

Troubles du comportement, agitation : comment faire la part des choses ?

<http://www.aide-soignant.com/article/ressources/actualites/as/troubles-comportement-agitation-faire-part-des-chose>

Il est fréquent pour un soignant de côtoyer des personnes qui présentent des troubles relationnels. Certaines expriment même une violence qui peut s'avérer très déstabilisante. Afin de répondre au mieux à l'inattendu, il est donc essentiel de repérer l'éventuelle pathologie cachée derrière ces comportements. Car l'attitude à adopter sera bien sûr fonction de la nature de la situation rencontrée. Explications...

Soulignons en préambule la différence entre violence et agressivité : avons-nous donc affaire à un pitbull qui nous saute à la gorge (agressif) ou bien à un éléphant dans un magasin de porcelaine (affolé et maladroit) ? Ce n'est pas du tout la même chose... Bref, tout cela pour dire que des raisons très différentes peuvent être à l'origine d'un problème de comportement, et si les règles de bon sens sont immuables - mise en sécurité de la personne et de l'entourage, intervention au moins en binôme, apaiser en étant soi-même calme et en parlant doucement, prévenir l'infirmier ou le médecin... - la première réponse doit être personnalisée, adaptée à la personne et au trouble dont elle souffre. Ce petit rappel se veut donc pragmatique et, dans ce but, nous prendrons quelques exemples nous permettant de relier certains signes objectifs à des pathologies clairement identifiées.

Premier exemple : l'excitation

La personne est excitée, elle ne tient pas en place. Elle vous sollicite de façon ludique, voire joyeuse, en faisant des jeux de mots, en passant « du coq à l'âne », dans un discours décousu mais pas forcément délirant. Elle chante, peut-être, parle beaucoup. Le registre a d'ailleurs bien plus à voir avec l'agitation qu'avec l'agressivité. Ce type de comportement ressemble beaucoup à un accès maniaque, pathologie de l'humeur présente dans la maladie bipolaire. Impossible de « raisonner » quelqu'un dans cette situation. Il faudra canaliser cette boule d'énergie en abandonnant l'idée d'une réponse frontale... le souci sera la sécurité de la personne et de l'entourage, en veillant aux dangers potentiels (fenêtre, produit toxique, couvert en métal...) car un sentiment de toute-puissance fera croire à l'intéressé(e) qu'il est invulnérable...

Deuxième exemple : la crise...

Vous êtes en présence d'une « crise de nerfs » ; pleurs, cris éventuels, tremblements, anxiété majeure ou peur panique incontrôlable. Cette attitude peut correspondre à un choc émotionnel ou à une crise d'angoisse d'origine phobique. Dans ce cas, il faut mettre la personne à l'écart, repérer éventuellement la cause de la phobie (si elle est identifiable), la rassurer par notre présence, être à son écoute et verbaliser de façon calme et mesurée. Un contact physique approprié (main sur l'épaule...) peut être aussi bénéfique. Il y a toutefois un risque, celui de tomber sur une personnalité hystérique qui cherche un public pour manifester ses émotions de manière théâtrale... il faudra alors faire la part des choses et ne pas tomber dans le panneau. La verbalisation sera donc minimale afin de ne pas

alimenter le phénomène. Oui, je sais bien, il n'est pas toujours facile de trier...

Autre exemple... : l'incohérence

Le patient - âgé ? - déambule et semble perdu. Le discours est incohérent, répétitif, la mémoire est parcellaire, il y a désorientation temporo-spatiale... les réactions sont imprévisibles et les gestes - impulsifs - sont éventuellement agressifs. Cela fait penser à un contexte de démence ou alors de psychose déficitaire. Dans ce cas, le souci sera - toujours et encore - la sécurité de la personne et de l'entourage. L'attitude que l'on doit adopter - plus ou moins directive - variera en fonction du caractère et de la forme de la pathologie rencontrée. Si nous ne connaissons pas le patient, si nous ignorons encore ce qui le rassure, nous pouvons déjà essayer de lui parler doucement en l'appelant par son prénom. Cela se pratique d'ailleurs en situation d'urgence pour certains blessés. Lorsque quelqu'un est en détresse, en effet, il y a régression massive et on communique en allant à l'essentiel. On lui prend facilement la main pour le reconforter. Geste qui n'est pas forcément indiqué chez certains psychotiques, dont les limites corporelles posent justement problème.

Bref, nous travaillons sur de l'humain et il s'agit de discerner au cas par cas...

Ces symptômes de désorientation peuvent cohabiter avec d'autres signes : discours répétitif, obnubilation, perplexité majeure, confusion. Attention de ne pas passer à côté d'un accident vasculaire cérébral, d'un traumatisme crânien, d'un choc émotionnel majeur. Le cerveau « disjoncte » pour se protéger de la souffrance, illustrant une phase du deuil - celui du refus - de façon extrême. La crise de nerfs étant une variante plus extravertie... Questionner l'entourage peut donc apporter des éléments précieux afin de comprendre l'origine des troubles, soulignant ainsi le rôle essentiel de l'aide-soignant(e) en termes de recueil de données, d'étude du comportement et de transmission à l'équipe infirmière ou médicale.

Autre cas de figure... : les menaces

Le patient est dans un registre coléreux, voire menaçant. Il ne supporte pas la frustration et exige une réponse immédiate à sa demande. Plusieurs possibilités : psychopathie, état-limite, crise de manque du drogué, état d'ivresse... Un certain rapport de force est bien souvent inévitable et votre rôle se résumera à gagner du temps après avoir alerté l'équipe : discours ferme sans être rigide en gardant une distance de sécurité, prendre au sérieux le discours du « patient » (qui ne l'est plus...) afin de lui éviter une humiliation insupportable, soutenir - modérément - son regard tout en souriant... pour ne pas mettre d'huile sur le feu. Rappelons que la psychopathie, l'état-limite, relèvent plus du trait de caractère pathologique que d'une pathologie au sens strict, et l'individu prendra d'autant plus de liberté avec vous s'il vous sent apeuré.

Mais aussi le délire...

Dans un autre registre, on peut être confronté à une personne délirante : le contact est « bizarre », le propos est absolument incohérent ou alors il est compréhensible mais dans une logique étrange (complot, pouvoirs magiques, invasion de martiens...). Peut-être est-ce un délire dû à une intoxication (médicaments, drogue, alcool...) ou un épisode psychotique (schizophrénie, paranoïa, bouffée délirante...). Quoiqu'il en soit, la réaction ne devra pas être frontale (sauf en cas de danger physique imminent). Il s'agira - encore une fois - de canaliser la personne en verbalisant de manière adaptée. On ne valide pas un délire en faisant semblant d'y adhérer, mais en rappelant sa propre réalité : « J'entends bien ce que vous dites mais cela me surprend, car je ne perçois pas la même chose... » ; la moquerie étant, bien sûr, la voie royale pour aller au clash, et le contact physique pas forcément une bonne idée (un geste anodin étant alors facilement perçu comme menaçant...).

Pour conclure

Ces différents contextes, s'ils couvrent déjà beaucoup de situations vécues au quotidien, ne sont bien sûr pas exhaustifs. Les troubles du comportement peuvent en effet être causés par des facteurs parfois surprenants : citons-en plusieurs, pour l'anecdote...

la pancréatite ou le délirium tremens qui font « perdre la tête » à celui qui en souffre (j'ai souvenir d'un patient qui jetait ses flacons de perfusion sur les voitures garées devant sa fenêtre...);

un épisode de « fureur épileptique » où la personne casse tout ce qui est à sa portée. L'épilepsie est bien la cause du problème, mais sous une forme extrême ;

une crise de somnambulisme : des crimes ont été commis dans le cadre de cette pathologie, et la Justice a innocenté un certain nombre d'accusés ! ;

une blessure douloureuse bouleversant l'organisme : quelqu'un présentant ainsi une rupture d'organe creux (intestin...), pourra être extrêmement agité et inaccessible à tout raisonnement ;

un trouble de la glycémie ; un manque de sucre dans l'organisme peut provoquer des états confusionnels, avec un discours décousu, voire délirant ;

un problème endocrinien (thyroïde), un effet secondaire d'un traitement aux corticoïdes... ;

Ces quelques exemples illustrant la nécessité de connaître les antécédents des personnes que nous prenons en charge. Vous l'avez compris, le sujet est complexe. Tant de choses à dire qui dépasseraient le cadre d'un simple rappel comme celui-ci... La connaissance des pathologies est donc une des clés d'une pratique soignante de qualité. Au même titre que l'expérience professionnelle - relationnelle - et le travail en équipe. Il n'est donc pas toujours simple d'éviter les erreurs d'appréciation, les maladresses, mais si nous avons un métier facile ça se saurait depuis longtemps, n'est-ce pas...