

# Conduites hétéro-agressives dans les troubles du spectre de l'autisme

Philippe Gabbai

Neuro-psychiatre, directeur honoraire des services médicaux de la fondation John Bost, formateur Résidence JJ-Rousseau, 98 rue Th. Jefferson 30000 Nîmes, France

**Résumé.** Les conduites hétéro-agressives dans les TSA sont décrites en référence aux divers modes de fonctionnements psychopathologiques propres à ces états (fonctionnements autistiques, fonctionnements « psychotiques »). La description clinique de chacune de ces conduites clastiques et hétéro-agressives est précisée. Les modes d'intervention thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques sont abordés en détail : ils sont toujours référés à la compréhension des phénomènes intrapsychiques propres à chaque « fonctionnement ». Ils ne se limitent donc pas à une action purement symptomatique, mais s'ouvrent à la prévention et à la réduction des facteurs sous-jacents à ces conduites problématiques.

**Mots clés :** trouble du spectre autistique, violence, comportement violent, auto-agressivité, psychopathologie, autisme, prévention, prise en charge

**Abstract. Hetero-aggressive behaviors in Autism Spectrum Disorders.** Hetero-aggressive behavior in autism spectre disorder is described with reference to the various modes of psycho-pathological functioning specific to these states (autistic functioning, "psychotic" functioning). The clinical description of each of these destructive and hetero-aggressive behaviors is specified. Therapeutic, educational and pedagogical modes of intervention are discussed in detail: They are always referred to the understanding of the intra-psychic phenomena specific to each "functioning". They are not limited to a purely symptomatic action, but open to the prevention and reduction of the factors underlying these problematic behaviors.

**Key words:** autism spectre disorder, violence, violent behaviour, self-aggressivity, psycho-pathology, autism, prevention, care management

**Resumen. Conductas heteroagresivas en los trastornos del espectro del autismo.** Las conductas heteroagresivas en los TEA están descritas con referencia a los diferentes modos de funcionamientos psicopatológicos propios de estos estados (funcionamientos autísticos, funcionamientos « psicóticos »). La descripción clínica de cada una de estas conductas clásticas y heteroagresivas está precisada. Los modos de intervención terapéuticos, educativos y pedagógicos están abordados con todo detalle : están siempre referidos a la comprensión de los fenómenos intrapsíquicos propios de cada « funcionamiento ». No se conforman por lo tanto con una acción puramente sintomática sino que se abren a la prevención y reducción de los factores subyacentes a estas conductas problemáticas.

**Palabras claves:** trastorno del espectro autístico, violencia, comportamiento violento, autoagresividad, psicopatología, autismo, prvencción, atención

Dans les troubles du spectre de l'autisme (TSA) [1], les fréquentes conduites hétéro-agressives exigent une tentative de compréhension préalable à leur prise en charge. Lorsqu'on pose comme toute la communauté scientifique, que l'autisme est un trouble neuro-développemental, d'origine multifactorielle, rien n'est dit qui puisse expliquer totalement la problématique soulevée par cette pathologie. Cette étiologie ne nous renseigne en rien sur la manière dont ces personnes, à partir de leur réalité organique cérébrale quelle qu'elle soit, construisent leurs représentations corporelles [2], ni comment elles s'éprouvent dans leur intériorité psychique et en tant que personne, ce qui relève de la

psychopathologie. C'est l'abord psychopathologique qui sera ici privilégié dans l'essai de compréhension de ces conduites.

Il faut donc poser un cadre de compréhension et cela passe par la nécessité de décrire succinctement les *principaux modes de fonctionnements psychopathologiques spécifiques* utilisés par les patients porteurs de TSA.

On distinguera donc *des modes de fonctionnements autistiques et des modes de fonctionnements « psychotiques »* [3]. Le terme « psychotique » n'est pas à entendre du côté nosologique, mais comme une modalité particulière de fonctionnement psychique. Certes le terme « psychotique » a disparu des DSM 4 [4] et DSM 5 mais le chapitre consacré aux TSA indique précisément que les *troubles psychiatriques*, non indispensables pour poser le diagnostic de TSA, précise-t-on, sont associés au titre

**Correspondance :** P. Gabbai  
<gabbai.ph@wanadoo.fr>

de comorbidités dans 70 % des cas ! Ce pourcentage très élevé semble indiquer que cette « comorbidité psychiatrique (psychotique ?) » n'est peut-être pas le fruit du hasard ! [1].

## Trois modes de fonctionnements autistiques, autres particularités

### *Fonctionnement autistique complet [5]*

Il se caractérise par une lutte contre les éprouvés de liquéfaction, de chutes sans fin, de perte du sentiment continu d'exister et pallie l'absence d'une image du corps permanente et spatialisée [2]. Le repli majeur, les stéréotypies permanentes, l'absence de toute manifestation pulsionnelle ou émotionnelle, l'absence de relations avec les personnes, l'utilisation autistique des objets-choses, la primauté de la vision périphérique, les agrippements toniques en sont les principales manifestations. Le prototype clinique en est le syndrome de Kanner [6] dans ses formes initiales et sévères.

### *Fonctionnement dit de transition autistico-psychotique (autisme en voie d'ouverture)*

Il correspond aux évolutions positives des autismes avec passage aux fonctionnements psychotiques ; la vie psychique apparaît avec les manifestations pulsionnelles et émotionnelles, génératrice des phénomènes de débordement (ébauches agressives et aimantes, agitation hyperkinétique, cris stridents, jets d'objets, etc.). L'intérêt pour l'objet (l'autre) se manifeste par les regards pénétrants, puis par l'approche fascinée des visages. Au plan corporel apparaît le sentiment d'une première enveloppe qui succède à la *peau-sensation* de l'autisme complet [5].

### *Fonctionnement en recours autistique*

Dans le fonctionnement en recours autistique, le patient autiste maintenant en fonctionnement *psychotique* réutilise les fonctionnements autistiques, sur un mode volontiers addictif, lors de situations de stress, d'ennui, de contrainte (autisme autosensuel de Fr. Tustin [7], auto-toxique de G. Haag [5]). Les conduites sont les mêmes, mais le retrait est moindre, l'attention à l'environnement est maintenue ; leur objectif est par contre très différent car elles visent à anesthésier la vie psychique pour éviter l'angoisse et non pallier la perte du sentiment d'exister.

Ces modes de fonctionnement autistiques sont ceux qui ont été utilisés, ou sont encore utilisés par les patients que la nosologie repère du côté des troubles du spectre autistique (DSM 5), type syndrome de Kanner.

### *Particularités de certains patients*

Ces modes de fonctionnement ne sont, par contre, *jamais* utilisés par certains patients, pourtant classés nosologiquement dans les TSA : les patients en question sont ceux que les nosologies françaises repéraient du côté des *psychoses infantiles* (CFTMEA) et que le DSM 4 qualifiait de troubles désintégratifs. Les syndromes d'Asperger, bien qu'ayant des *traits autistiques*, n'ont pas de fonctionnements autistiques complets, mais parfois des fonctionnements *psychotiques* associés à des recours autistiques. L'évolution possible vers les troubles schizophréniques à l'âge adulte va dans ce sens.

En effet, selon le degré de gravité, selon aussi le moment d'installation du trouble autistique dans l'axe développemental sensorimoteur, tel ou tel patient autistique peut se présenter sous tel ou tel des modes de fonctionnement ci-dessus précisés, ce qui va de pair avec une évolutivité toujours présente permettant à ces mêmes patients de changer de mode de fonctionnements au cours du temps.

## Modes de fonctionnements « psychotiques »

Ils sont au nombre de cinq [8].

### *Fonctionnement à angoisse dominante*

L'on y observe la classique angoisse de morcellement chronique et aiguë, avec les éléments persécutoires, les états d'alerte, les stratégies d'isolement et de protection, les propos et les conduites témoignant d'un monde menacé et menaçant, les angoisses orificielles d'intrusion et de vidange, l'immutabilité et la ritualisation, etc.

### *Fonctionnement projectif (clivage)*

Il se manifeste avec l'apparition des bons et des mauvais objets et du clivage du moi [9], avec ces comportements si différenciés de haine vis-à-vis d'une ou deux personnes et d'amour inconditionnel vis-à-vis d'une autre.

### *Fonctionnement symbiotique*

Il y réapparaît l'ambivalence à l'égard des objets mais où dominant des relations positives d'amour et l'exclusivité vis-à-vis de l'objet. Le lien symbiotique s'inscrit dans une évidente dépendance vis-à-vis de l'objet.

### *Fonctionnement dépressif*

En raison des mouvements ambivalents à l'égard de l'objet, il manifeste ici l'angoisse de perte de l'objet, lors de situations où se révèlent des menaces ou des réalités

de séparation, d'abandon, de distanciation relationnelle. Le tableau dépressif y est évident, quasi mélancolique parfois.

### Fonctionnement maniaque

Pour éviter la dépression et l'angoisse de perte de l'objet, il se met en place une relation de toute-puissance et de mépris de l'objet. La fausse gaieté affichée, l'agitation invasive, la vulgarité, les provocations permanentes en sont les signes les plus fréquents.

Ces modes de fonctionnements *psychotiques* sont utilisés par pratiquement tous les patients relevant de TSA, en particulier à l'adolescence et à l'âge adulte, qu'ils s'agissent d'autisme de Kanner, de troubles désintégratifs, de syndrome d'Asperger, des formes atypiques des troubles autistiques. Ces modes de fonctionnements *psychotiques* s'associent très souvent à des *recours autistiques* dans les autismes de Kanner et les syndromes d'Asperger. Ce sont eux que le DSM 5 mentionne dans les comorbidités psychiatriques.

Ces divers modes de fonctionnement seront décrits plus précisément autour des conduites violentes, agressives et clastiques ci-dessous décrites.

## Conduites violentes, clastiques et agressives

### Conduites de violences

Elles constituent un ensemble de troubles préoccupants, alimentant souvent une aura de dangerosité. Elles sont l'objet de réactions souvent inadéquates de l'environnement humain qui a tendance à les interpréter dans le sens d'une malveillance volontaire, ce qui conduit à des attitudes punitives et répressives, en général inefficaces [3].

### Conduites clastiques

Elles consistent dans le bris d'objet.

Ces bris se présentent sous deux formes principales :

- Fréquemment, la personne s'empare d'un objet « cassable » (vaisselle par exemple) et le jette violemment au sol, où il se brise. On assiste alors à une sidération de la personne, comme surprise des conséquences de son acte. Cette action s'inscrit souvent dans le contexte d'une crise d'angoisse débutante, qui fait suite à une émotion, une frustration, un vécu de menace.

Il semble s'agir d'une *conduite magique* de conjuration de l'angoisse. Le patient s'empare d'un objet qu'il sait cassable, et le jette au sol avec l'ambition qu'il ne se brise pas : si tel était le cas, alors la crise d'angoisse cesserait. Mais dans la majorité des cas, l'objet se brise, l'objet brisé représentant alors la perte d'unité du corps du patient lui-même. La sidération initiale témoigne d'une montée brutale de l'angoisse psychotique face à

l'échec de cette conduite magique. Ce type de conduite s'observe dans les fonctionnements à angoisse dominante [8].

Parfois la même conduite s'accompagne d'un sourire devant la brisure, donnant le sentiment d'un triomphe provisoire, d'une provocation ou d'un plaisir à casser. Ceci est en fait à rattacher à des fonctionnements de toute puissance où l'angoisse psychotique de morcellement est contrôlée par l'emprise que le sujet exerce sur l'objet en le brisant : il agit le morcellement pour ne pas le subir. On comprend que toute attitude punitive ou moralisatrice est inadéquate. Le plus simple est ici de ramasser l'objet cassé, en manifestant une simple désapprobation, de mettre les bris de côté et de le jeter plus tard.

- Plus souvent encore l'activité de briser prend un caractère très violent, la personne renversant tous les objets (meubles, objets divers) qui se trouvent devant elle, ou encore en frappant du poing ou des pieds les vitres, les portes, les meubles, comme s'il fallait dégager la ligne de fuite de tout obstacle. Cette conduite se produit au cours d'une agitation souvent furieuse, accompagnée de cris, de vociférations incohérentes à thèmes très violents, d'un regard noir, menaçant, hagard, de conduites autovulnérantes très intenses et de conduites hétéro-agressives s'adressant à toute personne se trouvant dans le champ visuel du patient. Il s'agit ici d'une crise d'angoisse psychotique aiguë (éclatement anxieux) [8] au cours de laquelle le sujet perd toute unité corporelle et psychique : l'angoisse de morcellement est à son comble, la vie psychique et cognitive est gravement déstructurée. Dès lors, la personne ne peut pas comprendre ce qu'on lui dit, et perd tout contrôle volontaire sur sa conduite. Seule la maîtrise par une ou des personnes externes peut rétablir l'unité compromise (*voir plus loin*).

- Il faut également signaler ici *les activités de déchirage de vêtement et de textiles*, extrêmement fréquentes dans les fonctionnements psychotiques. L'hypothèse est ici que le vêtement a pour ces personnes une fonction contenante et de protection. On comprend dès lors son extrême importance. Ainsi l'accumulation des couches vestimentaires, le refus de changer de vêtement, le serrage des ceintures, l'attention à l'entretien du linge, etc. sont-ils aisément compréhensibles. Le déchirage viendra traduire l'inadéquation de cette fonction contenante, le fait que l'angoisse est trop importante ou que le vêtement s'avère lui-même morcelé et morcelable. Le déchirage peut revêtir un aspect systématique, témoignant alors d'une angoisse massive ; il peut s'inscrire dans le cadre d'un éclatement anxieux, sur un mode aigu, critique : il met en scène, alors, le morcellement du sujet.

Une conduite de déchirage-découpage très particulière est parfois observée, le patient découpant en lambeaux rubanés tous les textiles (vêtements, draps, couvertures...). Ces *rubans* sont ensuite agglomérés en

pelotes que le sujet transporte avec lui sans cesse : cette conduite s'observe surtout dans les autismes de transition et semble indiquer la tentative faite par le sujet d'établir du lien, de l'attache avec l'Objet vis-à-vis duquel commence à se diriger les premiers élans pulsionnels. C'est le moment de cultiver les *rencontres élationnelles* [10], de parfaire les accordages émotionnels et affectifs [11, 12].

### Conduites hétéro-agressives

Il s'agit ici des conduites agressives dirigées contre les personnes. Elles sont fréquentes, diverses en intensité, et de significations différentes. Toutefois il faut toujours les lire à partir de la vulnérabilité particulière des patients concernés, dont l'extrême fragilité de l'unité corporelle et psychique donne à l'autre le statut d'un possible ennemi [13]. *On pourrait dire que ces patients se défendent autant qu'ils attaquent.*

### Émergences agressives

Ces conduites très particulières s'observent chez des enfants, ou des adolescents autistes, qui sortent de fonctionnements autistiques complets. Ces jeunes patients commencent à regarder les personnes, souvent de loin, pour ensuite s'en approcher, dans un élan rapide, et venir tout près du visage, comme s'ils étaient fascinés par la forme arrondie de la face. Assez souvent, ils avancent ou reculent leur regard, parfois passant en vision monoculaire (ajustement de la vision 2D-3D, périphérique et fovéale).

C'est au cours de cette approche que se produisent des gestes de caresses des cheveux ou du visage, mais aussi des gestes plus agressifs : tirer les cheveux, pincer, griffer, enfoncer les doigts dans les yeux, la bouche, mordre, etc. Ces conduites se répètent souvent au cours de la journée et vis-à-vis de plusieurs personnes. On peut noter parfois l'association, à ces gestes agressifs, de tentatives pour toucher les seins ou les organes génitaux.

Ces conduites sont très caractéristiques des *fonctionnements autistiques de transition*, moment où ces jeunes patients basculent vers les fonctionnements psychotiques. Elles sont contemporaines des débordements pulsionnels où se mêlent agitation hyperkinétique, cris perçants, bousculades, coups sur les meubles, jets d'objets, etc. Elles sont liées à l'émergence des pulsions d'amour, d'agressivité, et parfois sexuelles (à l'adolescence surtout) que le fonctionnement autistique complet avait gelée. Elles sont très comparables à ce que l'on observe, normalement, chez le bébé entre 10 et 24 mois [14].

Ces émergences agressives doivent être fermement désapprouvées (précisément c'est l'effraction cutanée, la dévoration, l'arrachage et la pénétration qui sont interdites) ; il faut ensuite inciter fortement le sujet à communiquer sur un mode socialisé (serrement de main par exemple) et mettre en place des jeux de faire semblant agressif (jeux de ballons, activité sportive, jeux

d'affrontement, etc.) afin d'autoriser les pulsions agressives dans le fantasme, mais pas dans la réalité. Le traitement correct des émergences agressives est fondamental pour éviter l'irruption ultérieure de conduites agressives plus importantes. L'erreur serait ici, en punissant le sujet (par exemple en lui tirant les cheveux pour lui montrer que cela fait mal), d'autoriser précisément la pulsion agressive qu'on entend interdire, puisqu'on la met en acte.

### Conduites agressives « banales »

La violence a ici un caractère limité ; elle est souvent verbale, ou marquée par un geste menaçant à l'adresse d'une personne (autres patients ou soignants). Le geste est parfois effectif, mais bref, sans acharnement (coup, bousculade, morsure, griffure, doigts dans les yeux). Ce geste s'adresse à une personne ressentie comme menaçante ou hostile. L'origine de la menace peut être liée à une conduite inadéquate de l'autre : propos violents, ton de voix agressif, regard menaçant. Parfois, et singulièrement à l'adolescence, c'est l'identité sexuelle de l'adulte qui déclenche l'agressivité, car le corps sexué est ressenti comme excitant et donc angoissant, tant les émotions sont susceptibles de menacer l'intégrité de soi. À ce titre, les encadrants doivent éviter les tenues qui exposent trop les attributs sexuels. Il y a aussi des conduites agressives qui semblent se diriger vers des patients ressentis, par les encadrants, comme plus faibles ; ce constat fréquent ouvre aux hypothèses de méchanceté maligne. On constate que les patients attaqués sont souvent des personnes polyhandicapées, parfois choréo-athétosiques, ou au contraire très immobiles. C'est précisément leur corporéité étrange qui angoisse les patients autistico-psychotiques, l'immobilité renvoyant à la mort, la choréo-athétose au morcellement corporel. De même sont vécus comme inquiétants les patients eux-mêmes sidérés d'angoisse.

### Conduites agressives toutes puissantes

Là encore on peut retrouver l'expression d'un sourire, après l'agression dirigée vers l'autre, qui a ici valeur de contrôle tout-puissant sur l'autre : Ce sourire est en quelque sorte destiné à donner à son auteur l'illusion d'un pouvoir sur l'autre, autre qui, en fait, l'angoisse. Lorsque ces conduites agressives se répètent vis-à-vis des mêmes encadrants, et si l'on n'est pas dans une configuration de *clivage*, il y a lieu de rechercher en quoi l'encadrant visé peut être ressenti comme hostile par le patient ; dans la majorité des cas, ce sont plus les conduites inadéquates de l'encadrant qu'il faut identifier, sans pour autant accréditer l'idée d'un *mauvais* éducateur ou soignant. La modification de l'attitude de l'encadrant dans le sens de la sécurisation suffit à faire disparaître ces conduites agressives. Là encore ces conduites se retrouvent essentiellement dans les fonctionnements à angoisse dominante.

Il peut arriver que ces conduites de toute-puissance prennent un caractère inquiétant par leur répétition, leur intensité, leur systématisme, la multiplicité des personnes agressées, patients ou personnels. Ces patients répandent la terreur, fragilisent les équipes, génèrent le désarroi des familles qui ne sont pas épargnées. Très souvent hospitalisés, soumis à des thérapeutiques neuroleptiques, parfois massives, ils restent cependant très difficiles à contrôler. Il n'est pas rare de les retrouver dans les unités pour malades difficiles (UMD). Ces situations trouvent très fréquemment leur origine dans un passé de répressions, parfois maltraitantes, des émergences agressives autistiques ou des conduites agressives banales : la réponse répressive, punitive et parfois violente des adultes contribue à entretenir chez ces patients une angoisse persécutoire massive, dont ils tentent de se libérer dans le recours à une toute-puissance, qui vise en fait à masquer leur extrême vulnérabilité sous-jacente. C'est pourquoi, à titre préventif, faut-il bien prendre en charge les émergences pulsionnelles agressives au sortir des fonctionnements autistiques, et ne pas punir les agressivités banales qui ont en fait un caractère défensif. Lorsque la toute-puissance extrême est en place, là encore, le seul moyen d'enrayer ce système de terreur est d'adopter une attitude très contenantante, très sécurisante, tout en utilisant des moyens de contrôle de la violence par l'isolement en chambre rigoureusement protocolisé, la contention raisonnée, une organisation de vie très régulière, rythmée, prévisible et répétitive. C'est d'ailleurs par ces moyens que les UMD parviennent à des résultats souvent corrects. Il va sans dire que le contrôle des réactions d'hostilité générées par ces conduites chez les encadrants est absolument essentiel. Ainsi les nécessaires maîtrises *en force*, à mettre en œuvre lors des conduites agressives, doivent-elles obéir à une technique rigoureuse, hors de toute velléité de vengeance, sans éclat de voix, avec une neutralité contenantante et contraignante, utilisant souvent plusieurs personnes (2 à 4). C'est dire combien la contenantance psychique des équipes est ici essentielle, contenantance qu'il faut sans cesse maintenir par un intense travail d'écoute, de soutien, d'analyse des phénomènes contre-transférentiels induits, et d'élaboration théorique. On peut imaginer que des approches comportementales (type ABA), appliquées selon un protocole très précis protégeant les équipes de réactions désordonnées et punitives, puissent aussi se révéler efficaces ; toutefois elles ont surtout fait leur preuve auprès d'enfants, chez lesquels les conduites agressives sont rarement structurées sur le mode de la toute-puissance, mais beaucoup plus en réaction à des situations angoissantes, dites de *stress* par les behavioristes [15].

### Éclatements anxieux [8]

Cette situation d'angoisse extrême, dite de morcellement, angoisse paroxystique, au cours de laquelle

se produisent des conduites clastiques et agressives, a déjà été décrite plus haut (*conduites clastiques*). C'est dans ce cadre aigu qu'apparaissent des conduites hétéro-agressives souvent très violentes à l'égard des personnes. Ces conduites ont quelques caractéristiques précises.

#### **Lorsque les patients possèdent le langage, elles sont souvent « annoncées » par des propos évocateurs**

« *Vais tout casser ! Taper ! Y faut pas taper ! T'es gentil, pas taper, pas taper !* ». Ces paroles témoignent de l'irruption des pulsions agressives, que le patient tente encore de contenir par une sorte de recours à un surmoi auxiliaire : on reconnaît dans ces paroles les interdits éducatifs ou parentaux. À ce stade, la vie cognitive n'est pas encore déstructurée. Il est donc possible d'intervenir verbalement pour inviter le patient à aller se restaurer dans un espace contenant (sa chambre par exemple) échappant ainsi aux stimuli hostiles qu'il perçoit alors. Le « *calme-toi* » rituel est inutile, car le sujet ne peut exercer aucun contrôle efficace sur son angoisse.

#### **Les conduites agressives surviennent brusquement**

Elles surviennent brusquement vis-à-vis de toute personne qui se trouve dans le champ visuel du patient et proche de lui, a fortiori si la personne se déplace vers lui rapidement, en parlant ou en brandissant une main en avant, ou en dirigeant un regard trop appuyé sur lui.

La violence se manifeste alors, à minima, par l'action de repousser la personne vécue comme hostile (bousculer, pousser). Si la personne sort du champ visuel du patient, elle n'est pas poursuivie. Mais souvent la violence est plus intense : coups de pied, coups de poing, griffures, morsures, arrachage des vêtements. Les gestes sont intenses, violents, mais désordonnés, brouillons. Seuls les gestes dirigés vers les yeux sont plus précis, tant la prédation du regard de l'autre domine ces patients. Là encore cette conduite violente cesse si l'affrontement de face cesse : c'est souvent au cours d'une tentative maladroite de contrôle de l'agressivité que l'intervenant se fait agresser. S'il rompt l'affrontement et sort du champ visuel, il n'y a pas de poursuite. On a l'impression que cette conduite aggressive a une fonction tant défensive qu'offensive, pour écarter un adversaire vécu comme menaçant, voire comme la cause de l'exacerbation anxieuse. Il est même parfois évident que le patient tente, comme nous l'avons dit plus haut, de dégager devant lui une ligne de fuite, la libérant de tout obstacle humain ou matériel.

#### **Conduites agressives aiguës associées de façon caractéristique aux autres signes de l'éclatement anxieux**

Ce sont des vociférations et cris, conduites auto-vulnérantes sévères, déchirage des vêtements, agitation majeure.

Nous avons vu plus haut qu'elles correspondent à une perte de l'unité corporelle et psychique (morcellement aigu avec dissociation psychique). Cette hypothèse conditionne les orientations de la prise en charge de ces conduites extrêmes.

### **La prise en charge de ces situations est complexe**

Une intervention précoce offre plus de chances de contrôler cet éclatement anxieux.

#### **Au début de l'accès**

Marqué par les propos annonciateurs, un changement du regard, le début d'une agitation, toute intervention brusque, tout déplacement trop rapide, tout haussement de ton, qui confirmerait la menace morcelante, sont à éviter. Si le patient se lève et s'isole spontanément (et c'est relativement fréquent), il faut respecter cette prise de distance. On constate calmement, « *je vois que ça ne va pas, va faire un tour, et tu reviens quand tu veux !* ». Si le patient ne s'éloigne pas de lui-même, alors il faut intervenir. Deux signifiants dominent le sens de nos conduites : *contenir et ne pas « bombarder »*. En effet les patients perdant alors leur unité sous l'impact d'un stimulus externe ou interne [13], il ne faut pas en ajouter. L'approche du patient se fait lentement, surtout pas de face, mais plutôt latéralement ou par l'arrière. On doit tenter alors de le contenir en passant un bras autour des épaules et, du geste, l'inviter à sortir. Quitter l'endroit où a commencé l'accès est logique si on suppose que la cause réfère à ce lieu. On recherche un espace, proche, calme, si possible contenant où on l'invite, si possible, à s'asseoir ; on lui propose de boire, de manger, de prendre le médicament prescrit en cas de crise d'angoisse. On peut aussi le conduire dans sa chambre (à condition qu'on n'en ait pas fait un lieu de punition), parfois proposer un bain, une promenade. On peut aussi essayer un *abord dorsal* [16] : se plaçant en arrière du patient, on plaque son dos contre le sternum du soignant. Ce dernier doit décentrer sa tête pour éviter les coups de tête du patient ; il passe ses bras autour du tronc, en serrant modérément : pas de maîtrise en force, mais une tentative, plutôt, de réunifier le corps. Durant cette contention, le soignant évite de parler. Certains patients ne supportent absolument pas cet abord et se dégagent aussitôt. Il est, alors, inutile de poursuivre cette tentative. Mais dans de nombreux cas, le patient s'agite, tente de donner coups de tête et coups de pieds, parfois de mordre, mais pas suffisamment pour se dégager. Ceci signifie que la contenance apportée par les bras autour de lui fonctionne. Il importe alors de maintenir l'abord dorsal pendant 15 à 20 secondes : si l'agitation croît, il vaut mieux lâcher, car on devient persécutoire. Mais souvent l'agitation cède assez brusquement. On conduit alors le patient dans le lieu contenant où l'on applique ce qui a été dit plus haut.

#### **Lorsque la crise est plus avancée, ou d'emblée plus intense, sans prodrome**

On peut encore tenter un abord dorsal. Si l'abord dorsal a échoué, on peut aussi essayer d'enrouler le patient dans un drap, une couverture (fonction contenante). Une autre possibilité est d'intervenir à plusieurs (3 personnes), jeter un drap ou une couverture sur le patient et le maîtriser calmement, sans cris, en le contenant le plus passivement possible : c'est parfois en l'allongeant au sol, en se couchant sur lui pour le maintenir, qu'on parvient à calmer cet éclatement.

#### **Si ces techniques ne sont pas applicables**

Il vaut mieux faire sortir les autres personnes de la pièce où se produit l'éclatement pour éviter la contagion aux autres patients. Le soignant revient alors dans la pièce, mais sans tenter de maîtriser le patient, sauf si ce dernier se met en danger ou met en danger un autre patient. Dans ce cas l'intervention est évidemment nécessaire. On peut tenter de maîtriser le patient physiquement, mais la brutalité est alors difficilement évitable. Si cela a été le cas, il conviendra, dès la crise résolue, de s'excuser auprès du patient. La plupart du temps, on utilisera un ordre proféré à voix très forte : ce hurlement provoque en général une sidération anxieuse du patient, qui stoppe son geste pendant quelques secondes. On dispose donc de peu de temps pour le pousser hors de la situation dangereuse. Cette solution est vraiment de dernier recours car elle utilise un moyen agressif (le cri) et peut, si la conscience du sujet n'est pas altérée, conférer au soignant un statut de persécuteur dangereux.

#### **En fin d'accès anxieux**

Il importe en tout cas, qu'à la fin de l'accès anxieux, le patient vérifie qu'on ne l'a pas laissé seul, dans cet épisode dramatique pour lui. Dès que le contrôle de l'agitation et de la violence est acquis, il importe d'adopter une attitude de réconfort : isolement au calme, bain, prise de médicament, boisson.

Lorsque ces conduites hétéro et auto-offensives, liées à l'angoisse, sont très présentes, l'évitement des situations de collectivité s'impose ; l'isolement momentané en chambre, les repas pris seul, sans vis-à-vis, éventuellement assisté d'un éducateur, l'utilisation des couvertures lestées, la diminution des sollicitations et des activités, l'acceptation de la déambulation, la prescription de neuroleptiques sédatifs à dose modérée, suffisent souvent à apaiser ces conduites. Il faut impérativement ré-interroger la pertinence du projet, souvent trop normatif, et l'orienter sur une perspective plus soignante, plus contenante, plus sécurisante.

#### **Dans les cas les plus sévères**

La question d'une contenance plus concrète se pose. Deux perspectives sont alors ouvertes : le packing et l'accueil et le soin en chambre d'hypostimulation,

On connaît les polémiques autour du packing. La quasi-interdiction de cette thérapie d'exception est très regrettable car elle se révèle très efficace dans ces situations d'angoisse massive.

Reste donc le recours à l'accueil et au soin en chambre d'infirmerie (chambre dite d'hypostimulation [17]). L'accueil de patients porteurs de TSA conduit à disposer d'une ou deux chambres aménagées comme un lieu de soin, très contenant et sécurisant, hors du groupe de vie, à proximité du pôle infirmerie (valeur thérapeutique de ce recours). Cette chambre doit pouvoir être fermée si besoin, les fenêtres ne doivent pas permettre d'intrusion et donner sur un extérieur protégé ; elle dispose d'un lit sur socle au sol ; les revêtements de mur et de sol doivent être en plastique amortisseur, on évitera les radiateurs, les lavabos ; cette chambre aura accès à un WC ; une salle de bain est adjointe, mais séparée de la chambre. Les plafonds sont unis (pas de plafonds suspendus), les couleurs pastels, l'éclairage intégré, sans ampoule accessible.

Cette chambre *n'est jamais utilisée sans une prescription* établie par le médecin qui précisera dans quelle condition on doit y avoir recours, pour quelle durée, avec quelle fréquence de surveillance ; si la prescription est faite pour *en cas de*, l'équipe éducative et soignante, doit obligatoirement référer, avant de conduire la personne en chambre, à la hiérarchie éducative (chef de service) ou à défaut au personnel infirmier qui jugera si la situation clinique est bien celle prévue par le médecin. Ce recours à la chambre d'hypostimulation doit être obligatoirement protocolisé par écrit, son déroulement soigneusement relevé. D'une manière générale, que le séjour en chambre soit bref ou prolongé (plusieurs jours, parfois plusieurs semaines), il s'organise autour d'une prise en charge très structurée, rythmée : levers, toilettes, petits-déjeuners, repas, promenades à l'intérieur ou à l'extérieur protégé, couchers, soins corporels, administration de médicaments, se font à heures fixes ; l'ouverture, la fermeture des volets se fait sur un mode alterné, régulier (ouverts le matin, fermés à la sieste, ouverts ensuite, fermés au soir et la nuit). L'éclairage obéit aussi à une rythmique (intense lors des soins, plus tamisé ensuite, veilleuse la nuit). Si l'on adjoint une écoute musicale, elle se fait aussi à heures convenues, avec d'innombrables précautions quant aux choix des œuvres diffusées. La télévision ou autres écrans est proscrite. Cette régularité rythmique structure un contenant rassurant et apaisant. La sortie de ce type de prise en charge en chambre s'opère de façon progressive. La réintégration sur le groupe de vie se fera d'abord sur des temps où le collectif est réduit.

Ce recours s'avère, en pratique, irremplaçable lorsque les conduites auto-offensives s'associent aux manifestations hétéro-agressives intenses des grands états d'angoisse *psychotiques*. Dans notre expérience, il s'est avérée d'une remarquable efficacité, à condition de lui garder son orientation thérapeutique, hors de toute

perspective répressive ou punitive. Dans des cas très sévères, il peut parfois être utile de prolonger ce type de soins sur plusieurs semaines, voire mois, en réintroduisant l'intégration au collectif peu à peu.

#### **La prévention des éclatements anxieux**

La survenue de ces éclatements, surtout s'ils se répètent, pose la question de leurs causes, et donc de leur possible prévention. Deux séries de causes sont possibles : des stimuli externes provenant de l'environnement, des stimuli internes provenant de la propre vie psychique du sujet. Selon la fragilité du sujet, les stimuli peuvent être minimes, en tout cas aux yeux des encadrants : collectif trop grand et trop nombreux, bruits, menaces, mais aussi contraintes excessives, douleurs, frustrations, émotions (y compris joyeuses) ou éveil pulsionnel menaçant (l'adolescence et sa pulsionnalité sexuelle en particulier). La frustration est probablement une des causes les plus fréquentes. Elle agit par l'émotion qu'elle génère ; c'est dire qu'elle est d'autant plus émouvante que le ton, les mots employés pour signifier le refus ont été violents, péremptoires. Peut-être peut-on ici ne pas utiliser le *non !* abrupt, mais plutôt valider, dans un premier temps, la demande, puis proposer une satisfaction partielle ou décalée dans le temps, tout en prenant toujours en compte que, derrière les demandes répétitives de certains patients, se cache une très grande angoisse psychotique. C'est plutôt la prise en charge de cette angoisse qu'il faut viser, en place d'une réponse immédiate à la demande formulée.

#### **Conduites agressives dans les fonctionnements projectifs**

Il s'agit ici de décrire les conduites qui se dirigent vers *les mauvais objets* lorsque se met en place *le clivage de l'objet* par projection des pulsions de haine sur le mauvais objet, et des pulsions d'amour sur le bon [4]. Les conduites agressives du sujet vont donc se diriger maintenant de façon élective sur le *mauvais objet*. Elles s'adressent, en effet, de façon répétitive toujours à la même personne, parfois littéralement harcelée par des attaques violentes, verbales ou gestuelles, alors que dans le même temps, une autre personne (*le bon objet*) est épargnée et même aimée, de façon caricaturale. Ces conduites sont souvent soudaines, le patient s'approchant du *mauvais objet*, le frappant d'un coup bref mais violent, le bousculant, pour ensuite s'éloigner assez rapidement, comme pris de peur d'être à son tour agressé. Le mauvais objet doit être attentif aux approches du patient qui ouvrent souvent sur ces conduites agressives. Le clivage peut concerner des personnes encadrantes, comme d'autres patients. Il ne faut pas confondre *les violences banales* (où il n'y a pas de *bon objet*) avec les violences vis-à-vis du *mauvais objet* (où il y a toujours un *bon objet* systématiquement épargné).

Le traitement de ces situations est essentiellement institutionnel. En effet, il faut tout faire pour que le clivage puisse fonctionner le temps nécessaire (afin de permettre les introjections clivées des objets internes). *Le mauvais objet* doit être reconnu dans sa fonction thérapeutique positive vis-à-vis du patient et donc être soutenu par l'équipe. Il faut aménager sa relation au patient pour lui épargner des attaques insupportables, tout en maintenant un minimum de rapports pour alimenter les projections. On se gardera aussi de trop impliquer *le bon objet*, qui serait vite envahi par une relation exclusive. C'est donc aux encadrants neutres qu'il appartient de se charger du patient. Le clivage est de l'ordre du *délire* et de la nécessité défensive ; il importe donc de cesser de chercher les responsabilités, a fortiori la culpabilité, du *mauvais objet*, comme les mérites du *bon objet*.

### L'agressivité dépressive

C'est un paradoxe puisque l'agressivité est ici retournée sur le sujet lui-même. Lorsque s'éveille, lors de situations ou d'événements qui connotent la séparation ou l'abandon (vieillesse ou maladie des parents, départ d'un éducateur, raréfaction des visites), l'angoisse de perte de l'objet [9], les pulsions agressives dirigées vers l'objet dans l'ambivalence se retournent sur le sujet pour épargner ou réparer l'objet, ce qui sous-tend les inflexions dépressives, dites mélancoliques [5]. Si violences il y a, elles sont alors auto-mutilatoires, quasi-suicidaires, d'une extrême sévérité [18]. C'est donc la symptomatologie dépressive en elle-même qui constitue la modalité agressive vis-à-vis de l'objet. Les équipes y sont très sensibles, d'autant que les patients concernés étaient peu avant dans des fonctionnements symbiotiques assez gratifiants pour elles. La survenue des phénomènes dépressifs (tristesse, pleurs, fatigue, démotivation, troubles alimentaires, troubles du sommeil, plaintes hypochondriaques, irritabilité, isolement), a fortiori les conduites auto-mutilatoires extrêmes, inquiètent et déstabilisent gravement les encadrants.

### L'agressivité maniaque

Les défenses maniaques tentent de gérer l'angoisse de perte de l'objet en organisant une toute puissance sur un objet méprisé. Les patients doivent se convaincre qu'ils sont joyeux et qu'ils n'ont pas de crainte à perdre un objet sans valeur. Dès lors s'affiche une euphorie de surface, une agitation invasive et toute puissante, une familiarité grossière et vulgaire à l'égard de l'objet (à forte connotation sexuelle), des provocations agressives, verbales et gestuelles, des manipulations perverses de l'autre. Le rire, volontiers ricanant, qui accompagne ces conduites est assez caractéristique. Les discours à forte tonalité sexuelle témoignent d'une réactualisation d'un clivage entre le haut et le bas du corps [19] avec une réduction *cloacale* de soi, qui témoigne bien de la dépression sous-jacente. L'impression des équipes est très clairement d'être méprisée, humiliée,

manipulée dans le cadre de provocations répétées vite insupportables. Le danger est très grand de prêter une intentionnalité consciente à ces conduites et d'y réagir par la punition ; le résultat en est toujours très décevant, car la punition, assortie de jugements moraux négatifs confirme le sentiment sous-jacent chez eux d'être *des produits jetables*, sentiment finalement dépressif, qui relance les défenses maniaques. La seule attitude éducative adéquate est une condamnation ferme des conduites, sans jugement sur la personne, assortie d'une demande de gestes réparateurs, mais sans exiger des excuses ou des demandes de pardon. Il faut aussi associer à cette condamnation des actes inacceptables l'assurance que si un autre exerçait sur eux de tels actes, on les en protégerait. Il est en effet important de dire à ces sujets leur valeur, l'estime que nous leur conservons, le respect qui leur est dû, malgré l'inadéquation de leurs conduites. L'autre élément éducatif est, comme l'indique G. Haag, de tirer ces sujets vers le haut, de les conduire du côté du savoir, de la connaissance. C'est tout le sens de démarches pédagogiques abordant la sexualité sous l'angle des connaissances anatomiques, physiologiques (le corps et son fonctionnement), mais aussi le champ de la vie affective, amoureuse, avec les notions d'amour, d'amitié, de tendresse et d'attachement. Le traitement de ces états maniaques passe aussi par le recours aux médicaments psychotropes, thymo-régulateurs et neuroleptiques.

### Pour conclure

Faut-il redire combien la sécurisation spatiale (le rôle majeur de l'architecture !), temporelle (les pédagogies structurées !), relationnelle (la capacité contenante !) est essentielle. Combien aussi la dimension des soins (en particulier psychocorporels) est importante, combien on doit être aussi attentif à l'importance de la quotidienneté vécue et à une mise en activité dosée, adaptée aux souffrances psychiques précisément. Enfin un point absolument essentiel est à signaler : ces patients ne sont jamais vraiment stabilisés, ce qui implique une poursuite de l'accompagnement et de soins au long cours, dans une dimension prothétique, dont l'intensité peut certes varier, mais sans interruption réelle. Reste à imaginer quel cadre institutionnel reste le plus propice à cette démarche : il y a nécessité, à l'âge adulte, d'une prise en charge globale, véritablement médicosociale et sanitaire à la fois.

Les professionnels, quant à eux, ont besoin d'un cadre institutionnel psychiquement adéquat à ces patients particuliers. L'essentiel, comme le dit J. Hochmann [20], est de tout faire pour continuer de penser, sur et à propos des patients, de penser le travail. Et pour cela remettre au premier plan l'observation, collectivement retravaillée, en lien avec des hypothèses théoriques, rigoureuses et éclectiques ; élaborer, collectivement encore, à la

lumière de ces observations, des hypothèses de compréhension des phénomènes, hypothèses théoriquement fondées, mais toujours provisoires. Ainsi se construit pour tous un modèle de compréhension de la situation du patient, ce qui garantit par la suite la cohérence des actions. Cette dynamique débouche ainsi sur des propositions d'action, régulièrement évaluées et révisées si nécessaire. Pour ce travail, il faut des réunions [21], fréquentes, suffisamment longues, pour parler des patients, des réunions qu'animent dans une création collective psychiatres, psychologues, chefs de service ou cadres infirmiers et éducatifs rôlés à ces pratiques. La difficulté actuelle la plus aigüe tient probablement à la raréfaction des psychiatres dans le champ médicosocial ; peut-être aussi à la place très secondaire donnée à la psychopathologie dans la formation des acteurs médicosociaux. Sans support théorique, le travail de contenance psychique que nous avons souvent évoqué dans ce propos ne pourra s'effectuer correctement. On voit bien aussi quelle place va devoir être donnée aux psychologues et aux chefs de services dans la prise en compte de ce travail.

**Liens d'intérêts** l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

## Références

1. American Psychiatric Association. *DSM 5*. Issy les moulineaux : Elsevier-Masson, 2015.
2. Bullinger A. *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Ramonville : Éres, 2004.
3. Gabbai Ph. Les conduites dites violentes dans les TED à l'âge adulte. *Les Cahiers de l'Actif* 2008 ; 390/391 : 151-64.
4. American Psychiatric Association. *DSM 4*. Paris : Masson, 1996.
5. Haag G, Tordjmann S. Présentation d'une grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. *Psychiatrie de l'enfant* 1995 ; 36 : 495-527.
6. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 1943 ; 2/3 : 217-50.
7. Tustin F. *Les états autistiques de l'enfant*. Paris : Seuil, 1986.
8. Favre JP, Midenet M, Coudrot A, Coudrot M. *Psycho-pédagogie de l'enfant psychotique*. Paris : Masson, 1985.
9. Klein M. *la psychanalyse des enfants*. Paris : PUF, 2009.
10. Haag G. Nature de quelques identifications dans l'image du corps. Hypothèses. *Journal de psychanalyse de l'enfant* 1991 ; 10 : 73-92.
11. Stern D. *Le Monde interpersonnel du nourrisson*. Paris : PUF, 1989, Coll. « Fil rouge ».
12. Trevarthen C. *The concept and Foundation of infant intersubjectivity ; in S. Bröten: Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*. Cambridge : Cambridge University Press, 1998, pp. 15-46.
13. Lemay M. *Les psychoses infantiles*. T1-T2. Paris : Fleurus, 1987.
14. Haag G. « Propositions pour la compréhension des différentes formes de violences chez le jeune enfant ». In : Lacroix MB, Montmayrand M, eds. *Enfants terribles, enfants féroces*. Toulouse : Éres, 1999, pp : 177-90.
15. Maurice C. *Intervention comportementale auprès de jeunes enfants autistes*. Québec : De Boeck, 2006.
16. Soulayrol RG, Sokolowski M, Viondury J, Moulinas C, Cazes O. Le dos, un mode d'approche préférentiel chez l'enfant psychotique. *Neuropsychiatrie de l'enfance* 1987 ; 35 : 29-33.
17. Garreau B. Les espaces d'hypostimulation. *Fondation John Bost. Notre Prochain* 2016 ; 364 : 40-3.
18. Fischer A, Gabbai Ph. À propos des conduites auto-offensives dans la déficience mentale et le polyhandicap, *Le Polyhandicap* 1995 ; CTNERHI ; hors série ; 265-73.
19. Haag G. Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel. *Journal de psychanalyse de l'enfant* 1997 ; 20 : 11-131.
20. Hochmann J. « Comment restaurer le plaisir de soigner ». In : Salbreux R, Gascon H, Ionescu S, Gabbai Ph, eds. *Déficience intellectuelle et épuisement professionnel*. Paris : AIRHM, 2003.
21. Gabbai Ph. De l'utilité des concepts psycho-dynamiques dans l'accompagnement des équipes auprès des personnes autistes. L'incontournable réunion de bilan clinique. *Contraste (Éres)* 2006 ; 24 : 209-36.



**La clinique fondée sur les valeurs**  
De la science aux personnes

Traduit avec la direction de Arnaud Plagnol et Bernard Pachoud.

Collection  
La Personne en Médecine  
• Décembre 2017  
• 17 x 24 cm, 320 pages  
• ISBN : 978-2-7040-1479-8  
• 38 €

## La clinique fondée sur les valeurs

### De la science aux personnes

La médecine fondée sur les valeurs s'inscrit parmi les mouvements contemporains de personnalisation des soins et intéresse toutes les disciplines médicales.

Complémentaire à la médecine fondée sur les preuves (Evidence Based Medicine), elle s'appuie sur une prise en compte des valeurs des acteurs du soin, de la personne soignée et de son entourage. Cette approche implique une prise de décision partagée rendant la pratique médicale plus éthique et plus efficace, et contribuant ainsi à « l'alliance thérapeutique ».

Depuis plus de trente ans, Bill Fulford défend ce concept dans lequel il révèle une pratique possible des soins au plus près de la singularité des patients. Arnaud Plagnol et Bernard Pachoud en livrent ici une parfaite traduction.

Préfacé par Bernard Granger, Professeur de psychiatrie, Université Paris-Descartes, groupe hospitalier Cochin

Traduit sous la direction de :

- Arnaud Plagnol  
Psychiatre, Professeur de psychologie clinique à l'Université Paris 8 (Vincennes - Saint-Denis)
- Bernard Pachoud  
Psychiatre, Professeur de psychopathologie, Directeur de recherches à l'Université Paris 7 (Paris-Diderot)

Frédéric Advenier, Marie Darrason, Rémi Tevissen, Jean-Baptiste Trabut






En savoir + sur [www.jle.com](http://www.jle.com)

Egalement disponible en Ebook

