leur présence, et A2 pour l'hyperactivité-impulsivité. Le nombre de symptômes nécessaires est de 6 pour A1 et A2 chacun, selon le DSM-IV. Le DSM-V a pris l'option d'abaisser à 5 symptômes le seuil diagnostique chez l'adolescent après 17 ans et chez l'adulte, pour tenir compte de l'évolution en fonction de l'âge qui sera décrite un peu plus loin.

– Le critère B concerne l'ancienneté requise pour la présence de symptômes avec une gêne fonctionnelle significative. Dans le DSM-IV le plafond à 7 ans est souvent difficile à vérifier chez l'adulte d'âge mûr. Le DSM-V a donc pris l'option de remonter le plafond à 12 ans tout en supprimant la nécessité d'une gêne fonctionnelle antérieure.

– Le critère C qui concerne les contextes où ils sont observés reste inchangé dans le DSM-V.

– Le critère D qui impose l'existence d'un retentissement fonctionnel significatif reste inchangé dans le DSM-V.

– Le critère E établit une liste de diagnostics excluant celui du TDA/H, qui ne mentionne plus l'autisme dans le DSM-V.

de tête involontaires ; pour un homme fier et incivil, car vous le saluez, et il passe sans vous regarder, ou il vous regarde sans vous rendre le salut. »

« Stupide », « fou », « incivil », rien d'anodin. Susciter le rejet est le lot habituel de ces adultes. C'est un trait crucial du TDA/H : le syndrome envahit la vie de celui qu'il affecte quelles que soient les circonstances, il sévit sans soucis du lieu et du moment. Cela le distingue d'autres syndromes psychiatriques avec lesquels il a par ailleurs des points communs. Ainsi, dans les phases maniaques d'un trouble bipolaire et dans leur forme atténuée, l'hypomanie, on rencontre habituellement des symptômes d'hyperactivité, d'impulsivité et d'inattention. Mais le trouble bipolaire se caractérise de façon classique par l'alternance de phases critiques circonscrites, où flambent ces symptômes, et de longues phases inter-critiques, où l'état du patient revient à la normale. Il n'y a rien d'une telle alternance dans le TDA/H, aucune phase bien individualisée ne se distingue, au contraire, le fait que les troubles évoluent de façon ininterrompue depuis l'enfance est une clé de ce diagnostic.

### LES ADULTES INSTABLES...

Le TDA/H chez un adulte s'inscrit toujours dans la prolongation du même trouble déjà présent pendant l'enfance. C'est une autre clé du diagnostic, le TDA/H ne démarre jamais à l'âge adulte, ni à l'adolescence. Même lorsque le diagnostic est posé tardivement, l'anamnèse comporte obligatoirement la restitution de symptômes significatifs existant avant la puberté. Mais aucun des troubles mentaux apparaissant dans l'enfance n'était mentionné dans la toute première version du DSM (1952), et rien n'évoquait le TDA/H ni chez l'enfant ni chez l'adulte. Les « adultes instables » avaient pourtant été décrits dans la décennie 1910 par Kraepelin qui se référait à des travaux... français (2). Le syndrome fait donc son entrée dans les classifications avec le DSM-II (1968), sous le label de « réaction hyperkinétique de l'enfance », sans mention qu'il puisse perdurer chez l'adulte.

L'approche du DSM-II est caractérisée d'une part par la référence à un processus étiologique, la « réaction » en référence aux conceptions générales d'Adolf Meyer (3) et aux théories psychanalytiques de Winnicott, et d'autre part par la présence de « suractivité, agitation, distractibilité,

brève durée d'attention ». Le phare du syndrome est l'« hyperkinésie », une spectaculaire agitation motrice.

Ainsi, l'hyperkinésie chez l'enfant survient en réaction à des difficultés rencontrées dans l'entourage familial ou social, et l'agitation témoigne d'un conflit psychoaffectif intérieur ou avec l'extérieur. Ce postulat des causes psychodynamiques de l'hyperactivité survit : l'hyperactivité d'un enfant est en réalité une sorte de réaction maniaque par laquelle il lutte contre un processus dépressif sous-jacent. L'oxymore rode : l'enfant est à la fois dépressif et en réaction maniaque. Et les fondements empiriques se font rares, car l'existence d'une dépression préalable au développement de l'hyperactivité n'est habituellement pas confirmée par l'observation clinique de l'enfant.

### DU DSM-III AU DSM-V

L'exigence d'améliorer la fiabilité des diagnostics psychiatriques s'impose dans la décennie 1970. Il s'agit de faire en sorte que les psychiatres aboutissent à un meilleur diagnostic commun lorsqu'ils examinent un patient. Le DSM-III (1980) est la première tentative conséquente en ce sens, et pour atteindre cet objectif chaque trouble mental y est décrit par une liste de critères diagnostiques spécifiques. Les troubles sont définis par des symptômes, des comportements observables, sans référence à des processus étiologiques présumés. La « réaction hyperkinétique de l'enfance » est alors abandonnée au profit du « Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDA/H) ».

C'est une révolution, à bien des points de vue : premièrement le syndrome est défini de façon descriptive sans référence à un mécanisme explicatif, deuxièmement l'hyperkinésie passe au second plan au profit du déficit d'attention et l'existence d'une forme sans hyperactivité est admise, enfin le syndrome n'est plus limité à l'enfance et sa persistance possible chez l'adulte est admise.

Le caractère opérationnel du DSM-III permet le recueil de données statistiques sur le terrain, c'est-à-dire auprès des cliniciens, afin de faire avancer les connaissances. Au fil de plusieurs révisions (4), la définition du syndrome chez l'enfant évolue de façon significative. C'est le DSM-IV qui labélise et définit l'actuel TDA/H, le DSM-V venant à peine d'être publié en anglais (voir tableau et commentaires).

Les formulations spécifiques à l'adulte sont rares dans le DSM-IV, et nettement plus nombreuses dans le DSM-V. Il est ainsi précisé dans les deux que l'hyperactivité peut prendre la forme d'un sentiment de nervosité (« sentiment subjectif d'impatience motrice »), et d'une difficulté à s'engager dans des activités calmes et sédentaires. Mais le DSM-V mentionne plus d'activités ou de responsabilités propres aux adultes, telles que les conférences et les réunions sur le lieu de travail, la gestion du temps et des rendez-vous, les factures à payer, la lecture ou la rédaction de documents et de rapports longs...

### L'ÉVOLUTION CHEZ L'ADULTE.

Les cliniciens qui suivent au long cours les enfants souffrant d'un TDA/H observent que le tableau clinique évolue, et qu'il se modifie de façon marquée à l'adolescence. C'est ce qu'ont démontré nettement les travaux de Russel Barkley et de Rachel Klein. Cette dernière a suivi depuis les années 1970 une cohorte d'enfants new-yorkais âgés de 6 à 12 ans, qui ont été périodiquement réévalués afin d'observer leur évolution. La dernière publication (2012) faisait état d'un suivi moyen de 33 ans ! Ainsi ce suivi longitudinal d'une durée exceptionnelle fournit un ensemble de données sur le devenir à l'âge adulte des enfants affectés par le syndrome (5).

Le changement le plus facilement observable est la diminution de l'hyperactivité qui peut aller jusqu'à sa disparition, accompagnée d'une diminution moindre de l'impulsivité et bien moindre de l'inattention. Entre 6 ans et 20 ans, le nombre moyen de symptômes diminue de 50 % pour l'agitation, de 40 % pour l'impulsivité et de seulement 20 % pour l'inattention. À cette évolution quantitative des symptômes, s'ajoute une évolution qualitative. Seule l'agitation sera abordée dans ce texte, c'est-à-dire l'« hyperactivité - impulsivité » du DSM. Dans la description clinique qui suit il apparaîtra que l'impulsivité est responsable d'une grande part des conséquences délétères de l'hyperactivité-impulsivité.

### UNE BOUGEOTTE INCESSANTE

L'hyperactivité qui persiste chez l'adulte ne s'extériorise pas de la même façon que dans les premières années. Le « besoin de courir et de grimper partout » du DSM-IV pour l'enfant n'est plus un symptôme pertinent ! Chez l'adulte, ce type de comportement appelle d'autres diagnostics



© Artur Heras.

psychiatriques plus probables : état maniaque, état délirant, trouble organique...

Les symptômes d'hyperactivité qui persistent éventuellement après l'adolescence relèvent d'une « bougeotte » incessante. Les adultes hyperactifs remuent plus ou moins discrètement mais constamment, à moins de faire un effort spécial. Assis, ils changent de position, s'agitent sur le siège, gigotent, se trémoussent, balancent le tronc, se tortillent d'une fesse sur l'autre, tordent les mains ; ils ont des trépidations dans les membres inférieurs ; ils triturent les objets ; ils tambourinent sur la table. Ils parviennent difficilement à rester tranquilles, même quand il le faudrait absolument. Les activités assises, les réunions, les repas, les conférences, les spectacles... sont une corvée, voire un supplice pour eux. Ils se lèvent à la moindre occasion, sortent dès qu'ils le peuvent, font les cent pas, arpentent les couloirs.

L'anamnèse restitue les conséquences de cette bougeotte : évitement des professions sédentaires, recherche d'activités nombreuses dans la vie professionnelle et quotidienne, dans le sport, en famille et pendant les vacances. Ce sont des adultes qui ne s'arrêtent jamais, ce qui amuse leurs enfants mais use leurs conjoints.

Chez l'adulte, il est fréquent que des signes plus ténus succèdent à l'hyperactivité spectaculaire de son enfance. Il ne subsiste alors qu'un symptôme internalisé : un sentiment d'impatience motrice, de nervosité, de tension ou d'agitation intérieure, ressenti quand le sujet reste immobile.

### LES DANGERS POTENTIELS

L'impulsivité se manifeste sur différents plans, moteur, verbal, cognitif, enfin émotionnel, avec des conséquences qui en font potentiellement le trait le plus néfaste et le plus dangereux du TDA/H chez l'adulte.

Le sujet s'impose sans réfléchir dans les activités d'autrui. L'impatience le gêne pour attendre son tour. Il interrompt à tout moment les réunions de travail ou bien les activités de jeux de ses enfants.

L'impulsivité verbale emprunte des formes variées, faciles à observer, y compris en consultation. La personne parle étourdiment, sans réfléchir, dit tout ce qui passe par la tête sans tenir compte du moment ni des conséquences ; sitôt une idée venue, sitôt exprimée. Contrairement à un état maniaque ou délirant, elle a une conscience critique immédiate d'un propos incongru qu'elle vient de lâcher et aimerait pouvoir retirer.

À la différence de cette impulsivité verbale par inadvertance, une autre manifestation est plus délibérée ; le sentiment d'urgence à dire les choses est favorisé par la crainte de perdre une idée dans l'instant suivant son émergence. L'impulsivité verbale devient intrusive : commencer à répondre à un interlocuteur avant même que la question soit complètement posée ; ne pas attendre son tour de parole ; interrompre les autres dans les conversations, les cours, les réunions. À l'écrit, cela consiste à jeter sur le papier les idées telles qu'elles viennent pour lutter contre leur fugacité, aboutissant à un texte désorganisé.

À l'oral comme à l'écrit, le discours est mal contrôlé, profus, logorrhéique. Les digressions sont nombreuses, le fil directeur est difficile à suivre, le discours est vite à mille lieues du point de départ. Si un interlocuteur essaie d'intervenir, l'impulsif réagit par de l'agacement ou du désarroi, l'interruption risquant d'aggraver encore la dérive : « *Je ne suis pas clair, je m'embrouille ; de quoi était-on parti déjà ? ; je n'arrive pas à m'expliquer.* »

L'impulsivité possède un volet cognitif : la prise de décision hâtive et irréfléchie, le manque de calcul, l'action non préparée. Les conséquences sont lourdes, car l'adulte beaucoup plus que l'enfant est confronté à ses responsabilités et aux conséquences de ses actes.

L'impulsivité aggrave la faible tolérance à la frustration, lot des adultes facilement contrariés et qui s'emportent pour des riens. Elle exacerbe le mauvais contrôle des colères qui éclatent en explosions verbales brutales avec une tournure clastique : les portes claquent, les cloisons reçoivent des coups, l'ordinateur aussi, le téléphone portable vole. L'agressivité physique contre les personnes est plus rare. Les enquêtes épidémiologiques démontrent que les formes du TDA/H où l'impulsivité est la plus forte ont le plus mauvais pronostic. L'impulsivité est le plus dangereux des symptômes du TDA/H chez l'adulte, elle entraîne des conflits et des suites désastreuses dans la vie

professionnelle (changements de carrières décidés sur un coup de tête) et personnelle (ruptures amicales et conjugales). Dans la conduite automobile, l'impulsivité est responsable d'attitudes dangereuses au volant, d'infractions et d'accidents.

Chez les adultes souffrant d'une hyperactivité-impulsivité plus sévère, le risque est plus élevé d'abus et de dépendance aux psychotropes, principalement le tabac, le cannabis et l'alcool, ainsi que de consommation des drogues dites « dures ». Le risque de suicide est plus élevé. De même celui d'éclosion d'une personnalité antisociale. Enfin la présence dans le système carcéral de nombreux jeunes adultes ayant un TDA/H avec une hyperactivité-impulsivité sévère est maintenant bien démontrée.

## CONCLUSION

Le devenir des adultes souffrant d'un TDA/H avec une hyperactivité-impulsivité est de mieux en mieux connu grâce à des enquêtes épidémiologiques rendues possibles par l'existence de critères diagnostiques opérationnels. Les difficultés variées, et certaines dramatiques, qu'engendre ce syndrome, dont la cause primaire reste trop souvent méconnue pour ne pas dire déniée, provoquent une demande et une consommation de soins psychologiques et psychiatriques.

Il n'existe pas de traitement curatif pour le TDA/H, mais seulement des méthodes palliatives. L'aide psychosociale associée à la thérapie cognitive et comportementale, ainsi que le traitement pharmacologique ont été validés, selon les principes de la médecine fondée sur les preuves. Le recours aux thérapies psychodynamiques relève du seul choix du patient dûment informé de l'absence d'évaluation des bénéfices éventuels.

1- L'acteur Pierre Richard a interprété de nombreux personnages d'étonné, de distrait, de gaffeur. On peut citer dans ce registre *Le Distrait* (qu'il réalise lui-même en

1970), deux opus du Grand Blond (Yves Robert, 1972, 1974), *La Chèvre* (F. Veber, 1981)...

2- Dans la 8<sup>e</sup> édition de son traité de psychiatrie, Kraepelin décrit les « psychopathes sans repos » : « Ces adultes instables sont comme les enfants instables des auteurs français » faisant référence au Dr D.-M. Bourneville notamment.

3- Le psychiatre Adolf Meyer (1866-1950) conçoit alors les troubles mentaux comme des types de réactions pathologiques de l'individu à des sources de stress environnementales.

4- Ce sont le DSM-III-R (1987), le DSM-IV (1994), le DSM-IV-TR (2000), enfin le DSM-V (mai 2013).

5- Une conférence en français de Rachel Klein en 2013 est disponible sur [www.tdah-ressources.org](http://www.tdah-ressources.org).

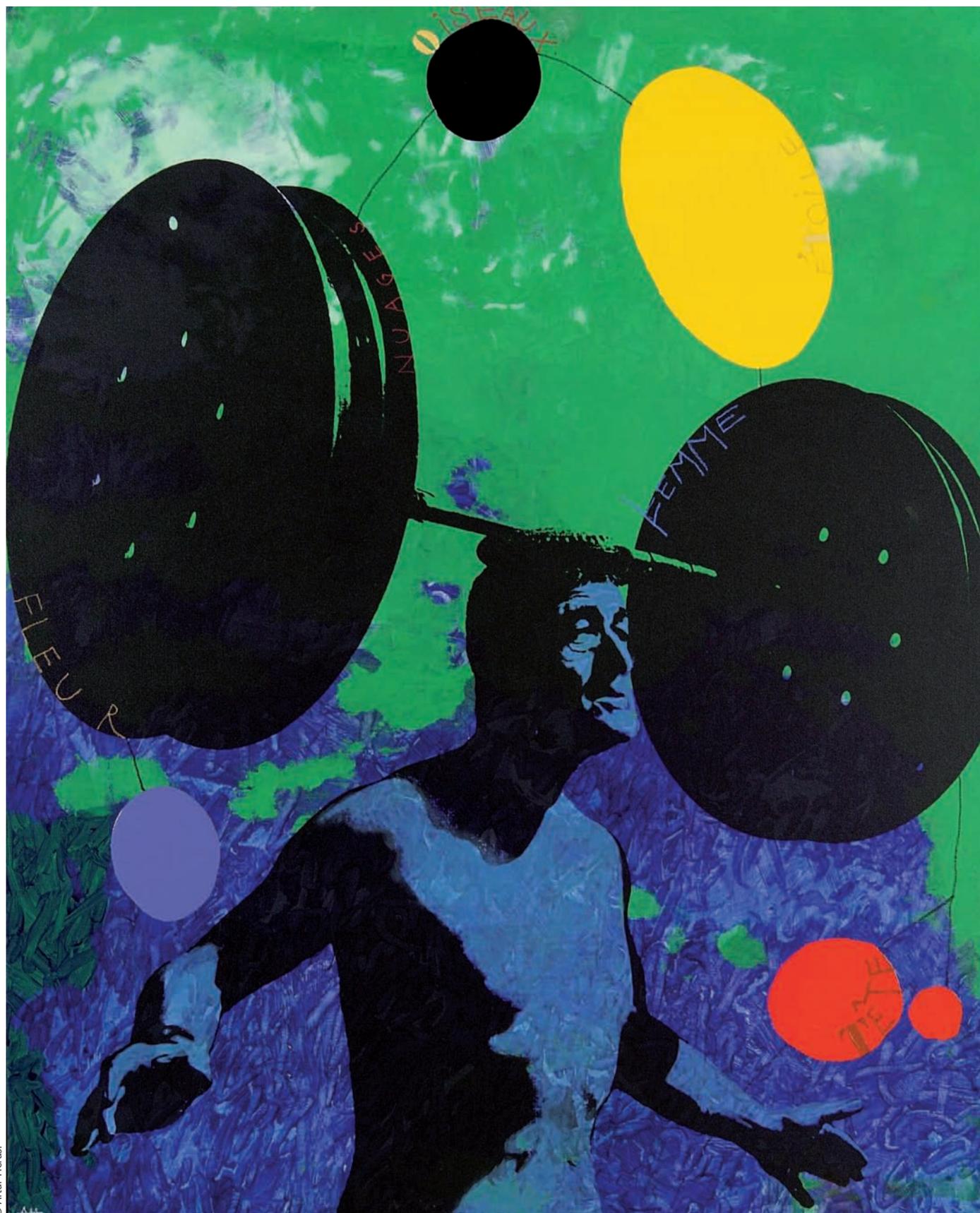
## BIBLIOGRAPHIE

- Site internet : [www.tdah-ressources.org](http://www.tdah-ressources.org)
- American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4<sup>e</sup> ed., Texte révisé, Traduction française par J.D. Guelfi et al., Masson, Paris, 2003.
- Bange F. *Comprendre et soigner l'hyperactivité chez l'adulte*. 2<sup>e</sup> éd. Dunod, Paris, 2009.
- Barkley R.A., Fischer M., Edelbrock C.S. (1990). « The Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed by Research Criteria : I. An 8-Year Prospective Follow-up Study », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29 (4), 546-557.
- Barkley R.A., Murphy K.R., Kwasnik D. (1996). « Motor vehicle driving competencies and risks in teens and young adults with attention deficit hyperactivity disorder », *Pediatrics*, 98, 1089-1095.
- Barkley R.A., Fischer M., Smallish M. (2004). « Young adult follow-up of hyperactive children : antisocial activities and drug use », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 195-211.
- Biederman J., Petty C.R., Dolan C., et al. (2008). *The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study*. *Psychological Medicine*, 38(7):1027-36.
- Bouvard M, Le Heuzey M.F., Mouren-Siméoni M.C., et al. *L'Hyperactivité de l'enfance à l'âge adulte*, Paris, Doin, 2002.
- Klein R.G., Mannuzza S., Ramos Olazagasti MA, et al., *Clinical and Functional Outcome of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder 33 Years Later Archives of General Psychiatry*. 2012;69(12):1295-1303
- La Bruyère J., *Les Caractères*, Gallimard, 1975.
- Satterfield J.H., Faller K.J., Crinella F.M., et al. (2007). *A 30-year prospective follow-up study of hyperactive boys with conduct problems: adult criminality*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(5):601-10.
- Wender P.H., Ward M.F., Reimherr F.W. (2000). « ADHD in adults », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 543.

**Résumé :** Si l'hyperactivité est en quelque sorte connue depuis l'Antiquité, la description de ce symptôme a beaucoup évolué en psychiatrie. Chez l'adulte, elle est le prolongement de celle présente dans l'enfance. L'auteur la décrit dans ses répercussions au quotidien et revient sur les évolutions diagnostiques au fil de la classification internationale du DSM, montrant comment les descriptions rejaillissent sur la prise en charge.

**Mots-clés :** Adulte – Anamnèse – Diagnostic – DSM – Hyperactivité – Impulsivité – Littérature – Syndrome – Trouble de l'attention – Trouble du comportement.

# Unité de soins intensifs



# en psychiatrie

Traiter l'agitation sans recourir de façon systématique à la contention ou à l'isolement nécessite parfois du sur-mesure. L'Unité de soins intensifs en psychiatrie (Usip) propose des outils spécifiques et une présence soignante renforcée. Présentation de l'Usip de Caen.

Le concept d'Unité de soins intensifs en psychiatrie (Usip) a vu le jour dans les années 1970 aux États-Unis et en Angleterre, où ce modèle s'est le plus développé, à partir de recommandations spécifiques et de nombreux travaux. On trouve également ce type de structures en Norvège, Suède, Canada, Australie, Slovaquie.

L'Usip prend en charge des patients présentant un état psychiatrique aigu avec des troubles du comportement à risque (agitation, agressivité, suicide, fugue). Le plus souvent, c'est une unité de petite taille, offrant des outils thérapeutiques spécifiques, pour une durée d'accueil limitée (1). Le concept fondamental est celui de la ségrégation du patient (2), pour le protéger de stimulations et de tensions pathogènes émanant des autres. Parallèlement, il s'agit de ne pas systématiquement l'isoler et au contraire de renforcer la présence soignante et la relation thérapeutique (réassurance, désescalade, surveillance, évaluation plus détaillée, occupations thérapeutiques).

Les structures de ce type améliorent la prise en charge des états pathologiques intenses et compliqués et permettent de réduire les risques de violence (2) et le recours aux moyens plus coercitifs de

contention ou d'isolement (mise en chambre de soins intensifs [CSI]).

En France, les premières Usip ont été créées à un niveau intersectoriel régional et avec des critères d'admission restrictifs (patients en soins sous contrainte, durée de séjour maximale de deux mois) (3). Ces unités répondent aux besoins de services en difficulté et offrent ainsi une réponse intermédiaire entre le secteur et les Unités pour malades difficiles (UMD). En l'absence de réglementation spécifique, moins de dix Usip ont pu être identifiées lors d'une enquête réalisée en 2009 (4). Parmi elles, celles fonctionnant pour et dans un seul service sectorisé sont rares.

## L'USIP DE CAEN

Le service sectorisé de psychiatrie adulte du CHU de Caen disposait auparavant de deux unités d'admission avec chacune une CSI. Ces unités censées être ouvertes étaient en fait fermées environ 80 % du temps, le plus souvent pour répondre à l'agitation d'un ou deux patients qui, par contagion, entraînait une tension constante, provoquant stress et agitation chez les autres personnes hospitalisées. Les pressions, les clivages et les alliances entre plusieurs patients retranchaient régulièrement les soignants dans un rôle de surveillance et de contrôle. Ils se retrouvaient alors trop souvent débordés et dépossédés de lien thérapeutique adéquat, avec un vécu d'impuissance, de stress, de peur.

En 2007, la création de l'USIP au sein du service s'est réalisée en restructurant quatre chambres individuelles et les deux CSI dans une seule unité fermée, communiquant par un sas à double porte (entrée des patients et des proches), et

adjacente à l'une des unités d'admission avec laquelle elle communique via le poste de soins (permettant les échanges entre soignants et facilitant les renforts). Les conditions matérielles offrent ainsi une sécurité soutenue et facilitent la réduction des risques. L'équipe soignante intervient par roulements à l'Usip (trois soignants en journée dont un infirmier) et dans l'unité d'admission adjacente, ce qui conjugue continuité des soins et protection des soignants du *burn-out*. L'équipe est mixte et régulièrement en majorité féminine.

Les deux unités d'admission garantissent aujourd'hui un climat serein et la libre circulation des patients qui ne justifient pas de restriction, respectant ainsi la circulaire Veil de 1993 (5) et la nouvelle loi de 2011 sur les soins en psychiatrie (6). La nécessité de garantir cette liberté d'aller et venir a été réaffirmée par le Contrôleur général des lieux de privation et de liberté dans son rapport d'activité 2013 (7). Si le service reste confronté aux situations de violence (risques inhérents à un service de psychiatrie), le vécu des équipes a, lui, considérablement évolué et le nombre d'incidents de violence déclarés a nettement chuté. Le stress lié à la violence n'est plus omniprésent. Le renfort par des équipes de sécurité de l'établissement, auparavant très régulièrement sollicitées, est devenu exceptionnel.

## FONCTIONNEMENT

En journée, trois soignants (dont au minimum un infirmier) sont présents dans l'Usip, deux pendant la nuit. La prise en charge médicale est assurée par un psychiatre et un interne. L'unité bénéficie de l'intervention d'assistantes sociales,

**Pierrick LEBAIN\***,  
**Sonia DOLLFUS\*\***

\*Psychiatre, Usip, CHU de Caen,

\*\* Professeur de Psychiatrie, Université de Caen Basse-Normandie, Chef de Pôle, CHU de Caen.

### L'activité de l'unité de soins intensifs en psychiatrie

Chaque année, l'Usip prend en charge environ 80 patients (100 séjours). Moins de 10 patients ont effectué plusieurs séjours dans l'année. La moyenne d'âge est de 38,9 ans avec 70 % d'hommes.

• **Durée de séjour.** En 2013, le taux d'occupation des 4 lits est de 82 %, les 2 chambres soins intensifs (CSI) ont été occupées à 60 % du temps. Trois patients ont eu des durées de séjours longues (plus de 90 jours) pour des troubles résistants ou des difficultés d'orientation (en structures extra-hospitalières adaptées avec nécessité d'un service fermé). La durée moyenne de séjour des 77 autres patients était de 14,5 jours.

• **Troubles.** Une majorité de patients présentaient des troubles psychotiques et/ou de l'humeur (soit 71 %, dont 25 % de troubles psychotiques seuls), et étaient admis pour agitation (35 %), agressivité (26 %), risque de fugue (11 %) ou risque suicidaire (10 %).

• **Admission.** Les patients étaient principalement adressés par les urgences psychiatriques (42 %), les autres unités du service (24 %) ou directement (24 %). 20 % des patients étaient pris en charge en soins libres, 9 % étaient mineurs, 53 % en Soins à la demande d'un tiers (SDT) ou en péril imminent (SPI) et 19 % en Soins sur décision d'un représentant de l'État (SDRE) (6).

• **Orientation à la sortie.** À l'issue de leur séjour, les patients étaient admis dans une unité ouverte du service (70 %), sortaient directement (18 %) ou étaient mutés vers un autre établissement (12 %).

d'ergothérapeutes et de psychologues du service. Des activités thérapeutiques sont organisées dans l'unité ou en dehors (ergothérapie, sport, parc, cafétéria du service, participation aux activités organisées dans les unités ouvertes). Un staff quotidien évalue chaque prise en charge et permet aux intervenants d'avoir la même connaissance clinique et thérapeutique du patient, ce qui assure la cohérence et la continuité des interventions et évite les attitudes contradictoires ou inappropriées. Les décisions sont partagées, qu'il s'agisse du contrat de soins, des visites, des activités thérapeutiques, des mesures d'isolement ou de contention, des protocoles de risque (violence, dangerosité, suicide). Une fois par semaine, la synthèse de la prise en charge du patient est revue et tracée.

Dès son arrivée, chaque patient, s'il n'est pas déjà connu, se voit attribuer une unité d'admission référente où il sera orienté par la suite. L'équipe de l'Usip intervient au cours de la réunion hebdomadaire de chaque unité ouverte pour partager la réflexion clinique et les décisions thérapeutiques. Les mutations ou le temps d'accueil en unité ouverte sont partagées entre les deux équipes. Ce travail de lien répond au risque de morcellement de la prise en charge.

#### • Protocoles

Plusieurs protocoles, diffusés et accessibles à tous, concernent :

- l'organisation de l'Usip ;
- la prévention des risques, avec les critères d'évaluation clinique et les mesures

à prendre (en cas violence, dangerosité, suicide). Le risque de chaque patient est affiché sur le tableau de service. L'échelle de prédiction de la violence sur 24 heures *BVC (Brosët Violence Checklist)* (8) est remplie deux fois par jour, en fin de roulement de l'équipe soignante, et tracée sur la pancarte avec les constantes du patient ;

– la technique de la désescalade (voir du même auteur, p. 26), utilisée dans la gestion des agitations ;

– les mesures d'isolement et de contention, qui sont également tracées et font l'objet d'évaluation des pratiques professionnelles.

#### • Règlement

Tous les patients de l'Usip sont en pyjama (ou tenues d'intérieur de préférence personnelles). Ils ne sortent de l'unité qu'accompagnés de soignants, éventuellement sous la responsabilité de leur famille, selon autorisation. Le courrier est libre et les patients sont autorisés à téléphoner sous la supervision des soignants (les téléphones portables sont interdits). Les visites autorisées (rythme, durée, personnes concernées) se déroulent dans la chambre du patient et peuvent, dans certains cas, avoir lieu dans le parc sous la responsabilité du visiteur. Des permissions sont parfois autorisées s'il est nécessaire et cohérent de conjuguer soins intensifs en hospitalisation et temps hors de l'hôpital (en lien avec l'entourage). La consommation de tabac est interdite dans les locaux et lors des différentes

activités thérapeutiques. La prescription et la distribution de substituts nicotiques sont organisées dès l'admission. Les patients et les visiteurs reçoivent une information écrite sur ce règlement et sur leurs droits légaux en cas de soins sous contrainte. L'application du maximum de règles communes à tous et soumis à un règlement écrit permet de réduire les tensions dues à une différence de traitement entre patients ou d'interprétation autour de décisions vécues comme personnelles.

### THIERRY MENACE SA MÈRE

Thierry, 36 ans, est suivi pour schizophrénie et polytoxicomanie sévère. Il vit seul et perçoit l'allocation adulte handicapée. Il est sous buprénorphine, antidépresseurs et anxiolytiques mais a interrompu son traitement neuroleptique depuis plusieurs mois. Il s'est introduit chez sa mère, véhément, violent, et proférant des menaces de mort. Sa mère a réussi à appeler les secours. Aux admissions, une mesure de soins à la demande d'un tiers (SDT) est déclenchée alors que Thierry est agité, agressif, nécessitant des contentions physiques.

#### • Admission à l'Usip

Thierry est accueilli à l'Usip et placé immédiatement en CSI pour évaluation. Il est extrêmement tendu, hostile, et nie la violence exercée sur sa mère. Il est très amaigri. Il verbalise des hallucinations auditives et des idées mégalomaniaques de « *pouvoirs suprêmes* ». Malgré la sédation initiale, son comportement reste imprévisible et inquiétant avec un risque d'agitation et de violence. Les soignants sont constamment vigilants, en raison de réactions impulsives. Un traitement neuroleptique est mis en place avec, pour critères de choix, l'objectif à terme d'un traitement à action prolongée injectable, la nécessité d'une tolérance cardiovasculaire et la prise en compte de l'efficacité et de la tolérance des traitements antérieurs.

#### • Évolution

Le lendemain, le risque d'agitation est toujours présent. Thierry réagit parfois intensément aux contrariétés et reste hostile. Toujours délirant, il refuse le principe du traitement neuroleptique (sans toutefois s'opposer physiquement à sa prise). Mais il se calme un peu. La relation avec les soignants s'améliore

avec une attention soutenue de leur part sur le risque de tension. L'isolement en CSI est levé partiellement au bout de deux jours, les sorties de la chambre s'effectuant autour des repas dans la salle commune. La petite taille de l'unité et la faible interaction avec les autres patients permettent en effet rapidement des moments hors de la CSI sans la présence continue de soignants à ses côtés. La surveillance demeure ainsi contenante sans être trop oppressante. Les soignants, plus disponibles qu'en unité ouverte, observent étroitement et continuellement les réactions de Thierry et restent à l'écoute (de ses ressentis, de ses idées délirantes) pour prévenir une phase d'agitation. Ils maintiennent les limites et travaillent à le rassurer et à apaiser la relation. En cas de recrudescence des signes de tensions ou d'agitation, on propose à Thierry d'accepter librement de passer un temps en CSI pour s'apaiser, rester maître de ses émotions et de ses comportements et gagner notre confiance. Après trois jours de temps de sortie de la CSI progressivement élargis, la mesure est totalement levée.

#### • Sortie

En chambre individuelle dans l'Usip, Thierry reste dans le déni de ses troubles et verbalise toujours son refus du traitement neuroleptique. Après stabilisation de la posologie du neuroleptique *per os*, il est informé du projet de relais en forme retard injectable à libération prolongée. On lui propose de prendre ses repas en unité ouverte pour avancer dans son parcours de soins. Malgré le déni de ses troubles et le refus de soins, Thierry coopère en respectant le cadre de soins en unité ouverte. Le risque de fugue devient très faible. L'équipe de l'unité ouverte a fait sa connaissance et après quelques jours estime pouvoir prendre le relais de la prise en charge. Dix-huit jours après son admission à l'Usip, Thierry est donc admis en unité ouverte. Il en sortira huit semaines plus tard, avec un programme de soins.

#### **BÉATRICE, UNE ACTIVITÉ DÉBRIDÉE**

À 31 ans, Béatrice est décrite comme « *hyperactive depuis toujours* » par ses proches. Depuis un an, elle présente des réactions de colère inhabituelles et consomme régulièrement du cannabis avec son compagnon.

Depuis un mois, elle manifeste une nervosité accrue, ne supporte plus la moindre



© Artur Heiras.

contrariété, jusqu'à ce qu'une nuit, elle empêche totalement son compagnon de dormir. Béatrice développe un tableau maniaque avec euphorie, désinhibition sexuelle et idées délirantes mégalomaniaques et interprétatives.

À son arrivée en unité ouverte, son comportement devient rapidement impossible à canaliser. À tour de rôles, elle interpelle les soignants dans une dispersion de requêtes inadaptées. Elle est

du temps en dehors de la CSI et les temps d'isolement sont réduits et brefs. Après onze jours, la mesure de CSI partielle est totalement levée.

Les entretiens avec Béatrice et son entourage sont centrés sur son histoire et la prise de conscience de ses troubles. Son compagnon est très ambivalent et alterne entre des attitudes de désarroi ou de banalisation des troubles, cherchant à rationaliser. Les visites de l'entourage

Dès son arrivée, Paul répète des comportements de transgressions (fume dans la chambre, cherche à descendre sans autorisation) et se montre intolérant aux frustrations face aux règles. Il fait alliance avec d'autres patients et adopte une position de toute puissance face aux soignants. Confronté à la frustration, il s'effondre dans la souffrance, exprimant pleurs, tristesse, angoisses et idées suicidaires. Paul manifeste alors des comportements d'agitation



**Le concept fondamental d'une unité de soins intensifs en psychiatrie (Usip) est la ségrégation du patient, pour le protéger de stimulations et de tensions pathogènes émanant des autres, et inversement. »**

exaltée devant les patients et se dénude. L'agitation motrice est croissante et le risque de fugue important.

### • Admission à l'Usip

Après trois jours, Béatrice est admise à l'Usip en SDT. On note une grande labilité émotionnelle. Elle peut s'effondrer en larmes, puis rapidement être dans l'euphorie. Elle se lève la nuit pour regarder la télévision dans la salle commune et danse devant un programme musical. Son état d'agitation nécessiterait qu'elle reste dans sa chambre mais elle ne parvient pas à respecter cette consigne. Un isolement partiel est prescrit deux jours après son admission, pour lui imposer des temps de repos très réguliers. Les soignants restent à proximité lors des moments qu'elle passe en dehors de la CSI pour l'aider à canaliser ses comportements d'exaltation et d'affrontement. Un traitement antipsychotique est instauré mais, insuffisant pour traiter l'agitation, il est complété par un traitement sédatif par benzodiazépine et neuroleptique plus sédatif.

### • Évolution

Peu à peu, on observe une réduction de l'insomnie et de l'excitation émotionnelle. Béatrice reste subagitée et marque régulièrement des comportements d'opposition pour fumer, sortir, obtenir une visite. Elle peut par exemple rester prostrée dans le bureau d'entretien, refusant de sortir, accrochée à la chaise, menaçant à la fois de ne plus prendre de traitement et d'entamer une grève de la faim. Après une semaine, Béatrice passe la plupart

sont autorisées et permettent aux soignants d'échanger sur l'évolution des troubles de Béatrice et la justification des mesures de soins. L'alliance thérapeutique établie petit à petit avec son compagnon et ses amis aident Béatrice à adhérer progressivement aux mesures de soins. Le 14<sup>e</sup> jour, on lui propose de passer des temps en unité ouverte.

### • Sortie

Le sommeil de Béatrice s'est peu à peu normalisé. Son comportement est adapté et elle fait confiance aux soignants. Elle se questionne objectivement sur ses troubles et son traitement. Elle est informée de la durée nécessaire de prescription et l'accepte. Les temps en unité ouverte confirment la réduction du risque de fugue et sa coopération. Béatrice accepte les temps de repos en chambre individuelle pour canaliser son excitation psychomotrice en réduisant les stimulations. Son évolution autorise, après trois semaines de soins à l'Usip, son admission en unité ouverte.

### PAUL ET LA FRUSTRATION

Paul, 17 ans, est admis dans l'unité ouverte pour des idées suicidaires dans un contexte de tension familiale. Il vit chez sa mère et son beau-père avec lequel il a des rapports tendus (provocations, agressivité verbale). Le jeune homme a déjà fait l'objet d'une plainte pour violence lors d'une bagarre. Il bénéficie d'un suivi pédopsychiatrique et d'un projet d'accueil en foyer auquel il adhère. Il est sous antidépresseur, benzodiazépine et neuroleptique sédatif « si besoin ».

et d'automutilation. Les entretiens avec les soignants sont le plus souvent stériles, l'adolescent restant inaccessible. La relation est souvent parasitée par de nécessaires rappels à la loi. Jour après jour, la tension monte et Paul menace de fuguer.

### • Admission à l'Usip

Huit jours après son admission à l'hôpital, Paul est orienté à l'Usip. On note une absence d'alliance thérapeutique franche malgré sa souffrance et sa demande de soulagement, centrée sur la prise de psychotropes. Il se pose en victime d'une séparation sentimentale lointaine et se plaint d'être rejeté par sa mère au profit de son beau-père. Il confirme avec froideur avoir menacé sa mère qui, dans le contexte de tension et de peur, a récemment porté plainte contre lui. Paul se plaint de se sentir enfermé. L'interdiction du tabac (même lors des accompagnements soignants dans le parc) lui impose une forte frustration.

### • Évolution

Isolé du groupe, côtoyant seulement quatre patients dans l'Usip, Paul se trouve en présence physique et relationnelle plus étroite avec les soignants. Ces derniers ont également un échange plus régulier avec sa mère lors de ses visites (limitées en durée). Les entretiens sont progressivement plus riches, centrés sur son vécu, sur la tension qu'il éprouve et les moyens de l'aider à la contrôler. Les possibilités de transgressions sont réduites et Paul est moins dans la toute-puissance. Contenu par le cadre thérapeutique, il est possible de l'écouter plus

activement tout en accompagnant une réflexion sur ses émotions et son comportement. Le traitement par benzodiazépines est arrêté progressivement au profit d'un neuroleptique sédatif. Les soignants l'accompagnent dans le parc et à la salle de sport. Les comportements de scarification sont plus rares, ce qui permet d'assouplir la surveillance. Sa mère l'accompagne dans le parc (seule occasion pour lui de fumer). Les entretiens familiaux s'apaisent et permettent de comprendre la problématique de filiation dans laquelle se trouve Paul. La position et la distance de chacun dans la famille et le devenir des relations familiales sont travaillés.

Neuf jours après son arrivée, la mère de Paul accepte de l'accompagner en permissions. Les soignants observent que le dialogue avec elle et avec le son beau-père se renoue. Il est décidé que Paul reprenne sa formation depuis l'hôpital (deux semaines après son admission à l'Usip) le temps de définir le projet de sortie. Des moments d'accueil dans l'unité d'admission ouverte sont initiés (trois semaines après son entrée à l'Usip) mais Paul reprend des comportements de transgression risquant de fragiliser à nouveau la relation thérapeutique. Les limites sont redéfinies et il entend nos attentes. Son comportement s'améliore ensuite lors des temps passés en unité ouverte. Des permissions en journée s'organisent avec sa mère pour la reprise de ses cours, offrant à Paul l'occasion de prouver sa capacité à respecter les consignes établies avec lui et renforçant la relation de confiance.

#### • Sortie

Paul passe en tout un mois à l'Usip. Il rentre chez sa mère avant que sa place au foyer se libère. Le lien avec le suivi pédopsychiatrique est réalisé. Le jeune homme ne présente plus d'idée suicidaire ni de comportement d'automutilation et n'a pas été admis en hospitalisation dans l'année qui a suivi. Son agitation et ses comportements à risque ont été réduits et maîtrisés pendant l'hospitalisation sans recours à la contention ou l'isolement et sans rupture thérapeutique. Paul est resté partie prenante du projet thérapeutique établi à sa sortie de l'hôpital.

#### CONCLUSION

La présence d'une Usip dans un service de secteur est un atout pour la prise en charge des patients agités ou à risque de violence. Elle permet d'humaniser les soins grâce à un accueil et une architecture adaptés à leur besoin, des outils spécifiques de prévention et de réponse à l'agitation et une formation spécifique des équipes. Elle favorise également la mise en place des recommandations médico-légales sur la privation de liberté et les mesures de soins les plus coercitives. L'Usip constitue aussi un atout pour les unités ouvertes, qui ouvrent à nouveau leurs portes, assurant ainsi un climat plus serein et plus propice à l'alliance thérapeutique. Les patients de ces unités ouvertes, moins contraints et protégés de ceux présentant des troubles intenses, sont moins stressés. Ceci ne retire en rien aux services de secteur la compétence du traitement de l'agitation et de la violence liée aux troubles psychiatriques.

La position intra-sectorielle de l'Usip assure par ailleurs la continuité du lien thérapeutique des patients qui souffrent le plus de troubles du comportement et ne relèvent pas de critères d'admission en UMD. Elle évite leur mutation dans une unité inter-sectorielle et le morcellement du lien.

Remerciements à l'équipe soignante de l'Usip pour sa contribution à cet article.

- 1- Beer MD, Pereira S, Paton C. *Psychiatric Intensive Care*. 2<sup>e</sup> Édition. New York : Cambridge University Press, 2008.
- 2- Vaaler A.E., Morken G., Floving J.C., Iversen V.C., Linaker O.M. *Effects of a psychiatric intensive care unit in an acute psychiatric department*. *Nord J Psychiatry*, 2006; 60 : 144-149
- 3- Le Bihan P, Pages C, Naudet JB, Esfandi D, Roure L, Weiss P. *Place des unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) dans le dispositif de soins*. *Ann Med Psychol* 2009; 167 : 143-147.
- 4- Raguonnet L. *État des lieux des unités de soins intensifs psychiatriques en France*. Thèse de Médecine, Université de Caen. 2009.
- 5- Circulaire Veil n° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993, portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux.
- 6- Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
- 7- Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. *Rapport d'activité 2013*. Dossier de presse. <http://www.cgpl.fr/2014/rapport-dactivite-2013/>
- 8- L'Échelle de prédiction de la violence 24 heures BVC (Brosset Violence Checklist) établit un degré de risque à partir de 6 items observables évalués : confusion, irritabilité, bris d'objets, menace verbale, physique, turbulence.

**Résumé :** Une unité de soins intensifs psychiatriques (Usip), au sein d'un service sectorisé, apporte un progrès sur la prise en charge des patients agités et un bénéfice sur l'accueil des patients de tout le service. L'objectif est d'améliorer la prise en charge de l'agitation, des troubles les plus intenses et des comportements à risque tout en renforçant la qualité du lien thérapeutique sous l'influence de la double nécessité de l'alliance et de la contrainte.

**Mots-clés :** Agitation – Alliance thérapeutique – Cas clinique – Prise en charge – Protocole de soins – Sectorisation psychiatrique – Soins intensifs – Soins psychiatriques – Trouble du comportement – Unité de soins intensifs en psychiatrie.

# Évaluer la relation de

Une grille d'appréciation de la gestion de l'agitation par les soignants permet d'opérer un « pas de côté » clinique et éthique après un moment de soin souvent intense où la singularité de « l'agité » ne doit pas disparaître derrière ce qu'il donne à voir. Elle constitue aussi un support d'apprentissage et de compréhension de « l'autre agité ».

Augustin, un jeune infirmier, ne sait plus quoi penser. L'émotion l'étreint, son cœur bat la chamade, il a les mains moites et les muscles encore tendus. Il prend conscience, seulement maintenant, de ce qui vient de se passer dans cette chambre, et surtout de ce qui aurait pu s'y produire. À ce stade il ne peut pas encore analyser finement la situation. Quelque temps auparavant, Augustin a accueilli Maxime qui rentrait précipitamment de permission. Maxime, 29 ans, est électricien dans la petite entreprise de son père. Il est suivi depuis huit ans pour une psychose et a connu plusieurs hospitalisations dans l'unité d'accueil de ce centre psychothérapeutique. Il a été réhospitalisé il y a un mois (après trois ans de stabilité) après avoir cessé de prendre son traitement. La prise en soins et le travail autour de son vécu du traitement antipsychotique à action prolongé qu'il vient faire au CMP ont rapidement permis de stabiliser son état. Après quatre semaines d'hospitalisation, Maxime, accompagné de ses parents, a bénéficié d'une permission d'évaluation qui préfigurait sa sortie définitive de l'unité d'accueil. Il s'est rendu à son appartement et a déjeuné chez ses parents. Au cours de ce repas, une dispute a éclaté entre le jeune homme et

son père qui refusait de lui prêter sa voiture et le sermonnait à propos de l'arrêt de son traitement. Au plus fort de cet affrontement, Maxime s'est saisi d'un marteau et a menacé de frapper son père s'il continuait à vouloir contrôler sa vie et à lui faire des reproches sur sa façon de gérer sa santé. Les parents ont écourté la permission et ramené Maxime dans l'unité.

## « VOUS ME SAOULEZ, TOUS ! »

Augustin est en poste du soir dans cette unité d'accueil avec Blandine et Julien, respectivement infirmière de secteur psychiatrique et aide-soignant. Cela fait maintenant dix-huit mois qu'il est diplômé et travaille dans ce service qu'il affectionne et où le *turn over* important du personnel l'amène à faire presque figure d'ancien. C'est lui qui accueille Maxime à son retour de permission. Après quatre semaines d'hospitalisation, ils se connaissent bien, et entretiennent de bons rapports. Tous les deux se sont trouvés des points communs autour de la musique. Maxime considère Augustin comme un infirmier « gentil » et proche de lui. À son arrivée dans l'unité, ses parents ont expliqué ce qui motivait ce retour précipité et convenu d'une rencontre prochaine avec le psychiatre référent. Maxime n'a qu'une idée en tête, se mettre au lit pour oublier cette journée ratée. Aussi, lorsqu'Augustin lui annonce qu'il ne peut pas réintégrer sa chambre seule et doit s'installer dorénavant dans une chambre double, Maxime explose : « *c'est une maison de fous ici... c'est n'importe quoi !* ».

Depuis le départ en permission de Maxime le matin même, plusieurs admissions ont eu lieu dans le service, ce qui a nécessité des changements de chambres. Pour accueillir ces nouveaux arrivants et les répartir au mieux en fonction de leur sexe et de leur état, les soignants ont dû modifier le plan de service. C'est ainsi que la chambre seule occupée par Maxime a été attribuée à une entrée attendue *via* les urgences. Mais cela n'empêche pas Maxime de fulminer : « *j'en ai marre, je ne suis qu'un paquet qu'on déplace, une charge... mon avis, on s'en fout. Il n'est pas question que je m'en aille d'ici* ». Il jette alors son baladeur sur le lit. Lorsqu'Augustin tente de lui donner une explication détaillée des raisons qui poussent l'équipe à opérer ce changement, il ne trouve pas écho auprès de Maxime, bien au contraire : « *Écoute Maxime, on n'a pas le choix, on est débordé, j'en suis à ma deuxième entrée, on ne va pas tourner autour du pot.* »

Le jeune homme réagit alors vivement, il élève la voix et comme en réaction aux propos d'Augustin, commence à s'agiter. Il déambule entre le lit et le placard, et de manière tout à la fois impulsive et stérile, retire des vêtements de son armoire pour les poser sur le lit, et reprend son baladeur qu'il range dans sa table de chevet. Avec des cris et une gestuelle presque théâtrale, Maxime mime les soignants en train de l'emballer et de le jeter dans sa future chambre. Son discours est déstructuré, mais reste bien ancré dans la réalité et en lien avec la situation vécue, sans incohérence ni discordance : « *Vous me saoulez*

## Ahmed BENAÏCHE

Infirmier spécialiste clinique,  
CH de Valenciennes, formateur consultant ISIS.

# soin face à l'agitation



tous, déjà le vieux (son père) qui veut tout diriger de ma vie, et maintenant vous qui croyez que je vais laisser ma chambre ». Augustin, surpris de la vive réaction de Maxime, tente de modérer la situation : « *Qu'est-ce qui se passe Max, c'est parce que ta perm s'est mal passée que tu réagis comme ça ? D'habitude, tu es plus cool* ». Déjà, Maxime

s'émeut pas des termes fleuris qu'il emploie pour qualifier Augustin lequel n'est plus alors l'objet de ses préoccupations. Lorsque Maxime termine son propos, Blandine reprend avec lui ses récriminations, en les reformulant, en lui demandant de les préciser, voir de les expliquer. Pendant ce long échange,

La grille d'appréciation du comportement soignant face à un état d'agitation (voir encadré) est un outil pédagogique utilisable en formation ou lors d'analyses de pratiques. Gérard Langlois, infirmier spécialiste clinique en psychiatrie de liaison (hôpitaux universitaires de Genève) l'utilise par exemple lors de la formation



**Le soignant doit pouvoir prendre le temps de la rencontre, malgré le caractère urgent que peut revêtir l'agitation dans des institutions où parfois efficacité et rapidité dans l'action semblent se confondre. »**

semble moins accessible, des larmes emplissent ses yeux, sa mâchoire se crispe, les muscles de ses bras se contractent et ses mouvements sont saccadés. Augustin ne comprend pas ce qui se joue dans cette chambre, la situation le dépasse. Il croise les bras et tente alors de se montrer ferme et directif avec Maxime : « *Bon, ça suffit maintenant, c'est comme ça et pas autrement... tu rassembles tes affaires ou je m'en charge!* »

À cette injonction s'ajoutent de nouveau des explications sur les raisons qui motivent ce changement de chambre. Maxime se rapproche alors d'Augustin et dans une attitude de défiance lui assène : « *Tu te sens capable de me faire bouger d'ici ?* » Seuls quelques centimètres séparent les deux hommes. Maxime tape du poing droit contre la paume de sa main gauche à la manière d'un boxeur. Augustin, les bras toujours croisés sur sa poitrine, se tient de profil, adossé au mur. Il réalise alors qu'il est seul avec Maxime et que ce dernier se tient entre lui et la porte, ses collègues n'ont peut-être pas entendu les cris du jeune homme. Pour calmer son désarroi, il tente de le rassurer faussement : « *Allez Max, ça va aller, ce n'est pas bien grave de bouger. Tu connais déjà Monsieur Poireau avec qui tu vas partager ta nouvelle chambre.* » L'agressivité de Maxime est maintenant au premier plan.

Lorsque Blandine fait irruption sur le seuil de la chambre, c'est à Maxime qu'elle s'adresse pour lui demander simplement ce qui se passe. Cette entrée en relation, sur un ton de voix posé, fait se retourner Maxime qui déverse, sans crier, toute sa frustration sur l'infirmière. Sans l'interrompre, Blandine le laisse évoquer son affrontement avec son père. Elle ne

parfois ponctué de silences, Maxime s'est dirigé progressivement vers son lit pour s'asseoir, son attitude s'est faite plus douce, il a essuyé quelques larmes et poser de nombreuses questions sur son hospitalisation et sa maladie qui ont permis de reconsidérer le cadre thérapeutique. La forte tension qui imprégnait l'atmosphère de la chambre a considérablement diminué. Blandine et Augustin lui ont proposé de prendre du temps pour se poser afin qu'il puisse, seul, rassembler ses affaires et surtout penser à ce qui venait de se passer.

### UN OUTIL POUR LE SOIGNANT

Ma réflexion sur la mise au point d'un outil d'appréciation du comportement soignant face à une agitation est en partie née de situations comme celle vécue par Maxime, Augustin et Blandine. Ce qui apparaît au cours de cette agitation « ordinaire », c'est qu'elle n'est pas liée à une décompensation ou un état délirant. Il s'agit d'une agitation réactionnelle à ce que Maxime vit comme une violence institutionnelle (la nécessité de changer de chambre) dans un contexte de questionnements autour de ce qui fait sens pour lui. Cet état d'agitation cohérent (1), en opposition à un état incohérent symptomatique de sa pathologie, est causé par la crise issue de sa frustration. Ce que Maxime donne à voir avant tout c'est de l'agressivité, laquelle pourrait conduire à de la violence et donc au passage à l'acte, ce que traduit bien sa posture de boxeur qu'il oppose à Augustin comme une mise en garde. Affairé par la désorganisation liée aux nombreuses admissions, le jeune infirmier a sans doute omis de considérer que Maxime n'était pas seulement un psychotique hospitalisé mais aussi un être réactionnel.

« *Gestion de la violence en milieu professionnel* », notamment comme outil d'observation au cours de jeux de rôles. Cette grille figure également dans le support de cours remis aux participants comme outil d'autoévaluation ou d'aide pour le coaching des nouveaux collaborateurs. L'objectif de cette grille est de « *scorer* » des attitudes ou des comportements soignants regroupés en neuf thèmes. Par exemple, le soignant se montre-t-il calme et pondéré et donc plus enclin à rassurer, comme Blandine, ou, au contraire, comme Augustin, présente-t-il une attitude agressive en miroir de ce que donne à voir le patient, ce qui conduit le plus souvent à l'escalade de l'agitation avec risque d'agressivité voire de violence ?

La cotation proposée par cette grille n'est pas l'élément le plus important, mais elle permet au soignant de porter un regard qualitatif sur sa gestion d'un état d'agitation en tentant le plus possible de limiter la subjectivité (sans complètement la faire disparaître) et de se rapprocher d'un jugement clinique basé sur des critères précis (entrée en relation, attitude corporelle du soignant...). Cette évaluation critériée apprécie à la fois les attitudes et les compétences pour parvenir à rencontrer un « agité » (par ex : comment je parviens à conjuguer des savoirs et des connaissances en situation tout en mobilisant mes capacités d'inférence). L'objectif est d'atteindre le score le plus élevé et de se rapprocher d'une pratique spécifique.

Au-delà d'une vision stricte par objectif, la question posée est ici : comment en tant que soignant, suis-je parvenu à partager, comprendre et résoudre au mieux le problème en cours avec la personne agitée ?

Quelle lecture critique puis-je porter sur cette rencontre? Les critères de cette grille prennent leur source dans la relation d'aide et la congruence (Carl Rogers), dans la relation psychodynamique et interpersonnelle décrite par Hildegard Peplau (3) mais aussi dans les éléments pratiques proposés par les formations de gestion de l'agressivité et de la violence comme Oméga (voir l'article de É. Bourgeois, p. 72). Un lien peut être envisagé avec des savoirs informels (riches, parfois profanes, souvent basés sur le bon sens et une clinique fine) et des « *ruses* » de métiers, selon l'expression de Pascale Molinier (4), qui se transmettent bien souvent oralement au cours de moments comme les pauses.

Soulignons également l'issue que peut connaître un état d'agitation en institution, c'est-à-dire la contention voir l'isolement. De nombreux écrits qui dénoncent le recours parfois abusif à ces solutions et traitent du ressenti du patient poussent aussi le clinicien à s'interroger sous un angle différent, celui du soignant. Une étude (5) montre ainsi la perception et le vécu

négatif des soignants à propos de l'usage de la contention et préconise de développer en amont une meilleure gestion de la crise, de se focaliser sur l'accompagnement du patient et de porter une réflexion *a priori*.

### UN PAS DE CÔTÉ SUR LA PRATIQUE

Cette grille est une sorte de fenêtre ouverte sur les échanges cliniques pour collectivement verbaliser le positionnement de chacun face à une agitation et donc amener une lecture institutionnelle de cette réalité. En aucun cas cet outil n'a vocation à être utilisé pour sanctionner un apprentissage ou pour servir de support à une évaluation sommative du soignant lors d'un entretien annuel d'évaluation par exemple. Au contraire, cette grille est, pour le jeune soignant, un support qui pourrait l'amener à développer ses compétences sur un des thèmes explorés, pourquoi pas en ayant recours à une demande de formation spécifique. Par ailleurs, par son autoévaluation, ce soignant va pouvoir engager un dialogue « *de soi à soi* », tel que l'évoque Nun-

ziati (6), ce qui lui permettra de cheminer dans ses représentations de la maladie mentale. « *L'information éclairante* » produite par une telle grille, pour reprendre un terme de C. Hadji (7) peut, sans doute, amener le soignant à une lecture critique de la façon dont il déroule le soin à « l'agité », à interroger la fragilité de la relation à l'autre en état d'agitation et comment il parvient à s'ajuster de manière chaque fois renouvelée au patient. Cet outil peut également constituer un mode d'entrée pour des temps de supervision ou d'analyses de pratiques spécifiques à ce type de situation.

### DES THÈMES MULTIPLES

Examinons les thèmes proposés par cette grille et confrontons-les à la situation de soins décrite précédemment.

– **L'attitude et le positionnement du soignant (thèmes 1 et 2).** Lorsqu'Augustin prend appui sur le mur de la chambre, les bras croisés, il renforce sans doute la sensation de Maxime de ne pas pouvoir décider par lui-même et surtout d'être jugé. En outre, se tenir ainsi, séparé du seuil de

## Grille d'appréciation individuelle ou collective du comportement soignant face à une agitation

Chaque thème est détaillé en six critères cotés de 0 à 5 :

- Thème 1 : attitude générale du soignant
- Thème 2 : positionnement
- Thème 3 : entrée en relation avec le patient
- Thème 4 : compétences à amener la communication
- Thème 5 : compétences à amener une relation psychodynamique
- Thème 6 : compétences à amener l'élaboration et l'interaction
- Thème 7 : communication et collaboration avec les autres soignants
- Thème 8 : efficacité et pertinence de l'interaction
- Thème 9 : retour post-agitation par le soignant

Par exemple :

#### Thème 2 : positionnement

Distance adaptée, relation possible, fait face au patient et se déplace calmement	Distance adaptée, se déplace calmement, ne reste pas toujours en face du patient	Éloigné du patient, l'échange reste possible, se déplace calmement	Trop éloigné du patient mais l'échange verbal est possible, se déplace de manière saccadée	Trop près du patient, se déplace avec des mouvements vifs et saccadés	Trop près du patient, ne se déplace pas
<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

#### Thème 3 : entrée en relation avec le patient

Phrase d'entrée en relation est courte, simple, centrée sur le ressenti du patient	Phrase d'entrée en relation longue qui n'induit pas de réponse, mais centrée sur l'émotion	Phrase d'entrée en relation explicative mais centrée sur l'émotion et le ressenti	Phrase d'entrée en relation explicative, détaillée, centrée sur le comportement	Émet une injonction thérapeutique centrée sur le comportement	Crie sur le patient
<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

Pour tout renseignement complémentaire concernant cette grille, contacter l'auteur Ahmed Benaïche – [ahmedbenaiche@gmail.com](mailto:ahmedbenaiche@gmail.com) ou voir l'article avec la grille complète sur [www.santementale.fr](http://www.santementale.fr)



la porte d'entrée par le patient tout proche de soi, n'est pas le moyen le plus sûr d'anticiper un acte de violence. En cas de passage à l'acte, il sera difficile pour le soignant de se protéger. *A contrario*, comment paraître authentique lorsque l'on reste éloigné de la personne avec qui l'on veut communiquer. Il faut donc adopter une juste distance et respecter l'adage : « *ni trop près, ni trop loin* ».

– **L'entrée en relation (thème 3), les compétences en communication (thème 4) et les compétences à une relation psychodynamique (thème 5)** portent sur le début de la rencontre de soins qui détermine la prise en charge. Lorsque Maxime commence à s'agiter, la relation avec Augustin a déjà commencé. Mais par ses propos agressifs traduisant son exaspération (« *tu rassembles tes affaires ou je m'en charge!* »), le jeune infirmier ne se montre pas disponible à l'échange. Il propose plutôt une injonction agressive auquel Maxime répond en écho pour refuser d'être dominé. Au contraire, Blandine par ses capacités de communication parvient à amener une relation psychodynamique qui touche directement Maxime. Elle ne cherche pas la domination mais une relation égalitaire et sans rapport de force. Ce type de relation permet au soignant d'accueillir pleinement le patient malgré son état d'agitation, et au patient de ne pas envisager le soignant uniquement comme étant le représentant d'une institution, image derrière laquelle il pourrait disparaître favorisant ainsi la violence. Au cours de l'agitation, il est également nécessaire que le soignant se saisisse, dans les cris et la gestuelle défensive, de moments plus apaisés au cours desquels le patient se montrera plus réceptif à l'échange et qui permettront d'influer sur l'expression même de son mal-être.

– **La compétence à mener l'élaboration et l'interaction (thème 6)** renvoie au problème de fond de Maxime. On a pu penser que la prise en charge de qualité proposée permettrait de stabiliser son état, toutefois, il apparaît avec l'agitation que certains aspects plus profonds n'ont pas été abordés. C'est notamment par l'intervention de Blandine, donc dans le traitement relationnel de l'état d'agitation, que le cadre thérapeutique se repositionne et que Maxime parvient à mettre en mot ce qu'il vit et fait sens pour lui. Dans ce moment de tension, Maxime a pu élaborer son ressenti et prendre conscience du rôle de Blandine, ce qui donne un sens à cet

© Artur Heiras.

état d'agitation. Cette vision de la soignante par le patient dans ce qu'elle peut lui offrir dans la relation n'est pas sans rappeler l'approche de Peplau qui envisage que l'infirmière au cours de la relation puisse occuper plusieurs rôles.

– **La communication entre les soignants (thème 7)** est primordiale dans la gestion d'une agitation, mais elle ne doit pas être parasitée par d'autres émetteurs (plusieurs collègues à la fois) qui pourraient amener des propos paradoxaux et favoriser ainsi l'agressivité du patient. Loin de cette élaboration, Augustin n'est pas parvenu à être reconnu par Maxime dans sa fonction, et a dû être soutenu par sa collègue.

– **Efficacité et pertinence de l'action (thème 8).** L'abord d'un état d'agitation nécessite que le soignant soit en mesure de « lire » cliniquement le patient afin d'identifier les signes avant-coureurs du passage à l'acte et donc de distinguer ce qui relève de l'agressivité ou de la violence. Maxime par son agressivité, veut faire reconnaître sa puissance à Augustin et sans doute lui signifier clairement sa présence, son état de sujet réactif à une situation de frustration.

– **Le retour post-agitation (thème 9)** concerne uniquement le soignant et son vécu de la situation. Après avoir quitté la chambre de Maxime avec sa collègue Blandine, Augustin sera-t-il en mesure d'exprimer son ressenti ? Aura-t-il recours à une stratégie d'ajustement qui le mettrait à distance de la situation, par exemple en plaisantant cyniquement ? Au contraire, parviendra-t-il à lire ses propres modes de réactions (sa posture qui pouvait évoquer un désintérêt du vécu de Maxime, voire de l'agressivité) ? Ce retour post-agitation permet au soignant de confronter son idéal professionnel à sa pratique

réelle. Il peut avoir lieu au moment de l'autoévaluation, lors d'analyses de pratiques ou de temps de supervision. Il est illusoire que le soignant puisse livrer pleinement ses émotions à son entourage, les normes d'une équipe de soins limitant parfois le partage des émotions. Mais ce qui est avant tout recherché, c'est qu'il puisse tenter à distance de lire ses réactions émotionnelles et ses compétences en situation.

### CONCLUSION

Augustin, c'est l'infirmier que nous avons tous été, tout à la fois candide, sûr de lui et maladroit. Au début de mon parcours professionnel, j'ai constaté, étonné, à quel point la façon dont est gérée une agitation impactait la relation soignant soigné, comme si ce moment fort, chargé en émotion, et surtout partagé, devenait significatif d'un « vivre ensemble » institutionnel.

Cette grille critériée reste un outil clinique simple favorisant un regard qualitatif distancié du soignant sur sa propre pratique et sur la façon dont il en a pris soin d'un patient agité. L'agressivité, la violence qui peuvent en découler sont des composantes avec lesquelles le soignant doit évoluer dans sa pratique quotidienne en institution ou au domicile. Dans un contexte où les risques psychosociaux à l'hôpital sont au premier plan et où la place de l'enseignement de la psychiatrie dans la formation initiale infirmière a fortement diminué, il semble pertinent de proposer un support d'apprentissage et de compréhension de la rencontre à « l'autre agité », ouvrant sur plusieurs champs. Le soignant doit pouvoir se donner le temps de cette rencontre, malgré le caractère urgent que peut prendre l'agitation dans des institutions

où parfois efficacité et rapidité dans l'action semblent se confondre. Ce qui est envisagé ici avec cet autre, c'est la mise en commun, interactionnelle des éléments à la source de la crise ce qui n'est pas sans rappeler Peplau (8) : « *Tout patient a besoin d'être aidé à utiliser, de façon positive, l'énergie née des tensions et de l'anxiété associées aux besoins ressentis pour définir et comprendre son problème et y faire face* ».

1– G. Thomas, E. Le Pape, E. Py-Leroy, G. Tourinel, « Prendre en charge un état d'agitation », *Médecine et armée*, 2010, n° 5, p. 435-441.

2– C. Hadji, *L'évaluation démythifiée*, Paris, ESF, 1997.

3– Hildegarde Peplau, *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*, Paris, InterEditions, 1995.

4– Pascale Molinier, *Un éclairage psychodynamique de la notion de compétence. À partir d'une analyse de la coopération infirmière*, in *Revue Éducation permanente*, n° 132, 1997 p. 150.

5– J. Guivarch, N. Cano, *Usage de la contention en psychiatrie : vécu du soignant et perspectives éthiques*, *L'encéphale*, n° 39, fasc. 4, septembre 2013.

6– Georgette Nunziati, *Pour construire un dispositif d'évaluation formatrice*, *Cahiers pédagogiques, Apprendre*, n° 280, janvier 1990, p. 48-64.

7– Charles Hadji, *Évaluation, les règles du jeu*, Paris, ESF, 1990.

8– Hildegarde Peplau, *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*, InterEditions, Paris, 1995, p. 26.

### BIBLIOGRAPHIE

– Jaeger M., *Garder, Surveiller, Soigner. Essais d'histoire de la profession d'infirmier psychiatrique*, cahiers VST, n° 3, Céméa, janvier 1990..

**Résumé :** La rencontre avec une personne agitée nécessite que le soignant fasse appel à ses capacités d'inférence. Ce qui est proposé ici, c'est une grille pédagogique critériée d'appréciation de la gestion de l'agitation par le soignant à laquelle il peut avoir recours individuellement ou en collectif, lors de temps d'analyse de pratiques, en formation ou encore après le vécu d'une agitation. Cet outil clinique proposé au soignant se veut un support d'appréciation de l'approche de l'agité et de l'engagement du professionnel dans un moment de soin parfois intense où la singularité de l'agité ne doit pas disparaître derrière ce qu'il donne à voir.

**Mots-clés :** Agitation – Agressivité – Analyse de la pratique – Interaction – Relation interpersonnelle – Relation soignant-soigné – Savoir-être.

## Grille d'appréciation individuelle ou collective face à une agitation

Nom : .....

Date : .....

Prénom : .....

Unité : .....

### Thème 1 : attitude générale du soignant

Calme et pondéré	Attitude calme, voix hésitante, mais audible	Attitude calme mais teinté d'émotion, voix hésitante mais audible	Attitude empreinte d'émotion, hésitant, parle peu	Attitude et gestuelle agressive, parle peu	Gestuelle agressive, voix inaudible ou trop forte
5	4	3	2	1	0

### Thème 2 : positionnement

Distance adaptée, relation possible, fait face au patient et se déplace calmement	Distance adaptée, se déplace calmement, ne reste pas toujours en face du patient	Éloigné du patient, l'échange reste possible, se déplace calmement	Trop éloigné du patient mais l'échange verbal est possible, se déplace de manière saccadée	Trop près du patient, se déplace avec des mouvements vifs et saccadés	Trop près du patient, ne se déplace pas
5	4	3	2	1	0

### Thème 3 : entrée en relation avec le patient

Phrase d'entrée en relation est courte, simple, centrée sur le ressenti du patient	Phrase d'entrée en relation longue qui n'induit pas de réponse, mais centrée sur l'émotion	Phrase d'entrée en relation explicative mais centrée sur l'émotion et le ressenti	Phrase d'entrée en relation explicative, détaillée, centrée sur le comportement	Émet une injonction thérapeutique centrée sur le comportement	Crie sur le patient
5	4	3	2	1	0

### Thème 4 : compétences à amener la communication

Centré sur le patient, les moments d'éclatements et d'apaisements sont repérés et identifiés	Centré sur le patient, mais se laisse parasiter par l'environnement, ne parvient pas systématiquement à « lire » le discours de l'agité	Centré sur le patient, mais se laisse parasiter par l'environnement, ne repère que les moments d'éclatement	Disponible, mais ne parvient pas à se centrer sur l'autre, seuls les moments d'éclatements sont identifiés	Peu disponible, non centré sur la personne, ne repère ni éclatements ni apaisements du patient	Indisponible à la communication
5	4	3	2	1	0

### Thème 5 : compétences à amener une relation psychodynamique

Non-jugement, congruence, est dans « l'ici et le maintenant », écoute active et reformulation avec recours aux silences, une relation psychodynamique est établie	Non-jugement, utilise la reformulation, les questions ouvertes et les relances. Une relation psychodynamique est établie	Pose des questions directes et indirectes. Le patient répond aux questions de l'infirmier	Interprétatif, travaille sur le passé, demande au patient de se justifier (question : pourquoi?). Le patient échange peu avec l'infirmier, il répond par oui ou par non	Interprétatif, propose des solutions toutes faites. Quelques échanges sont présents.	La relation reste axée sur quelques échanges. L'agressivité est majorée.
5	4	3	2	1	0

**Thème 6 : compétences à amener l'élaboration et l'interaction**

Accompagne le patient à verbaliser ses affects, le patient a pleinement conscience de l'utilité de l'infirmier	Accompagne le patient à verbaliser ses affects, le patient a conscience du rôle infirmier mais reste sur la défensive	Accompagne le patient à verbaliser ses affects, le patient évoque son comportement et répond sélectivement par une attitude défensive	N'amène pas l'élaboration des affects, le patient répond sélectivement	N'amène pas l'élaboration des affects, le patient ne reconnaît pas en l'infirmier une aide, il hurle et crie	Le patient rejette l'infirmier, il hurle et crie, il y a passage à l'acte agressif
5	4	3	2	1	0

**Thème 7 : communication et collaboration avec les autres soignants**

Il est le seul interlocuteur du patient durant l'agitation, renseigne les autres soignants sur le déroulement de la prise en soins (gestes, mots...)	Seul interlocuteur du patient, informe les autres soignants sans être significatif	Une intervention ponctuelle d'un collègue est nécessaire, il informe les autres soignants sans être significatif	Le soignant est interlocuteur conjoint avec un autre soignant, il communique avec les autres soignants	Il est interlocuteur conjoint avec un autre soignant, il n'informe pas les autres soignants	Doit être remplacé par un autre collègue
5	4	3	2	1	0

**Thème 8 : efficacité et pertinence de l'interaction**

Aide le patient à donner du sens à ce qu'il vient de vivre, identifie la relation apaisée et assure une transition pour mettre fin à la relation	Le patient donne du sens à ce qu'il vient de vivre, la relation est apaisée et s'arrête sans transition	Le patient ne donne pas de sens à l'expérience vécue, la relation est apaisée, mais subsiste une agressivité à minima, n'assure pas de transition pour clore la relation	L'échange est présent mais le patient est sthénique, il y a arrêt brutal de la relation	Le patient est agressif mais ne nécessite pas le recours à la contention	Il y a passage à l'acte agressif et nécessité de recours à la contention et à un traitement injectable
5	4	3	2	1	0

**Thème 9 : retour post-agitation par le soignant**

Après la prise en charge, ventile ses émotions, évoque avec son entourage professionnel l'agitation, le soignant a conscience de ses modes de réactions émotionnels, son attitude reste professionnelle	Après la prise en charge, ventile ses émotions, évoque avec son entourage professionnel l'agitation, ne parvient pas à évaluer ses modes de réactions, son attitude reste professionnelle	À du mal à verbaliser son ressenti. Son attitude reste professionnelle	Exprime peu ses affects. Plaisante de la situation	N'exprime aucun affect. Plaisante de la situation	Refuse tout retour post-agitation
5	4	3	2	1	0

Score : \_\_\_\_\_

# Le soignant face à l'agi

Pour le soignant, ce qui fait agitation est ce qui le déborde. Son vécu induit une réponse qui suscite une posture psychique et détermine une attitude professionnelle. L'abord doit donc se faire par la perception de la violence.

La psychiatrie définit l'agitation comme l'expression de l'excitation psychique dans le comportement. Ses manifestations sont motrices et verbales. Elle inclut l'hyperactivité, l'agitation et la fureur. Elle peut s'inscrire dans le cadre d'un état maniaque aigu, d'une bouffée délirante, d'une crise d'angoisse, d'un mal épileptique ou d'une intoxication en particulier éthylique (voir l'article de P. Lebain, p. 26). La notion d'agitation implique celle de débordement et d'incontrôle, qui convoque parfois la contention. Mais pour le soignant, ce qui fait agitation est ce qui le déborde, lui. Et son vécu induit sa réponse. L'agitation fait crise avec son potentiel d'intrusion et de désorganisation. La distanciation apaisée assure d'un accompagnement adéquat, alors que la peur peut susciter des contre-attitudes d'une fermeté excessive ou de tétanisation. Pour aborder la position soignante, il faut pouvoir se décaler de la notion psychiatrique descriptive de l'agitation pour considérer ce qui, de façon subjective, vient faire violence pour cet intervenant-là dans cette manifestation symptomatique. La réponse ne dépend pas uniquement des caractéristiques pathologiques, mais aussi du vécu qui suscite une position psychique et détermine une posture professionnelle. C'est en ce sens que l'abord doit se faire

par la perception de la violence ressentie plutôt que par l'axe pathologique.

La clinique confronte assez fréquemment à des situations de violence, que l'on peut décrire à partir de trois facteurs qui interagissent, chacun ayant leur propre complexité :

– l'intensité de la manifestation violente et ses caractéristiques. Ce sont des traits singuliers : nature, contexte...

– le contexte institutionnel et la consistance de l'équipe : type d'établissement, organisation, configuration, fonction de l'équipe, statut...

– la posture psychique et professionnelle, qui traduit la capacité à tolérer les situations, l'habituation, le regard porté sur l'autre...

La violence est toujours un processus interactionnel complexe. Ce qui vient faire crise bruyante et agitée peut être source d'effractions psychiques pour le soignant.

## LES ÉLÉMENTS CONTEXTUELS

Les caractéristiques psychopathologiques de la crise varient selon que l'on se situe face à un débordement anxieux avec des capacités interactives maintenues ou, par exemple, une crise délirante dans laquelle le sujet est agi, en perte de lien avec son environnement. L'impact n'est pas le même si la tension s'exprime dans une adresse, si elle relève d'une décharge avec négation de l'interlocuteur ou si l'acte se fait en dehors de tout interlocuteur. Être l'objet d'une adresse, réfuté ou nié dans son existence, marque différemment le soignant qui la reçoit. Par ailleurs, être interpellé comme sujet d'une demande d'aide en regard d'une détresse ressentie, provoqué dans une conflictualité,

situé comme persécuteur, convoqué comme témoin d'un désarroi interne... n'induit pas la même position psychique. De plus, le fait d'être en présence d'autres patients ou de collègues, ou seul dans un cadre précis, de se retrouver dans un endroit isolé hors cadre... ne mobilise pas non plus les mêmes enjeux. L'expression de la crise, selon qu'elle est auto ou hétéro agressive, verbale et/ou physique, extériorisé ou intériorisé, avec ou non des bris d'objets, ne bouleversent pas le soignant de la même manière. Enfin, l'intensité de la crise, sa virulence, ainsi que sa durée, déstabilisent plus ou moins.

Ce qui fait crise a donc des répercussions variables en regard de la plurifactorialité des éléments mis en jeu. On ne retiendra ici que les facteurs structureaux : l'adresse faite dans ses aspects positifs ou négatifs, la reconnaissance ou la méconnaissance ou le refus de l'interlocuteur, l'isolement ou la présence de tiers soignants ou patients, l'intensité et la durée. Les positions psychiques varient tout autant que les attitudes et la pertinence des réponses. Apaiser, désarmer, faire lien, contenir... repose sur des voies différentes.

## L'ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL

La crise survient dans un contexte institutionnel et la structure organisationnelle influe. Sa solidité, sa clarté, des repères hiérarchiques explicites avec des différenciations fonctionnelles permettent des effets de contenance. De plus, l'existence de protocoles face aux situations de crise, à condition de ne pas être rigides, constitue des balises qui atténuent

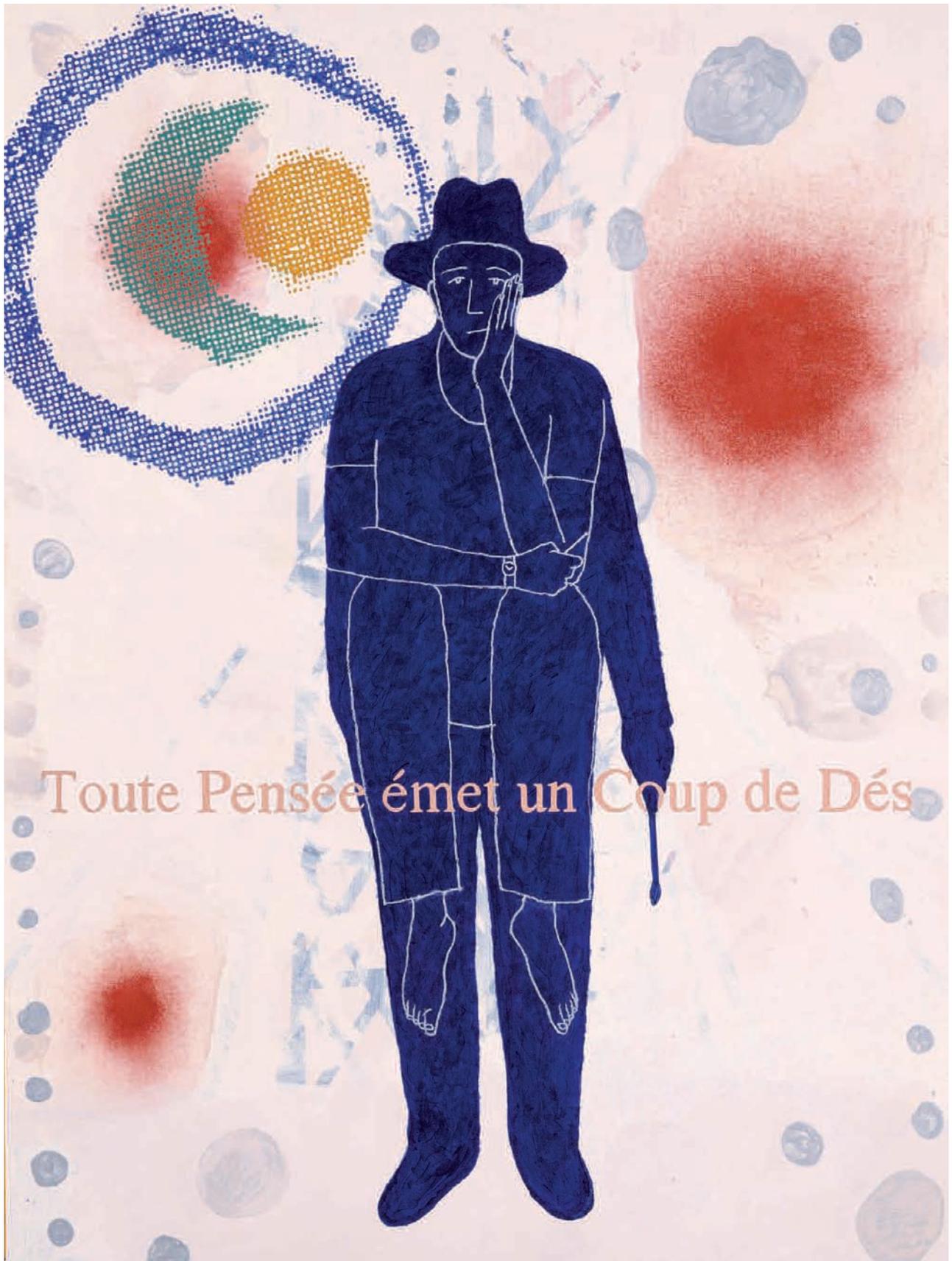
---

### Patrick Ange RAOULT

---

Psychologue clinicien, Maître de Conférences HDR, Université Grenoble 1, Expert près du Tribunal.

# tation et à la violence



les effets d'angoisse. L'organisation n'est pas sans lien avec la configuration institutionnelle, c'est-à-dire les modalités de régulation des liens et de traitement des affects. Des défaillances sur ce point majorent l'angoisse et les sentiments de dénuement des soignants face aux crises. Celles-ci d'ailleurs peuvent venir signifier, au travers d'un patient porte-symptôme, le dysfonctionnement des liens.

un état. La violence peut donc prendre des formes diverses : elle est tout d'abord un signe polysémique dont la valeur de message dépend d'un interprète.

Ainsi, on peut la concevoir comme intrinsèque, sans lien avec l'objet, visant une survie psychique ou une destructivité ou à l'inverse la saisir comme intriquée avec l'objet, dans une dimension plutôt agressive. Celle-ci induit la peur, ouvre au

Parmi les modes de défenses, on trouve l'activisme, l'urgence du faire pour pallier le débordement. On voit aussi survenir la haine meurtrière et l'expulsion violente, souvent contre-investies pour des motifs surmoïques laissant place à un semblant empathique par retournement de la haine en amour. Plus fréquemment encore, nous retrouvons les défenses relevant de la maîtrise anale, soit la



**La tension est forte** *entre l'exigence déontologique de la tolérance ou de la contenance soignantes et la répétition de cette violence pathologique quotidienne.* »

Ainsi, dans tel établissement, les adolescents organisent des fugues nocturnes avec le véhicule de service pour répondre au binôme de certains infirmiers. Dans un autre, les crises violentes et itératives de certains patients renvoient à la tension au sein de l'équipe, mise à mal par les relations intimes et discrètes qu'entretiennent le chef de service et la psychologue, réalisant une scène primitive excitante et persécutante. En même temps, il est imposé implicitement un secret, un non-dit qui induit une position paradoxale des membres d'équipe. Il en résulte non seulement des conflits au sein de l'équipe avec des passages à l'acte anonymes, mais aussi une agressivité insistante à l'encontre de la psychologue. La collusion incestuelle entre chef de service et psychologue clive, sur un mode persécutif, l'équipe, mais la transgression des liens professionnels défait la trame contenante et symboligène du travail d'équipe. Celle-ci n'est plus en mesure d'assurer le traitement de l'angoisse et de l'agressivité des patients qui alors se déchaînent.

### LA VIOLENCE DANS TOUS SES ÉTATS

La violence ne relève pas en soi de critère objectif. Elle s'inscrit dans une appréhension culturelle et individuelle. Elle est violence pour celui qui en fait état, qui en ressent l'effet et ne ressort pas nécessairement d'une intentionnalité.

Un excès de force destructrice fait contrainte provoquant un vécu d'intrusion et d'effraction. Cette violence peut être circonstancielle, pur événement ; elle peut être défensive devant une situation perturbante ; instrumentale dans une visée d'appropriation ; expressive, moyen de faire savoir

déferlement de l'angoisse, fragilise les assises narcissiques, se répercute au sein de la corporéité qu'elle déstructure, foudroie l'activité de penser. Elle diffuse, contamine, désorganise par sa dimension émotionnelle. Elle mobilise des mécanismes archaïques identificatoires, narcissiques et identitaires. Elle est irruption pulsionnelle au sein d'une interaction favorisant un vécu archaïque corporéisé et engageant un processus psychique.

### LA TERREUR ET L'EFFROI

La violence peut être la terreur interne qui vient contaminer l'autre : le sujet submergé fait violence à l'autre. Mais elle peut n'être vécue que par celui qui la subit, aucunement par celui qui la produit. Elle rend compte d'un ressenti d'effroi et de désorganisation. Les modalités de protection, le système de pare-excitation, sont rompus suscitant une menace existentielle, la perte des repères et une déliaison psychique. Le vécu de violence traduit l'effondrement de l'appareillage psycho-social, de l'étaï sur le groupe et le social, et la dilution de la référence symbolique. Les pactes du lien social sont dissous, laissant en proie à l'horreur de l'irreprésentable.

Horreur, terreur et effroi sont les maîtres-mots d'un état indicible dont les conséquences sont l'effraction et la déliaison ainsi que l'irruption d'un pulsionnel déchaîné. L'émergence de la violence désigne les lignes de fragilité de l'ordre symbolique. Que ses manifestations soient verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques, elle provoque une insécurité interne, une tension intolérable et une lutte épuisante. Le premier effet est la sidération, l'immobilisation devant une perception effractive.

contention, soit la tentative de restauration des limites, jusqu'à la passion du contrôle.

### LA POSTURE PROFESSIONNELLE

Dans le cadre professionnel, la confrontation à la violence suspend des défenses ordinaires en raison des interdits liés à ce contexte. Elle peut entraver le travail de perlaboration. Elle est source de vulnérabilité face aux idéaux professionnels d'autant que la pathologie, la chronicité des troubles, des dysmorphies, les distorsions comportementales ou relationnelles, les limites cognitives, les formes délirantes, la dégradation des repères identificatoires de l'humain et la souffrance psychique, en soi, font violence. La tentative est d'y répondre d'un côté par la violence diagnostique avec ses relents de disqualification, de l'autre par la contention systématique avec son lot de violences institutionnelles. La tension est forte entre l'exigence déontologique de la tolérance ou de la contenance soignantes et la répétition de cette violence pathologique quotidienne. La solitude, la culpabilité, la honte mélangée de dépit, de colère, de désespérance envahissent régulièrement la vie psychique des soignants. Elle induit un chaos et entraîne dans des escalades symétriques.

La violence signe un point d'effondrement, une catastrophe dans un système d'interactions complexes. Des contre-attitudes défensives surgissent en un premier temps pour maîtriser l'angoisse générée par la situation. Le risque est celui d'un surcroît, d'une majoration de la violence de l'interaction. Il y a une focalisation sur un point secondaire de conflit avec concentration de la charge affective

et pulsionnelle. L'impossibilité de prendre du recul, d'avoir un champ plus large, induit le phénomène d'escalade avec impossibilité de s'en dégager.

Par ailleurs, la violence induit une indifférenciation d'un côté, réalisant la mobilisation d'agglutinats avec montée de l'excitation. Il y a assignation à l'excitation de l'autre : une co-excitation qui mène au paroxysme excitationnel. Que ce soit par effet de contamination sous forme de transmissivité ou d'identification adhésive, que ce soit par effet de miroir ou spécularisation, que ce soit par transfert subjectal ou identification projective par lequel l'autre nous fait vivre son excitation interne qu'il ne peut élaborer, il existe une prise au corps de la violence de l'autre en nous. Il y a perte de distance psychique et physique, prévalence de l'immédiateté, dissolution des règles sociales. S'instaurent un climat persécutif et des relations paranoïaques.

La violence sollicite d'ailleurs plus l'excitation que la pulsion. Ceci mène à une tendance à la décharge, à l'agir et une perte des capacités relationnelles au profit de la rigidification, à des positions de certitudes.

### UNE CLINIQUE DU CORPS

L'approche des situations de violence relève d'une clinique du corps. Cette praxis corporelle renvoie à un ensemble de processus (modifications corporelles ressenties, double fonction de l'enveloppe, armature cognitive, identifications au thérapeute, activité fantasmatique, assimilation sensorio-kinesthésique et spéculaire dans le dialogue tonique...) compréhensible à partir de la notion d'image du corps.

Celle-ci s'avère une notion complexe, différenciée de celle de schéma corporel (structure perceptive et active enrichie par l'expérience) et de celle de motricité (liée elle-même à une expérience émotionnelle congruente à la relation à autrui). L'image du corps met en jeu une double dimension, celle relative à la synthèse des données perceptuelles, et celle relative à l'ordre symbolique. Elle se conçoit aussi selon une double fonction, celle de l'ordre d'une structure, homomorphique à la structure familiale, et celle relative au contenu, soit du registre de la signifiante.

Cette image du corps se tisse dans le vivre relationnel de la dyade mère-enfant, et se constitue dans la successivité des images archaïques du corps en rapport avec les différentes castrations. Ces

### Le karaté : un exemple de la temporisation de la violence

Praticien d'arts martiaux et professeur de karaté durant une quarantaine d'années, je me suis livré à une appréhension agonistique\* du corps dans une confrontation violente qui n'excluait nullement la blessure ou la fracture. Pratique de l'extrême à ses débuts, sans protection aucune, il s'agissait, au travers de la maîtrise technique, de viser l'éradication de l'autre. Mais, au-delà, venaient suinter et déborder d'autres aspects inhérents à la simplicité du but. La gestion du stress et de l'émotion, l'agressivité sereine déployée dans cette geste meurtrière en masquaient difficilement les affects. L'angoisse ou la haine, voire la haine de l'angoisse, actualisait une activité fantasmatique dont les fantaisies phalliques traduisaient à peine la teneur.

Les arts martiaux sont narrativité d'une pulsionnalité, socialisation de la violence et scénarisation de la jouissance agonistique. Au-delà d'une revendication phallique qui dénie l'angoisse de castration, il y a toujours une lutte contre les Erynies\*\*, contre la haine d'une figure maternelle dangereuse. Cette lutte prend sa forme psychopathique d'un défi à l'autre et d'une décharge de la tension agressive. Mais, on oublie souvent, derrière le masque sadomasochiste des coups donnés et reçus, les délices d'une jouissance du corps. Pacification tout autant que déchaînement de la violence, cette pratique constitue une mise en scène de la destructivité pour restaurer la consistance du lien et permettre une meilleure assise narcissique.

Un autre registre est celui de l'intersubjectivité en œuvre. Un combat est toujours une interaction dyadique supportée par la circulation fantasmatique, les mythes partagés et contenue par les rituels. L'attention portée aux ressentis de l'autre ne s'arrête pas à une relation d'emprise. Elle est d'abord accordage pour intervenir à contretemps. Elle est perception non conscientisée de l'intentionnalité, de l'émotionnalité et des traits saillants de la personnalité adverse. On ne combat pas tant contre l'autre qu'avec l'autre en se saisissant des dysrythmies perçues, du tempo de fond, de la gestualité de confort, des syncinésies, des mouvements indiciaires, des signes de la peur... Le corps ne parle pas, il n'y a pas de langage du corps mais une interprétation de signes multiples. Le combat suppose de lâcher toute rationalité et toute technique contrôlée pour s'articuler à la rythmicité et à l'émotivité de l'autre. C'est là un point central de l'accompagnement d'une conduite violente.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, ce n'est pas tant un corps blindé dans une armature caractérielle qui est requis qu'une fluidité offensive se laissant guider par une non-pensée. L'objet se déduit de trois composants mis en avant : la « *maai* » (intérieurisation de la distance juste dans la rencontre), le « *hyoshi* » (intégration de la rythmicité qui scande la rencontre) et le « *yomi* » (capacité intuitive d'anticipation et de décryptage des intentions d'autrui). Ceci est inséparable du « *sakki* » (sentir la volonté d'attaque dirigée contre soi, liée à la temporalité subjective) et du « *hara-gei* » (se deviner l'un l'autre sans expliciter les pensées).

L'objet de la pratique n'est pas que le savoir-faire et la technicité. Ceux-ci ne sont qu'un vecteur qui mène à un état de détachement permettant une ouverture vigilante ou « *zanshin* ». Cette ouverture au monde, sans *a priori*, assure, au travers de la mise en jeu maximum des capacités perceptivo-motrices et intuitives, une présence effective au monde. Cet état de détachement, qui mène à une présence au monde, suppose une traversée, par décentrations successives des fantasmes agressifs, des questions de la mort et du sexuel (Mishima, 1964-1970). Ceci renvoie à une problématique du vide. Avoir dépassé la crainte de la mort nous pose, serein, face au déferlement de la violence.

La pratique du karaté modèle l'agressivité en combativité, mais plus encore, elle est exquise sérénité devant les figures de la mort du fait de la traversée et du dépôt des fantasmes. Elle est présence au réel. Elle n'est pas évitement de la mort ou de la jouissance, la sienne ou celle de l'autre. Elle n'est que présence sereine. Cette position psychique assure d'un travail de transformation de la violence. Les arts martiaux font du corps le lieu d'élaboration d'une violence archaïque et une modalité d'un processus de symbolisation archaïque.

Ce que nous enseigne cette pratique, non superposable à la praxis clinique, est que la confrontation à la violence tient au travail psychique que l'on a pu effectuer dans le rapport à la mort et à la capacité d'ouverture faite d'un détachement réceptif et attentif.

\* Agonistique : qui traduit la lutte.

\*\* Dans la mythologie grecque, les Erynies sont des déesses de la vengeance. Elles punissent impitoyablement tous les crimes contre les lois de la société humaine, notamment les fautes contre la famille : elles tourmentent sans répit leur victime, qu'elles frappent souvent de folie (d'après Encyclopedia universalis en ligne).

images archaïques, antérieures à l'image spéculaire, thématisent l'histoire des représentations de soi. Ces images sont intégrées au travers des processus introjectifs de la fonction maternelle. Constitué par la jonction des affects aux représentations, elles assurent une appropriation du corps. La relation mère-enfant permet la mentalisation des éprouvés corporels et psychiques sur fond d'une harmonisation des affects, à partir de l'intégration du tactile par le visuel.

L'image du corps est une notion intégrante de celle de corporéité. Elle n'est pas visible, ni perceptible en dehors d'une médiation. L'échec de ces processus entraîne plusieurs registres pathologiques : démantèlement perceptuel, non psychisation ni représentation du corps, fragmentation de la structure corporelle, dissociation entraînant somatisations et agirs. Ce sont ces phénomènes que l'on peut éprouver lors d'une confrontation à une situation de violence.

Les médiations corporelles traitent de ces défaillances de la corporéité, de la faillite des représentations psychiques, de la préséance des angoisses corporelles primitives. Mais c'est dans la mesure où le corps est le lieu de l'ambiguïté (Bléger, 1981) en même temps que celui de l'historicisation de la structuration des liens et de la subjectivation. Par ailleurs, la rencontre clinique se déroule toujours sur un fond d'amphimixie (1), d'intercorporéité et notre premier lien se situe dans cette mobilisation de la corporéité. Cela convoque une clinique de la corporéité au sein de ces situations de violence incluant à la fois les variations toniques, mimiques, posturales, gestuelles perçues, les traces des représentations des images du corps au travers des productions graphiques, langagières, comportementales... et les ressentis dans sa propre corporéité de l'effet de la rencontre de l'autre.

C'est l'analyse et l'élaboration psychique de ces ressentis et sensations corporelles lors des confrontations à des situations

violentes qui assurent la distanciation nécessaire. L'attitude du clinicien est la transpassibilité, l'échoïsation et la métaphorisation gestuelle, et la fonction de porte-voix. Le médium malléable est avant tout la corporéité du clinicien, qu'on la considère au titre de la rythmicité, du procès de l'imitation, de la fonction tonique. Ce qu'il laisse percevoir, voir et ressentir de sa corporéité a un effet, par perméation, sur le vécu corporel et psychique du sujet violent. C'est à ce titre, rappelant la valeur des concepts d'introjection-projection, que se situe le travail de la corporéité dans l'interaction. Facteurs narcissiques et identificatoires sont mobilisés dans la régulation pulsionnelle. Si le médium se prête à la métamorphose et à la métaphore, c'est aussi à la mesure de la négativité qui le tisse. Ce médium, pour le clinicien, est plus spécifiquement la corporéité dans ses aspects rythmiques, thymiques, toniques et mimétiques. Le jouer serait alors ce qui permettrait l'opération de métamorphose et de métaphore ; il serait l'opérateur de la fonction Trans. La transcorporéation est ce jeu des corporéités en présence.

### CONTENANCE ET TRANSFORMATION

L'effet de violence mène à un travail psychique de restauration des pare-excitations, conduit en urgence pour faire face à un vécu d'anéantissement et d'effondrement. Il nous faut élaborer la terreur ressentie pour la désamorcer. Il s'agit de restaurer à la fois du sens et un espace de jeu en se déprenant de l'urgence et en se décollant psychiquement de l'impact de la crise. Si la violence incite à la déliaison, la réponse à construire consiste à relancer le travail de liaison et de lien. Cela suppose une capacité d'accueil, une souplesse psychique, une distanciation, des disponibilités empathiques et identificatoires menant aux possibilités de dédramatisation, d'apaisement et de reformulation. Les fonctions contenantes du soignant sont sollicitées : il

doit recevoir un vécu sans représentation transmis par le patient, l'éprouver, le penser et le renvoyer sous une forme symbolisée. La violence oblige à un travail de transformation. La corporéité est le premier conteneur et vecteur de l'élaboration psychique. Les fonctions contenantes et symboligènes de l'équipe sont l'étiage nécessaire pour faire face aux situations de violence. Pour le dire autrement, face à un patient violent, on n'est jamais seul, on est la multitude cohérente ou incohérente de l'appareil psychique groupal et institutionnel. La posture professionnelle prise dépend de la qualité de la configuration institutionnelle même si elle engage notre position psychique. C'est ainsi que, dans l'exemple précédent, une collusion incestuelle au sein de l'équipe induit un triple phénomène : violences des crises des patients, violences des réponses thérapeutiques à la limite de la maltraitance et violences des conflits au sein de l'équipe.

1 – Le terme amphimixie introduit par S. Ferenczi, traduit l'impact du ressenti corporel de l'autre en soi, dans sa corporéité. La réciprocité du phénomène souligne l'échange dans l'intercorporéité.

### BIBLIOGRAPHIE

- Bleger J. (1981). *Symbiose et ambiguïté. Études psychanalytiques*. Paris. PUF. 369 p.
- Y. Mishima, *La Mer de la fertilité, tétralogie (1964-1970)*, Gallimard, Quarto, 2004.
- P. A. Raoult *L'agir criminel adolescent* Grenoble PUG 2008.
- P. A. Raoult *Le corps du crime* Grenoble PUG 2013.
- P. A. Raoult, L. Labruno *La honte à l'adolescence. De l'affect au lien social*. Paris, In Press. Août 2014.

**Résumé :** La confrontation à la violence dans le travail clinique bouleverse intimement le sujet. Cela sollicite des mécanismes défensifs archaïques individuels et institutionnels. L'auteur présente les aspects de terreur et d'effroi pour souligner que la rencontre de la violence relève d'une clinique de la corporéité. Il est suggéré les modalités de travail psychique qui sont sollicitées.

**Mots-clés :** Agitation – Appareil psychique groupal – Arts martiaux – Crise – Déliaison – Holding – Image du corps – Interaction – Mécanisme de défense – Professionnel de santé – Relation soignant-soigné – Vécu.

# Oméga, pacifier les états

L'agitation se manifeste parfois par de l'agressivité et de la violence. Dans ce contexte, l'EPSM Lille Métropole a initié depuis plus de dix ans, avec le programme Oméga France, une démarche institutionnelle de prévention de la violence.

L'histoire de la formation Oméga France débute en 2000, avec le contrat d'objectif et de moyen, dans lequel l'Établissement public de santé mentale (EPSM) Lille Métropole se donne pour but de réduire le risque de violence. Cet objectif a été posé à la suite d'une tentative de strangulation subie par une professionnelle de l'établissement. L'histoire veut que ce soit un patient soigné sous contrainte qui porte secours et sauve cette soignante. Cet événement questionne l'ensemble de l'institution, qui cherche toutes les solutions pour prévenir ces situations.

• **En 2001**, un psychiatre chef de service découvre un programme de formation initié par l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) au Québec. L'objectif de cette formation est d'assurer la sécurité des professionnels tout en se centrant sur la personne avec empathie et respect.

En 2003, la première formation est importée en France et une première équipe de soignants de l'EPSM en bénéficie, sur quatre jours. Cette équipe a pour mission d'identifier les bénéfices de cette formation en situation de travail. D'emblée, elle constate que cette formation permet de redonner sens à une démarche d'équipe coordonnée et cohérente, faci-

litant l'entrée en relation avec le patient et la recherche d'alliance thérapeutique dans un contexte d'agitation, d'agressivité et de violence.

Du point de vue des participants à la formation, les effets peuvent se traduire de la manière suivante : « *Un processus est enclenché qui sollicite en moi le désir de poursuivre ma démarche. J'ai apprécié de naviguer entre "un espace personnel" et un espace plus "théorique". Cela m'a permis de rendre plus explicites et structurées des choses qui étaient en moi de manière plus implicite et informelle. (...) Plus j'ai d'espace et de souplesse en ayant un cadre solide, plus ma motivation augmente.* » (1).

• **Fin 2003**, une première journée relative à la prévention des situations de violence permet de dresser un bilan de l'existant et d'identifier vingt propositions qui inscrivent résolument ces préoccupations dans une démarche institutionnelle. Le directeur de l'EPSM décide alors, avec l'ensemble des acteurs de l'établissement, représenté dans les instances, que cette formation s'inscrira dans une démarche collective. Tous les professionnels, tous les métiers, toutes les compétences seront concernés.

• **Dès 2004**, l'établissement forme ses onze premiers formateurs.

• **En 2005**, une adaptation du programme est réalisée, afin d'y intégrer la réglementation nationale et les recommandations de la Haute Autorité de Santé sur le sujet. L'EPSM revisite ainsi le cahier du participant et les supports vidéo pédagogiques dans un partenariat fort qui nous unit avec le Québec depuis 2003. Nous n'aurons de cesse de « retourner à la source ».

• **Aujourd'hui**, nous disposons de dix-neuf formateurs Oméga France et de deux maîtres formateurs.

## L'ANCRAGE DANS LES PRATIQUES ET LES ORGANISATIONS

Cette démarche s'inscrit par ailleurs dans une problématique de ressources humaines. En effet, depuis 1992 le programme de formation initiale des infirmiers n'est plus spécifique à la psychiatrie et la santé mentale. L'évolution de la démographie paramédicale conduit de fait à recruter de nouveaux professionnels dont la compétence spécifique reste à construire. La philosophie de la formation Oméga France prend sa source dans quatre valeurs : le respect, la sécurité, la responsabilisation et le professionnalisme. Les trois premières s'appliquent de manière conjointe aux patients et aux professionnels. L'ensemble de ces valeurs s'inscrit également dans celles de l'établissement.

Dans ce contexte, l'ingénierie de formation restait à inventer pour répondre à nos missions de santé publique tout en valorisant la qualité de vie au travail. Une volonté affichée et affirmée de renforcer les actions de prévention de la violence a permis de répondre à des améliorations souhaitées, en particulier la diminution des contentions par attache, la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, ainsi que la baisse des accidents de travail.

### • Le programme de la formation

Le déroulement et le programme de cette formation permettent aux professionnels de s'inscrire dans une démarche éthique et :  
– d'identifier les situations à risque dans le milieu de travail ;

## Éliane BOURGEOIS

Directrice des Soins, Coordinatrice Générale, Directrice de la Qualité, EPSM Lille Métropole.

# d'agitation



- de sélectionner et d'appliquer le mode d'intervention verbal et psychologique ;
- de communiquer efficacement avec les collègues de travail, voire du Groupe d'intervention d'urgence (GIU) (voir *infra*) dans l'objectif de résoudre la crise ;
- de choisir et prendre certaines dispositions de protection physique appropriées à la situation, mais aussi et surtout de réussir la pacification afin de tendre vers l'objectif « Zéro contention ».

Ces objectifs garantissent la qualité des soins en respectant la dignité des personnes soignées et renforcent la qualité de vie au travail des professionnels en optimisant les compétences mobilisées.

### • Les principaux guides

Plusieurs grands principes étayent la formation :

- se protéger et identifier les éléments à risque présents dans le contexte de travail ;
- évaluer la situation en choisissant et en prenant les dispositions nécessaires pour une protection appropriée ;
- prévoir l'aide nécessaire à l'intervention en communiquant efficacement avec ses collègues pour la résolution de la crise ;
- sélectionner le mode d'intervention verbale le plus approprié à l'agressivité exprimée par le patient. Il s'agit de rester centré sur la personne avec empathie et respect ;
- Enfin, le plus important, et sans doute le plus difficile compte tenu des contextes contraints, prendre le temps nécessaire pour agir.

### • Quatre étapes

– **Étape 1. Processus de gestion de la crise** par l'évaluation de :

- la situation de travail. Cette approche vise à déterminer les limites de la gestion de la situation de crise, à partir de six paramètres (la personne, l'environnement, l'équipement, la tâche, le temps, l'organisation) ;

- l'application de degré d'alerte (âge, taille...). Cette estimation permet d'adapter le niveau de vigilance et de prendre les mesures de sécurité appropriées lors du premier contact avec le patient, mais aussi tout au long du dénouement de l'intervention, – le potentiel de dangerosité. Toute situation présente un degré d'incertitude et donc de risque. Le professionnel est amené à tenter d'estimer cette part incertaine.

– **Étape 2. Prise de décision sur les techniques verbales et psychologiques.** La pacification de crise est une technique d'écoute

empathique. Elle est présentée comme l'intervention de base et permet d'établir un cadre de dialogue avec le patient. Dans le cas de crise émotionnelle, elle suffit souvent à elle seule à résoudre l'épisode de violence. Elle génère beaucoup d'informations sur le vécu du patient et ses difficultés. C'est pourquoi elle a une valeur indiscutable du point de vue de la clinique.

– **Étape 3. Le « plan de match ».** Celui-ci permet au professionnel de revoir sa stratégie lorsqu'il se sent déconcerté ou déstabilisé.

– **Étape 4. Utilisation de techniques physiques.** Le principe directeur est de respecter la bonne distance sécuritaire, ce qui implique, en cas d'intervention, que l'équipe soit structurée, concertée, respectant le principe de sécurité pour le patient et pour elle-même.

– **Étape 5. La réunion post-événement.** Cette étape, fondamentale, permet tout d'abord d'évacuer le stress généré par la situation et de réaliser un retour sur l'événement en équipe. Son objectif est de consolider les comportements attendus ou d'améliorer le processus de prévention globale en identifiant les points forts et les axes de progrès.

En 2007, un dispositif complémentaire à la formation de base Oméga France intitulée « Retour post-événement » a été mis en place. Il est destiné à revisiter les fondamentaux de la formation initiale et à accompagner les professionnels dans un travail de retour d'expérience. À ce jour, plus de 900 professionnels ont bénéficié de ce rappel.

Pour le soignant, il s'agit de « *retrouver le chemin d'une clinique de l'agir, nous permettant de replacer ces comportements dans une dynamique progrédiente de mise en sens et d'élaboration, malgré la tentation toujours plus pressante de recourir à des solutions techniques et chimiothérapeutiques qui ont pourtant montré leurs limites* ». (2) Au-delà du savoir faire, le passage d'une compétence individuelle à une compétence collective nous anime également dans une éthique de la relation fondée sur le savoir être.

En effet, on observe que le dispositif Oméga France s'inscrit pleinement dans une culture des métiers paramédicaux en psychiatrie et en santé mentale, à travers ce qui devient une compétence collective. Avoisinant l'idée de la « communauté de pratiques », le collectif d'intervention « *forme [alors] un cercle*

*d'échanges dans lequel on s'intéresse moins aux limites de chacun des participants qu'aux limites de l'activité elle-même, plus à la résistance du problème qu'à la fragilité des opérateurs. L'objet commun retient l'histoire collective, qui devient dès lors ressource pour le développement de cet objet, lui-même source à son tour de nouveaux conflits à surmonter. Ce mouvement générique, détaché de la main et de l'esprit de chacun, qui les dépasse et pourtant les traverse pour s'y revitaliser est typique du métier ».* (3)

### RENFORCER LA DÉMARCHÉ

À ce jour, le contenu de la formation s'inscrit dans une politique globale d'amélioration de la qualité des soins et de la vie au travail. Dans ce cadre, 2 339 professionnels ont été formés à cette démarche à l'EPSM Lille Métropole. On peut dès lors considérer que ces pratiques professionnelles sont largement répandues au sein de l'établissement. Différents dispositifs de travail ont été initiés pour renforcer l'action collective liée à la démarche.

• **Un Groupe d'Intervention d'Urgence (GIU)** est opérant dès 2004. Cette organisation mobilise quatre paramédicaux et un agent de sécurité et peut intervenir 24 heures sur 24. Ce GIU est structuré par zones géographiques et intervient sur déclenchement du dispositif de Protection du travailleur isolé (PTI) (4). Ce groupe constitue un support central dans la prévention des situations de violence. Il renforce d'une part l'efficacité des interventions et d'autre part, le sentiment de sécurité des professionnels.

• **La politique de secteur** favorise le rapprochement des structures de soins des besoins de la population desservie et un soin communautaire intégré dans la cité. L'établissement étant résolument engagé dans un maillage de structures ambulatoires et développement d'équipes mobiles, la mise en place d'un Dispositif d'alerte et de protection du travailleur isolé (DAPTI) (5) s'est imposée afin d'assurer la protection des professionnels au domicile des usagers.

• **Par ailleurs, un observatoire de la violence** s'est constitué. Il s'agit d'un groupe pluridisciplinaire composé de dix-huit membres, dont les représentants du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT). Cette instance a pour mission de :

- analyser les situations de violence et d'agressivité ;

- décider d'actions visant à limiter le nombre d'événements violents et/ou leur gravité ;
- coordonner les travaux des professionnels et groupes chargés de mettre en œuvre ces actions ;
- évaluer et communiquer sur les résultats obtenus.

À ce jour, l'observatoire a permis de caractériser les différents types de violence : celle du patient, de l'institution, des relations interpersonnelles, de la société en général qui en fait un mode d'expression quasi quotidienne...

- Dans ce cadre, un **Groupe d'analyse des accidents de travail** étudie, à partir de l'arbre des causes, les situations de violence et d'agressivité à l'origine d'un accident de travail afin de prendre en compte tous les paramètres permettant de mettre en œuvre des actions correctrices.

- Les missions de l'observatoire de la violence sont complétées par le **Comité d'éthique**, chargé de porter un intérêt plus particulier aux situations complexes. Ce comité réfléchit, avec les vingt-trois correspondants éthiques, sur des thématiques comme la liberté d'aller et venir, le consentement... L'approche s'inscrit dans la proposition de la philosophe Monique Canto-Sperber : « Il n'y a pas d'expertise éthique, seulement une compétence acquise au cours d'un patient travail de compréhension et de réflexion dont la visée est d'éclairer, parfois de recommander mais en aucun cas de prescrire ».

- Par ailleurs, la démarche s'est traduite en 2008 par l'organisation d'une journée intitulée « Prévention des situations de violence ». Elle a eu pour objectif de mutualiser les expériences des établissements partenaires, d'évaluer les actions réalisées depuis 2003 et de formaliser 25 nouvelles propositions qui feront l'objet, en juin 2014, de l'organisation d'une nouvelle journée sur ce thème.

- L'établissement s'est également engagé dans le **programme européen « Leonardo Da Vinci »** (6) sur la thématique spécifique de la liberté d'aller et de venir, qui a permis de formaliser vingt recommandations au niveau européen.

- Notons que la diversité des bâtiments dédiés aux soins reste aujourd'hui le témoin de leur évolution. En effet, **des nouvelles formes architecturales** sont aujourd'hui pensées pour proposer un soin individualisé, où l'intimité du patient doit être respectée et conjugée avec les espaces

collectifs. Nos maîtres formateurs à la méthode Oméga France ont acquis une compétence spécifique et sont sollicités pour aménager des locaux respectant la liberté d'aller et venir et garantissant la sécurité des conditions de travail.

### UNE RENCONTRE SINGULIÈRE

Ainsi, depuis plus d'une décennie, une réflexion sur la mise en sens des comportements violents tente de les appréhender sous une forme humaniste. Nous nous efforçons d'observer et analyser les processus interactifs et leurs déterminants en proposant avant d'agir toutes alternatives à un moment douloureux. Le sens donné aux manifestations psychopathologiques est alors un allié précieux pour éviter les passages à l'acte « mal-heureux ». C'est la question du prendre soin qui devient centrale.

L'observation du soignant dans la communication verbale et non verbale, de ce qui s'exprime dans la situation, est de la plus haute importance. Elle s'inscrit dans une entrée en relation avec le patient, celle de la rencontre singulière, qui lui permet de verbaliser ce qu'il ressent. Ce préalable favorise la fonction contenante du soin et permet l'expression du mal-être. L'espace relationnel ainsi créé étaye les propositions de soin. Il permet d'entrer dans l'agir en responsabilisant le patient et en soutenant une alliance thérapeutique possible. Cette alliance est à considérer au sens de : « *L'accord entre deux personnes que rapproche une communauté d'intérêts. L'union contractée par engagement mutuel. La personne qui apporte à une autre son appui.* » (7)

### DÉMARCHE QUALITÉ

La formation Oméga France s'inscrit complètement dans le management par la qualité de l'établissement, avec deux objectifs :

- **Accompagner les professionnels pour atteindre l'objectif « zéro contention ».** Une Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) relative à la mise en chambre d'isolement et/ou contention par les infirmiers sur prescription médicale a été réalisée depuis 2010. Elle montre que l'analyse des écrits professionnels est en conformité avec le référentiel des pratiques Anaes sur l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie (juin 1998) (8) :

- 100 % des consultations médicales sont réalisées dans un délai d'une heure



© Artur Hieras.

à la prise de la mesure (ce délai correspond au temps dont dispose le psychiatre pour confirmer ou non la contention et/ou l'isolement mis en œuvre par l'infirmier dans le cadre d'un acte conservatoire).

– 100 % des dossiers patients renseignent l'information du patient sur la mesure d'isolement et/ou de contention et sur le débriefing de celui-ci à la fin de mesure.  
– 100 % des suivis des patients en isolement et/ou contention sont rédigés dans le dossier patient.

Une nouvelle Évaluation des Pratiques Professionnelles va enrichir notre démarche grâce à la mise en place d'une revue de pertinence systématique.

• **Réduire le nombre d'accidents de travail liés à la violence et promouvoir les conditions de vie au travail.** Entre 2007 et 2013, nous relevons que :

– une diminution de 42 % de déclarations d'accident de travail ;

– une division par 5 des déclarations avec arrêts de travail ;

– le nombre de jours d'accidents de travail a lui été divisé par 10, avec un taux de fréquence (9) divisé par 5,5 et un taux de gravité (10) a été divisé par 12.

Si ces objectifs qualitatifs sont des repères en matière de prise en charge et de prévention des risques liés à la violence, ils ont largement été investis par les acteurs de l'EPSM Lille Métropole et se sont généralisés dans les pratiques professionnelles de l'établissement. Nous constatons aujourd'hui que l'approche Oméga France est constitutive de la culture d'établissement.

### EN CONCLUSION

C'est ainsi que le management de la prévention des risques tel qu'il est proposé à l'EPSM Lille Métropole trouve son sens dans le concept « *d'organisation apprenante* » :

« *une organisation qui apprend de son expérience et tire bénéfice des compétences qu'elle acquiert. Les organisations apprenantes sont celles dont les membres peuvent sans cesse développer leurs capacités à atteindre les résultats qu'ils recherchent, (...) où les gens apprennent en permanence comment apprendre ensemble* » (11). C'est dans cette dynamique de créativité collective que les réponses aux situations les plus complexes ont pu trouver des solutions.

Notre démarche s'inscrit également dans une réflexion de Paul Valéry qui définit l'*ingénium* comme « *cette étrange faculté de l'esprit humain qui est de relier pour comprendre... c'est-à-dire pour faire, pour proposer* » (12), pour créer.

N'est-ce pas là que se situent toute la complexité et la singularité de la relation soignant-soigné ? Dans une double dynamique de ce que Jean Clenet (13) nomme « *la démarche du chemin faisant* », nous cheminons avec le patient mais également dans la construction de notre identité professionnelle. Du côté de l'institution, il s'agit de répondre à une double mission, promouvoir d'une part la qualité et la sécurité des soins et d'autre part les conditions de la qualité de vie au travail.

1– Témoignage tiré de l'ouvrage de J. Clenet (2002), *L'ingénierie des formations en alternance*. « *Pour comprendre, c'est-à-dire pour faire...* », Paris, L'Harmattan, p. 158.

2– L. Morasz, A. Perrin-Niquet, J.P. Verot, C. Barbot, *Op. Cit.*, p. 251.

3– Y. Clot (2010), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte, p. 180.

4– Le Dispositif de Protection du Travailleur Isolé (PTI) est

un dispositif électronique pour déclencher une intervention pour assurer la sécurité des usagers et des professionnels. Plusieurs émetteurs-récepteurs PTI sont attribués à chaque unité. L'appel d'urgence par le PTI peut se faire par impulsion sur un bouton, arrachement d'un cordon, perte de verticalité. Le cadre d'intervention, soigneusement protocolisé, mobilise tous professionnels.

5– Le Dispositif d'Alerte et de Protection du Travailleur Isolé (DAPTI) exerçant sur les structures ambulatoires, au domicile des patients et en équipes mobiles permet aux professionnels d'être reliés au Bureau de Soins infirmiers (BSI) en appuyant sur une touche d'urgence et en prononçant un mot qui indique une situation de danger. Il s'accompagne d'un ordre de mission rédigé en amont de la visite à domicile et qui stipule que, pendant un temps donné, les professionnels du BSI sont informés qu'un collègue va être exposé à une situation à risque.

6– Programme européen dont les objectifs sont de réfléchir et mettre en commun des savoirs, des savoir-faire, des compétences de la part des professionnels aguerris qui souhaitent perfectionner leurs connaissances ou leurs pratiques auprès d'autres partenaires issus de mêmes milieux professionnels, mais exerçant dans d'autres pays, avec d'autres moyens, d'autres méthodes, d'autres ressources et peaufiner ainsi ses méthodes par la construction d'outils et de pratiques susceptibles de favoriser le développement d'autres méthodes de travail et progresser ainsi encore plus dans une meilleure thérapeutique au profit du malade.

7– Définition du Dictionnaire de la langue française le Robert Plus.

8– Référentiel des pratiques Anaes sur l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie, juin 1998, plus d'infos sur [has-sante.fr](http://has-sante.fr)

9– On entend par taux de fréquence : le nombre d'accident avec arrêt/heures travaillées X 1 million (Données INRS).

10– On entend par taux de gravité : le nombre de journées perdues par incapacité temporaire / heures travaillées X 1 000 (Données INRS)

11– P. Senge (1991), *La cinquième discipline*, Éditions Generel First.

12– Cité par J. Clenet, *Op. Cit.*, p. 11.

13– *Op. Cit.*

**Résumé :** Oméga France est un dispositif québécois qui, depuis les années 2000, s'est peu à peu inscrit dans la culture de l'EPSM Lille Métropole. Son objectif est de réduire le risque de violence et d'assurer la fonction contenante de la situation de soin. Elle est portée par une volonté de responsabiliser les patients en situation de crise. L'approche Oméga France a fait l'objet d'une ingénierie de formation spécifique, s'inscrivant dans une démarche qualité certifiée et donnant lieu à la mobilisation d'une pluralité d'acteurs institutionnels. Cette progression a donné lieu à un élan d'harmonisation des pratiques et d'apprentissages organisationnels individuels et collectifs.

**Mots-clés :** Agitation – Bien-être – Formation permanente – Gestion des risques – Plan d'actions – Professionnalisation – Respect – Responsabilité – Savoir être – Savoir-faire – Sécurité – Violence.

# « Je vais retourner toute

Monsieur Henri est hospitalisé une nouvelle fois, après avoir arrêté son traitement. Lors d'un repas, il se montre agité et agressif. Hubert, infirmier, et l'équipe présente, formés à la méthode Oméga, interviennent de façon structurée et concertée pour désamorcer la situation.

■ Monsieur Henri, 36 ans, est diagnostiqué psychotique depuis quinze ans. Il est actuellement suivi en structure ambulatoire. Célibataire, il vit seul, en appartement. Il mesure 1,85 m et pèse 75 kg. Son père est décédé d'un cancer de la prostate. Sa mère, retraitée, vit seule. M. Henri est fils unique.

Il est titulaire d'un diplôme de tourneur-fraiseur. Sans emploi, il perçoit l'Allocation d'adulte handicapé. Sportif, il a pratiqué l'athlétisme et la natation durant plusieurs années.

Au cours de son suivi, on relève quelques épisodes de consommation de cannabis et de cocaïne. Il existe des antécédents de comportements auto et hétéro-agressifs. M. Henri a été hospitalisé plusieurs fois pour décompensation consécutive à un arrêt de traitement. Ce qui se produit à nouveau.

Ce dimanche 18 mai, M. Henri est hospitalisé depuis une semaine. À midi, il tourne en rond dans le service en attendant que les patients aient fini de prendre leur traitement et que le repas débute. Chacun se dirige vers la salle à manger,

située du côté du jardin avec une porte pour y accéder. Une autre donne accès au couloir de l'unité, où se trouve également l'office réservé à la distribution des plateaux-repas.

M. Henri entame son repas. Ses propos sont cohérents. Son débit de parole est rapide, avec une intonation assez marquée. Il transpire et présente une agitation psychomotrice caractérisée par des mouvements brusques. Soudainement, à l'approche d'Hubert, infirmier, qui accompagne Laura, une patiente, il tente par des propos injurieux, déplacés et des gestes très significatifs, de le déstabiliser.

Son comportement génère une certaine tension dans la salle à manger, ce qui perturbe les autres patients. Lorsque ces derniers se manifestent, M. Henri leur répond vivement, avec une certaine ardeur et des attitudes provocantes.

L'équipe se compose aujourd'hui de trois femmes (deux infirmières et une aide-soignante) et de deux hommes, Hubert et un agent de service hospitalier, pour une unité d'hospitalisation temps plein accueillant alors 18 patients.

Composer avec une personne agressive, vindicative, agitée, préoccupante par son attitude, son discours ou sa gestuelle est une réalité inévitable. Le programme Oméga France (voir l'article d'E. Bourgeois, p. 72) propose d'acquiescer et de renforcer des savoir-faire en matière de gestion de l'agitation pour intervenir d'une manière souple et graduée, dans un contexte plus sécurisant pour le soignant, ses collègues et le patient, ce que nous allons illustrer ici à partir du cas de M. Henri, en mettant en exergue des liens entre pratique et théorie. Le type de médiation que nous présentons a vocation à être mis en œuvre en réponse à une situation de

crise (1) susceptible d'affecter la sécurité des autres patients, des professionnels et du sujet lui-même.

## LA PYRAMIDE D'INTERVENTIONS

Hubert, infirmier, est donc amené à intervenir auprès de M. Henri. Le premier contact entre les deux acteurs s'établit de manière verbale, sur la base d'une question simple et courte : « *Qu'est-ce qui se passe, Monsieur?* » M. Henri répond d'un ton vindicatif qu'il n'a rien à faire à l'hôpital, que sa famille ne le soutient pas et qu'elle l'a hospitalisé contre son gré. À cela, il ajoute : « *... et vous les infirmiers, allez vous faire...* », promettant de surcroît de « *retourner toute l'unité* » si cette situation devait perdurer.

• Cette question posée par Hubert constitue le **premier échelon de la « pyramide d'interventions »**, un des outils d'Oméga que nous allons détailler. L'infirmier a prononcé cette formule d'introduction, invitant le patient à entrer dans une phase de « **pacification** ». Cette démarche permet à la personne agitée et agressive de s'exprimer et de réagir sans porter atteinte à son intégrité physique et psychologique. Dans le cas de M. Henri, il est peu probable que cette intervention suffise à apaiser immédiatement la situation. Cela permet néanmoins d'introduire une posture empathique à son égard.

Par ailleurs, cette approche permet à Hubert d'afficher une présence ouverte, disponible, aidante et régulatrice. Cette première partie de l'intervention doit permettre d'accompagner la crise, pour éviter si possible l'escalade et introduire un espace-temps davantage propice à l'intervention relationnelle.

• **Une autre intervention verbale d'Hubert est donc nécessaire.** L'infirmier doit à

Sylvie DI SILVESTRE\*,  
Julien DE MIRIBEL\*\*,  
Dominique ZEGHERS\*\*\*,  
Michel BOUSSEMAERE\*,  
Laetitia DIROU\*\*\*\*,  
Nora BELKADI\*\*\*\*,  
Nathalie HENRION\*

\*Cadre de Santé, \*\*Doctorant en Sciences de l'Éducation, \*\*\* Cadre Supérieur de Santé, \*\*\*\* Faisant Fonction de Cadre de Santé, EPSM Lille Métropole.

# l'unité ! »

présent préciser son intention et formuler sa demande voire son exigence. Il s'adresse alors à nouveau à M. Henri : « *Monsieur, c'est le moment du repas, vous êtes bruyant et les autres patients de la salle se plaignent. S'il vous plaît, mangez en silence maintenant.* » Cette intervention verbale, nommée dans la pyramide la « **requête Alpha** » (2), ne suffit pas à faire redescendre la pression. M. Henri s'obstine à vociférer et continue à déranger les autres patients.

- L'infirmier poursuit donc son intervention et passe au niveau suivant de la pyramide : le « **recadrage** ». Hubert reformule plusieurs fois sa demande, toujours sur le même ton : « *Monsieur, c'est le moment du repas, vous êtes bruyant, et les autres patients dans la salle se plaignent. S'il vous plaît mangez en silence maintenant.* »

Rien n'y fait. M. Henri persiste : « *Oui, mais moi, je me tairai seulement si je peux voir le médecin maintenant.* » À ce stade, Hubert comprend que M. Henri refusera de répondre favorablement à ce qui lui est demandé. Il essaye de nouveau de capter l'attention du patient et renouvelle sa demande, mais avec un langage verbal et corporel plus ferme : « *M. Henri, nous vous laissons deux minutes pour manger en silence.* » À travers cette injonction, Hubert suspend l'échange avec M. Henri, lui fixant alors un temps déterminé de réflexion sur la situation.

Ce niveau du recadrage est une étape primordiale car elle permet à l'intervenant de garder une distance psychologique vis-à-vis du patient. Il est alors à même de se concerter avec des collègues présents et les possibilités d'évolution possible. Hubert peut en outre étudier les propositions acceptables par le patient et l'équipe pour ramener la sérénité dans la salle à manger.

Ce palier de la pyramide permet d'enclencher très vite une réflexion sur la prise en charge en cours, à savoir : notre intervention est-elle adéquate ? Est-elle abusive ? Est-elle réalisable ? Cela permet aussi de préparer une action d'équipe, c'est-à-dire de vérifier si des dispositions sont prévues pour ce contexte (prescriptions



© Artur Heras.

spécifiques ou consignes médicales) et de s'organiser avec les collègues présents en se concertant sur la suite de l'organisation de l'intervention.

particulier avec lui. On apprend alors que M. Henri s'est senti frustré, même trahi, car il n'a pas eu de permission de week-end, alors que d'autres patients

contiguë à la salle à manger peut être utilisée).

- **Par ailleurs, Hubert a bien observé le patient qui s'agite**, devenant par là même

“

**Donner du temps à autrui** *constitue une forme de considération, et permet de créer ou maintenir le lien thérapeutique.* »

- Hubert revient vers M. Henri au bout des deux minutes. Ce dernier continue à faire du bruit. Après avoir réitéré la même demande et sans obtenir l'adhésion du patient, l'infirmier poursuit son intervention : « *M. Henri, vous avez le choix : ou vous mangez en silence et vous pouvez rester dans la salle, ou vous continuez votre repas dans la petite pièce à côté ? Que choisissez-vous ?* » Nous parvenons ici au cinquième niveau de la pyramide, intitulé l'« **alternative** ». L'intérêt réside à ce stade dans l'annonce des issues possibles, ce qui responsabilise le patient par rapport à un choix.

- Si le comportement du patient finit par s'apaiser à la suite de ces différentes étapes, l'intervention est réussie. Cependant, l'approche Oméga cherche à mettre le patient face à sa responsabilité quant à la suite des événements. Ainsi, sans réponse de M. Henri, Hubert enchaîne avec l'avant-dernier niveau de la pyramide : l'« **option finale** ». Confrontée à la persistance de l'agitation de M. Henri, l'équipe considère alors qu'il choisit (par défaut) de poursuivre son repas dans la pièce voisine.

- Si M. Henri s'apaise ou bien se lève et se dirige avec son plateau dans la pièce voisine, on peut considérer que l'objectif de l'intervention est atteint. Dans le cas contraire, l'intervenant entérinera alors l'imminence d'une « **intervention physique** » (3), dernière étape de la pyramide. Hubert explique : « *M. Henri, vous avez donc choisi de poursuivre votre repas dans l'autre salle. Vous avez le choix, ou vous vous y rendez seul, ou vous choisissez que l'on vous accompagne.* » À ce stade, M. Henri choisit de coopérer : il se lève, prend son plateau et se dirige vers l'autre pièce. Le calme revient dans la salle à manger. L'objectif est atteint.

- Après le repas, l'équipe infirmière peut revenir sur l'incident et évoquer à nouveau le comportement du patient, en

l'ont obtenue. Après avoir pris le temps de l'écouter, Hubert reformule et renvoie à M. Henri ses sentiments, ici la colère et l'injustice, qu'il a pu ressentir. Ce dernier, un peu plus apaisé, entend à présent qu'il est peut-être tôt pour obtenir ce droit, étant donné qu'il s'agit de son premier week-end d'hospitalisation.

### PRENDRE LE TEMPS

Au détour de cette situation que beaucoup d'équipes ont dû vivre, Hubert et ses collègues ont utilisé d'autres outils découverts au cours de la formation Oméga France. En effet, toute situation de soins comporte quatre constantes : le temps, le lieu, le contexte, et enfin les personnes, ce que cet outil spécifique permet d'analyser dans une dimension de sécurité.

- **Hubert a rapidement évalué la situation de travail.** Sur le plan de la protection, il s'appuie sur ses collègues (deux infirmières, une aide-soignante, un agent de service hospitalier [ASH]) et la possibilité d'appeler le Groupe d'intervention d'urgence (4). Dès l'étape du recadrage, nous voyons que l'infirmier s'adresse seul au patient, mais qu'il est toujours en compagnie de ses collègues. Il s'agit en effet d'une intervention d'équipe. Le fait que tous les professionnels présents aient suivi la même formation est une variable positive favorisant la gestion de crise de manière structurée.

- **En parallèle, Hubert a vite relevé les éléments susceptibles de poser problème**, d'accentuer la crise (ici d'autres patients sont présents dans la salle à manger et peuvent très bien entrer en confrontation avec l'équipe soignante, M. Henri ou encore entre eux), de menacer sa sécurité et celle des autres (ici le mobilier et les couverts, par exemple, peuvent devenir des armes par destination).

- **Il a également identifié les possibilités architecturales** favorisant ou non la gestion de l'événement (ici une pièce plus petite

la personne à risque. L'infirmier a relevé des indicateurs permettant d'anticiper, d'observer, et de jauger M. Henri dans ses réactions (paramètres physiques, signes verbaux et non verbaux) afin d'adapter son degré de vigilance.

- En se référant à la « Grille de potentiel de dangerosité », support permettant de classer les comportements et les niveaux de dangerosité de M. Henri, **Hubert a engagé son intervention verbale et psychologique** et l'a ajustée par la suite en fonction des réponses du patient. Cet outil donne des repères pour estimer l'intensité possible des réactions, l'évolution de la relation, et l'effet de son intervention.

- Même si cet événement s'est terminé sans intervention physique, il a néanmoins fait l'objet d'une reprise en équipe, à partir du « **retour post-événement** ». Cet outil permet à l'équipe de mentionner les faits et d'améliorer le fonctionnement du service. C'est notamment grâce à la révision post-événement que l'on peut, dans l'unité de soins, le service, voire l'établissement, établir les besoins en suivi à moyen et long terme et formuler des recommandations pour l'amélioration de prévention globale de la violence dans l'établissement.

En l'espèce, M. Henri avait présenté des signes précurseurs de sa tension émotionnelle. Il aurait donc pu profiter d'une intervention verbale plus précoce si l'équipe de soins avait porté plus vite attention et davantage anticipé cette situation.

L'un des principaux enseignements de la formation est de prendre le temps nécessaire au traitement d'une situation de crise. C'est dans cette optique qu'ont agi tous les intervenants de ce cas clinique, ce qui a permis d'accompagner la crise de M. Henri sans chercher à la contrôler, ni à la contenir. Hubert et ses collègues ont réussi à mettre des mots sur cette agitation. Les valeurs

d'Oméga France (respect, professionnalisme, responsabilisation et sécurité) sont également celles des soignants. C'est pourquoi elles ont guidé le déroulement de l'intervention. Le reste de la journée s'est déroulé sans accroc. La semaine suivante, M. Henri est parti en permission. Sa famille a assuré le transport aller-retour.

### RESTER CENTRÉ SUR LE PATIENT

Cette histoire clinique met en évidence deux dimensions de la méthode Oméga France. – On constate que la connaissance approfondie de la démarche est éclairante. Elle ne fait pas l'objet d'une simple application et nécessite de la part de l'équipe soignante une coordination et une entrée en relation avec plusieurs données situationnelles (identité et état du patient, acteurs en présence, agencement structurel du lieu, disposition des objets, potentiel de dangerosité de l'événement...).

– Nous l'avons vu, cette approche est à considérer dans une réflexion sur des situations, c'est-à-dire à travers des relations interindividuelles directes. Mais elle s'apprécie également dans une dimension plus globale, c'est-à-dire sociale, voire existentielle. En effet, de plus en plus d'articles, émissions ou même de journaux télévisés, sont consacrés à l'agressivité sous toutes ses formes dans différents lieux (prison, école, entreprise...). Dans les soins, l'agressivité des patients questionne les services et notamment les urgences. Nombre de soignants évoquent le manque de patience des usagers, leur agressivité verbale, voire physique, qui s'imisce de plus en plus dans leur contexte de travail.

D'avantage qu'une méthode, la démarche Oméga France est un support de réflexion et de questionnement. En effet, si Hubert n'avait pas pris le temps de demander à M. Henri ce qu'il se passait, comment cette situation aurait-elle évolué? Au-delà de la formule d'introduction, Hubert porte de l'intérêt à M. Henri. Le manque de considération augmente la charge émotionnelle

de tout individu. De même, que se serait-il passé si Hubert n'avait pas été clair dans sa demande? Il est effectivement fréquent qu'une personne en proie à un stress aigu perde ses capacités d'écoute et de compréhension. Répéter calmement cette simple demande facilite alors la communication. Quelles auraient été les conséquences si M. Henri n'avait pas eu le choix? N'aurait-on pas alourdi sa charge émotive en prenant des décisions unilatérales et ressenties comme brutales? L'un des concepts défendus par Oméga France vise à éviter l'intervention physique, qu'il place d'ailleurs comme le dernier recours face à la crise. Agir sans le consentement de quelqu'un est loin d'être un acte anodin. Cela équivaut à une privation de liberté (de penser, de choisir, d'agir, d'aller). Favoriser le choix du patient réaffirme sa place en tant que sujet. Plus généralement, cela questionne l'intervention soignante dans sa dimension éthique.

Rester centré sur le patient, lui donner le choix, l'écouter, le prendre en compte, pour résumer le considérer, permet de gagner du temps dans la prise en charge et d'être plus efficace dans la démarche de soin. Parler un langage professionnel commun, utiliser les mêmes outils, agir selon une même posture permet aux soignants de mieux canaliser leurs émotions suscitées par la situation. Cette approche collective étaye l'affichage d'une attitude sereine des soignants avec un impact direct sur le ressenti des patients agités, très sensibles à l'ambiance environnante. Une meilleure alliance thérapeutique est ainsi préservée pour le patient qui se sent accompagné, en confiance.

### CONCLUSION

Oméga France constitue un socle sur lequel chacun peut s'appuyer pour accompagner au mieux une crise. Elle permet d'identifier son propre positionnement par rapport à la pyramide d'intervention et la prochaine étape à mettre en œuvre. Grâce

à ce cadre, Hubert reste congruent dans sa relation avec M. Henri. Le soutien des équipiers lui permet d'aborder la situation plus sereinement et de connaître le rôle de chacun. Il peut donc se centrer plus facilement sur les émotions du patient en crise. C'est un repère pour l'agir collectif de l'équipe soignante. Une cohésion s'installe, évitant des réactions anarchiques et confuses qui mettraient à mal la sécurité du patient et de son entourage. Concluons sur l'importance du facteur temps, que la méthode Oméga France met au centre de la prise en charge de la crise. Donner du temps à autrui constitue une forme de considération, et permet de créer ou maintenir le lien thérapeutique, qui offre à l'autre la possibilité de s'exprimer et d'être écouté. N'est-ce pas cette reconnaissance que recherche tout individu, soignant ou soigné?

1– La banalisation du vocable « crise » souvent employé comme un mot-valise pour désigner une variété de phénomènes nous amène à préciser ici de quoi nous traitons. Dans la philosophie Oméga France, la « Crise aiguë » définit une manifestation et un éclatement d'une très grande intensité émotive observés chez un individu, décrits par des comportements avant annonceurs (agitation psychomotrice et réactions physiologiques) et lors de l'éclatement (cris, menaces, bris d'objets, coups...).

2– La « requête Alpha » est en fait le troisième étage de la pyramide. Le deuxième s'appelle la « Trêve », mais peut être amené à différents moments de la situation et dans plusieurs types d'intervention.

3– Intervention physique : dans la philosophie Oméga France, même un accompagnement en chambre constitue une intervention physique.

4– GIU : dispositif de solidarité constitué d'un groupe de quatre personnes des services de soins. Il peut intervenir pour deux types de missions : l'une en cas d'agression, de violence nécessitant une contention ; l'autre sur des questions de prévention et pacification. Cette seconde compétence est aujourd'hui la mission pour laquelle le groupe est le plus sollicité.

**Résumé :** Si la démarche Oméga France s'appuie sur une méthode précise, elle est mise en œuvre en réponse à une situation de crise et aux incertitudes que comporte celle-ci. Le cas clinique présenté montre que le déploiement de la méthode s'inscrit moins dans un rapport d'intervention physique que dans une large dimension relationnelle. La décision du patient est alors mise au centre du dispositif. Un regard sur cette approche invite par ailleurs à la réflexion des acteurs en psychiatrie à repenser leur activité dans une dimension à la fois sociétale, mais aussi existentielle.

**Mots-clés :** Abandon du traitement – Agitation – Attitude du professionnel – Cas clinique – Communication verbale – Crise – Écoute – Méthode – Observation – Travail en équipe.

# Crises de nerfs et autres débordements

L'approche systémique peut permettre de déchiffrer les symptômes d'agitation au-delà de leur aspect bruyant et incontrôlé. Dans cette perspective, ils apparaissent alors bien davantage comme des élans d'individuation contrariés.

Dans une société toujours à la recherche de plus de contrôle et de retenue, quelle place accorder aux états d'agitation ? Quelle que soit la pathologie sous-jacente, ces comportements « inadaptés » se caractérisent par une désinhibition excessive des attitudes, des pensées et du discours. Au-delà de la dimension insécurisante du trouble, la peur n'est pas le seul facteur paralysant l'accès au sens profond des actes. L'époque étouffe les phénomènes bruyants et prône le maintien du calme et de l'ordre. Difficile, dans ce contexte, de proposer une approche pertinente de ces états, qui permettrait d'entrevoir le caractère structurant de la décharge d'excitation. La lecture systémique offre ce regard constructif donnant sens au symptôme et à ses conditions de démantèlement. Elle se centre sur la dynamique relationnelle dysfonctionnelle à l'origine du déséquilibre individuel.

## REPRÉSENTATION SYSTÉMIQUE DU TROUBLE

Depuis le début de mon exercice, je constate combien les mouvements régressifs se révèlent souvent précieux. Chaque situation communicationnelle « débordante » met en

effet en relief son intention constructive. Mais une analyse insuffisante du contexte entrave souvent la reconnaissance de la légitimité et du potentiel d'évolution de l'accès « belliqueux ». La pensée systémique offre alors une vision opérante du temps de crise. Elle fait émerger le processus positif qui tente de se dégager d'un mouvement psychomoteur « fracassant ».

L'état d'agitation correspondrait ainsi à la tentative maladroite et fébrile d'un apprenti qui voudrait s'extraire de repères enkystés et inadéquats. Les manifestations de cet état seraient en quelque sorte à la hauteur de la rigidité du contexte pathogène.

L'individu dépend de groupes d'appartenances qui l'influencent, de systèmes qui le définissent dans des rôles et des fonctions particulières. Plus un système est fermé ou traumatisé, moins il s'adapte aux réorganisations internes nécessaires. Lorsque le collectif étouffe les choix identitaires, la pression psychique ne tarde pas à s'exprimer. Le stress provoque alors des actes bruyants, lieux de décharge et d'expression d'une nécessité de changement. Selon la pensée systémique, le symptôme est à la fois appel et résistance au remaniement des codes relationnels d'un individu. La pathologie signe le manque de souplesse du cadre interactionnel dans lequel évolue le sujet, qui ne parvient pas à rester en adhésion avec son système sans sacrifier son individualité. Les sollicitations

auto-conservatrices de son groupe d'appartenance et son manque d'affirmation personnelle l'entraînent dans les méandres d'une inadaptation croissante.

L'état d'agitation serait alors l'expression de ce besoin impérieux, de cette tentative d'affranchissement. Dans cette perspective, les angoisses, les troubles psychiques, les troubles du comportement ou les somatisations seraient également les manifestations de cette bataille interne entre les forces d'inertie et celles de transformation vitales. L'aspect théâtral de « la crise de nerfs » ou encore du « coup de folie » traduirait, de manière plus manifeste et concentré dans le temps, ce mouvement de décharge d'une tension optimale. La libération explosive d'une pression contextuelle serait alors une phase salvatrice et incontournable. Les patients expriment souvent cette facette positive de leur état d'agitation démesuré. Mais, dans de nombreuses équipes soignantes, le diagnostic de « crise névrotique ou psychotique » est trop souvent surinvesti. Il souligne alors des déficits et n'apporte aucune information pertinente. En revanche, l'indication systémique d'une décompensation engendrée par un élan de transformation nécessaire, impliqué et coûteux pour le sujet, ouvre le champ des possibles. Le symptôme hystérisé, fou ou incohérent du patient n'est plus ainsi classifié selon ses dimensions manquantes. La référence à la forme d'agitation intervient très peu dans la manière de réfléchir

---

**Adeline SALESSE-GARDINIER**

Psychologue clinicienne, psychothérapeute

LA

PELI



RT  
VA  
S

caoson

241

© Art Project

une prise en charge thérapeutique pertinente. Par contre, la présence et l'intensité du trouble donnent les pistes principales d'une histoire « d'indifférenciation » à investir afin d'aider l'individu. Les « habits expressifs » de la pathologie peuvent alors révéler, dans un second temps, leur singularité sous le primat de ce récit contextuel signifiant.

### • Quand Sandra s'écroule

Les chutes répétées et intentionnelles de Sandra, 42 ans, hospitalisée pour dépression majeure, engendrent un sentiment d'impuissance grandissant dans l'équipe. Les soignants identifient ses symptômes dans les registres du manque et de l'infantilisation. En les abordant sous l'angle relationnel, l'énergie positive associée à ce qui peut être compris comme une forme de rébellion libère chacun d'une paralysie d'empathie et de soins. Recadré dans son sens systémique, le comportement abusif de Sandra met en relief sa colère et sa saturation psychique face à une famille irrespectueuse de ses choix. En effet, les comportements théâtraux de cette femme font suite à la disqualification, par son père, de son autorité légitime sur son fils. Sandra a osé poser des limites plus solides dans sa relation à son enfant et trouvé le courage de mettre à la porte son fils chéri irresponsable et insultant. Ce processus laborieux d'affirmation a été éprouvant mais les efforts de Sandra n'ont pas été reconnus par sa famille, au contraire. Ce nouveau positionnement, si fragilisant pour elle, a ainsi été invalidé par un système familial conservateur. L'acte d'écroulement hystérisé marque ainsi de profonds remaniements internes chez la jeune femme. Il indique son impossibilité d'adhérer à des schémas relationnels antérieurs dépersonnalisants. Dans un mouvement synchronique et paradoxal, ses chutes montrent aussi une tendance antagoniste à vouloir se réfugier dans les anciens codes relationnels familiaux. En effet, le galvaudage de son élan d'affirmation en tant que mère s'incarne dramatiquement dans ce « laisser-tomber » incohérent.

Cette forme d'expression désorganisée renvoie aussi à un événement familial traumatique. Un oncle de Sandra s'est pendu dans les escaliers. Le trouble souligne ainsi une zone sensible d'indifférenciation à travailler. Toutefois,

seule l'investigation exhaustive de l'histoire systémique permet d'extraire ces données essentielles. L'analyse sémiologique ne trouve sa pertinence que si elle est mise en lien avec l'histoire singulière et contextuelle du sujet. Celle-ci révèle la dimension symbolique du symptôme.

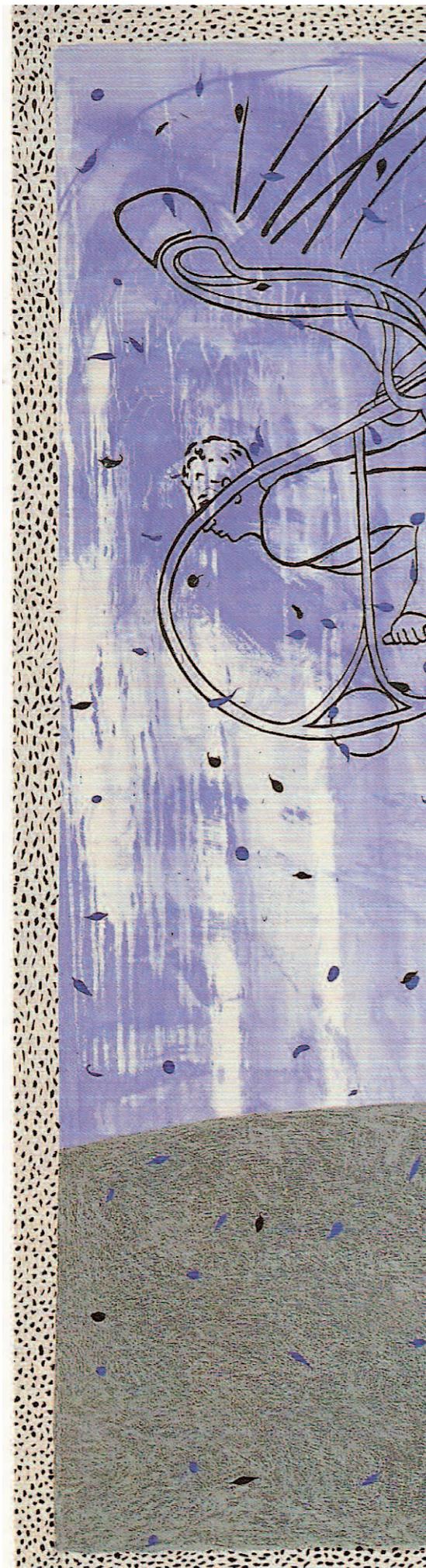
### LA RIGIDITÉ DU CONTEXTE

Ainsi, l'intensité du dérapage psychomoteur serait associée au degré de rigidité des fonctions et des rôles dont la personne tente de se désaliéner. Mais chaque tentative pour remanier les places rigides au sein du groupe créerait de violentes résistances internes chez le sujet, accentuées par l'opposition des proches. Le principe homéostatique de tout système rigide, orienté vers le maintien invariable des codes de fonctionnement, expliquerait ainsi la consistance du symptôme régulateur. L'ampleur de l'excitation traduirait la virulence des forces d'inertie pour entraver cette réorganisation fonctionnelle et signerait, dans un mouvement opposé, l'incapacité à continuer à adhérer aux repères systémiques d'antan. Dans cette logique, certains passages à l'acte surviendraient dans un moment de révolte et de désir d'individuation signifiant chez une personne.

### • Christophe et le mythe de la perfection

La vie de Christophe, 67 ans, a été traversée d'épisodes dépressifs chroniques. Sa pathologie dévoile une incapacité à moduler, avec souplesse, ses choix dans ses systèmes d'appartenance. Il s'est rigidifié dans des croyances inébranlables dictant ses conduites et ne tenant aucun compte du contexte. Au fil de son parcours, ses défenses ne parviennent plus à pallier les conséquences désastreuses d'adaptations non faites. Christophe vient d'une famille obnubilée par un « mythe de perfection », qui a contrôlé, dans sa prénatalité, tous les actes inadaptes de son histoire. Christophe a ainsi épousé une femme qui partage ses représentations figées. Mais une grave crise personnelle l'oblige à réorganiser ses relations à son environnement. Il apprend à construire des images légitimes, positives, acceptées de la nature défailante de l'homme. Il ne fuit plus ses insuffisances ni celles d'autrui et les reconnaît.

Cette nouvelle dynamique le soumet non seulement à ses résistances internes



© Artur Heras.



mais aussi à celles de son système embourbé dans les mêmes codes d'évitement et de contrôle. Lors d'un repas familial, il souligne l'obligation de paraître et le manque de spontanéité de leurs interactions. Les réactions stigmatisantes de son entourage le font alors décompenser. Son incapacité à bousculer dans l'urgence les règles systémiques oppressantes réveille un état de détresse et d'impatience intenable. Dans un discours logorrhéique, il montre sa hâte et son irritabilité à vouloir transformer son système. De même, ses propres résistances internes au changement se greffent dans la manifestation d'une agressivité, d'une errance et d'une sorte de coup de folie. Son précipité retrait physique et psychique marque une fuite déstructurée non pas de sa famille mais des valeurs étouffantes de celle-ci.

L'état d'agitation, dans son versant excessif et incontrôlé, révèle un apprentissage sous-jacent difficile. En effet, tout symptôme débordant met en relief la tentative de démantèlement de repères rigides pour de nouvelles données. Cette intégration complexe ne peut alors s'opérer, dans un premier temps, que de manière grossière. Plus l'intériorisation du processus est difficile, plus la personne manifeste des résistances par des conduites disproportionnées. Ainsi, les troubles du comportement observés sont l'expression d'une amorce de différenciation non encore contrôlée. Les bases rudimentaires de l'autonomisation psychique se traduisent alors par un excès d'égoïsme et d'incivilité. Dans cette perspective, l'état d'agitation est alors une libération ponctuelle d'une identité trop longtemps tue par sacrifice groupal.

#### • La « paranoïa » de François

Ni paranoïaque, ni antisocial, François, 52 ans, a pourtant eu un comportement hétéro-agressif vis-à-vis de sa compagne et de la fille de cette dernière. Cet homme mène tout d'abord pendant de longues années une existence tranquille et sans problème relationnel particulier. Cependant, la rencontre avec sa deuxième compagne l'engage dans des conduites incontrôlables. Après 10 ans d'une union conjugale apparemment sereine, François fustige sa compagne et sa belle-fille des pires insultes et les menace d'un couteau. Cette décompensation soudaine a lieu alors que sa compagne et sa belle-fille sont parties ensemble au restaurant.

Hospitalisé, François est rapidement étiqueté « personnalité paranoïaque et dépendante ». Pourtant, l'analyse du système familial montre un mouvement furtif d'émancipation de codes systémiques intenable. Depuis son union, François doit en effet respecter une fonction bien établie dans la famille et en particulier accepter la relation symbiotique entre sa compagne et sa belle-fille, ce qui implique le renoncement à un espace d'intimité conjugale. Son attachement trop fusionnel, dans ce lien amoureux, l'a conduit à taire ses choix personnels pour se soumettre à des règles maritales contraignantes. Par ses actes inadaptés, François a finalement exprimé la rébellion saine d'un homme qui aspire à se désengager d'une position trop figée et dépersonnalisante. Ce soir-là, il a été contraint de dîner seul tandis que la mère, la fille et le père de celle-ci étaient ensemble au restaurant. À leur retour, François est rentré dans une fureur hystérique et dangereuse. Cette affirmation tardive, nouvelle et culpabilisée a ainsi pris les apparences du drame illégitime car elle s'introduisait comme nouvelle donnée dérangeante dans un paysage établi. Le caractère agressif du mouvement d'affranchissement a alors dénoncé sa trop longue retenue et sa nature encore non assumée dans l'excès de son expression. Un sujet qui montre des réactions disproportionnées met ainsi en évidence son manque de différenciation par rapport à son système premier. Il exprime alors, excessivement, des choix individuels trop gravement censurés dans le système originel. Par exemple, une personne hyper responsabilisée dans son système primaire régresse fortement dans les divers espaces où elle peut s'exprimer plus librement. Le non-reconnu devient exigeant et capricieux, le carencé affectif extrêmement étouffant. Le trop passif se fait persécuteur.

### À lire. *Aider le patient à sortir de la crise : une méthode psychothérapeutique.*

#### *Le patient est un soignant qui s'ignore*

Fortement inspirée par le courant systémique, la démarche thérapeutique proposée dans cet ouvrage s'appuie sur l'ambiguïté du fonctionnement psychique et donc sur la logique parfois surprenante du chemin de la guérison. Car la crise peut être positive et les symptômes ont une utilité fonctionnelle et logique malgré leur dimension douloureuse. Dans le dénouement d'une problématique, le patient devient égoïste et s'applique à ne plus porter les tensions extérieures. Ainsi les temps de tension sont de formidables témoins de l'élaboration d'un conflit intérieur enkysté et en cours de résolution. La méthode psychothérapeutique présentée ici vise à permettre au patient de retrouver le moteur et la confiance pour trouver ses propres solutions

• *Adeline Salesses-Gardinier. Éd. De Boeck Estem, 2013, 191 pages.*

### DOUBLE LIEN DANS LE SOIN

Lorsqu'un patient hospitalisé n'est pas entendu dans la dimension réparatrice de ses conduites excessives, il risque de se sentir bafoué et freiné dans l'expression de son identité personnelle. La peur qu'il provoque chez les soignants, engendrée par la dimension non encore maîtrisée de son essai d'individuation, peut créer en lui une révolte interne très bruyante. Trop souvent, de nouveaux débordements sont provoqués, de façon non intentionnelle, par les conduites des soignants. La forte répression et dépréciation de ces élans d'émancipation provoquent un grand stress entre soignant et soigné. Le patient se voit court-circuité brutalement dans un mouvement psychique coûteux. Il est critiqué là où il est admirable. Il ose enfin défier ses peurs d'autonomisation par le biais d'un cadre neutre et thérapeutique mais il est dissuadé et jugé sévèrement par ces mêmes personnes qui l'ont pourtant encouragé auparavant à se lancer dans ce défi méritant ! Le soignant a engagé son patient dans un double lien : différencie-toi sans te différencier...

#### • Zoé et le sentiment d'injustice

Zoé, 49 ans, a été hospitalisée à de nombreuses reprises pour recrudescence d'angoisses et d'idées noires. Depuis plus de trente ans, elle entretient une sorte de relation sadomasochiste avec son ex-conjoint, qui l'enferme dans une position indifférenciée très dangereuse. Lors de ses hospitalisations, elle exprime son incapacité à énoncer ses frustrations et ses colères. Elle craint des conséquences catastrophiques si elle ose parler de son ressenti. Zoé a expérimenté, dans cette union conjugale pathogène, les résonances dangereuses de l'expression de soi. Ainsi, lorsqu'elle commence à s'affirmer, au fil d'hospitalisations renarcississantes, le caractère

encore grossier de la démarche attire les plus vives réactions de l'équipe. Zoé est dans des provocations, des refus, des comportements volages, des brusqueries verbales, des sourires ironiques et des oppositions passives irritantes. Ces excès traduisent ses propres résistances à changer. Indirectement, elle teste également le cadre thérapeutique. Pourrait-il lui montrer qu'elle est vraiment autorisée à moduler ses rôles et fonctions dans ses divers systèmes d'appartenance ?

Lors d'un entretien avec le psychiatre, Zoé fait une crise de nerfs impressionnante. De lourds sanglots et des raclements de gorge aigus l'empêchent de parler. À distance, cette réaction s'explique. Le médecin lui a demandé de souffler dans un éthylotest à chaque retour de ses sorties. Cette prescription a été posée suite à ses comportements croissants de désinvolture et d'agressivité. Zoé a confié que cette procédure lui rappelait étrangement l'injustice, l'insécurité et la trahison vécues dans sa relation de couple. Son corps bruyant mime ainsi la détresse à être entravé dans une légitimité d'expression. Son état d'agitation traduit l'avortement d'un mouvement laborieux d'autonomisation. La crise est née d'une tension à laquelle s'est ajoutée celle provoquée par l'autorité illégitime du médecin. Sa dynamique évolutive a été court-circuitée brutalement.

Ainsi la contenance des pulsions hostiles ne doit ainsi pas être confondue avec leur répression. Cet amalgame conduit le patient dans des conflits internes qui découlent des propres dysfonctionnements des soignants. Par ailleurs, l'ancien compagnon de Zoé était gendarme ! L'équipe a reproduit, involontairement, le message sadique du mari agresseur : le non droit de choisir sa place dans un système et le devoir de répondre à des ordres groupaux arbitraires.

### CRISE D'ADOLESCENCE ?

La période charnière entre l'enfance et l'adolescence est bien sûr un temps de remaniement essentiel des rôles et des fonctions dans le système premier. Il n'est donc pas rare de constater des troubles comportementaux impressionnants chez des jeunes dont le groupe d'appartenance est rigidifié dans des codes fonctionnels précis. La tentative de

différenciation naturelle de la personne en devenir est alors source de nombreux états chaotiques.

### • Léa dans le flou thérapeutique

À 17 ans, Léa est empêtrée dans un fonctionnement limite depuis plus de deux ans et elle entame un travail psychothérapeutique. Les automutilations, les passages à l'acte auto et hétéro agressifs sont réguliers. Ils s'accroissent et l'adolescente se réfugie de plus en plus dans un fonctionnement psychotique. Lors des hospitalisations, des crises anxieuses et agressives se déclarent brutalement. Cependant, si on se penche sur leur origine, les indices d'une entrave thérapeutique au processus d'individuation apparaissent systématiquement. Léa revit avec les soignants la confusion du discours contradictoire de sa famille : autonomise-toi sans t'autonomiser ! D'un côté, l'équipe lui tient un discours rassurant de contenance et d'encouragement à l'émancipation. D'un autre côté, les actes cliniques traduisent une dynamique contraire.

L'insuffisante prise en compte du contexte familial, l'attitude défensive infantiliste des soignants, le renforcement involontaire du discours enfermant des parents par l'équipe donnent ainsi lieu à de nombreuses situations paradoxales. Léa est responsabilisée dans ses décisions personnelles mais dans un même mouvement, des consignes médicales rigides lui sont administrées. Elle est régulièrement assurée du soutien de l'équipe dans sa démarche d'émancipation mais brutalement un ordre de sortie définitif par le médecin est posé sans justification et sans la consulter. Léa réagit à ce flou thérapeutique par l'expression d'une tension intenable et d'une décharge dans des passages à l'acte. Que d'énergies frustrées à être systématiquement rattrapées dans ses élans coûteux d'avancement !

L'adolescence est ainsi une des étapes où un besoin signifiant d'émancipation peut

faire éclater, dans des attitudes théâtrales, un modèle de fonctionnement systémique enkysté. Toutefois d'autres événements accidentels ou du cycle de la vie sont susceptibles de venir dénoncer et débrider un processus d'individuation insuffisant. Le comportement désorganisé signe alors la frustration sévère d'une personne à être compromise, par les siens ou le monde soignant, dans un élan personnel méritant.

### EN CONCLUSION

Dans certains contextes, des débordements psychomoteurs, des passages à l'acte paraissent liés à un processus interne épuisant et positif, frustré dans son ébauche. La perspective systémique permet d'éclairer des réactions secondaires aux traitements, des décompensations bruyantes. En effet, l'écho paralysant de la chimie sur l'émergence d'un processus psychique débridé parasite le mouvement thérapeutique en cours. L'antalgie médicamenteuse frustre une élaboration structurante et délicate enfin mise en marche. La détente organique est en effet redoutée à un moment de haute vigilance psychique !

Entre relâchement important du corps et pression extrême de l'esprit, l'agitation sollicite une décharge de tension née de ces deux dynamiques opposées. Dans cette perspective, les états d'agitation sont un bon indicateur du problème et des solutions à mettre en œuvre. Ces symptômes pointent non pas les incohérences du sujet mais plutôt celles des systèmes extérieurs. Paradoxalement, ces comportements « désadaptés » mettent en relief une inversion des rôles. Le patient est un soignant qui s'ignore et il est ignoré par ses pairs dans sa fonction auto-curative. Dans ses débordements, il semble nous crier, de manière désespérée, une vérité thérapeutique. Ne nous transmet-il pas, avec frustration, un paradoxe contextuel : la réalité déstructurante n'est pas la mienne mais celle d'autrui. Le monde extérieur lui renvoie des messages contradictoires dans une confusion à saisir les

dynamiques systémiques l'environnant ! La personne agitée est alors victime de sa trop grande lucidité retrouvée et du trop grand aveuglement de ses systèmes d'appartenance.

### BIBLIOGRAPHIE

- Benoit J.-C. et Al, *Changements systémiques en thérapie familiale*. Paris, ESF, 1987.
- Benoit J.-C., Roume D., *La désaliénation systémique*. Paris, ESF, 1986.
- Bouley J.-C., Chaltiel P., Destal D., Hefez S., Romano E., Rougeul F., *La famille adolescente*. Ramonville Saint-Agne, Erès, 2006.
- Caillé P., *Voyage en systémique*. Paris, Fabert, 2007.
- Cancrini L., *L'océan borderline*. Bruxelles, De Boeck, 2009.
- Decherf G., Blanchard A.-M. et Darchis E., *Amour, haine et tyrannie dans la famille*. Clamecy. In Press, 2006.
- Elkaim M., *Comprendre et traiter la souffrance psychique*. Paris, Le Seuil, 2007.
- Elkaim M. et Al, *Systèmes, familles et crises, Cahiers critique de thérapie familiale et de pratique de réseaux*. Toulouse, Privat, 1988.
- Hefez S., *Quand la famille s'emmêle*. Paris, Hachette Littératures, 2004.
- Lemaire J.-G. et al, *L'inconscient dans la famille*. Paris, Dunod, 1997.
- Lacharité C., Gagnier J.-P., *Comprendre les familles pour mieux intervenir*. Montréal, Gaetan Morin Editeur, 2009.
- Neuburger R., *Le mythe familial*. Paris, ESF, 2002.
- Prata G., Vignato M.; Bullrich S., *Interventions systémiques dans les jeux familiaux*. Toulouse, Erès, 1994.
- Rougeul F., *Familles en crise*. Paris, Georg Editeur, 2003.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G., *Paradoxe et contre-paradoxe*. Paris, ESF, 1980.
- Watzlawick P., Nardone G., *L'art du changement*. Bordeaux-Le Bouscat, L'esprit du temps, 2004.
- Watzlawick P., *L'invention de la réalité*. Paris, Le Seuil, 1988.
- Whitaker C., Napier A.Y., *Le creuset familial*. Paris, Robert Laffont, 1980.
- Wittezaele J.-J., *La double contrainte*. Bruxelles, 2008.

**Résumé :** Sous un angle systémique, l'état d'agitation se désaliène d'une représentation péjorative pour révéler son sens évolutif et thérapeutique. La dimension « théâtrale » du symptôme semble alors dénoncer la rigidité de la situation communicationnelle dont la personne tente de s'extraire. Le comportement bruyant met en relief un mouvement d'individuation salvateur et coûteux chez son auteur plutôt qu'un acte transgressif à déprécier. Cette réalité structurante et paradoxale du chaos, offerte par cette approche contextuelle, réinterroge ainsi le soignant dans ses modalités d'appréhension et d'intervention cliniques actuelles.

**Mots-clés :** Affirmation de soi – Agitation – Cas clinique – Crise – Double lien – Expression de l'émotion – Frustration – Paradoxe – Passage à l'acte – Séparation individuation – Théorie systémique.

Chaque mois, le réseau documentaire en santé mentale, Ascodocpsy, propose des éléments de bibliographie en lien avec la thématique du dossier : « **L'agitation** ».

### Monographies

- **Anciaux V de, Cartier P de, Hemptinne D et al.** *L'hyperactivité (TDAH) : les prises en charge neuropsychologique et psychoéducatives*. Bruxelles : De Boeck ; 2013.
- **Bange F, Mouren MC.** *Comprendre et soigner l'hyperactivité chez l'adulte*. Paris : Dunod ; 2009.
- **Borms G, Stes S, Van Den Heuvel R.** *Je suis hyperactif ! Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) chez l'adulte*. Bruxelles : De Boeck ; 2009.
- **Bouvard M, Le Heurey MF Et Mouren MC.** *L'hyperactivité : de l'enfance à l'âge adulte*. Paris : Doin ; 2009.
- **Chagnon JY, Cohen De LA.** *Les pathologies de l'agir chez l'enfant. Approche clinique et projective*. Paris : Dunod ; 2012.
- **Compernelle T, Lootens H, Moggré R, et al.** *Gérer des adolescents difficiles - Comportements impulsifs, excessifs ou agités*. Bruxelles : De Boeck ; 2012.
- **Joly F.** *L'hyperactivité en débat*. Toulouse : Erès ; 2013.
- **Joly F.** *L'enfant hyperactif... de quoi s'agit-il ? Pourquoi s'agite-t-il ?* Montreuil : Papyrus ; 2008.
- **Lanquetin JP.** *L'agitation en psychiatrie : quels repères pour quels soins ? In : Droit d'être soigné, droit des soignants*. Toulouse : Erès ; 2003 : 187-97.
- **Monceau M.** *Soigner en psychiatrie, entre violence et vulnérabilité*. Paris : Gaëtan Morin ; 1999.
- **Morasz L.** *Comprendre la violence en psychiatrie*. Paris : Dunod ; 2002.
- **Paumelle P.** *Essais de traitement collectif du quartier d'agités*. Rennes : Presses de l'EHESS ; 1999.
- **Perrot E de, Weyeneth M.** *L'agitation. In : Perrot E de : Psychiatrie et psychothérapie*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael ; 2004. pp. 103-6.

### Articles de périodiques

- **Bahadori S, Castro B, Pedro V, et al.** *État maniaque et état d'agitation : une étude diachronique*. Ann méd psychol 2006 ; 164(5) : 429-37.
- **Bakay S, Iweins A, Scantamburlo G, et al.** *Comment je traite... la prise en charge de l'agitation en urgence*. Rev méd Liège 2013 ; 68(11) : 553-6.
- **Belloc V, Leichsenring F, et al.** *Hyperexcitabilité, hyperactivité et traumatisme*. Neuropsychiatr enfance adolesc 2004 ; 52(4) : 210-8.
- **Benoit M, Arbus C, Blanchard F, et al.** *Concertation professionnelle sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démences*. Rev gériatr 2007 ; 31(9) : 1-7.
- **Billion M.** *Comment gérer au quotidien : agitation, violence et fugues en service de neurologie ?* Soins cadres 2009 ; (70) : 26-8.
- **Binot I, Soto-Martin M.** *Agitation et démence*. Rev prat (909) : 715-7.
- **Braconnier A.** *Les états d'agitation à l'adolescence*. Encéphale 2011 ; 37(4S4) : 8-9.
- **Courtois R, Champion M, Lamy C, et al.** *Hyperactivité chez l'enfant : réflexions sur les mécanismes psychopathologiques sous-jacents*. Ann méd psychol 2007 ; 165(6) : 420-7.
- **Delvenne V.** *L'enfant agité : par-delà les hypothèses étiopathogéniques*. Neuropsychiatr enfance adolesc 2013 ; 61(3) : 137-9.
- **Dicko M, Caillet P, et al.** *Agitation iatrogène chez le sujet âgé : prévalence, causes et prise en charge*. Press méd 2013 ; 42(2) : 181-6.
- **Friard D, Rouvière S.** *Evaluer et gérer l'anxiété et l'agitation des personnes souffrant de schizophrénie*. Cahiers du tutorat en psychiatrie 2006 ; (2) : 7-45.
- **Gazon V.** *De la psychomotricité et de la place du corps dans l'hyper-*

*activité*. Ann méd psychol 2006 ; 164(7) : 620-4.

- **Gonin P, Yersin B, Carron PN.** *Agitation extrême : concept d'excité delirium*. Ann fr méd urg 2014 ; 4(1) : 33-8.
- **Grosse EM, Da Fonseca D, Fakra E, et al.** *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte*. Ann méd psychol 2007 ; 165(5) : 378-85.
- **Guedj MJ, Gall C Le.** *Traiter l'agitation aux urgences*. Santé mentale 2007 ; (121) : 50-2.
- **Guile JM Dir., Cohen D Dir.** *Instabilité et déficits d'attention [dossier]* Perspectives psy 2011 ; 50(1) : 14-93.
- **Joffe J.** *Un adolescent au corps agité*. Inf psychiatr 2009 ; 85(4) : 355-8.
- **Joly F.** *Les troubles instrumentaux et l'hyperactivité : enjeux psychopathologiques, historiques et psychomoteurs*. Thér psychomot rech 2011 ; (165) : 20-6.
- **Kapsambelis V, Palazzolo J, et al.** *Vous avez dit sédation... [dossier]* Santé mentale 2007 ; (121) : 21-69.
- **Lancon C.** *Agitation et délire aigus*. Rev prat 2007 ; 57(2) : 207-10.
- **Le Bihan P, Pages C, et al.** *Place des unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) dans le dispositif de soins*. Ann méd psychol 2009 ; 167(2) : 143-7.
- **Le Bihan P, Esfandi D, et al.** *Les unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) : expériences françaises et internationales*. Médecine et droit 2009 ; (98-99) : 138-45.
- **Mellier D.** *L'agitation du très jeune enfant, une revue de la littérature*. Neuropsychiatr enfance adolesc 2013 ; 61(3) : 160-5.
- **Moritz F.** *Malade agité aux urgences*. EMC Urgences 2010 ; (24-153-B-10) : 1-11.
- **Nayer AR de.** *La prise en charge des patients agités souffrant de schizophrénie en crise aiguë*. Acta psychiatrica Belgica 2010 ; Sup1 : 4-5.
- **Niquille M, Gremion C.** *Prise en charge des états d'agitation extrahospitaliers : le point de vue de l'urgentiste*. Rev méd Suisse 2007 ; (3) : 1839-46.
- **Obeji R.** *Le comportement de l'enfant instable est-il insensé ?* Thér psychomot rech 2013 ; (173) : 4-12.
- **Passamar M, Tellier O, Vilamot B.** *L'agitation psychomotrice, la sédation médicamenteuse et l'urgence psychiatrique chez le patient psychotique*. Encéphale 2011 ; 37(6) : 448-56.
- **Quartier V, Nashat S.** *Revue des modèles et théories sur les hyperactivités de l'enfant : antagonisme ou complémentarité ?* ANAE 2011 ; 23(114) : 309-19.
- **San L.** *Aspects cliniques et thérapeutiques de l'agitation*. Encéphale 2007 ; 33(3) : S375-S9.
- **Schuster Jp, Manetti A, Limosin F.** *Agitation de la personne âgée*. Rev prat méd gén 2011 (854) : 64-5.
- **Thomas P.** *La prise en charge de l'agitation dans les épisodes psychotiques aigus de la schizophrénie*. Encéphale 2006 ; 32(1 cah 2) : S12-3.
- **Verdoux H.** *Agitation et délire aigus*. Rev prat 2011 ; 61(3) : 427-32.
- **Welniarz B.** *De l'instabilité mentale au trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité : l'histoire d'un concept controversé*. Perspectives psy 2011 ; 50(1) : 16-22.

### Thèses ou mémoires

- **Chevalier C.** *Les patients agités dans le service des urgences au CHU d'Angers : analyse des pratiques sur une période de six mois*. Angers : Thèse de médecine générale ; 2006.
- **Laurent T.** *La Mise en chambre d'isolement au sein des services d'accueil des urgences*. Lyon 1 : Thèse d'exercice : Médecine ; 2006.
- **Luçon A.** *L'enfant agité (le symptôme, et ses liens avec l'environnement)*. Paris : Thèse de médecine. Psychiatrie ; 2012

■ **Mull S.** *Trouble déficit de l'attention et hyperactivité, le devenir à l'âge adulte.* Nancy 1: Thèse de médecine; 2010. [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED\\_T\\_2010\\_MULL\\_STEVE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_MULL_STEVE.pdf)

■ **Muller Wentzel J.** *Etat d'agitation aigue: prise en charge dans un service d'accueil et d'urgence.* Nancy 1: Thèse de médecine générale; 2001.

■ **Paris A.** *De l'importance du dialogue tonico-émotionnel dans la prise en charge d'un enfant porteur d'une tonicité troublée.* Bordeaux 2: Mémoire de psychomotricité; 2012.

**Site Internet**

■ <http://www.tdah-france.fr>

**Documents sur Internet**

■ **Bourret I.** *Etats d'agitation... des tas de questions.* Serpsy; 2007 [http://www.serpsy.org/etudiants/ecriture/lsa\\_lyon.html](http://www.serpsy.org/etudiants/ecriture/lsa_lyon.html)

■ **Haute autorité de santé. Recommandations de bonne pratique. Confusion aiguë chez la personne âgée: prise en charge initiale de l'agitation;** 2009.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/confusion\\_aigue\\_chez\\_la\\_personne\\_agee\\_-\\_recommandations\\_2009-07-08\\_16-58-24\\_661.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/confusion_aigue_chez_la_personne_agee_-_recommandations_2009-07-08_16-58-24_661.pdf)

■ **Lazignac C, Ricou B, Dan L, et al.** *Prise en charge pharmacologique des états d'agitation aux soins intensifs: intérêt des guides cliniques psychiatriques?* Rev méd Suisse 2007; 3(98) : 414-9.

<http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=32055>

■ **Société Francophone de médecine d'urgence.** *9e Conférence de consensus. Agitation en urgence. (Petit enfant excepté).* 6 Décembre 2002. [http://www.sfmu.org/documents/consensus/cc\\_agitation-court.pdf](http://www.sfmu.org/documents/consensus/cc_agitation-court.pdf)

■ **Thomas G, Le Papeb, E, Py-Leroyb, E., et al.** *Prendre en charge un état d'agitation.* Médecine et armées 2010; 38(5) : 435-41. <http://www.ecole-valdegrace.sante.defense.gouv.fr>

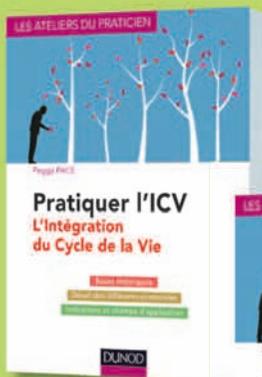
• **RECHERCHE EFFECTUÉE PAR:** Carine Herbez (CH Montfavet) et Viviane Beltrame (GH Paul Guiraud, Villejuif) avec la collaboration de Sophie Karavokyros (CH Valvert, Marseille), Christophe Valladier (CH Moulins-Yzeure), Véronique Joguet (Saint-Cyr-au-Mont-d'Or), Marie-Agnès Potton (CH Sainte-Marie), Liliam Mirquez (CH Saint-Jean-de-Dieu).

• **CONTACT ASCODOCPSY:** Nathalie Berriau, coordonnatrice du groupement d'intérêt public (GIP) Ascodocpsy, CH Saint-Jean-de-Dieu, 290 route de Vienne, 69373 Lyon cedex 08. Tél. : 04 37 90 13 07; fax: 04 37 90 13 37; mobile: 06 82 44 18 24. Courriel: [nberriau@arhm-sjd.fr](mailto:nberriau@arhm-sjd.fr); internet: [www.ascodocpsy.org](http://www.ascodocpsy.org)

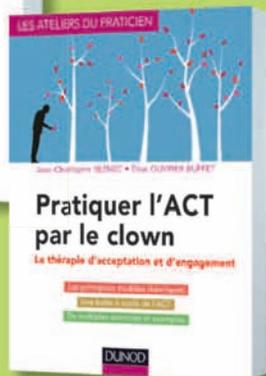


# LES ATELIERS DU PRATICIEN

Des guides d'autoformation truffés de conseils pour améliorer votre pratique et élargir vos compétences professionnelles.



192 pages  
9782100705849 - 24 €



240 pages  
9782100702411 - 24 €



488 pages  
9782100588220 - 38 €



192 pages  
9782100705900 - 23 €

Tout le catalogue sur [dunod.com](http://dunod.com)

