

Nouveau droit de la personne – Point de vue du praticien

EMS – Situations psychologiques atypiques

Plusieurs situations sont fréquemment rencontrées en EMS, indépendamment de l'évolution classique des encéphalopathies et des pathologies psychiatriques «habituelles». Elles découlent bien souvent, mais pas uniquement, de l'adaptation nécessaire au nouveau lieu de vie et des réactions psychologiques s'y rapportant. Il s'agit aussi parfois de séquelles d'événements de vie anciens, particulièrement traumatisants et dont l'effet sur le caractère du résident est manifeste, ou de tableaux évocateurs d'un véritable trouble de la personnalité qui resurgit tardivement mais de manière forte.

Ces considérations psychologiques sont de plus à intégrer aux importantes modifications du droit civil – droit de la personne en particulier – mises en œuvre en janvier 2013 et non sans conséquences sur les prises en soins en EMS.

En effet, pour tout acte diagnostique ou thérapeutique, il ne s'agit plus seulement de fournir une information exhaustive à propos de la démarche, mais de l'obligation (en l'absence de directives anticipées explicites) d'obtenir un consentement formel de la personne représentant un résident supposé incapable de discernement.

Troubles de l'humeur

Le diagnostic de trouble de l'humeur est difficile chez l'âge du fait de la présentation souvent atypique. Un bon exemple de cette difficulté est représenté par l'analyse post-mortem de suicidés âgés à New-York démontrant la présence de molécules antalgiques et anxiolytiques, et donc la preuve d'un suivi médical et d'une compliance médicamenteuse adéquate, mais très peu de médication antidépressive (surtout chez les plus de 85 ans), ce qui laisse supposer une absence de diagnostic de trouble de l'humeur (1).

Si l'on exclut la «pseudo-démence» (déficit cognitif au premier plan) et la dépression dite «masquée» (plaintes somatiques prédominantes, pouvant être variables mais toujours plus importantes que la souffrance psychique déclarée), en EMS, la première et peut-être la plus fréquente de ces situations atypiques est représentée par un état de colère quasiment «pure» qui fait suite à l'admission du pensionnaire dans son nouveau lieu de vie. Elle se manifeste vis-à-vis des proches et des soignants, paraît «figée» et sans modification notable sur plusieurs semaines. Elle est fréquemment accompagnée d'irritabilité, de comportements de refus et d'isolement.

Le terme de dépression hostile, issu de la psychiatrie francophone, semble pertinent en tant que résumé descriptif et surtout met l'accent sur la thérapeutique adéquate. La résolution se fait parfois – mais plutôt rarement – spontanément, par un investissement progressif du lieu de vie et surtout de l'environnement humain, des autres résidents ou du personnel de l'EMS. Le plus important étant d'éviter absolument de traiter ce qui apparaît comme une «modification de caractère» perturbante par un tranquillisant majeur (neuroleptique en l'occurrence), alors qu'une thérapie antidépressive (en particulier de



Dr Jean-Luc Boss
Genève

type ISRS - inhibiteur spécifique du recaptage de la sérotonine) est souvent très efficace en l'absence d'une évolution favorable.

Au-delà de la polémique suscitée par l'inclusion du deuil dans le DSM-5, une autre situation remarquable de colère et d'hostilité, se rapporte au phénomène de deuil réel, particulièrement s'agissant de la perte d'un enfant. Les classiques réactions de deuil – déni, marchandage, colère, dépression et finalement acceptation – ne peuvent se dérouler normalement du fait de l'injustice extrême ressentie dans cette situation particulière et de l'aspect «contre-nature et contre le cours des choses» de cette disparition.

La colère ressentie vis-à-vis de cette perte peut empêcher le sentiment et l'expression de la tristesse, bloquer le processus psychologique normal et le pensionnaire présente alors le tableau du deuil pathologique. Cet aspect de fixation au stade de la colère s'exprime souvent, outre l'hostilité déclarée ou non, en tant que refus de toute aide, y compris de soins. Les soignants de l'EMS sont ainsi très souvent confondus, dans l'esprit du pensionnaire et par le mécanisme du déplacement, avec les thérapeutes s'étant occupé du disparu. Ceux-ci sont jugés au mieux comme ayant été incapables de guérir leur enfant, au pire en tant que responsables de sa disparition du fait d'erreurs thérapeutiques avérées ou pas. La «culpabilité des soignants» est en outre amplifiée par des phénomènes d'altération amnésique qui mettent souvent en œuvre une véritable réécriture de l'histoire du drame, comparable au syndrome de «fausse mémoire». La bonne foi du résident est réelle mais la reconstruction d'un lien thérapeutique, quand elle est possible, nécessite en général un travail sur le long terme.

Certaines relations peuvent se construire entre le pensionnaire et des membres de l'EMS, en particulier ceux de la génération du disparu, et il s'agit alors bien souvent d'interactions très complexes – ambivalentes – mêlant des sentiments affectueux aux reproches les plus vifs. La possibilité doit alors être donnée aux soignants en cause, de prendre de la distance vis-à-vis de ce nouveau lien qui peut s'avérer très difficile à gérer et supporter. Cette aide consiste généralement en supervisions de groupe ou entretiens individuels.

Troubles de personnalité

Si les troubles du comportement liés à l'évolution des encéphalopathies sont en général bien connus des soignants et représentent pour eux une charge de travail très importante conduisant même parfois à un véritable épuisement de l'équipe, une pathologie clas-

sique – appartenant aux troubles de la personnalité – est régulièrement responsable de dysfonctionnements majeurs de ces mêmes équipes, allant même jusqu'à provoquer ce que l'on peut décrire comme une véritable « explosion » de cette structure de soins.

Il s'agit du trouble de personnalité émotionnellement labile (appelé également personnalité limite ou borderline), défini en résumé par une variabilité importante de l'humeur – et surtout par l'aspect subit, instantané de cette variabilité – dans un contexte de sentiment de vide chronique et de crainte constante et importante d'abandon (avec en corollaire l'impression que les autres pensionnaires ont les faveurs des soignants, sont mieux traités, obtiennent davantage et plus rapidement qu'eux-mêmes). Une impulsivité importante représente le mode d'action et de relation inter-personnelle habituel, se manifestant surtout en paroles mais parfois en actes hétéro-agressifs plus marquants chez les patients gériatriques par leur soudaineté et leur aspect inattendu que par la gravité réelle de l'acte.

Ce tableau clinique, joignant une détresse réelle (en rapport à la crainte d'être abandonné) à l'incapacité de juguler l'agressivité exprimée en paroles ou en actes, peut être résumé par le terme de « dépendance hostile ».

Une autre caractéristique typique de cette situation est représentée par l'investissement extrême, sur le plan affectif, de certaines personnes, sur le mode « tout ou rien », « blanc ou noir », c'est-à-dire en ce qui concerne les soignants : « capable ou incapable ». Le mécanisme psychique du clivage (processus de séparation) est ici à l'œuvre, et s'avère particulièrement difficile à supporter et à gérer pour les équipes soignantes « séparées », dans l'esprit du patient, en « bons » et en « méchants ». Tout aussi caractéristique est le revirement affectif très rapide par lequel le « bon » soignant devient le « mauvais », et vice-versa, ceci sans qu'aucun événement du monde réel ne le justifie ni ne l'explique. Il s'agit alors, chez le résident, de la réactivation d'un type de défense psychologique (moyen psychique de lutte contre l'angoisse, en l'occurrence la crainte de l'abandon), ayant déjà été à l'œuvre au cours de la vie du patient.

Ce type de défense est à nouveau utilisé à l'occasion de stress et d'événements de vie – réels ou symboliques – qui ravivent et réactualisent d'anciens traumatismes psychiques tels que des pertes significatives ou des abandons. L'ancienne situation angoissante est alors véritablement revécue, avec cette fois les soignants en lieu et place des personnages du passé (mécanisme du transfert). Bien que surprenant et paradoxal, il n'est pas rare dans ce type de situation d'observer une véritable maltraitance des soignants (!) par le résident...

L'ensemble du mécanisme à l'œuvre dans ce type de trouble de la personnalité doit être expliqué, non seulement afin de pouvoir établir un plan de soins adéquat, mais surtout pour diminuer l'impact du clivage sur les différents soignants. Un véritable « cadre » de soins sous la forme d'un programme partagé par toute l'équipe en charge du résident (et dont le principe est évidemment accepté par la direction de l'établissement...), représente alors le meilleur outil thérapeutique à disposition, même si certaines « limites » fixées au pensionnaire, apparaissent trop restrictives – voir carrément punitives – pour certains. A nouveau, il faut insister sur l'importance de l'information aux soignants (concernant la pathologie en cause et la situation particulière du patient) et celle, non moindre, de leurs observations.

Soins dans le contexte du nouveau droit

L'importance primordiale accordée par le nouveau droit à l'autonomie du résident en EMS implique une modification drastique des habitudes décisionnelles médicales. On ne peut que recommander

une utilisation « large » des directives anticipées du patient, établies en état de capacité de discernement, idéalement avant son entrée en EMS ou de manière très précoce. Cela présuppose une élaboration soigneuse et réfléchie de ses souhaits personnels concernant d'éventuels futurs investigations ou traitements.

Il semble alors fondamental d'attirer son attention sur la possible survenue de souffrances ou douleurs morales (incluant par exemple des états d'agitation anxieuse ou de dépression), afin de rendre possible (et légale...) leurs prise en soins, sans devoir « charger » les membres de sa famille de la responsabilité d'accepter ou refuser telle ou telle approche thérapeutique.

La gestion en EMS des résidents avec troubles de personnalité comportant souvent, entre autres, un programme de soins de type « cadre thérapeutique » à savoir une véritable restriction de la liberté du patient et par là même une atteinte à son autonomie, la documentation des difficultés comportementales auxquelles sont confrontés les soignants prend une importance toute particulière.

Les classiques échelles d'évaluation parfaitement utilisables en clinique psychiatrique (par exemple Inventaire Neuro-Psychiatrique, échelle de Cohen Mansfield) sont généralement impossibles à mettre en œuvre en EMS, du fait des connaissances spécifiques, notamment sémiologiques, nécessaires à leur utilisation adéquate.

Une alternative envisageable en pratique est représentée par l'échelle d'agitation de Pittsburgh dont la validité est également avérée et qui présente l'avantage d'une fiabilité constante, quelle que soit la formation de l'observateur (aide-soignant, infirmier ou neuropsychologue), comme l'ont récemment démontré Gold et collaborateurs (2). Cette documentation, possible aussi chez les résidents non-colaborants, permet un suivi clinique du comportement en cause, et représente aussi – il faut bien le dire – l'indispensable justification à l'introduction d'un traitement ou d'une restriction de liberté d'une personne jugée incapable de discernement, justification ô combien nécessaire dans le très « délicat » contexte médico-juridique actuel...

Dr Jean-Luc Boss

Psychiatrie et psychothérapie FMH
21 Mont-Blanc
1201 Genève
jlboss@hin.ch

Conflit d'intérêts: L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Références :

1. Abrams RC et al. J Clin Psychiatry 2009;70(3): 312-17
2. Gold G et al. Rev Med Suisse 2012;8:2119-21

Messages à retenir

- ◆ La détection de deux troubles de l'humeur particuliers mais fréquents en EMS – la dépression „hostile“ et le deuil „pathologique“ – s'avère souvent difficile
- ◆ Les mécanismes de défenses psychologiques des personnalités de type „borderline“ sont parfois la cause d'une véritable souffrance des soignants
- ◆ La mise en application du nouveau droit de la personne et l'accent mis sur l'autonomie du patient, impliquent une élaboration attentive de ses directives anticipées
- ◆ L'échelle d'agitation de Pittsburgh est une alternative aux instruments habituels, ne nécessite pas la collaboration du résident et présente l'avantage d'une fiabilité interprofessionnelle (aide soignant, infirmier, neuropsychologue) validée