



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

AUDITION PUBLIQUE

**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**

RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION D'AUDITION

Mars 2011

Le rapport d’orientation de la commission d’audition, les textes des experts et la synthèse
bibliographique sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service documentation – information des publics
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Recommandations de la commission d'audition	4
Concept de dangerosité ou de risque de violence : données contextuelles	4
Facteurs de risque généraux et spécifiques de violence hétéro-agressive	7
1 Facteurs de risque ou facteurs associés à la violence hétéro-agressive communs aux troubles schizophréniques et de l'humeur.....	7
2 Facteurs de risque spécifiques aux troubles schizophréniques et aux troubles de l'humeur.....	10
3 Apports de la neuro-imagerie fonctionnelle et des neurosciences à l'évaluation de la « dangerosité psychiatrique »	10
4 Synthèse des facteurs de risque ou associés à la violence, identifiés en cas de troubles schizophréniques ou de l'humeur.....	10
Évaluation et premiers recours en cas de signes d'alerte de passage à l'acte violent	13
1 Signes d'alerte généraux	13
2 Prévention de la violence vis-à-vis de l'entourage	13
3 Signes d'alerte en cas de troubles schizophréniques.....	14
4 Signes d'alerte en cas de troubles de l'humeur.....	14
Démarche d'évaluation clinique du risque de comportements violents	15
1 Types de démarches : de l'évaluation actuarielle à l'évaluation clinique structurée	15
2 Outils actuariels	16
3 Outils de jugement clinique structuré	16
Organisation de la prise en charge	19
1 Premiers recours.....	19
2 Face à la violence émergente	19
3 Appel aux services de secours	19
4 Appel aux services de soins	20
5 Situations particulières.....	20
Perspectives institutionnelles	25
1 Enseignement, formation, information	25
2 Recherche.....	25
3 Contribution pour le législateur	26
Participants	27
Fiche descriptive de l'étude	29

Recommandations de la commission d'audition

Concept de dangerosité ou de risque de violence : données contextuelles

La dangerosité est une notion complexe qui s'est développée à la fin du XIX^e siècle (Garofalo 1885) et qui a repris de la vigueur dans les années 1980, en lien avec un sentiment d'insécurité sociale, politique et juridique ressenti par un certain nombre de citoyens. Le mot dangerosité renvoie au caractère dangereux, le terme dangereux étant défini comme ce qui constitue un danger. Le danger est ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence de quelqu'un ou de quelque chose.

La dangerosité est une perception subjective, qui connaît des évolutions en fonction des temps et des lieux, au regard des exigences variables du droit pénal positif et des attentes de la société en termes de sécurité et de protection.

Il convient, lorsque l'on parle de dangerosité, d'évoquer la notion de violence. En effet, la dangerosité est habituellement abordée comme risque de violence et, dans la littérature internationale, elle est étudiée sous l'angle des passages à l'acte violents ou des condamnations pour actes violents. La violence est l'acte par lequel s'exerce la force, qu'elle soit physique ou morale. Pour l'Organisation mondiale de la santé, qui en donne une définition plus large, il s'agit de « l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence ».

Il existe une grande diversité de comportements violents. La plupart des études se fondent sur des définitions opérationnelles des actes violents comme par exemple : frapper avec un objet ou une arme sur autrui, menacer avec un objet ou une arme, casser des objets, frapper dans les murs, avoir été condamné pour homicide, etc.

La violence doit être différenciée de l'agression et de l'agressivité, l'agression étant une attaque contre les personnes ou les biens, attaque violente, avec altération chez la victime de l'intégrité des fonctions physiques ou mentales, et l'agressivité une « intention agressive sans acte agressif ».

Lors de l'audition publique organisée en janvier 2007 par la Fédération française de psychiatrie sur l'expertise psychiatrique pénale, les recommandations ont défini la dangerosité psychiatrique comme une « manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale » et la dangerosité criminologique comme « prenant en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte ». Ces définitions de la dangerosité ne sont pas des définitions juridiques.

Aborder la dangerosité psychiatrique ne peut se faire sans le regard de l'histoire, le développement de ce concept se jouant de façon récurrente depuis deux siècles, et sans la référence au droit en tant que reflet des préoccupations sociales. Mais l'abord clinique reste primordial. Il doit mettre en perspective les situations répétées de violence pour mieux les comprendre et prendre en considération les attentes des patients et de leur entourage. La démarche se veut essentiellement clinique et fondée sur une pratique attentive aux dimensions éthiques et déontologiques.

Du fait des représentations de la maladie mentale dans la population générale et d'un climat souvent passionnel, il existe une surestimation manifeste du risque de comportement violent chez les personnes souffrant de troubles mentaux. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit

d'une réalité clinique, connue de longue date. Elle doit être prise en compte de façon responsable par une évaluation clinique rigoureuse du risque de violence. Cela permet de diminuer la peur, elle-même facilitatrice de violence.

Il convient de souligner qu'est traitée ici l'exception, car les comportements violents ne concernent comme acteurs qu'une petite minorité de personnes souffrant de troubles mentaux. Beaucoup plus fréquemment ces dernières sont les victimes, de leur fait ou de celui d'autrui ou de la société (difficultés de logement, précarité économique, isolement, désengagement des aides sociales, etc.), de :

- violences exercées sur elles-mêmes : automutilations, suicides (12 à 15 % des personnes souffrant de troubles schizophréniques ou bipolaires se suicident, mais il existe de rares occurrences de suicides précédés d'un homicide) ;
- violences subies : plusieurs études récentes convergent pour souligner la survictimation des personnes souffrant de troubles mentaux graves (elles sont 7 à 17 fois plus fréquemment victimes de violence que la population générale). Il s'agit d'actes de divers types, du harcèlement au viol, à la maltraitance et à la violence physique, en tout lieu y compris l'hôpital. Leur vulnérabilité particulière conduit à ce que ces personnes ne signalent que rarement les atteintes dont elles sont victimes, en particulier en institution ou dans le milieu familial.

Les personnes souffrant de troubles mentaux ne sont que rarement impliquées dans une violence faite à des tiers : tous types de violence confondus, 3 à 5 % seulement des actes violents seraient dus à des personnes souffrant de troubles mentaux. S'il ressort indéniablement des études épidémiologiques une augmentation réelle du risque de violence exercée par les personnes souffrant de troubles mentaux graves par rapport à celui de la population générale non malade, celles qui ont commis des actes violents sont en nombre absolu très peu nombreuses. Les violences causées par des personnes souffrant de troubles mentaux évoluent parallèlement à la violence observée dans la société. Les comportements hétéro-agressifs touchent d'abord la famille et les proches, d'autres patients, les professionnels de santé, exceptionnellement des personnes sans aucun lien avec le patient.

Quoi qu'il en soit des données générales ou statistiques, la prise en charge thérapeutique demeure une préoccupation singulière, individuelle : chaque patient dans son individualité est porteur d'une clinique qui lui est propre, avec ou sans risque de violence.

Les troubles mentaux graves exposent particulièrement les personnes qui en souffrent à l'isolement dans la cité, à la désafférentation sociale et à la stigmatisation. Cette vulnérabilité justifie des mesures spécifiques d'étayage et d'assistance dans la vie quotidienne, au-delà même des mesures classiques de protection juridique. Cet accompagnement représente une condition importante de la continuité des soins et de l'alliance thérapeutique, reposant sur les proches ou les aidants et l'accessibilité aux soins.

L'isolement total, l'absence de famille ou de référents, comme la précarité, les difficultés de logement, les faibles ressources constituent un risque particulièrement élevé d'exposition aux comportements de violence de la société, majorant l'éventualité d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à d'autres substances psycho-actives, de ruptures thérapeutiques ou d'incurie. Dans l'attente de mesures spécifiques d'aide à la vie quotidienne, la vigilance des proches, des aidants et des soignants reste fortement sollicitée.

La psychiatrie est une discipline complexe qui traite de la maladie mentale, mais qui n'a pas vocation à être un élément de contrôle social à travers la question de la dangerosité, comme elle a pu l'être ailleurs à des fins de contrôle politique. Le psychiatre tire sa légitimité de ce qu'il fait toujours la part, face au patient qu'il soigne, de ce qui appartient au sujet-citoyen et de ce qui revient à la maladie mentale. La psychiatrie n'est légitime que dans une perspective de soin et dans le respect des libertés. Toute confusion, tout excès dans l'interprétation de la dangerosité potentielle des malades, toute psychiatrisation abusive des conduites dangereuses seraient des régressions majeures tant sur le plan éthique que politique.

Recommandation n°1. Il convient de savoir et faire savoir auprès des professionnels, des décideurs politiques et de la population que les comportements de violence grave sont exceptionnels chez les personnes souffrant de troubles mentaux et qu'elles en sont plus souvent les victimes principales.

Recommandation n°2. Pour respecter la dignité des personnes en ne les réduisant pas à leur maladie, il convient de bannir dans les médias et la communication au sens large les termes de « schizophrène », de « malade mental dangereux », de « récidive », d'« évasion », etc. pour leur préférer les termes « personne souffrant de troubles schizophréniques », « moment de violence au cours d'une maladie mentale », « rechute », « sortie sans autorisation », etc.

Recommandation n°3. Bien que des facteurs de risque de violence aient été identifiés, aucun n'est absolu. La présence de facteurs de risque ne doit pas faire perdre de vue que la violence s'inscrit dans l'histoire évolutive des troubles cliniques de la personne entre des périodes critiques et des périodes de stabilisation.

Facteurs de risque généraux et spécifiques de violence hétéro-agressive

Pour la majorité des auteurs, la maladie mentale grave n'est pas, en elle-même, un fort indicateur de violences à venir. Les facteurs qui participent à la genèse des comportements violents sont multiples et souvent intriqués. La relation entre maladie mentale et violence est complexe et ne peut se réduire à un simple lien de causalité. Chez une personne souffrant de troubles mentaux, la présence de « facteurs de risque » de violence ou de « facteurs associés » à la violence ne suffit pas à prédire la survenue d'un passage à l'acte.

1 Facteurs de risque ou facteurs associés à la violence hétéro-agressive communs aux troubles schizophréniques et de l'humeur

La littérature internationale met l'accent sur un ensemble de facteurs qui méritent l'attention des équipes de soin, qu'ils soient cliniques ou organisationnels. Ne sont retenus dans ce texte que les facteurs les plus déterminants.

1.1 Antécédents de violence et de « troubles des conduites » dans l'enfance et l'adolescence

Recommandation n°4. Il convient d'interroger systématiquement les personnes souffrant de troubles schizophréniques ou de l'humeur sur leurs antécédents de violence agie ou subie (type, cible, etc.) et de « troubles des conduites » éventuels.

1.2 Comorbidités psychiatriques

Recommandation n°5. Les données de la littérature confirment que plus le nombre de comorbidités est important plus le risque de violence est élevé chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou de l'humeur est élevé. Il convient donc de rechercher systématiquement les comorbidités dans une approche globale et dynamique de la personne.

Recommandation n°6. Il est nécessaire d'envisager systématiquement une prise en charge globale des comorbidités (abus ou dépendance à l'alcool ou à d'autres substances psycho-actives et trouble de la personnalité de type antisocial), réalisée par une seule équipe ou par des équipes coordonnées.

► Addictions : alcool et autres substances psycho-actives

Les études épidémiologiques montrent que l'abus ou la dépendance à l'alcool ou à d'autres substances psycho-actives joue un rôle majeur dans l'excès de violence constaté chez les personnes souffrant de troubles schizophréniques ou de l'humeur comparativement à la population générale, même si les limites méthodologiques de la majorité des études disponibles invitent à la réalisation de travaux de recherche complémentaires, ciblés (par pathologie, substance, âge, genre, contexte, etc.) et prospectifs.

Recommandation n°7. En raison du rôle majeur des substances psycho-actives dans l'excès de violence constaté chez les personnes souffrant de troubles schizophréniques ou de l'humeur, il est recommandé de repérer systématiquement les consommations par un examen clinique minutieux et, si besoin, des examens complémentaires sur signes d'appel, tant au cours du suivi que des situations de crise, en engageant une démarche de soins globale.

Recommandation n°8. Il est recommandé, en raison du manque de reconnaissance des troubles addictifs comorbides et de la stigmatisation des troubles mentaux, une meilleure formation des professionnels et la généralisation de l'information du public sur l'impact des substances psycho-actives sur les actes de violence, avec ou sans trouble psychiatrique comorbide.

Recommandation n°9. La fréquente cooccurrence des conduites addictives et des troubles mentaux graves nécessite l'abolition des cloisonnements entre les structures de soins psychiatriques et addictologiques, ainsi que le renforcement de la coordination entre les différents professionnels dans un but de repérage, de prise en charge précoce individualisée et de mise en place d'actions de prévention. Il faut promouvoir les formations interdisciplinaires, temps fort de la prise de conscience de la réalité de terrain et de la diversité des champs d'exercice.

Recommandation n°10. En milieu pénitentiaire, au-delà du repérage, du traitement et de l'organisation coordonnée des soins psychiatriques et addictologiques des personnes souffrant de troubles mentaux, il convient de préparer leur sortie et de les orienter vers les structures de soins au moyen des réseaux.

► **Personnalité psychopathique sous-jacente**

Les études épidémiologiques disponibles montrent que l'association de traits psychopathiques à des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur majore le risque de passage à l'acte violent.

Recommandation n°11. La recherche de maladies mentales graves (troubles schizophréniques, autres psychoses et troubles de l'humeur) est recommandée devant des symptomatologies atypiques comportant notamment des « troubles des conduites » antisociales, sans méconnaître la forme héboïdophrénique des troubles schizophréniques telle qu'elle est décrite par la clinique française.

1.3 Troubles neuropsychologiques

Recommandation n°12. Devant tout patient souffrant de troubles mentaux, il est essentiel d'effectuer un examen somatique, de rechercher une éventuelle confusion mentale et d'évaluer les fonctions cognitives.

Recommandation n°13. Les données de la littérature invitent à porter une attention particulière aux patients souffrant de psychose de type déficitaire dont certains troubles neuropsychologiques permettent de comprendre des passages à l'acte violents dans des moments de trop grande proximité en institution.

1.4 Facteurs liés aux soins

► ***Insight* et déni des troubles**

L'*insight* en tant que capacité à se reconnaître malade et à accepter des soins appropriés est à évaluer systématiquement. Un bon niveau d'*insight* peut être considéré comme un facteur protecteur.

Recommandation n°14. Travailler le niveau d'*insight* est une des missions du travail thérapeutique de l'équipe soignante.

Le déni des troubles est une des manifestations habituelles du faible niveau d'*insight*.

Recommandation n°15. Il convient d'évaluer et de prendre en compte l'importance du déni des troubles par le patient et son entourage.

► **Alliance thérapeutique : un facteur de protection**

Recommandation n°16. Compte tenu du déni, des difficultés d'observance et de la faible capacité d'*insight* propres aux troubles psychotiques, il convient de faire porter les efforts de l'équipe soignante sur la qualité et l'authenticité de l'alliance thérapeutique.

► **Capacité à demander de l'aide**

L'expérience clinique fait apparaître différents facteurs de protection limitant le risque de comportement violent : capacité à demander de l'aide, facteurs familiaux et sociaux, large réseau social, participation aux soins, etc.

Recommandation n°17. Il convient de développer des actions de formation ciblées et/ou transversales et multidisciplinaires (médecins généralistes, infirmières libérales, travailleurs sociaux, tuteurs et curateurs, tous les partenaires du réseau ainsi que les équipes soignantes) pour mieux repérer, prendre en considération et susciter les demandes d'aide directes et indirectes (demandes de consultations répétées, alertes de la part de l'entourage, absence aux rendez-vous, multiplication des passages aux urgences, etc.), afin d'adapter la prise en charge et d'interpeller l'équipe chargée du suivi.

► **Suivi psychiatrique**

Recommandation n°18. Il convient d'identifier systématiquement un médecin traitant, partenaire de la prise en charge pour les patients souffrant de troubles mentaux graves, et d'échanger des informations régulièrement avec lui.

Recommandation n°19. Il convient de favoriser l'accès aux soins de proximité auprès d'une équipe connaissant le malade et assurant la responsabilité de son suivi.

Recommandation n°20. La nécessité d'un suivi au long cours suppose une bonne articulation entre les différents temps et les différents lieux de prise en charge (hospitalisation temps plein, de jour, CMP, etc.) dans une complémentarité et une continuité qui correspondent aux principes de la sectorisation psychiatrique française.

Recommandation n°21. Attendre une demande de soins chez une personne dans l'incapacité de la formuler du fait de sa maladie n'est pas pertinent.

Recommandation n°22. Tout doit être fait pour éviter une rupture de soins. Il convient de :

- reconvoquer systématiquement un patient souffrant de troubles schizophréniques ou de l'humeur et absent lors d'un rendez-vous ;
- chercher à comprendre pourquoi un patient ne consulte pas, n'est pas observant ;
- s'appuyer sur l'environnement familial, médical, paramédical et social pour faciliter l'accès ou la poursuite des soins.

Recommandation n°23. Il ne faut pas hésiter à recourir à des sorties d'essai pour inscrire les patients dans des suivis ambulatoires au long cours.

Recommandation n°24. Durant en particulier les 6 mois suivant une hospitalisation, il convient de proposer aux patients un suivi rapproché, attentif et organisé au plan sanitaire (contacts réguliers autant que nécessaire) et social (en portant une attention particulière à la question de l'hébergement, des ressources, de la protection des biens, etc.). En effet, pendant cette période critique, le patient est fragilisé et a des difficultés de réinsertion et de resocialisation.

2 Facteurs de risque spécifiques aux troubles schizophréniques et aux troubles de l'humeur

2.1 Violences et troubles schizophréniques

Une connaissance précise de la clinique de la personne ayant des troubles schizophréniques est indispensable et en particulier du délire paranoïde dans ses thèmes, son organisation comme sa réactivité.

Recommandation n° 25. Il convient d'être particulièrement attentif :

- aux idées de persécution (en particulier avec persécuteur désigné, qui est souvent un proche), de contrôle et de grandeur ;
- aux hallucinations auditives impératives ;
- à l'existence d'une personnalité psychopathique sous-jacente ;
- à l'existence d'atteintes cognitives ;
- à l'arrêt des traitements et du suivi ;
- à des projets irréalisables ;
- à l'exposition à des facteurs déstabilisants et à l'absence de soutien social ;
- à la prise d'alcool ou d'autres substances psycho-actives.

2.2 Violences et troubles de l'humeur

La violence n'est pas exceptionnelle au cours des troubles de l'humeur.

Recommandation n° 26. Il convient de se rappeler que la littérature souligne le fait que les troubles de l'humeur sont susceptibles de générer des manifestations auto et hétéro-agressives dans les mêmes proportions que les troubles schizophréniques.

3 Apports de la neuro-imagerie fonctionnelle et des neurosciences à l'évaluation de la « dangerosité psychiatrique »

Recommandation n° 27. En l'état actuel des connaissances, la neuro-imagerie fonctionnelle n'est pas un outil diagnostique ou pronostique du risque de violence chez un patient atteint de troubles mentaux.

Recommandation n° 28. En revanche, il ne faut se priver d'aucun examen complémentaire devant toute symptomatologie atypique qui pourrait être l'expression clinique d'un trouble neurologique ou d'une autre maladie somatique.

4 Synthèse des facteurs de risque ou associés à la violence, identifiés en cas de troubles schizophréniques ou de l'humeur

La littérature permet d'identifier divers facteurs de risque ou associés à la violence résumés dans les deux tableaux ci-dessous.

Tableau 1. Facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients ayant des troubles schizophréniques

Facteurs généraux	Facteurs spécifiques
Facteurs sociodémographiques	Diagnostic actuel
<ul style="list-style-type: none"> - Âge jeune < 40 ans - Genre masculin - Statut économique précaire - Faible niveau d'éducation - Célibat 	<ul style="list-style-type: none"> - Schizophrénies de forme paranoïde - Abus ou dépendance aux substances psycho-actives comorbide - Personnalité antisociale comorbide (héboïdophrénie)
Antécédents	Symptômes
<ul style="list-style-type: none"> - Antécédents personnels et familiaux judiciaires, de violence envers autrui ou d'incarcération - Antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool - Antécédents de « troubles des conduites » dans l'enfance ou à l'adolescence - Antécédents de victimation¹ - Retard mental 	<ul style="list-style-type: none"> - Symptomatologie psychotique positive - Idées délirantes de persécution, de mégalomanie, de mysticisme, syndrome d'influence - Rêveries diurnes d'agresser autrui, idéation et pratiques perverses - Idées, fantasmes et propos de violence - Menaces écrites ou verbales évoquant un scénario de passage à l'acte en cours de constitution - Fascination pour les armes - Méfiance et réticence - Participation émotionnelle intense - Retrait social, émoussement affectif, désorganisation - Idées suicidaires - Symptomatologie dépressive - Dysfonctionnement frontal
Facteurs contextuels	Facteurs liés aux soins
<ul style="list-style-type: none"> - Être victime de violence dans l'année - Divorce ou séparation dans l'année - Sans emploi dans l'année 	<ul style="list-style-type: none"> - Défaut d'accès aux soins - Incapacité à demander de l'aide - Dénier des troubles et faiblesse de l'<i>insight</i> - Longue durée de psychose non traitée - « Pseudo-alliance thérapeutique » - Rupture du suivi psychiatrique - Non-observance médicamenteuse - Insuffisance du suivi au décours immédiat d'une hospitalisation

¹ Il convient de distinguer la victimation (fait d'avoir été victime d'un accident traumatique, d'une maltraitance, d'une agression, ou de toute atteinte matérielle, corporelle ou psychique, etc.) de la victimisation (qui fait plus souvent référence au statut de victime, en parlant de victimisation primaire autour des conséquences directes d'un acte, ou de victimisation secondaire quand les conséquences négatives sont liées aux modalités judiciaires de la prise en charge de la victime ; on parle aussi de victimisation comme identification constante au statut de victime et à l'accident traumatique, avec souvent une demande réitérée de réparation).

Tableau 2. Facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients ayant des troubles de l'humeur

Facteurs généraux	Facteurs spécifiques
Facteurs sociodémographiques	Diagnostic actuel
<ul style="list-style-type: none"> - Âge jeune < 40 ans - Genre masculin - Statut économique précaire - Faible niveau d'éducation - Célibat 	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble bipolaire type 1 > type 2 - Épisode dépressif caractérisé - Abus ou dépendance aux substances psycho-actives comorbide - Personnalité antisociale comorbide - État mixte - Épisodes dépressifs récurrents brefs
Antécédents	Symptômes
<ul style="list-style-type: none"> - Antécédents personnels et familiaux judiciaires, de violence envers autrui ou d'incarcération - Antécédent d'abus ou de dépendance à l'alcool - Antécédent de « troubles des conduites » dans l'enfance ou à l'adolescence - Antécédents de victimation - Retard mental 	<ul style="list-style-type: none"> - Idées délirantes de ruine, de culpabilité, de grandeur ou mégalomaniaques ou idées délirantes non congruentes à l'humeur, persécution - Impulsivité, hostilité - Symptomatologie mélancolique - Idées suicidaires - Péjoration de l'avenir, incurabilité
Facteurs contextuels	Facteurs liés aux soins
<ul style="list-style-type: none"> - Être victime de violence dans l'année - Divorce ou séparation dans l'année - Sans emploi dans l'année 	<ul style="list-style-type: none"> - Défaut d'accès aux soins - Incapacité à demander de l'aide - Dénier des troubles et faiblesse de l'<i>insight</i> - Durée d'évolution avant le diagnostic - « Pseudo-alliance thérapeutique » - Rupture du suivi psychiatrique - Non-observance médicamenteuse - Insuffisance du suivi au décours immédiat d'une hospitalisation

Évaluation et premiers recours en cas de signes d'alerte de passage à l'acte violent

1 Signes d'alerte généraux

Les signes d'alerte permettant une anticipation des moments de violence chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques sont d'abord aspécifiques et généraux comme pour toute violence. Les signes d'alerte spécifiques comprennent des signes ou des symptômes relevant de la clinique des états de décompensation. C'est une véritable « clinique du quotidien », surtout observée par les proches, qui peut être différente selon le patient concerné. Ces signes comprennent également toutes les manifestations d'épuisement de l'entourage proche, qui le rendent moins attentif et plus distant face à la personne malade.

La violence correspond à un comportement de désespoir, de défense face à la crainte de l'intrusion, et de recherche de la seule position active possible à ce moment-là. Elle survient en réaction à un sentiment d'agression réelle ou ressentie. Elle intervient toujours en relation interactive et traduit la destruction de la capacité de penser et de parler.

Recommandation n°29. Il est important de différencier plusieurs types de violence ainsi que leur degré de gravité éventuelle et leur degré d'intensité :

- agression verbale ;
- violence contre les objets ;
- violence contre soi-même ;
- violence contre autrui.

On peut distinguer des comportements agressifs, impulsifs, organisés ou imprévisibles. On peut repérer des signes plus spécifiques de la maladie ou du patient, relevant d'une clinique du quotidien.

Recommandation n°30. Il convient d'anticiper et de repérer le risque de violence à partir de plusieurs sources :

- le patient lui-même ;
- son entourage ;
- le médecin traitant, généraliste ou psychiatre ;
- les aidants de proximité ;
- les professionnels de santé et médico-sociaux : psychiatres, infirmiers, psychologues, assistants sociaux, etc.

2 Prévention de la violence vis-à-vis de l'entourage

Certains états émotionnels permettent d'anticiper les moments de violence envers l'entourage car ils sont souvent à l'origine d'une véritable spirale :

- honte de ce comportement ;
- culpabilité ;
- réaction de l'entourage conduisant à entretenir et développer une crainte du patient ;
- épuisement de l'entourage et contre-agressivité en miroir ;
- hostilité réciproque.

Recommandation n°31. Dans la recherche et la transmission des antécédents, il faut penser à préciser l'existence et le contexte situationnel et émotionnel de survenue des moments de violence dans le parcours clinique du patient et les « signaux symptômes ».

Recommandation n°32. Il convient de protéger les proches en cas de risque de passage à l'acte violent, au besoin en recourant à une hospitalisation du patient.

Recommandation n° 33. Les cliniciens doivent être avertis du risque de filicide de la part de parents déprimés ou délirants. Les parents déprimés ou délirants doivent être directement questionnés sur la situation actuelle de leurs enfants et les soignants doivent se préoccuper de la protection de ces derniers. Les parents ayant des pensées suicidaires ou des idées délirantes impliquant leurs enfants doivent être évalués pour le risque de filicide. Si la personne est dépressive, les indications d'hospitalisation comprennent notamment ses craintes de faire du mal à ses enfants, et des préoccupations non réalistes ou délirantes sur la santé ou le devenir de ces derniers.

Recommandation n° 34. En institution, les risques de passage à l'acte violent doivent être anticipés autant que possible, afin de protéger le patient lui-même, les autres patients et les membres de l'équipe soignante. Il convient d'analyser les circonstances des passages à l'acte violent et d'en garder la trace dans le dossier pour en identifier et prévenir les circonstances favorisantes.

3 Signes d'alerte en cas de troubles schizophréniques

Recommandation n° 35. Il convient de prendre en compte les signes d'alerte suivants dans les troubles schizophréniques :

- la nature du délire paranoïde : injonctions hallucinatoires, idées de persécution, d'influence ou de grandeur, notamment quand elles sont polarisées sur des tiers, délires passionnels, délires de filiation (risques intrafamiliaux ou vis-à-vis des soignants) ;
- une sémiologie médico-légale préoccupante : délire grandiose, rêveries diurnes d'agresser autrui, idéation et pratiques perverses, fascination pour les armes, menaces écrites ou verbales évoquant un scénario de passage à l'acte en cours de constitution ;
- les antécédents personnels de « troubles des conduites » (personnalité antisociale, traits psychopathiques) ;
- la consommation de substances psycho-actives ou la majoration de cette consommation (alcool, psychostimulant, cannabis, etc.) ;
- la symptomatologie négative et déficitaire serait moins associée à un comportement violent ; elle est cependant à considérer notamment lors d'une aggravation des troubles du cours de la pensée, de modifications des fonctions cognitives ou de syndrome psychocomportemental des états catatoniques.

4 Signes d'alerte en cas de troubles de l'humeur

Recommandation n° 36. Il convient de prendre en compte les signes d'alerte suivants dans les troubles de l'humeur :

- importance de la douleur morale, de la détresse exprimée et du désespoir ;
- idées délirantes congruentes ou non à l'humeur ;
- idées de ruine et d'indignité ;
- anesthésie affective.

Au décours d'un état dépressif, en particulier s'il est de nature mélancolique ou s'il existe des troubles de la personnalité de type narcissique, on peut craindre des passages à l'acte graves : infanticide, suicide, homicide altruiste, mise en danger de la collectivité (par exemple dans un suicide au gaz), etc.

Dans l'accès maniaque, les actes antisociaux sont décrits comme relativement fréquents mais généralement de moindre gravité que dans la dépression.

Plus il y a de comorbidités, plus il y a de risques. Il convient de rappeler le poids de l'association des troubles de l'humeur avec l'abus ou la dépendance à l'alcool ou à d'autres substances psycho-actives, ainsi que l'importance des troubles de la personnalité antisociale.

Démarche d'évaluation clinique du risque de comportements violents

Il est bon de rappeler que la gestion du risque fait partie intégrante de la pratique de la médecine (risque cardio-vasculaire et hypertension artérielle, par exemple). Le plus souvent ce risque concerne le patient lui-même, mais cela peut aussi impliquer des tiers comme dans le cas d'un risque infectieux ou d'une inaptitude médicale à la conduite d'un véhicule. Travailler à la réduction du risque de violence, c'est accomplir un acte éminemment médical. Refuser de mettre en œuvre les meilleures pratiques en matière de prévention, c'est au contraire exposer les patients concernés à des conséquences désastreuses tant pour leurs victimes que pour eux-mêmes et pour l'image publique de l'ensemble des personnes souffrant d'un problème de santé mentale. En tant que profession médicale, il est de la responsabilité des psychiatres de pouvoir répondre aux deux questions suivantes : quel est le risque associé à une situation clinique donnée et comment le réduire ? En revanche, savoir si le risque résiduel est acceptable pour une société ne relève pas de la compétence psychiatrique. En effet, des considérations philosophiques, sociales, politiques et juridiques sont aussi à prendre en compte. Se prononcer en tant que société est d'autant plus difficile que les différentes professions impliquées dans la violence ont nécessairement des représentations différentes des situations à risque et tendent à ignorer mutuellement les contraintes professionnelles de chacune. Cela s'accompagne souvent d'une incompréhension réciproque qu'il est urgent de dépasser par un débat serein.

L'évaluation du risque de passage à l'acte violent est une préoccupation quotidienne du clinicien, dans l'élaboration ordinaire du projet de soins, dans la construction d'une relation thérapeutique durable, dans la compréhension de l'histoire infantile et de la singularité familiale. On ne peut faire l'économie de cette évaluation dans le suivi régulier du projet de soins. Elle prend son sens au moment de l'entretien clinique, avec l'implication du patient.

1 Types de démarches : de l'évaluation actuarielle à l'évaluation clinique structurée

L'évaluation du risque de comportements violents chez des patients souffrant de maladie mentale est au cœur même de la psychiatrie quotidienne et en a été l'un des éléments fondateurs.

Cette évaluation implique des éléments de différentes natures qui la rendent très complexe et difficile à systématiser. Elle soulève également la question de la pertinence de certains outils, de leur place dans la clinique, de leur rôle et de leur fonction dans une équipe multidisciplinaire. Il convient d'avoir à l'esprit que la validation des outils est à ce jour bien souvent restreinte à des populations spécifiques (adultes, hommes, femmes, milieu pénitentiaire, pays particulier [Canada], etc.) et que leur utilisation en recherche mais aussi en clinique doit être faite en toute connaissance de cause.

On peut identifier deux approches conceptuelles :

1. L'approche objectiviste considère la réalité comme étant observable, mesurable et vérifiable. D'un point de vue épistémologique, le savoir est fondé sur l'observation de la régularité de certains phénomènes à partir de laquelle des lois peuvent être émises à titre d'hypothèses, puis vérifiées dans une entreprise visant la prédiction des phénomènes humains. Au plan méthodologique, l'approche objectiviste est fondée sur des protocoles de recherche et des techniques monothétiques dérivées des sciences physiques et statistiques. Cette première stratégie d'évaluation dite actuarielle vise à prédire les comportements violents sur une base purement probabiliste, sans chercher à comprendre pourquoi les facteurs pris en compte dans cette évaluation sont liés à ces comportements.

2. L'approche subjectiviste considère plutôt la réalité comme étant dépendante de la conscience humaine. Dans ce courant d'idées, l'épistémologie se réfère à la réflexion de l'observateur : la nature des sciences est une construction faite à partir d'idées et de concepts utilisés afin de décrire la réalité. La nature de l'homme repose, ici, sur la notion de libre arbitre. Cette conception caractérise l'approche clinique et qualitative, fondée sur le jugement de l'évaluateur et liée à la prévisibilité des risques de violence pour un individu particulier.

Les échelles actuarielles ont été développées à partir d'analyses statistiques mettant en évidence des facteurs corrélés le plus fortement au risque de violence. Ces échelles permettent une évaluation chiffrée du risque de violence basée sur la combinaison d'un petit nombre de variables. Elles ne permettent pas de pondération des facteurs en fonction de l'évaluation du clinicien ou en fonction de l'évolution d'un individu ; le clinicien n'a alors aucun poids dans l'évaluation du risque. *A contrario*, les instruments de jugement clinique structuré gardent un rôle au clinicien dans l'évaluation. Ils prennent en compte à la fois les facteurs statiques (aspects sur lesquels le clinicien ne peut intervenir directement comme les antécédents de violence, le sexe, l'âge, l'échec scolaire à l'école élémentaire, la dissociation du couple parental avant l'âge de 12 ans, etc.), mais aussi les facteurs cliniques (symptomatologie clinique, capacité d'*insight*, adhésion au traitement, amélioration avec le traitement, etc.) et des facteurs liés à la gestion du risque (soutien social, profession, événements de vie stressants). La plupart des échelles actuarielles sont construites à partir de facteurs statiques pouvant conduire à une stigmatisation définitive de l'individu. Ce n'est pas le cas des évaluations par des entretiens semi-structurés, qui pondèrent les facteurs statiques par les facteurs dynamiques.

L'analyse des facteurs de risque de violence doit respecter un équilibre et ne pas privilégier les facteurs statiques non modifiables (sexe, âge, structure de personnalité, etc.) au détriment des facteurs dynamiques modifiables par la prise en charge (éléments cliniques, engagement thérapeutique, *insight*, observance du traitement, etc.). Le repérage clinique incluant une évaluation des facteurs de risque de violence devra se garder, dans une pratique courante, d'être quantifié. Cette évaluation dès le premier épisode devra être longitudinale, pour éviter la répétition et l'escalade dans la violence. Il existe des éléments propres au patient, des éléments liés à son environnement et à la particularité de sa maladie.

2 Outils actuariels

On ne peut confondre les facteurs de risque de comportements violents (qui sont recherchés par l'évaluation) avec la prédiction de violence ou la gestion du risque. Il y a corrélation ou association mais pas de relation causale et leur présence ne permet pas de prédire la survenue d'un passage à l'acte. De nombreux auteurs ont insisté sur l'impossibilité pour les cliniciens de prédire la survenue d'un comportement violent. D'où l'émergence du concept de risque de violence, statistique et probabiliste, c'est-à-dire la démarche actuarielle.

Les instruments actuariels (comme la VRAG) attribuent une pondération statistique spécifique aux différentes variables de risque. L'objectif prioritaire est la prédiction de violence la plus précise possible, de ce fait l'individu est situé par rapport à un groupe comparable dont on connaît l'évolution au cours du temps. C'est le principe utilisé par les compagnies d'assurances pour évaluer le risque et déterminer les montants des primes. Ce n'est pas la préoccupation du clinicien.

3 Outils de jugement clinique structuré

À la différence des outils actuariels et de l'approche objectiviste, qui sont contraints à une certaine simplification, les outils de jugement clinique structuré sont centrés sur la personne, avec ses caractéristiques propres, dans un environnement particulier. Ils prennent en

compte le fait que les connaissances sur les facteurs de risque ont évolué au fil du temps et obligent à une certaine souplesse conceptuelle.

Pour étayer ce jugement clinique, peuvent être utilisés un certain nombre d'outils venant à l'appui d'une démarche clinique rigoureuse, dans l'esprit de ceux utilisés au Canada (HCR-20, START) mais non encore validés en France. Il s'agit de passer en revue systématiquement les facteurs de risque et de protection :

- facteurs de risque :
 - historiques : antécédents personnels comme victime de violence ou de passage à l'acte, antécédents familiaux, événements de vie, etc.,
 - cliniques : gravité des symptômes, dépression associée et idées suicidaires, impulsivité, hostilité, consommation de substances, absence, interruption ou résistance aux traitements, détention d'armes, rumination de scénarios violents, etc.,
 - environnementaux : isolement, absence de soutien, précarité, dépendance financière, etc. ;
- facteurs de protection : inscription dans un suivi rapproché, bonne coordination avec le médecin généraliste, soutien familial et social, rôle de protection à la personne pleinement assumé par le tuteur ou le curateur, participation aux soins, alliance thérapeutique, etc.

Recommandation n°37. L'évaluation des facteurs de risque de violence doit correspondre à une démarche clinique rigoureuse, régulièrement renouvelée, considérant le sujet dans son histoire et son environnement de façon dynamique et en y associant une dimension éthique.

Recommandation n°38. Le volet éthique est un élément essentiel dans la prise en charge des patients concernés. Cela suppose un questionnement serein et une distanciation indispensable compte tenu de l'importance des émotions et des contre-attitudes désorganisantes pour l'équipe soignante.

Recommandation n°39. Il convient d'aborder systématiquement le thème de la violence lors d'un premier contact clinique. Il importe à cet égard de s'adresser d'abord à la personne en lui demandant si elle a été elle-même victime d'actes violents, ce qui permet d'aborder plus facilement ensuite des questions telles que : « Est-ce que cela vous arrive de vous emporter, dans quelles circonstances, avec qui, est-ce que par la suite vous le regrettez ? »

Recommandation n°40. Si le sens clinique, la rigueur sémiologique et la prise en compte de la complexité systémique peuvent être assistés par des outils d'évaluation, cette dernière ne doit pas se limiter à l'usage de ces outils. Le recours à des outils actuariels ou semi-structurés n'est envisageable que s'il est intégré à l'évaluation clinique pratiquée par l'équipe soignante, en complément d'un entretien clinique avec le patient. Quels que soient les outils d'évaluation utilisés, il importe de ne pas prendre en compte un seuil chiffré séparant les personnes à risque de violence des personnes sans risque de violence.

Recommandation n°41. En pratique, les échelles actuarielles, parce qu'elles s'appuient essentiellement sur les facteurs statiques de risque de violence, ne sont pas adaptées à l'évaluation psychiatrique. Si l'on souhaite recourir à une échelle, les échelles semi-structurées sont préférables aux échelles actuarielles, car elles prennent en compte les facteurs dynamiques et leur évolution dans le temps.

Recommandation n°42. Il convient de suivre une démarche rigoureuse pour prévenir les biais d'évaluation tels que la minimisation des risques de violence lorsqu'il s'agit d'une femme ou de personnes perçues comme « sympathiques » ou d'une « pseudo-alliance thérapeutique² ». Néanmoins, il ne faut pas se fier à l'absence d'antécédents de violence.

² Une « pseudo-alliance thérapeutique » peut recouvrir :

- une alliance circonstancielle à certains moments d'une contrainte de soin ;
- une relation de soin superficielle avec un traitement inadapté ;
- une minimisation des troubles par le malade et l'équipe soignante ;

Recommandation n°43. Il convient de prendre en compte la dimension subjective de toute évaluation par la recherche de plusieurs sources d'information en s'assurant de leur fiabilité et de leur mise en contexte : autres services psychiatriques ou de soins, famille, entourage, services sociaux, ambulanciers, police ont tous une évaluation qui peut être recueillie.

Recommandation n°44. Il convient d'inscrire l'évaluation clinique dans une perspective longitudinale intégrant non seulement le passé et le présent, mais aussi le futur envisagé par le patient notamment au travers de projets réalistes ou voués à l'échec.

Recommandation n°45. Il convient de répéter l'évaluation devant toute modification importante de l'état clinique ou du contexte environnemental.

Recommandation n°46. Il faut repérer systématiquement chez les personnes souffrant de troubles bipolaires ou schizophréniques l'abus ou la dépendance à l'alcool ou à d'autres substances psycho-actives qui jouent un rôle majeur dans la survenue des moments de violence et le retard d'accès aux soins. C'est pourquoi les professionnels de santé devraient être formés au repérage et à la prise en charge des conduites addictives. Cela doit leur permettre de mettre en œuvre des soins coordonnés des troubles psychiatriques et des troubles addictifs.

-
- une attention insuffisante portée par le médecin aux signaux d'alerte, notamment en provenance de l'entourage.

Organisation de la prise en charge

1 Premiers recours

La situation est différente selon qu'il s'agit d'un patient connu ou d'un premier épisode d'expression du trouble mental. En effet, un moment de violence peut être la première manifestation de la maladie et l'occasion du début d'une prise en charge.

Recommandation n°47. La souffrance de la famille doit être prise en compte. La réponse à l'inquiétude de la famille, du médecin généraliste traitant ou de l'équipe soignante, comporte trois axes :

- l'anticipation préventive des situations à risque ;
- la réponse à très court terme pour faire face à la montée du comportement violent : elle appelle une intervention rapide et coordonnée ;
- la mise en œuvre des soins nécessaires au patient pour les troubles concernés et les comorbidités associées.

Cette réponse doit toujours prendre en compte le groupe des proches, ses peurs et les interactions qu'il entretient avec le patient.

Cette mise en œuvre doit s'inscrire dans la durée avec des réévaluations régulières de l'état clinique, dont le médecin traitant doit être informé.

2 Face à la violence émergente

Recommandation n°48. Les premiers recours concernent la mise en sécurité face à une montée de violence, sans que cela soit propre à la maladie mentale grave :

- écouter et s'efforcer de garder le contact ;
- ne pas chercher l'affrontement ;
- penser à se protéger et à protéger les tiers ;
- protéger le patient de l'accès à des objets potentiellement dangereux ;
- s'efforcer de canaliser les émotions des personnes présentes ;
- évaluer si un tiers de l'entourage est ressenti comme perturbateur, et si un tiers est perçu comme rassurant ;
- faire intervenir un tiers extérieur qui modifie le contexte.

On retrouve dans la littérature les conseils suivants :

- respecter le territoire, rester à distance ;
- éviter tout contact visuel intrusif ;
- ne pas se montrer trop familier ;
- se présenter, verbalement et non verbalement, comme quelqu'un qui n'a pas l'intention d'être offensif ;
- ne pas attaquer directement les idées délirantes ;
- poser des questions simples et favoriser un fonctionnement coopératif et non de contrôle ;
- ne pas hésiter à exprimer de l'anxiété ;
- prévoir des portes de sortie, des moyens d'appeler à l'aide et un traitement approprié de l'épisode.

3 Appel aux services de secours

Recommandation n°49. Lorsque le comportement de violence survient à l'extérieur de l'hôpital, il peut être justifié de faire intervenir différents partenaires :

- le médecin généraliste ;
- le Samu ;
- le service départemental d'incendie et de secours (SDIS) ;

- la police ou la gendarmerie, notamment en cas de patient armé (le Code pénal autorise les professionnels de santé et de l'action sociale à déroger au secret professionnel lorsqu'un patient détient une arme ou manifeste l'intention d'en acquérir une³).

Le plus souvent c'est la famille ou l'entourage qui fait la démarche, plus rarement le médecin traitant ou l'équipe soignante. Cela ouvre le temps d'une première évaluation qui débouche sur une prise de décision quant aux réponses à apporter :

- prise en charge ambulatoire ;
- décision d'hospitalisation, avec ou sans consentement, et sa préparation (aménagement du transport, accompagnement, sécurisation, etc.).

4 Appel aux services de soins

Recommandation n°50. Le traitement adapté, régulier et s'inscrivant dans la durée des troubles psychiatriques reste la meilleure prévention des moments de violence. Il doit être individualisé en fonction du trouble, de son moment évolutif, des comorbidités éventuelles (consommation de substances psycho-actives, troubles de la personnalité) et du contexte. En effet, la conduite du traitement reste un des moments privilégiés de l'évaluation clinique.

Recommandation n°51. La non-conscience de la maladie, l'absence de demande de soins doivent, dans certaines situations, être interprétées comme des éléments de gravité du tableau clinique. Il est alors indispensable que l'équipe de soins s'implique pour évaluer la situation, éventuellement en intervenant directement au domicile ou en s'appuyant sur d'autres intervenants (médecin généraliste, Samu-Smur, SDIS, etc.). Attendre une demande de soins chez une personne dans l'incapacité de la formuler du fait de sa maladie n'est pas pertinent.

Recommandation n°52. L'interpellation du médecin généraliste, des services d'urgence, des urgences psychiatriques ou des services de soins spécialisés (CMP, unités d'hospitalisation) en l'absence du patient qui ne veut pas consulter est un recours fréquent des familles. Pour y répondre, certaines équipes ont mis en place un dispositif de « consultation des familles sans le patient », qui conduit souvent à la venue du patient par la suite. Cette modalité d'accès aux soins correspond à une prise en charge de la dynamique familiale, en contribuant à diminuer la tension et l'isolement.

L'accès aux soins sera mis en place et se poursuivra, en ambulatoire autant que possible, en hospitalisation si nécessaire.

Des temps de coordination et d'échanges cliniques avec le secteur privé doivent être institués et entretenus avec régularité.

Recommandation n°53. Les informations sont partagées entre les soignants impliqués dans la prise en charge. En revanche, les informations partagées entre les soignants et les professionnels non soignants doivent être limitées aux informations pratiques et immédiatement utilisables pour l'orientation des personnes.

5 Situations particulières

Une prise en charge dans la durée et dans la continuité des soins est essentielle en psychiatrie. Il faut y être particulièrement attentif dans certaines situations.

5.1 Isolement social

Recommandation n°54. Il convient d'aider les patients à se réintégrer dans la société et à sortir de leur isolement en les incitant à contacter les structures associatives et tout

³ Art. 226.14 du Code pénal.

particulièrement les GEM (groupes d'entraide mutuelle), dispositifs majeurs de prévention par leur action sur le facteur de violence que représente l'isolement social du patient.

Recommandation n°55. Il convient de réintégrer par étapes le patient dans la société, d'assurer un suivi plus étroit durant au moins les 6 premiers mois, d'avoir une bonne communication entre toutes les personnes concernées, d'agir rapidement et de façon proportionnée au risque en cas de signes d'alerte et de réévaluer régulièrement le projet thérapeutique.

5.2 Précarité

On peut faire aujourd'hui le constat d'un nombre croissant de patients souffrant de troubles mentaux graves vivant dans des conditions d'extrême précarité et de grande marginalisation. La grande majorité des études épidémiologiques évoque un taux de 30 % de pathologies psychotiques chez les personnes sans domicile fixe. Ces patients consultent très peu spontanément et lorsqu'ils s'adressent au dispositif de soins, c'est le plus souvent via les urgences générales.

Recommandation n°56. Il apparaît donc particulièrement important d'aller à la rencontre des personnes précarisées ayant des troubles mentaux sévères, notamment dans les lieux d'hébergement et les structures d'accueil, pour conduire une évaluation clinique et anticiper ainsi les moments de violence. Les équipes mobiles psychiatrie-précarité, qui se sont multipliées ces dernières années, permettent de prendre en compte cette réalité et d'accompagner ces patients vers le dispositif de soins commun.

5.3 Réitération de moments de violence comme modalité de recours aux soins

Recommandation n°57. Certains patients sont connus pour s'inscrire en rupture de soins à répétition. Plutôt que de répéter indéfiniment la mise en place de réponses en urgence, il peut être nécessaire de poursuivre des soins sans consentement en ambulatoire, aujourd'hui dans le cadre de sorties d'essai.

5.4 Comportements de violence en milieu pénitentiaire

Il n'existe pas d'études sur le lien entre maladies mentales et épisodes de violence en détention. Bien que fréquemment médiatisées, les violences commises en détention par un détenu souffrant d'une maladie mentale sur un autre détenu ou le personnel de surveillance n'ont pas fait l'objet de travaux publiés. Il n'existe pas non plus d'étude sur les violences subies par les personnes souffrant de troubles mentaux alors que leur stigmatisation est fréquente et que les allégations de violences physiques et sexuelles, harcèlement moral, racket, etc. ne sont pas rares.

Recommandation n°58. Depuis la loi du 18 janvier 1994 relative aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé, ce sont les secteurs de psychiatrie générale qui desservent les établissements pénitentiaires en complément des 26 SMPR existants. La fréquence des troubles mentaux dans la population pénale justifie le développement d'équipes psychiatriques pluridisciplinaires pouvant assurer le diagnostic précoce, le suivi en ambulatoire ou l'hospitalisation des détenus malades. La prise en charge psychiatrique en prison doit être en lien étroit avec les dispositifs de soins psychiatriques publics et privés du milieu libre.

Recommandation n°59. La prise en charge des personnes incarcérées ayant des troubles mentaux sévères doit suivre les règles déontologiques et les bonnes pratiques usuelles. En établissement pénitentiaire ou en établissement public de santé spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées ou des personnes faisant l'objet d'une rétention de sûreté, les personnels soignants ayant connaissance d'un risque sérieux pour la sécurité des

personnes au sein de ces établissements sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection⁴.

5.5 Violence durant une hospitalisation

Certaines situations institutionnelles peuvent contribuer au risque de survenue de moments de violence durant une hospitalisation. Le début de l'hospitalisation représente un risque de violence plus élevé en raison de l'instabilité clinique des patients nouvellement admis. Les situations de trop grande proximité représentent également un risque de surstimulation de patients vulnérables. Par exemple :

- l'absence d'intimité en raison d'une architecture inadaptée à la mission soignante ;
- une trop forte concentration de patients désorganisés sur une même unité ;
- une affluence transitoire de patients dans un espace commun comme cela peut être le cas lors de la distribution des médicaments ou des repas.

Par ailleurs, des règles trop rigides, des limites floues ou appliquées de façon inconstante, une programmation d'activités insuffisante, un manque de disponibilité et d'écoute de la part du personnel en raison d'un faible ratio infirmier(ère)/patients ou d'un manque d'expérience et d'encadrement du personnel soignant augmentent le risque de malentendus pouvant dégénérer en des comportements violents. Toutes les situations allant à l'encontre des attentes du patient tels un refus, une frustration ou une mauvaise nouvelle sont susceptibles de déclencher des comportements violents chez des patients instables. Enfin, il est important de réaliser qu'un patient exclu des soins, en raison d'un comportement difficile ou d'un manque de coopération, peut sombrer dans la rupture sociale (la prison ou la rue). Il peut également être accueilli par des parents ou des proches qui devront faire face sans aide spécialisée à ses comportements difficiles.

Des réponses primitives de défense surgissent dès qu'un groupe fait face de façon répétée aux composantes réelles et imaginaires du danger présenté par un autre groupe. Autoritarisme et attitudes punitives font alors dérailler le processus de soin. Le défi est de construire une équipe assez solide pour contenir les forces de destruction. Seule l'ouverture d'un espace de dialogue et de réflexion peut créer un environnement thérapeutique et permettre une compréhension de ce qui se passe pour le patient, les soignants et le monde extérieur.

Recommandation n°60. Il convient de repérer et prévenir les situations institutionnelles pouvant contribuer au risque de comportements violents intrahospitaliers.

Recommandation n°61. Il convient d'aménager les lieux de soins avec un souci de la sécurité et former le personnel à l'intervention lors de situations de violence.

Recommandation n°62. Des services spécialisés, bien repérés au plan national, destinés à des malades difficiles (UMD), sont nécessaires dans la palette du dispositif de soins pour des indications exceptionnelles.

Recommandation n°63. Il n'y a pas lieu de créer de structures artificiellement dédiées à la prise en charge des moments de violence (le rapport Igas-IGSJ-Iga de 2006⁵ formule la même recommandation). La réponse à la violence doit d'abord être faite dans les services au nom de la continuité des soins. Des prescriptions ponctuelles d'isolement thérapeutique, voire de contention, protocolisées et utilisées à bon escient sur des temps limités peuvent être réalisées dans les services sans affecter la continuité des soins. La notion de contrat de soin est une réponse possible à l'anticipation de ces moments difficiles.

⁴ Art. L.6141-5 du Code de la santé publique.

⁵ Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'administration, Inspection générale des services judiciaires, Riera R, Barbe S, Bourquard J *et al.* La prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux. Paris: La Documentation Française; 2006.

Se rassembler autour d'outils communs d'observation de la réalité clinique permet, sans toutefois éliminer la peur et les divergences de perception, de définir un processus de rétablissement par étapes. La réintégration dans la société du patient violent, à l'extérieur ou durant l'hospitalisation, se fait en réduisant progressivement l'encadrement clinique et donc en augmentant par étape le degré de liberté individuelle. Cette autonomie, pourtant revendiquée, est souvent angoissante. Chaque transition est susceptible d'augmenter le risque de décompensation. Il est important de documenter les réactions du patient au processus de retour dans la société et de s'assurer du maintien des acquis.

Recommandation n° 64. Si le départ de l'hôpital doit être soigneusement préparé, le travail de l'équipe soignante ne s'arrête pas là. Selon les données publiées, la période la plus à risque de rechute violente est celle des 20 semaines au moins après la sortie : un suivi plus étroit doit être mis en place au minimum tout au long de cette période. Pour contribuer au maintien de la stabilité du patient, voici quelques exemples de ce qui peut être fait :

- maintenir un contact régulier et poser des limites claires ;
- s'inquiéter de la prise du traitement et des rendez-vous manqués ;
- s'assurer s'il y a lieu du maintien de l'abstinence de prise de substances psycho-actives par le dépistage urinaire ;
- montrer au patient qu'il est écouté et pris au sérieux ;
- aider le patient à résoudre les problèmes de son quotidien, au besoin par des mesures d'accompagnement social, voire de protection ;
- aider le patient à sortir de son isolement social en l'incitant à contacter les structures associatives et tout particulièrement des GEM dont c'est la vocation ;
- valoriser ses progrès.

Cependant, le seul suivi des facteurs de risque individuels est insuffisant. Une attention particulière doit aussi être portée aux éléments systémiques, organisationnels et situationnels. Une communication claire et rapide entre les différents partenaires doit être en place. Il est judicieux que les comportements à risque puissent être communiqués facilement. En cas de signes d'alerte, les mesures prévues doivent être effectivement mises en œuvre, par exemple le renforcement du suivi ou une réhospitalisation.

Le recours à des soins sans consentement dans un cadre ambulatoire peut faciliter la garantie d'un cadre stable et cohérent, aujourd'hui sous forme de sorties d'essai. Il est important de réévaluer régulièrement le plan de soins avec la participation des personnes clés afin de faire les ajustements nécessaires.

Recommandation n° 65. Il est important de se doter de moyens institutionnels pour faire face au risque de violence :

- disposer d'une équipe soignante formée, compétente et en nombre suffisant, pour rester disponible et attentive aux situations cliniques sans attendre la confrontation à des passages à l'acte. Cela suppose une extrême vigilance quant à l'adéquation entre les effectifs et la charge de travail au quotidien ;
- développer les formations, supervisions et réunions d'équipe pour entraîner l'ensemble des soignants à faire face aux scénarios de violence les plus probables dans différents contextes, tels que les visites à domicile ou l'hospitalisation. Anticiper le risque en reconnaissant les signes d'une violence imminente, éviter les confrontations en cas de crise, s'entraîner à moduler ses réactions verbales et non verbales, utiliser à bon escient les médicaments et les mesures d'isolement ou de contention s'apprend et nécessite du temps et de l'expérience pour être intégré ;
- garder la trace dans le dossier des antécédents de violence en institution et leurs circonstances de survenue pour informer les équipes soignantes et prévenir la récurrence ;
- être attentif aux conditions de sécurité des services intra ou extrahospitaliers qui doivent être aménagés pour tenir compte du potentiel de comportements violents des patients accueillis (bouton d'appel d'urgence, éclairage extérieur, etc.) ;
- se garder de l'illusion de sécurité par des moyens de surveillance à distance issus de nouvelles technologies ;

- partager la réflexion avec d'autres collègues et l'équipe pluriprofessionnelle dans les cas de situations cliniques incertaines ou à haut risque.

Il est important de prévoir un suivi après une agression pour soutenir le personnel impliqué, documenter la fréquence et le type d'agression au sein de l'institution et réévaluer les mesures en place pour prévenir la violence.

Tenter de prévenir la violence exige des soignants de la patience, du dialogue et de la persévérance. Un repérage systématique des signes d'appel pour une évaluation plus poussée devrait faire partie de la routine clinique. En effet, des patients dont les comportements sont préoccupants tardent encore à être identifiés alors que des signes d'alerte sont présents. Il est regrettable qu'il faille attendre que ces personnes passent à l'acte pour leur offrir une aide appropriée.

Bien qu'il soit illusoire d'espérer abolir la violence, il est possible de la réduire si, à la suite d'un examen de l'ensemble des facteurs de risque et de protection, un plan d'intervention pratique est instauré de façon concertée et si un encadrement clinique rapproché est maintenu au cours des mois suivant le départ de l'hôpital. La mise en place d'une clinique rigoureuse, s'appuyant sur les connaissances scientifiques actuelles et l'utilisation d'outils d'évaluation, sans pour autant mettre de côté l'aspect primordial des facteurs relationnels et institutionnels, représente le défi auquel sont confrontés les cliniciens.

Recommandation n°66. Durant l'hospitalisation, la prise en charge des patients susceptibles de présenter des moments de violence nécessite une équipe soignante suffisamment cohérente, structurée, expérimentée, conduite par des psychiatres ayant une solide expérience tant sur le plan institutionnel que clinique.

Recommandation n°67. La prise en charge pourrait être améliorée en s'appuyant sur des lieux d'échanges et de réflexion (clinique, diagnostique, thérapeutique, éthique, organisationnelle) entre soignants dans les situations cliniques difficiles.

Recommandation n°68. Il convient de faciliter l'accès à un groupe de pairs pour une discussion de cas ou une deuxième opinion.

Recommandation n°69. Il convient de favoriser les liens entre dispositifs de soins publics et privés, si besoin sous forme de conventions entre établissements, à la recherche de complémentarité afin de promouvoir des temps de collaborations et d'échanges de pratique dans l'intérêt du patient.

Perspectives institutionnelles

1 Enseignement, formation, information

Recommandation n°70. Il convient d'informer, grâce à des campagnes nationales du type de celles de l'Inpes, le grand public sur :

- les troubles psychiatriques ;
- le fait que les patients sont plus souvent d'abord des victimes ;
- le caractère exceptionnel des comportements de violence.

Recommandation n°71. Il convient de mettre en place pour les patients et les aidants de proximité des actions d'information, de formation et d'éducation thérapeutique.

Recommandation n°72. Il convient de former les professionnels de santé à la prise en charge coordonnée des troubles psychiatriques et des conduites addictives.

Recommandation n°73. Il convient de mettre en place un master spécialisé en psychiatrie pour les infirmiers diplômés d'État, avec ses ouvertures vers la clinique et la recherche.

Recommandation n°74. Il convient de mettre en place un véritable internat en psychologie clinique pour que les psychologues bénéficient de stages et de formations adaptés.

Recommandation n°75. Il convient d'ouvrir des formations universitaires transversales pluriprofessionnelles pour développer une culture commune (DU, DIU, licence, master) pour des professionnels de santé type coordonnateurs de réseau.

Recommandation n°76. Il convient de contribuer à la formation des personnels de la justice et de la police sur les troubles mentaux.

Recommandation n°77. Il convient de contribuer à la mise en place d'un enseignement transversal et pluridisciplinaire de criminologie clinique.

Recommandation n°78. Il convient d'inclure dans les études de médecine l'enseignement de la sémiologie et des facteurs de risque de comportement de violence auto et hétéro-agressif.

Recommandation n°79. Il convient de développer des actions de développement professionnel continu (DPC) sur les troubles psychiatriques, sur l'évaluation des facteurs de risque de comportement violent et sur la conduite à tenir face à un patient à risque de passage à l'acte violent.

Recommandation n°80. Il convient d'inclure dans le DES de psychiatrie générale un module obligatoire de psychiatrie médico-légale.

Recommandation n°81. Il convient de mettre en place un DESC de psychiatrie médico-légale comme cela est préconisé par de nombreuses commissions.

Recommandation n°82. Il convient d'informer et de former sur les évolutions de la loi concernant la protection des biens, mais aussi la protection de la personne.

2 Recherche

Recommandation n°83. Il convient de développer les activités de recherche sur les plans :

- clinique ;
- épidémiologique ;
- des sciences humaines et sociales ;
- neurobiologique ;
- criminologique.

3 Contribution pour le législateur

Recommandation n° 84. Tenir compte de toutes les recommandations précédentes impose l'évolution du cadre législatif permettant, sur la base de la politique de secteur, l'organisation du dispositif de soins et de prévention en psychiatrie et santé mentale, comme le préconise l'ensemble des rapports Larcher⁶, Couty *et al.*⁷, Milon⁸ et Barbier *et al.*⁹, loi globale spécifique annoncée par le Président de la République le 8 janvier 2009.

⁶ Larcher G. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher. Rapport final, propositions. Paris: ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative; 2008. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf

⁷ Couty E, Cecchi-Tenerini R, Broudic P, Noire D. Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports. Paris: ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative; 2009. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Missions_et_organisation_de_la_sante_mentale_et_de_la_psychiatrie.pdf

⁸ Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, Milon A. Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France. Paris: Assemblée nationale; Sénat; 2009. <http://www.senat.fr/rap/r08-328/r08-3281.pdf>

⁹ Barbier G, Demontès C, Leclerf JR, Michel JP. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales et de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale, par le groupe de travail sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions. N° 434. Paris: La Documentation Française; 2010. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000263/index.shtml>

Participants

Cette audition publique a été organisée par la HAS à la demande du Directeur Général de la Santé. La réunion publique a eu lieu le 10 décembre 2010, à Paris.

En association avec :

- Association France-Dépression
- Collège de la médecine générale
- Collège français de médecine d'urgence
- Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie
- Direction générale de la santé
- Fédération française de psychiatrie
- Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie
- Société française de médecine d'urgence
- Union nationale des amis et familles de malades psychiques

Comité d'organisation

Dr Gérard ROSSINELLI, psychiatre, Toulouse – Président du comité d'organisation

Dr Emmanuelle BAUCHET, Direction générale de la santé, Paris

Dr Paul BONNAN, psychiatre, Cadillac
M. Jean CANNEVA, président de l'Unafam, Paris

Mme Isabelle DEAK-MIKOL, Association France-Dépression, Sèvres

Dr Patrice DOSQUET, HAS, Saint-Denis

Mme Anne-Amélie FLAMENT, Direction générale de la santé, Paris

Dr Jacques GLIKMAN, psychiatre, Neuilly-sur-Marne

Dr Carol JONAS, psychiatre, Saint-Avertin
Mlle Estelle LAVIE, HAS, Saint-Denis

Dr Cyril MANZANERA, psychiatre, La Couronne

M. Cédric PAINDAVOINE, HAS, Saint-Denis

Pr Jean-Louis SENON, psychiatre, Poitiers

Commission d'audition

Pr Jean-Louis SENON, psychiatre, Poitiers – Président de la commission d'audition

Dr Charles ALEZRAH, psychiatre, Thuir
Dr Pierre ARCHIMBAUD, médecin généraliste, Le Cres

Dr Mariève BILLEMONT, médecin urgentiste, Paris

M. Patrick BOUGEOIS, infirmier psychiatrique, Cadillac

Dr Hélène CARDOT, psychiatre, Nantes

Pr Olivier COTTENCIN, psychiatre, Lille

Dr Pierre DELPLA, psychiatre, médecin légiste, Toulouse

Mme Claude FINKELSTEIN, présidente de la Fnapsy, Paris

Dr José GOMES, médecin généraliste, Ruelle

Dr Yvan HALIMI, psychiatre, La Roche-sur-Yon

Dr Yves HEMERY, psychiatre, Morlaix

Dr Gérard LAURENCIN, psychiatre, Muret

Dr Jean-Paul LHUILLIER, psychiatre, Les Ponts-de-Ce

Mme Annick PERRIN-NIQUET, cadre supérieur de santé, infirmière psychiatrique, Saint-Cyr-au-Mont-d'Or

Dr Marie-Noëlle PETIT, psychiatre, Montfavet

Mme Isabelle SALIOU, magistrate, Paris

Pr Daniel SECHTER, psychiatre, Besançon

Dr David SOFFER, psychiatre, Marseille

Chargés de la synthèse bibliographique

Dr Stéphane RICHARD-DEVANTOY, psychiatre, Angers

Dr Mélanie VOYER, psychiatre, Poitiers

Experts

M. Jean CANNEVA, président de l'Unafam, Paris

Me Jean DANET, avocat, maître de conférence, Nantes

Pr Jean-Luc DUBREUCQ, psychiatre, Montréal, Québec

Dr Raphaël GOUREVITCH, psychiatre, Paris

Dr Marie-Jeanne GUEDJ, psychiatre, Paris

Pr Sheilagh HODGINS, psychologue, Londres, Royaume-Uni

Dr Patrick LE BIHAN, psychiatre, Cadillac

Dr Laurent MICHEL, psychiatre, Limeil-Brévannes

Pr Frédéric MILLAUD, psychiatre, Montréal, Québec

Dr Jean-Charles PASCAL, psychiatre, Antony

M. Marc RENEVILLE, historien, Direction de l'administration pénitentiaire, Paris

Pr Pierre THOMAS, psychiatre, Lille

Dr Marie-Noëlle VACHERON, psychiatre, Paris

La méthode audition publique est décrite dans le rapport d'orientation de la commission d'audition.

Fiche descriptive de l'étude

TITRE	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
Méthode de travail	Audition publique
Réunion publique	10 décembre 2010, Paris
Objectifs	Préciser dans le contexte des troubles schizophréniques et des troubles de l'humeur : <ul style="list-style-type: none">• la notion de dangerosité psychiatrique et son contexte• l'épidémiologie et les facteurs de risque généraux et spécifiques• l'évaluation de la dangerosité et les premiers recours en cas de signes d'alerte
Destinataires des recommandations	Psychiatres, urgentistes, médecins généralistes, psychologues, infirmiers, assistants sociaux, exerçant en établissements de santé, en ville, en milieu pénitentiaire Décideurs et institutionnels du domaine de la santé
Demandeur	Direction générale de la santé
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Patrice Dosquet, Mlle Estelle Lavie, M. Cédric Paindavoine, service des bonnes pratiques professionnelles (chef de service : Dr Michel Laurence), HAS, Saint-Denis Secrétariat : Mme Sladana Praizovic, service des bonnes pratiques professionnelles, HAS, Saint-Denis Recherche documentaire : Mme Christine Devaud, avec l'aide de Mme Renée Cardoso, service de documentation (chef de service : Mme Frédérique Pagès), HAS, Saint-Denis
Participants	Cf. liste des participants
Conflits d'intérêts	Les membres du comité d'organisation et de la commission d'audition ont fourni une déclaration d'intérêts qui a été analysée par la HAS.
Recherche documentaire	Janvier 2005-octobre 2010
Analyse de la littérature	Rapport des experts auditionnés (cf. textes des experts sur www.has-sante.fr) Synthèse bibliographique : Dr Stéphane Richard-Devantoy, psychiatre, Angers et Dr Mélanie Voyer, psychiatre, Poitiers (cf. synthèse bibliographique sur www.has-sante.fr)
Auteurs du rapport d'orientation et des recommandations	Commission d'audition, sous la présidence du Pr Jean-Louis Senon, psychiatre, Poitiers (cf. liste des participants)
Validation	Commission d'audition
Autres formats	Rapport d'orientation de la commission d'audition