

# Hétéro-agressivité en unité d'admission : indications et modalités d'un transfert en Unité pour Malades Difficiles

Justine Teterel

► **To cite this version:**

Justine Teterel. Hétéro-agressivité en unité d'admission : indications et modalités d'un transfert en Unité pour Malades Difficiles. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01577996>

**HAL Id: dumas-01577996**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01577996>**

Submitted on 28 Aug 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITÉ BORDEAUX 2 – VICTOR SEGALEN**

**UFR DES SCIENCES MÉDICALES**

Année 2017

Thèse n° 3051

Thèse pour l'obtention du

**DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Le 15 juin 2017 par

**Justine TETEREL**

Née le 28 novembre 1989 à Blaye (33)

**HÉTÉRO-AGRESSIVITÉ EN UNITÉ D'ADMISSION : INDICATIONS ET  
MODALITÉS D'UN TRANSFERT EN UNITÉ POUR MALADES  
DIFFICILES**

Directeur de thèse

**Madame le Professeur Hélène VERDOUX**

Jury

**Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD, Président**

**Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, Juge**

**Madame le Professeur Marie TOURNIER, Juge**

**Monsieur le Docteur Geoffroy COUHET, Juge**

**Madame le Docteur Serra URETEN, Juge**

**Monsieur le Docteur Patrick LE BIHAN, Rapporteur**



## **REMERCIEMENTS**

A mes parents, pour votre immense dévouement, votre soutien sans faille, votre ouverture d'esprit, votre générosité immensurable, votre amour et tout ce que vous m'apportez au quotidien. Je vous dédie ce travail.

A ma sœur Audrey et mon beau-frère Florian. Pour votre humanité et votre courage inébranlable. A vos deux merveilleux enfants.

A toutes les autres personnes de ma famille, pour votre compréhension, votre aide et votre présence. Pour m'avoir accompagnée avec douceur et amour tout au long de mon cursus.

A Catherine ma belle-mère et Loïc mon beau-père, pour votre aide. Pour m'avoir accueillie avec générosité dans vos vies.

A Aymeric, pour ton attention et ton soutien. A nos moments de pureté et à notre complicité.

## **AU RAPPORTEUR**

**Monsieur le Docteur Patrick LE BIHAN**

Docteur en Médecine, Psychiatre,

Praticien Hospitalier,

Centre Hospitalier de Cadillac, Cadillac.

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse, j'en suis très honorée. Vous avez accepté avec beaucoup de gentillesse de vous intéresser à notre travail et je vous suis sincèrement reconnaissante de l'aide que vous m'avez apportée dès le début.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

## **AUX MEMBRES DU JURY**

### **Madame le Docteur Serra URETEN**

Docteur en Médecine, Psychiatre,  
Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je suis très touchée de te compter parmi les membres de ce jury et de l'aide que tu m'as apportée. J'ai pu partager à tes côtés une enrichissante expérience professionnelle et apprécier ton sens clinique et ton implication dans ton exercice médical.

Sois assurée de ma profonde reconnaissance.

### **Monsieur le Docteur Geoffroy COUHET**

Docteur en Médecine, Psychiatre,  
Praticien hospitalier,  
La Tour de Gassies, Bruges.

Je suis très touchée et honorée que tu aies accepté de faire partie des membres de ce jury. J'ai eu la chance de travailler avec toi et j'ai apprécié tes qualités professionnelles, ton sens humain, ta bienveillance, ton savoir et toutes tes autres qualités qui ont enrichi cette expérience professionnelle.

Sois assuré de ma profonde reconnaissance.

**Madame le Professeur Marie TOURNIER**

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Docteur en Epidémiologie,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je suis honorée que vous ayez accepté de faire partie des membres de ce jury. J'ai eu la chance de travailler avec vous et j'ai ainsi pu constater la précision, la rigueur et la bienveillance de votre exercice médical. Votre enseignement théorique a également été l'occasion d'apprécier votre savoir scientifique et a largement contribué à enrichir mes connaissances.

Veillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

**Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE**

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Docteur en Neurosciences,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

C'est pour moi un réel honneur de vous compter parmi les membres de ce jury. Je n'ai malheureusement pas eu la chance de travailler à vos côtés et de bénéficier de toute l'étendue de vos connaissances scientifiques. Néanmoins, votre enseignement théorique a été l'occasion de rencontrer vos qualités humaines et vos compétences professionnelles.

Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

## **AU DIRECTEUR DE THESE**

**Madame le Professeur Hélène VERDOUX**

Professeur de Psychiatrie,

Praticien Hospitalier,

Docteur en Epidémiologie,

Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte,

Coordonnatrice du D.E.S de Psychiatrie,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

J'ai eu le privilège de bénéficier depuis mon externat de la qualité, de la richesse et de la rigueur de votre enseignement et de votre grande expérience professionnelle qui ont largement contribué à enrichir mes connaissances. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à cette thèse qui n'aurait pu aboutir sans votre aide, votre disponibilité, votre rigueur et vos conseils avisés. Ce travail a été d'une vraie richesse pour moi. Je tiens aussi tout particulièrement à vous remercier pour la bienveillance dont vous avez fait preuve à mon égard tout au long de mon cursus.

Soyez assurée de ma profonde reconnaissance, mon admiration et mon respect.



## **AU PRESIDENT DU JURY**

**Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD**

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Docteur en Neurosciences,

Chef de Pôle Universitaire en Pédopsychiatrie,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Je n'ai malheureusement pas eu la chance de travailler avec vous, mais j'ai pu apprécier votre enseignement de qualité, que vous nous avez fait partager avec passion.

Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

## SOMMAIRE

<b>1. Introduction.....</b>	<b>11</b>
<b>2. Méthode .....</b>	<b>12</b>
<b>3. Concepts de violence, d'agressivité et de dangerosité.....</b>	<b>12</b>
3.1 La violence, une définition complexe.....	12
3.2 Agressivité, agression.....	14
3.3 Dangerosité.....	14
<b>4. Les différents types de passages à l'acte au sein des unités psychiatriques.....</b>	<b>15</b>
4.1 Passages à l'acte liés à la psychopathologie.....	15
4.2 Passages à l'acte à dimension médico-légale : blessures graves et homicides dans les unités psychiatriques .....	18
<b>5. Les outils d'évaluation du risque de passage à l'acte hétéro-agressif.....</b>	<b>22</b>
5.1 Historical Clinical Risk Management-20 version 2 (HCR-20V2) .....	22
5.2 Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) .....	23
5.3 Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R).....	23
5.4 Staff Overt Aggression Scale-Revised (SOAS-R) .....	24
5.5 The Overt Aggression Scale (OAS) .....	25
<b>6. Les facteurs précipitants le passage à l'acte hétéro-agressif.....</b>	<b>27</b>
6.1 Manifestations comportementales annonciatrices d'un passage à l'acte hétéro-agressif.....	27
6.2 Facteurs prédictifs en lien avec l'environnement institutionnel.....	28
<b>7. Passage à l'acte hétéro-agressif en fonction du diagnostic psychiatrique .....</b>	<b>32</b>
7.1 Conduites agressives chez les patients souffrant d'une schizophrénie.....	32
7.2 Conduites agressives chez les patients souffrant d'un trouble bipolaire .....	36
<b>8. Nécessité d'un transfert en unité pour malades difficiles.....</b>	<b>39</b>
8.1 Fonctionnement des unités pour malades difficiles.....	39
8.1.1 Historique.....	40
8.1.2 L'admission en unité pour malades difficiles .....	43
8.1.3 L'organisation des soins en unité pour malades difficiles .....	44
8.1.3.1 Architecture .....	44
8.1.3.2 Personnel .....	45
8.1.3.3 Profil clinique des patients .....	45
8.1.3.4 L'aspect de la prise en charge .....	45

8.1.3.5	La commission du suivi médical .....	46
8.1.4	La sortie de l'unité pour malades difficiles.....	47
8.2	Situations nécessitant un transfert en unité pour malades difficiles à travers un cas : le cas de monsieur L. ....	48
8.2.1	Eléments biographiques .....	48
8.2.2	Antécédents.....	48
8.2.2.1	Personnels médico-chirurgicaux .....	48
8.2.2.2	Familiaux psychiatriques.....	49
8.2.3	Parcours psychiatrique .....	49
8.2.4	Historique des traitements pharmacologiques .....	53
8.2.5	Analyse clinique.....	54
<b>9.</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>56</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>58</b>
	<b>SERMENT MEDICAL.....</b>	<b>61</b>

# 1. Introduction

En France, le rapport 2014 de l'Observatoire national des violences en milieu de santé indique que la psychiatrie apparaît comme le secteur le plus touché par les incidents violents (HAS, 2016). Parmi ces incidents, certains sont difficilement gérables en unité d'admission. En effet, les unités d'admission peuvent être confrontées à la prise en charge de patients présentant une dangerosité psychiatrique et dont la stabilisation clinique est difficile. Malgré une prise en charge optimale et individualisée, elle peut ne pas suffire à apaiser toutes ces conduites agressives, de part des locaux dont l'aménagement n'est pas suffisamment contenant et des effectifs soignants peu suffisants par exemple. Ainsi un recours à une Unité pour Malades Difficiles (UMD) peut être nécessaire dans certaines situations.

Ce travail a été consacré aux situations cliniques dans les unités d'admission de secteur donnant lieu à des prises en charge en UMD.

Dans une première partie, nous définirons les concepts de violence, d'agressivité/agression et de dangerosité. Dans une deuxième partie, nous analyserons les caractéristiques cliniques des passages à l'acte hétéro-agressifs chez les patients hospitalisés en psychiatrie.

Dans une troisième partie, nous évoquerons les différents outils d'évaluation du risque de passage à l'acte hétéro-agressif. Ces outils étant relativement nombreux, nous n'en dresserons pas une liste exhaustive. Dans une quatrième partie, nous examinerons les événements en amont du passage à l'acte, c'est-à-dire les manifestations comportementales annonciatrices d'un passage à l'acte hétéro-agressif et les facteurs prédictifs en lien avec l'environnement institutionnel.

Dans une cinquième partie, nous analyserons les passages à l'acte hétéro-agressifs en fonction du diagnostic psychiatrique. Dans une sixième partie, nous décrirons le fonctionnement des UMD : de l'admission à la sortie en passant par l'organisation des soins dans ces lieux, dont le caractère contenant est un outil majeur dans la prise en charge de ces patients. Nous compléterons cette partie en décrivant le cas d'un patient illustrant notre sujet.

## 2. Méthode

Nous avons réalisé une revue de littérature concernant les passages à l'acte hétéro-agressifs dans les unités d'admission de secteur pouvant donner lieu à des prises en charge en UMD. Cette revue de la littérature repose tout d'abord sur une recherche d'articles par le biais de PubMed et ScienceDirect. Les mots clés utilisés ont été : « agression », « violence » et « forensic » pour la base de données PubMed et « agression », « agressivité », « violence », « médico-légale » et « unité pour malades difficiles » pour ScienceDirect. Nous nous sommes également référés aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et au Journal Officiel de la République Française pour les décrets régissant les UMD. Enfin nous avons complété notre recherche par des ouvrages abordant des concepts utilisés dans notre revue. L'ensemble de ces références ont été publiées entre 1986 et 2016.

## 3. Concepts de violence, d'agressivité et de dangerosité

Le Larousse nous offre des définitions de ces termes :

- Violence : caractère de quelqu'un qui est susceptible de recourir à la force brutale, qui est emporté, agressif.
- Agressivité : caractère agressif de quelqu'un, d'un animal, de quelque chose.
- Agressif : qui est naturellement porté à attaquer.
- Agression : attaque non provoquée, injustifiée et brutale contre quelqu'un, contre un pays.
- Dangerosité : probabilité de passage à l'acte délictueux ou criminel.

Il paraît essentiel de définir davantage ces termes pour en comprendre leur nuance.

### *3.1 La violence, une définition complexe*

Dans les recommandations de la commission d'audition de mars 2011, la HAS décrit la violence comme « l'acte par lequel s'exerce la force, qu'elle soit physique ou morale » (HAS, 2011).

Dans un rapport sur la violence et la santé, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence comme suit: « 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 fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence. » (OMS, 2002).

Ce rapport (OMS, 2002) décrit la violence comme une notion floue et complexe, longtemps restée sans définition. Sa définition se fonde sur l'acceptable et le non-acceptable, deux notions influencées par les normes culturelles, normes qui évoluent au fil du temps et qui font que la notion de violence est difficilement abordable dans une instance internationale. Ainsi une typologie de la violence a été créée pour éclaircir cette notion. Trois sortes de violence ont été distinguées :

- Contre soi-même
- Interpersonnelle
- Collective

Au sein de ces trois catégories, on peut soumettre des sub-divisions. La violence contre soi-même inclus le suicide ainsi que les étapes qui mènent à cet acte (recherche de moyens létaux par exemple) mais aussi les conduites d'automutilation. La violence interpersonnelle peut être subdivisée en deux sous-catégories :

- La violence familiale et la violence entre partenaires : maltraitance des enfants, violence infligée par le partenaire, maltraitance des personnes âgées.
- La violence communautaire, violence entre des individus sans lien de parenté, qui se connaissent ou ne se connaissent pas : violence des jeunes, actes de violence aveugle, viol ou agressions sexuelles par des inconnus, violence en milieu institutionnel (école, lieu de travail, centre de détention ou établissement de soins).

La violence collective est l'utilisation de la violence afin de parvenir à des fins politiques, économiques ou sociales, par des groupes d'individus contre d'autres groupes : conflit armé entre États ou à l'intérieur d'un État, génocide, répression ou autres violations des droits fondamentaux, terrorisme ou criminalité organisée.

La violence peut aussi être catégorisée selon la nature des actes violents : sexuel, physique, psychologique, carence ou manque de soins.

### ***3.2 Agressivité, agression***

La violence se différencie de l'agressivité et de l'agression. Selon Senninger et Fontaa (1994), la violence est toujours sous-tendue par l'agressivité, mais à l'inverse, toute agressivité ne se traduit pas en violence.

La HAS (2011) décrit l'agression comme « 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 » (HAS, 2011).

D'après Gbézo (2005) « l'agression correspond à un comportement physique ou verbal dont le but premier est de nuire à autrui, physiquement ou psychiquement. Elle relève plus de l'action violente, inattendue et hors de proportion avec l'événement déclencheur ».

Toutes ces définitions s'inscrivent dans ce qu'on peut appeler « l'agressivité destructive ». On peut également relater une autre forme d'agressivité, « l'agressivité constructive » qui fait référence au dynamisme de la personnalité, à la combativité qui permet de survivre sans nécessairement s'attaquer à autrui (Ahern, 2002).

### ***3.3 Dangerosité***

Cette notion est au cœur de la démarche médico-judiciaire et reflète les inquiétudes sociales.

Selon la loi du 27 février 2008 la dangerosité est définie comme la « probabilité très élevée de commettre à nouveau l'une des infractions ». Rappelons que cette loi fait suite à deux événements majeurs qui ont marqué les affaires judiciaires : le non-lieu pour irresponsabilité pénale pour troubles mentaux ordonné dans l'affaire R. Dupuy et la récidive de F. Evrard déjà condamné à plusieurs reprises pour des infractions à caractère sexuel. Deux objectifs sont identifiables : instaurer une mesure de rétention de sûreté pour assurer la prise en charge des détenus présentant une « particulière dangerosité » et rendre plus cohérent, plus efficace et plus transparent le traitement par l'autorité judiciaire des auteurs d'infractions déclarées pénalement irresponsables en raison d'un trouble mental (Sautereau et al., 2009).

Bénézech (2002) la définit comme un « état, situation ou action dans lesquels une personne ou un groupe de personnes font courir à autrui ou aux biens un risque important de violence,

de dommage ou de destruction ». La dangerosité est évolutive, transitoire ou durable, imminente parfois, fluctuant fréquemment avec le temps et les circonstances.

La commission d'audition de janvier 2007 définit deux types de dangerosité :

- La dangerosité psychiatrique : manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale.
- La dangerosité criminologique : prenant en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte (HAS, 2007).

## **4. Les différents types de passages à l'acte au sein des unités psychiatriques**

### ***4.1 Passages à l'acte liés à la psychopathologie***

On peut citer trois types de passage à l'acte hétéro-agressifs : impulsif, prémédité et en lien avec des symptômes psychotiques. Stanford et al. (2003) décrivent l'agression impulsive comme une réponse à la provocation, une perte de contrôle du comportement. Ils définissent l'agressivité préméditée comme une agression planifiée, consciente, non spontanée et non liée à une agitation. Les passages à l'acte en lien avec des symptômes psychotiques peuvent être influencés par des idées délirantes ou des injonctions hallucinatoires.

Nolan et al. (2003) ont évalué les caractéristiques des comportements agressifs dans les troubles psychotiques, le trouble du contrôle des impulsions et le trouble de la personnalité antisociale. Ils ont conduit leur étude dans un hôpital du Maine aux Etats-Unis, d'avril 1999 à janvier 2002. Les patients participants à cette étude ont été recrutés parmi une unité d'admission située au sein d'un institut de recherche. Cette unité est spécialisée dans le traitement et l'étude des patients présentant des comportements agressifs. Les patients sont recrutés à partir d'unités de psychiatrie générale pour participer à des essais thérapeutiques de traitements à visée anti-agressive, ou pour des évaluations intensives. Les auteurs ont mené un entretien semi-structuré pour déterminer les motifs des agressions en interrogeant les agresseurs et les victimes. Cet entretien « Assault Interview Checklist » a recherché la présence ou non d'hallucinations, d'idées délirantes, d'interprétation délirante, ces trois items



pouvant indiquer que l'agression a été influencée par des symptômes psychotiques. Les autres items recherchés ont été la planification, l'agression à des fins personnelles, la provocation par la victime, une instruction donnée par la victime, une requête refusée, des remords, une amnésie, les deux premiers reflétant les agressions dans le cadre d'une personnalité antisociale et les autres les agressions commises de façon impulsive. Un dernier item, le déni partiel, a été ajouté dans cet entretien, sans qu'il n'ait caractérisé un type de passage à l'acte particulier. Les réponses ont été cotées en absent, possiblement présent, présent ou données insuffisantes. Les auteurs ont également visionné les neuf caméras de surveillance pour obtenir des informations supplémentaires (confirmation de l'agression, des identités, détecter si les victimes ont provoqué les agresseurs). Les entretiens ont été faits pour 70 agressions, impliquant 43 agresseurs, 36 victimes ne faisant pas partie du personnel soignant et les membres du personnel soignant ont été les victimes de 10 agressions. Les patients souffraient principalement de schizophrénie (39 patients) ou de trouble schizo-affectif (31 patients). La plupart des entretiens ont été réalisés dans les 24 heures suivant l'agression et 90% ont été achevés dans les deux jours. Seuls 55 entretiens faits auprès des patients et 65 auprès du personnel ont pu être exploités. Les agresseurs ont souvent signalé que la victime les avait "provoqués" (36 ayant répondu « présent » pour cet item et 8 « possiblement présent »). Cependant, quand les réponses "provoqué par la victime" étaient disponibles pour la victime et l'agresseur (n=48), il y avait relativement peu d'accord entre eux ( $\kappa=0,24$ ). Neuf agressions, où les victimes et les agresseurs ont été en désaccord avec ce fait, ont été enregistrées par les caméras. Seul un enregistrement a confirmé qu'une victime avait eu une attitude provocatrice. Quatre autres enregistrements ont infirmé cette provocation et quatre autres n'ont fourni aucune information. Vingt pour cent des agressions ont été directement liées à des symptômes psychotiques. Les auteurs soulignent l'intérêt particulier de ce résultat, en effet selon eux le traitement antipsychotique pourrait donc réduire les comportements agressifs en supprimant les symptômes psychotiques. De plus, selon leurs observations et malgré leur classification des passages à l'acte « psychotiques » basée sur la présence de symptômes psychotiques positifs, les agressions pourraient également être la conséquence d'une désorganisation. En effet, les patients ayant eu un déni partiel ou une amnésie des faits auraient pu avoir agi en raison de leur désorganisation. Les auteurs ont décrit le cas d'une patiente qui avait déchiré la blouse d'un soignant. Lorsqu'elle a dû expliquer les raisons de cet acte, elle a décrit un état d'agitation associé à des pensées ou des impulsions hétéro ou auto-agressives. Nolan et al. (2003) ont ainsi souligné que l'exploration de la désorganisation

comme facteur d'agression était essentielle puisque les antipsychotiques avaient une action dessus. Concernant les agressions par manque de contrôle des impulsions, le remord exprimé par les patients vis-à-vis de leur passage à l'acte a semblé être le meilleur critère caractérisant ce type de passage à l'acte. Ces agressions ont souvent été en lien avec un facteur environnemental qui a différé grandement entre chaque individu. Selon les auteurs, repérer ce type d'agression serait également intéressant car il existe des traitements à visée anti-impulsive comme le lithium, les anti-convulsivants et les antipsychotiques. Les passages à l'acte dans le cadre d'une personnalité antisociale ont été évoqués lorsqu'ils étaient planifiés et associés à une absence de remords. Les auteurs ont supposé que ces deux items ont pu facilement être dissimulés au cours des entretiens. Ils ont donc suggéré l'intérêt d'utiliser une échelle, comme la Psychopathy Checklist-Revised ou Psychopathy Checklist: Screening Version, lorsque la psychopathie est suspectée.

Quanbeck et al. (2007) ont mené une étude rétrospective afin de déterminer les facteurs associés aux passages à l'acte hétéro-agressifs dans une population de patients chroniques et violents. Ils ont sélectionné des patients ayant commis au moins trois agressions sur une période d'un an dans un hôpital de Californie aux Etats-Unis. Les patients de cet hôpital étaient dans 80% des cas des patients médico-légaux : personnes acquittées pour cause « d'aliénation mentale », inaptes à être jugées, délinquants souffrant de troubles psychiatriques transférés à la fin de leur peine de prison parce que les tribunaux ont jugé que leur trouble a joué un rôle dans leur crime et qu'ils constituaient de ce fait un risque pour la société à la fin de leur peine. Les 20% restants étaient des patients relevant d'un « civil commitment », c'est-à-dire hospitalisés sans consentement car pouvant représenter un danger pour eux-mêmes ou autrui du fait de leur trouble psychiatrique mais sans antécédent médico-légal passible d'un jugement. Durant cette étude, cet hôpital a accueilli 80% de patients souffrant de troubles psychotiques, 9% de troubles de l'humeur, 5% de déficits cognitifs et 3% de troubles de la personnalité. Les auteurs ont identifié 839 agressions, via les rapports d'incidents, commis par 88 patients. Ils ont ensuite catégorisé ces agressions soit comme impulsive, organisée ou « psychotique ». Ils ont également étudié la relation entre type de passage à l'acte, victime (personnel ou patient) et statut judiciaire. Ils ont retrouvé que dans 54% l'agression était impulsive, le personnel a été le plus souvent victime de ce type d'agression, souvent dans des situations où le personnel a refusé une demande du patient ou lorsqu'il a essayé de corriger un comportement indésirable. Les auteurs ont souligné l'importance du rôle des interactions patient-personnel dans la genèse des passages à l'acte

hétéro-agressifs. Ils ont également suggéré qu'une stratégie de prévention pour lutter contre les agressions sur le personnel serait une meilleure compréhension des règles du service par les patients et une application uniforme de ces règles. De plus, ils ont exposé l'intérêt des stratégies de désescalade verbale et cognitivo-comportementales dans la gestion des patients à risque de passage à l'acte hétéro-agressif impulsif. Les agressions « psychotiques » ou organisées étaient moins fréquentes (17% et 29% respectivement) et plus susceptibles de cibler d'autres patients. Les agressions organisées étaient le plus souvent motivées par un désir de vengeance (motif admis par 32% des patients ayant commis ce type d'agressions) et, selon les auteurs, souvent associées à un trouble de la personnalité antisociale. La proportion relativement élevée de ce type d'agression serait, selon les auteurs, liée à la population étudiée : patients médico-légaux, antécédents criminels pré-existants, conduites antisociales, 46 patients souffrant d'une comorbidité sur l'axe II dont 26 d'une personnalité antisociale. Bien que la plupart des patients de cet échantillon souffrent de troubles psychotiques, les agressions « psychotiques » ont été les moins fréquentes. Elles ont été commises dans 43% des cas car les patients ont perçu à tort une menace hétéro-agressive de la part de la victime et dans 11% des cas car ils se sont sentis ciblés par les rires et les paroles des victimes. Mais aussi 9% de ces patients ont pensé avoir été volés par la victime et 4% ont eu la conviction d'être empoisonnés par la victime. Des explications ont pu être données par les auteurs concernant le faible nombre d'agressions « psychotiques ». Ils ont estimé que la plupart des patients recevaient un traitement contre leur volonté et que nombreux patients souffrant d'un trouble psychotique décompensé ont commis des passages à l'acte impulsifs. Ils ont aussi supposé que ces patients pouvaient ne pas avoir répété leur passage à l'acte et donc ne pas être inclus dans l'échantillon. Aucune relation significative n'a été mise en évidence entre le type de passage à l'acte et le statut juridique du patient. Les auteurs ont conclu sur le fait que les passages à l'acte hétéro-agressifs étaient des phénomènes complexes et hétérogènes, que les agressions prenaient des formes différentes. Caractériser les agressions pourrait donc être utile afin d'élaborer des stratégies individualisées de lutte contre l'agressivité.

#### ***4.2 Passages à l'acte à dimension médico-légale : blessures graves et homicides dans les unités psychiatriques***

Bénézech (2005) a abordé dans un article l'aspect des homicides au sein des services psychiatriques à partir de son expérience personnelle, d'une revue partielle de la presse grand

public et de quelques publications médicales. Il a souligné la rareté des publications scientifiques françaises à ce sujet. Selon cette étude, les homicides commis par les patients sur les soignants représenteraient moins de 1% du total des agressions perpétrées sur eux. L'auteur a illustré ses propos par une liste non exhaustive de drames relevés dans une rapide revue de la grande presse, les dates indiquées correspondant à la parution des journaux, soit un ou deux jours après la survenue réelle des faits. Il a notamment relaté les faits suivants concernant les homicides sur les soignants :

- Le 15 novembre 1976, une psychiatre de 39 ans travaillant à l'hôpital psychiatrique de Villejuif a été tuée par un patient souffrant de schizophrénie.
- Le 3 juillet 1999, une infirmière exerçant dans un établissement psychiatrique dépendant du CHU de Saint-Étienne a été gravement blessée par un patient de 22 ans au cours d'une promenade dans le parc de l'hôpital et a succombé à ses blessures 5 jours plus tard.
- Le 10 avril 2002, un infirmier de 29 ans du centre hospitalier de Bron a été tué au couteau par un patient de 19 ans souffrant de schizophrénie.

De ce type d'homicide, l'auteur en a ressorti quatre principalement catégories :

- Le crime fortuit : les personnes ont pu être victimes du hasard, se trouvant au mauvais endroit au mauvais moment.
- Le crime occasionnel : les soignants ont été ciblés pour des raisons matérielles ou sexuelles et nullement en raison de leur activité soignante. Par exemple, une infirmière qui aurait pu recevoir un coup de couteau alors qu'elle essayait de se défendre d'un patient qui tentait de voler sa voiture. Bénézech souligne que ce type d'homicide était la conséquence de la confrontation avec un agresseur « excitable, impulsif, coléreux et violent ».
- Le crime par motif personnel : les personnes ont pu être victimes d'un différend avec l'agresseur en dehors du contexte professionnel.
- Le crime par motif professionnel : le soignant a pu être ciblé soit en raison de sa simple présence sur les lieux de soin, soit en raison de sa part personnelle dans les soins, soit en raison de ce qu'il a pu représenter par sa fonction ou son statut. Selon l'auteur, il s'agirait généralement d'un meurtre secondaire à une dispute, une colère ou une haine vengeresse de la part d'un patient « impulsif, opposant, revendicateur, délirant, confus », ou exceptionnellement d'un proche dudit patient ou d'un groupe d'accompagnateurs. Il s'agirait d'un problème de communication soignant-soigné. Les

observations psychiatriques sur les crimes spontanés ou réactionnels de certains patients souffrant de troubles psychotiques et ceux prémédités des patients avec des idées de persécution ont trouvé leur place dans ce cadre.

D'après Bénézech (2005), les homicides ont généralement impliqué un seul agresseur, de sexe masculin et habituellement jeune, et une seule victime. Une des situations à risque type a été celle d'un professionnel de santé de sexe féminin, seul en compagnie du patient dangereux.

L'auteur a donné une autre classification de ces homicides sur soignants :

- Ceux résultant d'une conduite impulsive ou imprévisible où l'on se heurterait à l'irrationalité psychopathologique.
- Ceux résultant d'un état de crise réactionnel à un conflit avec un soignant, une équipe ou l'institution. Selon l'auteur, dans cette situation, les violences antérieures, les incidents récents, les menaces, les disputes, les changements de comportements et le refus de prendre le traitement devraient éveiller l'attention des soignants. Il souligne que ce type de passage à l'acte était plus couramment commis par des personnes souffrant de « troubles graves de la personnalité, de toxicomanie, de psychoses, de perversité, de dépression, en phase processuelle ou revendicative ».
- Ceux prémédités avec une victime ciblée du fait de son rôle actif dans la prise en charge. Selon l'auteur, il s'agirait le plus souvent d'une personne souffrant de schizophrénie ou de « délire paranoïaque, de revendication et de réparation justice ».

L'auteur a également relaté des faits concernant les homicides des patients par d'autres patients comme :

- Le 5 mai 1979 un homme de 36 ans, admis dans un service libre du centre hospitalier de Maison-Blanche pour dépendance à l'alcool, symptômes dépressifs et délire de persécution, a égorgé au canif deux heures après son admission 9 patients dont 5 sont décédés.
- Le 13 janvier 2005 dans l'établissement public de santé mentale de Saint-Venant, un homme de 52 ans a été étranglé par un autre de 38 ans, tous deux étant des patients souffrant d'un trouble psychiatrique et hospitalisés depuis de nombreuses années.

L'auteur a évoqué des moyens de prévention contre les homicides en milieu hospitalier comme la mise en pyjama et l'inventaire à la recherche d'objets dangereux pour tous les patients admis souffrant d'idées délirantes ou ayant un comportement agressif. Ces

précautions sont particulièrement importantes lorsque l'admission se fait la nuit avec une équipe féminine.

Nielsen et al. (2012) ont mené une étude afin d'identifier et décrire les circonstances des homicides qui ont eu lieu dans des services psychiatriques en Nouvelle-Zélande et en Australie au cours de la période 1985 à 2010. Afin d'obtenir des informations sur les homicides commis au sein d'unités psychiatriques, les auteurs ont contacté deux cliniciens qui travaillaient dans des unités de psychiatrie médico-légale. Ces deux personnes les ont orientés vers des cliniciens qui avaient pu connaître les patients au moment des homicides. Les cas d'homicides ont été inclus dans cette étude s'ils avaient été commis au sein d'unités psychiatriques par des patients hospitalisés au moment des faits. Au total, les auteurs ont identifié 10 cas d'homicides au sein des services psychiatriques commis par 10 patients. Huit ont eu lieu en Australie (5 en Nouvelle-Galles du Sud, 1 en Victoria, 1 en Australie-Méridionale et 1 en Queensland) et deux en Nouvelle-Zélande. Ils ont donc estimé que les taux d'homicides commis dans ces deux pays étaient de 4 pour 100 000 lits psychiatriques en Australie et de 5,3 pour 100 000 en Nouvelle-Zélande. Ils ont insisté sur le terme d'estimation en raison du faible échantillon de leur étude et de la baisse du nombre de lits psychiatriques durant les 20 années précédant l'étude. Onze personnes ont été victimes au cours de ces 10 homicides, et parmi ces 11 victimes 10 étaient des patients. Les auteurs ont classé les homicides en trois groupes. Le premier groupe concernait les homicides commis par des patients souffrant de troubles psychotiques sévères récemment admis dans les unités. Dans cette étude, deux patients ont fatalement agressé d'autres patients lors de leur premier épisode psychotique et avaient eu un comportement agressif le jour de leur admission. Un autre patient a assassiné un patient au cours d'un premier épisode psychotique et n'avait pas reçu de traitement antipsychotique. L'étude a également répertorié les cas de deux patients souffrant d'un trouble psychiatrique chronique qui ont tué d'autres patients au cours d'exacerbations aiguës de leur pathologie. Dans plusieurs cas, la dose initiale du traitement antipsychotique a été jugée insuffisante. Dans le second groupe, les auteurs d'homicide étaient des patients ayant des antécédents graves d'agressions et admis dans des établissements médico-légaux. Plusieurs patients de cette étude ont été jugés non coupables des infractions violentes et ont été transférés dans des unités médico-légales. Ils étaient également traités par des doses infra-thérapeutiques d'antipsychotiques. Dans le troisième groupe, les auteurs d'homicides étaient des patients hospitalisés dans des unités de long séjour pour des pathologies psychiatriques chroniques. Leurs victimes étaient des

patients vulnérables, en particulier des personnes souffrant de trouble psychotique avec une comorbidité de démence ou de déficience intellectuelle. Dans deux cas, les agressions n'ont pas été considérées comme ayant été commises avec une intention meurtrière, mais le décès a été précipité par l'état fragile des victimes. Plusieurs de ces événements ont eu lieu dans des installations qui avaient récemment été ouvertes et où les procédures pour assurer la surveillance et la contention physique des patients violents n'avaient pas été entièrement testées. Par exemple, un homicide a eu lieu dans une zone hors de portée des caméras de surveillance dans un établissement médico-légal récemment ouvert. Pour conclure, les auteurs ont relaté que les homicides dans les unités psychiatriques étaient des événements rares mais graves. Selon eux, les résultats de cette étude devraient également servir à rappeler aux cliniciens la nécessité de procédures adéquates pour protéger les patients et le personnel contre les agressions. Ils ont mis en avant l'intérêt de traiter avec des doses adéquates d'antipsychotiques les patients ayant des antécédents d'agressions. De plus, ils insistent sur la nécessité de maintenir des doses adéquates d'antipsychotiques chez des patients hospitalisés au long cours ayant des antécédents de violence, ceci devant la fréquence des décompensations aiguës après une baisse du traitement.

## **5. Les outils d'évaluation du risque de passage à l'acte hétéro-agressif**

L'évaluation du risque d'agression constitue une préoccupation majeure parmi les professionnels exerçant auprès des patients présentant des comportements agressifs. Des outils ont été développés dans ce sens afin d'orienter le jugement clinique.

### ***5.1 Historical Clinical Risk Management-20 version 2 (HCR-20V2)***

Webster et al. (1997) ont développé l'HCR-20V2. Cet instrument permet d'évaluer le risque d'agression hétéro-agressive et la gestion de ce risque. Cette version a été traduite en 20 langues. L'HCR-20V2 comprend 20 items et chacun d'eux peuvent être cotés de 0 à 2. Le score total varie donc de 0 à 40. La HCR-20V2 est composée à la fois de facteurs statiques et de facteurs dynamiques. Ces 20 items sont divisés en trois groupes.

Le premier groupe liste les facteurs de risque relatifs à l'histoire du patient, à son passé. Ces facteurs sont : violence antérieure, premier acte de violence commis dans la jeunesse, instabilité des relations intimes, problèmes d'emploi, toxicomanie, trouble psychiatrique sévère, psychopathie, inadaptation durant la jeunesse, trouble de la personnalité et échec antérieur de la surveillance. La mesure de la psychopathie se fait par l'échelle PCL-R ou PCL-SV.

Cinq autres items concernent la symptomatologie présente au cours de l'évaluation, il s'agit de : difficulté d'introspection, attitudes négatives, symptômes actifs de la trouble psychiatrique sévère, impulsivité et de résistance au traitement.

Les cinq derniers items renvoient à la gestion du risque, soit à la probabilité qu'un événement hétéro-agressif se produise dans l'avenir et sont les suivants : les plans irréalisables, l'exposition à des facteurs déstabilisants, le manque de soutien personnel, l'inobservation des mesures curatives et le stress.

## ***5.2 Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)***

Cet outil, développé par Quinsey et al. en 1998, permet d'évaluer le risque de récurrence des comportements agressifs. La VRAG comporte 12 items auxquels l'évaluateur peut attribuer un score pondéré en fonction des réponses. Ces 12 items sont : « a vécu avec ses parents jusqu'à l'âge de 16 ans, difficultés durant la scolarité primaire, antécédents de problèmes de consommation d'alcool, statut marital, antécédents criminels concernant des condamnations ou des inculpations pour des délits non violents antérieurs à l'agression actuelle, échec d'une libération conditionnelle antérieure, âge lors de l'agression actuelle, blessures de la victime, victime de sexe féminin, trouble de la personnalité (critères DSM-III), diagnostic de schizophrénie (critères DSM-III), score à la PCL-R. Neuf groupes à risque sont définis en fonction du score total. Le groupe le moins à risque correspond à un score inférieur ou égal à -22 et le groupe le plus à risque à un score supérieur ou égal à 28. Le risque de récurrence est estimé à 7 et 10 ans et correspond à une probabilité de 0% (groupe le moins à risque) à 100% (groupe le plus à risque) (Voyer et Senon, 2012).

## ***5.3 Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)***



La PCL-R a été développée par Hare. Elle permet d'évaluer la dimension psychopathique d'un individu à partir d'un entretien et de l'étude de son dossier. Le score de cette échelle a été associé au risque de récidive générale et de récidive violente. La PCL-R se compose de 20 items abordant différents sujets de la vie du patient comme : la scolarité, la vie professionnelle, les relations affectives, les antécédents psychiatriques, les antécédents familiaux, les comportements antisociaux, l'abus ou la dépendance à des substances psychoactives. Chaque item est coté de 0 à 2 (0 : item absent, 1 : item présent de façon peu prononcée et 2 : item nettement présent). Le score total varie donc de 0 à 40. Le seuil n'est pas admis de façon internationale, il est de 30 aux États-Unis, mais de 25 en Europe. Plutôt que de se baser sur une réponse catégorielle (psychopathie ou absence de psychopathie), des auteurs ont discuté l'intérêt d'évaluer le niveau de psychopathie. Des scores inférieurs à 15 représenteraient un niveau faible, ceux entre 15 et 24 un niveau moyen, ceux entre 25 et 30 un niveau élevé et ceux supérieur à 30 un niveau très élevé. Pour une utilisation simplifiée en clinique, une version courte a été développée : la Hare Psychopathy Checklist : Screening Version (PCL:SV). Une version en langue française a été validée par Pham, en Suisse. L'utilisation de la PCL-R nécessite une formation et une certaine expérience. De plus, son utilisation ne doit être faite qu'auprès d'un groupe de patients pour lequel elle a été validée (population médico-légale, population psychiatrique médico-légale) (Voyer et Senon, 2012).

#### ***5.4 Staff Overt Aggression Scale-Revised (SOAS-R)***

La SOAS-R a été développée à partir de la Staff Overt Aggression Scale (Palmstierna et Wistedt, 1987) par Nijman et al. (1999). Elle permet d'évaluer tant la fréquence que la sévérité des comportements agressifs des patients hospitalisés dans les services psychiatriques. On retrouve également une définition de l'agressivité : comportement verbal, non-verbal ou physique menaçant (envers soi-même, les autres ou les objets), ou un comportement physique qui cause réellement des dommages au patient lui-même, aux autres ou aux objets. Elle est remplie chaque fois qu'un soignant est témoin d'un comportement agressif. Il s'agit d'un protocole standardisé, facile d'utilisation, comportant 5 colonnes qui doivent être remplies d'une croix au minimum. Le score de sévérité varie entre 0 et 22 points. Ces 5 colonnes se présentent de la manière suivante :

- Provocation : pas de provocation notable (1 point), par d'autres patients (0 point), lors des aides pour les actes de la vie quotidienne (0 point), lors de la prise du traitement (2 points), lorsque la demande du patient a été rejetée (0 point).

- Moyens utilisés par le patient : agression verbale (0 point), utilisation d'objets comme une chaise ou un verre (1 point), utilisation des parties de son corps comme les mains, les pieds ou les dents (2 points), objets ou méthodes dangereuses comme un couteau ou la strangulation (3 points).
- Cible de l'agression : personne (0 point), objets (1 point), autres patients (2 points), patient lui-même (3 points), personnel soignant (3 points), autres personnes (4 points).
- Conséquences pour la victime : aucune (0 point), objets endommagés qui ont dû être réparés ou remplacés (4 points), personne s'étant senti menacée (6 points), douleur inférieur à 10 minutes (9 points), douleur supérieur à 10 minutes (9 points), lésions visibles (9 points), besoin d'un traitement (9 points), besoin d'un traitement prescrit par un médecin (9 points).
- Mesures prises pour contenir l'agression : aucune (0 point), entretien avec le patient (0 point), conduire calmement le patient en chambre (0 point), médication par voie orale (2 points), médication par voie parentérale (2 points), patient retenu par la force (4 points), isolement (4 points), contention physique (4 points), autres mesures (2 points).

De plus, la SOAS-R est accompagnée d'une échelle visuelle analogique de 100 mm, par laquelle la sévérité d'un événement agressif est évaluée.

### ***5.5 The Overt Aggression Scale (OAS)***

Cette échelle a été développée par Yudofsky et al. en 1986 et sert à mesurer les événements agressifs, évaluation basée sur l'observation. Il s'agit d'un enregistrement fait par les infirmiers immédiatement après qu'une agression ait eu lieu. Elle classe les événements agressifs en quatre catégories : agressivité verbale, agressivité physique envers les objets, agressivité physique envers soi-même ou envers les autres. Au sein de ces différents types d'agressivité, il est défini quatre niveaux de sévérité, de 1 (du moins sévère) à 4 (au plus sévère). Des exemples de comportements agressifs sont donnés à chaque niveau de sévérité pour guider l'évaluateur. L'OAS se comporte de la façon suivante :

- Agression verbale :
  - o 1) Fait beaucoup de bruit, crie de colère.
  - o 2) Lance des insultes personnelles de petite portée, par exemple : « vous êtes stupides ».

- 3) Parle vulgairement, dans sa colère utilise un langage grossier, fait des menaces modérées envers les autres ou lui-même.
- 4) Fait clairement des menaces de violence envers autrui ou lui-même (par exemple : « je vais te tuer ») ou demande à être aidé pour se contrôler.
- Agression physique envers les objets :
  - 1) Claque les portes, disperse ses vêtements, fait du désordre.
  - 2) Jette des objets par terre, donne des coups de pied dans les meubles sans les casser, abîme les murs.
  - 3) Casse les objets, fracasse les fenêtres.
  - 4) Met le feu, jette les objets de façon dangereuse.
- Agression physique envers soi-même :
  - 1) Se pique ou s'arrache la peau, se frappe, s'arrache les cheveux (sans s'infliger de lésions sinon bénignes).
  - 2) Se heurte violemment la tête, frappe du poing les objets, se jette par terre ou sur les objets (se fait mal, mais les lésions sont bénignes).
  - 3) Petites coupures ou ecchymoses ou brûlures (lésions modérées).
  - 4) Se mutile, se fait de larges entailles, se mord jusqu'au sang, provoque des lésion(s) interne(s), fracture(s), se casse les dents, perte de connaissance (lésions graves).
- Agression physique envers autrui :
  - 1) Fait des gestes menaçants, tourne autour des gens, s'agrippe aux vêtements d'autrui.
  - 2) Frappe, donne des coups de pied, pousse, tire les cheveux d'autrui (sans causer de lésion).
  - 3) Attaque les autres causant des lésions minimales ou modérées (ecchymoses, foulures, contusions).
  - 4) Attaque les autres causant des lésions graves (fractures, déchirures profondes, lésions internes).

De plus, cette échelle permet d'enregistrer les interventions qui ont été utilisées pour gérer l'agression. On retrouve également les informations suivantes : date et heure de l'agression, sa durée, un espace prévu pour l'ajout de remarques ou notes supplémentaires. Le score total d'agressivité représente la somme des scores pondérés pour le comportement le plus grave de chaque type et les interventions les plus restrictives.

## **6. Les facteurs précipitants le passage à l'acte hétéro-agressif**

### ***6.1 Manifestations comportementales annonciatrices d'un passage à l'acte hétéro-agressif***

Certains comportements peuvent être prédictifs d'un passage à l'acte hétéro-agressif. Ces comportements peuvent être retrouvés à la fois chez l'agresseur mais aussi chez la victime. En les repérant rapidement, il serait donc possible de réduire les agressions.

Martha et al. (2005) ont mené une étude, dans un hôpital psychiatrique à Manhattan, afin de détecter et de déterminer les comportements de l'agresseur et de la victime avant agression en milieu hospitalier. Ils ont sélectionné des patients souffrant de troubles psychiatriques chroniques en unité de soins intensifs psychiatriques et ont étudié les comportements agressifs de patient à patient. L'agression a été détectée par les caméras de surveillance, et les prédicteurs de violence ont été visionnés dans les cinq minutes précédant le passage à l'acte. Cent quinze patients ont été admis dans cette unité de soins intensifs psychiatriques au cours de cette étude. De ce nombre, 59 ont été impliqués dans des agressions, soit comme agresseur soit comme victime. Certains ont été impliqués dans une seule agression et d'autres dans de nombreuses. Les comportements prédicteurs de ces agressions ont été rassemblés en trois groupes. Le premier groupe a rassemblé les comportements dits « menaçants » et a été divisé en trois sous-groupes. Ces trois sous-groupes étaient : 1) des cris, des menaces et une dispute envers l'autre patient impliqué dans l'agression, 2) les mêmes comportements mais envers une personne non impliquée dans l'agression (patient ou personnel présent dans la salle collective) et 3) pousser, heurter une personne, ce qui représentait un contact physique moindre par rapport à une agression mais plus important par rapport à une intrusion. Le groupe 2 a réuni les comportements dits « intrusifs » comme toucher, embrasser, se rapprocher trop près. Ce groupe a été scindé en deux sous-catégories, 1) les comportements intrusifs envers l'autre patient impliqué dans l'agression et 2) envers une autre personne. Le troisième groupe a englobé des comportements plus hétérogènes : lorsqu'un patient a amorcé un conflit, a directement été menaçant, a tenté de frapper ou de lancer un objet sans atteindre sa cible; mais aussi lorsque les deux patients impliqués dans l'agression ont été en rivalité ou

lorsqu'un patient a adopté une position de combat. Cent-cinquante-cinq agressions commises par ces cinquante-neuf patients ont été étudiées. Il a été révélé que les comportements menaçants et intrusifs à la fois chez la victime et l'agresseur étaient des prédicteurs d'un passage à l'acte et se déroulaient dans les trente secondes avant l'agression. En effet, ces comportements ont précédés 60% des agressions. Les comportements du groupe 3 ont eu lieu très peu de temps avant l'agression (délai inférieur à 10 secondes), ils ont donc été considérés comme des prédicteurs peu utiles. Les comportements menaçants et intrusifs ont été retrouvés plus nombreux chez les victimes. En effet, sur les 213 segments de visionnage repérant les comportements du groupe 1, 122 concernaient les victimes. Concernant les 262 segments de visionnage ayant retrouvé des comportements du groupe 2, 147 impliquaient les victimes. Les comportements du groupe 3 ont été plus nombreux chez les agresseurs que chez les victimes. Effectivement, 143 segments vidéo les concernaient contre 89 pour les victimes. Certains patients ont pu être sensibles à une présence trop proche, en particulier chez les patients souffrant de schizophrénie et les détenus agressifs, peut-être parce qu'ils seraient plus méfiants ou plus irritables. Les victimes ont été vues errantes dans les salles, criant, secouant le poing et s'approchant de trop près des autres patients avant que l'agresseur ne vienne les agresser. Les auteurs ont souligné le fait que cette étude ne pouvait pas être généralisée aux agressions patient-personnel du fait de leur méthode. Ils ont également expliqué qu'ils n'ont visionné seulement les 5 minutes précédant l'agression et que d'autres comportements prédictifs auraient pu être retrouvés si cette période d'observation avait été plus longue. De plus ils ont mis en avant le fait qu'aucune information audio n'a été collectée, ce qui aurait pu dégager des prédicteurs différents de ceux étudiés.

## ***6.2 Facteurs prédictifs en lien avec l'environnement institutionnel***

L'environnement institutionnel peut contribuer à la genèse des passages à l'acte hétéro-agressifs. En fait, les comportements agressifs peuvent être favorisés par les désaccords interpersonnels, par les consignes de soins, mais aussi par le fonctionnement de l'unité.

Fagan-Pryor et al. (2003) ont interrogé 92 patients (71 patients hospitalisés et 21 patients ambulatoires) afin de savoir s'ils avaient été témoins d'une agression et pour définir les facteurs ayant conduit à cette agression. Ils leur ont également demandé quelles interventions pourraient être mises en place afin de lutter contre ces agressions. Cette étude a exploré les agressions patient-patient et patient-personnel. Ces patients ont été sélectionnés dans un centre

médical pour anciens combattants dans le Midwest aux USA, 77 à 84% d'entre eux souffraient d'un trouble psychiatrique et le reste d'une affection somatique. Les questions qui leur ont été posées étaient les suivantes : « Avez-vous déjà été présent lorsque deux patients se sont battus entre eux ? », si oui « Quelles sont les causes de cette altercation ? » et « Quelles interventions pourraient prévenir ces altercations ? ». Les questions concernant les agressions patient-personnel ont été formulées de manière similaire. L'entretien a été formulé de façon à ce que les patients n'avaient pas à donner nécessairement des informations sur eux-mêmes. Sur les 92 patients inclus dans cette étude, 52 participants avaient été témoins d'au moins un type d'agression. Parmi ces 52 patients, 50% avaient eu eux-mêmes un antécédent d'agression et 50 patients souffraient d'un trouble psychiatrique. Les 41 participants qui avaient été témoins des agressions patient-patient, ont identifié 61 facteurs précipitants les passages à l'acte. Ces facteurs ont été classés en facteurs internes (cognition, sentiment, symptômes) et en stress interpersonnel (conflits de personnalité, agressivité verbale, problèmes matériels comme les cigarettes, problèmes familiaux et invasion de son espace personnel). Les 38 participants qui ont été témoins d'agression patient-personnel ont décrit 38 facteurs qui ont précipité ces agressions. Les réponses ont été classées de même, en facteurs internes et en stress interpersonnels. Les facteurs internes ont également regroupé la cognition, les sentiments et les symptômes. Cependant les facteurs de stress interpersonnels ont différé et ont rassemblé : les conflits de personnalité, l'agressivité verbale, les problèmes matériels, le manque de personnel, l'abus d'autorité et les patients ayant des problèmes avec l'autorité. La majorité des facteurs précipitants ont été retrouvés dans la catégorie stress interpersonnels (67% des agressions patient-patient et 60% dans les agressions patient-personnel). Concernant les interventions qui ont été proposées par les témoins, elles ont été classées en trois mêmes catégories pour chaque type d'agression (patient-patient et patient-personnel) : interventions visant les patients, visant le personnel et visant la collaboration patient-personnel. Pour les agressions patient-patient, 52% des interventions suggérées ont ciblé le personnel. Ces interventions ont été proposées dans 74% des cas pour les agressions patient-personnel. Pour les deux types d'agression, seulement 10% des interventions soumises ont impliqué la coopération patient-personnel. Pour les agressions patient-patient, 38% des interventions ont concerné les patients contre 16% pour les agressions patient-personnel. Les témoins ont également décrit la surpopulation de patients dans l'unité, l'insatisfaction de leurs besoins et l'hétérogénéité des pathologies au sein du service comme des facteurs menant à l'agression. Ils ont également souligné l'importance de la discussion entre le patient et le personnel ou

entre le patient et un autre patient. Les participants de cette étude ont aussi abordé le fait que le personnel pouvait parfois menacer les patients avec un traitement médicamenteux. Bien que ces participants aient reconnu l'importance de traiter les symptômes, ils ont sous-entendu que cette prise médicamenteuse devrait être proposée de manière appropriée et ont également reconnu que la contention physique était parfois nécessaire. Les auteurs, d'après ces informations, ont insisté sur l'importance d'éduquer le personnel quant à l'intervention verbale qui pourrait réduire l'utilisation de traitement médicamenteux et de contention.

Omérov et al. (2004) ont comparé le point de vue du personnel et des patients concernant les facteurs ayant précipité les passages à l'acte hétéro-agressifs. L'étude a été menée en Suède, dans deux unités d'admissions fermées accueillant des personnes souffrant de troubles psychotiques. Les informations données par le personnel ont été recueillies à l'aide d'une échelle, la Staff Observation Aggression Scale (SOAS). Cette échelle a permis de collecter la date et l'heure du passage à l'acte, le sexe et l'âge du membre du personnel interrogé, l'âge, le sexe et le diagnostic psychiatrique du patient impliqué. Mais aussi si la provocation a été un facteur précipitant, quelle a été la personne responsable de cette provocation, dans quelle mesure le patient a été agressif, contre qui cette agressivité a été adressée, si la victime a été blessée et quels moyens ont été utilisés pour gérer ce passage à l'acte. Les patients ont été interrogés au cours d'un entretien semi-structuré, un jour avant leur sortie d'hospitalisation, de manière neutre. Tous les patients inclus dans cette étude ont eu une évaluation afin de juger de leur capacité à être interrogés. Au total, 41 patients et 41 membres du personnel ont été interrogés. Un patient n'a pas pu se souvenir de l'agression. Les résultats concernant l'identification des facteurs précipitants le passage à l'acte hétéro-agressif du point de vue du personnel ont été les suivantes : 54% des agressions n'ont pas été provoquées, 22% ont eu lieu lors de la prise du traitement, 12% lorsqu'un refus a été prononcé au patient (par exemple permission à domicile, sortie dans le parc de l'hôpital), 4 patients ont réagi violemment quand ils n'ont pas pu écouter de la musique sur leur stéréo personnelle, participer à des ateliers thérapeutiques, quitter l'unité ou quand on leur a demandé de rester dans leur chambre. Concernant le point de vue des patients, 90% des patients ont considéré avoir été provoqués, et 14 agressions ont eu lieu lors de la prise du traitement. Selon les patients, 73% des personnes ayant eu une attitude provocatrice étaient des membres de l'équipe soignante (soit au cours de 30 agressions), 15% un membre de leur famille (soit au cours de 6 agressions) et 2% un autre patient (soit au cours d'une agression). Les patients ont ressenti avoir été provoqué par le personnel quand celui-ci a refusé d'accéder à une de leur demande, comme

participer à une activité. À trois reprises, les patients n'ont pas perçu de provocation avant leur réaction agressive. Trente patients (soit 73%) ont expliqué qu'ils étaient issus d'une famille où la violence était présente. Trente-trois patients (soit 80%) avaient déjà été agressifs physiquement avant cette étude, soit durant des soins ou soit au sein de leur famille. En comparant les réponses des différents groupes, l'étude a pu mettre en évidence que le personnel a identifié moins de 50% des provocations que les patients ont pu ressentir. Les deux groupes ont également estimé que la prise du traitement a été perçue comme une provocation, amenant à un passage à l'acte. La provocation par d'autres patients a eu lieu lors de deux passages à l'acte hétéro-agressifs seulement (soit 5%) selon le personnel. Cependant, les patients impliqués dans ces deux agressions n'ont pas relaté de provocation de la part d'autres patients, mais de la part du personnel. Lorsque le patient a perçu de la provocation de la part d'un autre patient, le point de vue du personnel n'a pas été le même, en effet il a expliqué ce passage à l'acte par un refus de privilège. Les entretiens avec les patients ont également montré leur sensibilité particulière envers certains comportements du personnel, par exemple le langage du corps, la façon de se vêtir et la manière de parler, qui ont été vécus comme des provocations. Par exemple, un patient de 37 ans souffrant d'une schizophrénie a agressé une infirmière car il pensait que celle-ci voulait avoir un rapport sexuel avec lui. Cette interprétation délirante a été construite suite au comportement de cette infirmière qui s'était assise sur son lit alors qu'il était dedans. De plus, au moment de l'incident l'infirmière était vêtue de manière non professionnelle. Au cours de ces entretiens, les patients admis en soins psychiatriques fermés ont exprimé un sentiment d'impuissance et de frustration. Selon les auteurs, ce sentiment pourrait mener à un besoin d'augmenter son propre pouvoir, ce dernier s'exprimant sous la forme d'une agressivité principalement dirigée vers le personnel et parfois au hasard. De plus, un patient n'a pas pu décrire précisément les raisons de son passage à l'acte hétéro-agressif, mais selon la SOAS, cette agression a semblé coïncider avec le fait que le patient ait été stimulé par le personnel. Deux patients ont considéré que les membres du personnel devraient davantage repérer les signes des patients en détresse, qui pourraient par conséquent passer l'acte. Les auteurs ont précisé que lorsqu'une agression se produisait cela ne signifiait pas que les membres du personnel n'avaient pris aucune mesure pour l'éviter, mais que ces mesures pouvaient ne pas avoir été suffisantes pour éliminer totalement le risque. Cependant, à la question « la violence pourrait-elle être évitée ? », les auteurs ont répondu « probablement pas totalement » mais ont avancé le fait qu'elle pourrait être réduite de façon significative si le personnel percevait davantage les provocations



ressenties par les patients en amont de leur passage à l'acte hétéro-agressif. Et aussi si des mesures particulières étaient prises lors de ces situations. Par exemple lorsqu'un patient, refusant son traitement, est contraint de le prendre.

## **7. Passage à l'acte hétéro-agressif en fonction du diagnostic psychiatrique**

### ***7.1 Conduites agressives chez les patients souffrant d'une schizophrénie***

Bo et al. (2011) ont recherché les facteurs de risque de comportements agressifs chez les patients souffrant de schizophrénie. Ils ont particulièrement étudié l'impact des facteurs suivants : les symptômes psychotiques, les troubles de la personnalité (en particulier le trouble de la personnalité antisociale), les capacités de mentalisation, la comorbidité addictive et les facteurs socio-démographiques. Ils ont donc réalisé une revue de la littérature et ont sélectionné 258 articles datant de 1980 à décembre 2010, à partir des bases de données PubMed, PsycInfo et Embase. Les mots-clés utilisés ont été « schizophrénie », « troubles mentaux », « violence », « agressivité », « troubles de la personnalité », « psychopathie », « mentalisation » et « théorie de l'esprit ».

Comme les auteurs ont pu le reconnaître, l'opinion publique a souvent admis que la schizophrénie augmentait le risque de comportements agressifs. Cependant, ils ont souligné que les résultats des études à ce sujet restaient souvent contradictoires. Jusqu'aux années 1980, il a été largement reconnu qu'avoir une maladie mentale grave n'était pas un facteur de risque de comportements agressifs. Par exemple, une étude de 1985 a fait remarquer le manque de preuves pour affirmer l'existence d'un lien entre maladie mentale et comportements agressifs. Les études récentes ont également appuyé ce point de vue. Une étude de 2009 a montré qu'il n'existait pas d'association substantielle entre comportements agressifs et troubles psychotiques ou schizophrénie en général. D'autres études, en 1998 et en 2000, ont même suggéré qu'il y avait une faible association négative entre la schizophrénie et les comportements agressifs. Contrairement à ce point de vue, un grand nombre de recherches ont mis en évidence que la schizophrénie était associée à un risque plus important de comportements agressifs et de crimes violents et non-violents, et plus généralement, que les troubles psychotiques étaient associés à des comportements agressifs. Dans une étude de

cohorte, en 1997, 12 058 personnes ont été suivies pendant 26 ans et le risque de comportements agressifs chez les patients souffrant de schizophrénie était 7 fois plus élevé que celui des personnes sans pathologie mentale. Dans une enquête de 2000, à partir d'une cohorte de 358 180 individus, les personnes hospitalisées pour une schizophrénie ont présenté des comportements agressifs plus fréquents par rapport aux patients n'ayant jamais été hospitalisés. Cette association était, dans une certaine mesure, indépendante des troubles liés à l'usage de substances et des variables démographiques. Dans une étude de 1990, utilisant un registre de police sur 15 ans et retraçant les événements violents chez 644 patients souffrant de schizophrénie, il a été constaté que ces patients étaient quatre fois plus susceptibles de présenter un comportement agressif que la population générale. Une autre étude, en 1994, a comparé le taux de condamnations pénales entre 538 patients souffrant de schizophrénie et un groupe de patients souffrant d'une pathologie psychiatrique non psychotique. Les hommes et les femmes ayant un diagnostic de schizophrénie ont présenté plus de comportements agressifs par rapport aux sujets témoins. Deux études de cohortes indépendantes, en 1992 et en 1997, ont montré qu'environ 20% des patients souffrant de schizophrénie ont présenté un comportement agressif avant d'être pris en charge par le système de santé. Dans une étude de 2008 sur la schizophrénie et la violence, il a été mis en évidence que les patients souffrant de schizophrénie et commettant des actes délictueux correspondaient à une population hétérogène. En effet, les patients présentant des comportements antisociaux à l'enfance ou à l'adolescence et continuant ce type de comportement au cours de leur vie, se livraient à des comportements agressifs avant l'apparition de leur maladie. A l'inverse, les patients qui ne présentaient pas de comportements antisociaux avant leur maladie, mais qui débutaient une trajectoire délictuelle après, commettaient des actes agressifs plus graves, comme des homicides. Dans une telle population, les comportements agressifs tendaient à disparaître après amélioration clinique. Plusieurs études ont rapporté que la majorité des actes délictueux se produisait au cours du premier épisode psychotique et avant tout contact avec le système de santé. Ces résultats ont souligné que l'absence de traitement au cours d'un trouble psychotique était un facteur de risque majeur de comportements agressifs et d'homicide. Selon les auteurs de la revue de la littérature, ces études donnent une image quelque peu fragmentée et pas très claire de l'association entre schizophrénie et comportement agressif.

Les symptômes psychotiques ont été le premier facteur de risque étudié par les auteurs. De nombreuses études ont souligné qu'il existait une association positive entre les symptômes psychotiques et les comportements agressifs chez les personnes souffrant de schizophrénie.

Dans plusieurs études, cette association a été plus importante au cours du premier épisode psychotique. Dans une étude de 2010, il a été montré qu'il existait 15 fois plus d'homicides chez les patients souffrant de troubles psychotiques non traités par rapport aux patients recevant un traitement antipsychotique efficace. Une étude de 2011 a montré qu'avant un traitement antipsychotique, un patient sur trois avait un comportement agressif, un sur six avait un comportement agressif grave et un sur cent commettait des agressions entraînant des blessures graves. Les idées délirantes de persécution associées à la détresse émotionnelle, le syndrome d'influence, les hallucinations et en particulier les injonctions hallucinatoires menaçantes, sont toutes des facteurs de risque prédisant la survenue de comportements agressifs chez ces patients. Dans une autre étude de 2006 auprès de 1410 personnes souffrant de schizophrénie, les symptômes positifs, et en particulier les idées de persécution ont été associés à un risque accru de commettre des comportements agressifs mineurs ou graves. Au contraire, les personnes présentant des symptômes psychotiques négatifs importants avaient à un risque significativement réduit d'agressions graves. Dans une étude de 2003, une relation temporelle et causale entre les symptômes psychotiques et les comportements agressifs chez des patients atteints de schizophrénie a été étudiée. Dans 20% des cas, les comportements agressifs ont été causés par des idées délirantes et des hallucinations avec un contenu menaçant. En conclusion, les auteurs ont déclaré que les idées délirantes et hallucinations à contenu menaçant devait être soigneusement surveillées et traitées en raison de leur probable association avec l'apparition d'un comportement agressif.

Les auteurs ont également étudié le lien entre les troubles de la personnalité et les comportements agressifs. Par exemple, la personnalité antisociale a été décrite comme un prédicteur robuste de comportements agressifs chez diverses populations tels que les patients psychiatriques médico-légaux ou les délinquants sexuels. La prévalence des troubles de la personnalité chez les patients atteints de schizophrénie a été étudiée dans une revue de la littérature de 2008 et a été de 39,5%. Une étude de 2002 a évalué le lien entre les tendances psychopathiques de 202 délinquants de sexe masculin ayant un diagnostic de trouble psychotique dont de schizophrénie (81%) et le risque de récidive violente. Les patients souffrant de schizophrénie et avec une comorbidité antisociale avaient un risque quatre fois plus élevé de récidiver par rapport au groupe sans comorbidité antisociale. Dans une étude de 2004, les dossiers de patients souffrant de schizophrénie et ayant eu une expertise avant jugement en Suède entre 1988 et 1993 ont été examinés. Ces patients étaient accusés d'infractions avec violence. Les résultats indiquaient également que ces patients, avec des

scores élevés de psychopathie, avaient un risque de commettre des actes de violence plus sévères. En conclusion, l'identification des troubles de la personnalité chez les patients atteints de schizophrénie pourrait aider à démentir l'idée reçue que la schizophrénie induirait en soi de la violence et atténuerait par conséquent la tendance au rejet social de ce type de patient.

La capacité à comprendre les états mentaux de soi et de l'autre, souvent désignée par le terme de la théorie de l'esprit, a été proposée dans la compréhension de la violence et des comportements délictueux en général. Une étude de 2004 a étudié l'association entre la violence et les capacités de théorie de l'esprit chez les patients souffrant de schizophrénie. Elle a montré que, bien que la capacité à être empathique (c'est-à-dire théorie de l'esprit affective) diminue la probabilité de commettre des comportements agressifs, la capacité à comprendre, inférer ou raisonner sur les pensées, croyances ou intentions d'autrui (théorie de l'esprit cognitive) augmente le risque de comportements agressifs. Dans une étude de 2009, deux échantillons de patients souffrant de schizophrénie ont été comparés : patients médico-légaux et non médico-légaux. Cette comparaison portait sur la symptomatologie, les capacités de théorie de l'esprit cognitive et le fonctionnement exécutif. Les capacités de théorie de l'esprit ont été évaluées à l'aide des tâches d'attribution des états mentaux. La performance globale du groupe médico-légal était significativement meilleure que le groupe non médico-légal. Fait intéressant, ces deux études ont donc rapporté de meilleures capacités de théorie de l'esprit cognitive dans le groupe « violent » que dans le groupe « non-violent ». Une étude de 2004 a souligné qu'il serait possible que les comportements agressifs chez les patients souffrant de schizophrénie s'apparenteraient à des déficits dans les capacités de théorie de l'esprit empathiques, mais aussi à une capacité de théorie de l'esprit cognitive intacte pour manipuler et tromper leurs victimes. Ceci serait en accord avec des études ayant déclaré que les patients souffrant de schizophrénies pouvaient commettre des crimes prémédités violents, qui exigeraient de bonnes capacités de mentalisation cognitive.

De nombreuses études ont rapporté que les troubles liés à l'usage de substances jouaient un rôle majeur dans l'apparition de comportements agressifs chez les patients souffrant de schizophrénie. Les auteurs ont rapporté une prévalence de 20 à 50% de troubles liés à l'usage de substances chez les patients souffrant de schizophrénie. De plus, une étude de 1995 réalisée dans des établissements médico-légaux, a constaté que 26% des patients souffrant de schizophrénie et de troubles liés à l'usage de substances avaient des comportements agressifs contre seulement 7% des patients sans trouble lié à l'usage de substances. Une étude longitudinale de 2009 a conclu que les taux de crimes violents chez les patients atteints de

schizophrénie avec une comorbidité de trouble lié à l'usage de substances étaient trois fois plus élevés que pour les patients souffrant de schizophrénie sans trouble lié à l'usage de substances. Enfin, une étude de cohorte réalisée en Finlande sur 11 017 individus suivis pendant 26 ans, a révélé que les individus souffrant de schizophrénie et d'un trouble lié à l'usage de substances étaient 25,2 fois plus susceptibles de commettre des crimes violents que les personnes sans trouble psychiatrique.

Enfin les données socio-démographiques ont été étudiées comme des facteurs de risque d'éventuels comportements agressifs. Des études ont démontré que la violence était associée à la précarité économique, au fait de vivre seul, à un âge plus jeune et au sexe masculin.

En conclusion, les auteurs ont fait le constat que les patients souffrant de schizophrénie représentaient un groupe hétérogène rendant très difficile de répondre à la question « la schizophrénie en soi contribuerait-elle aux comportements agressifs ». Il serait probablement plus judicieux de s'intéresser aux différents facteurs associés à un risque de comportements agressifs plutôt que de se focaliser sur la pathologie en soi. Ces facteurs étant : les variables sociodémographiques, les symptômes psychotiques positifs, en particulier pendant le premier épisode psychotique, le trouble de la personnalité antisociale et les autres, les capacités de théorie de l'esprit et les troubles liés à l'usage de substances.

## ***7.2 Conduites agressives chez les patients souffrant d'un trouble bipolaire***

Látalová (2009), dans une revue de la littérature, a étudié la prévalence et le contexte clinique de l'agressivité chez les patients souffrant d'un trouble bipolaire. Pour ce faire, il a utilisé les bases de données MEDLINE et PsycInfo et a sélectionné des articles publiés entre 1966 et novembre 2008. Les mots-clés ont été « agression » ou « violence » et « trouble bipolaire ». Les études de prévalence dans ce domaine ont été classées en deux types : les études cliniques et les études épidémiologiques. Dans les études cliniques, la plupart des informations disponibles traitaient du comportement agressif au cours d'épisodes maniaques. Ainsi les données qui ont été recueillies ont recouvert l'hospitalisation et parfois la période qui la précédait immédiatement. Une étude de 1988, sur 253 patients souffrant de pathologies psychiatriques, a montré que, chez les patients en état maniaque, les agressions contre les personnes ont eu lieu dans 30% et 26% des cas, respectivement, au cours des 2 semaines précédant l'hospitalisation puis à l'hôpital. Ces proportions de patients sujets à de l'agressivité étaient plus élevées que dans les autres groupes diagnostiques. De même, dans une étude de

2000, traitant de la prévalence sur 18 mois des comportements agressifs chez les patients hospitalisés en psychiatrie (n = 1269), les patients en état maniaque étaient le plus à risque de présenter des conduites agressives parmi toutes les catégories diagnostiques. La durée moyenne de séjour des patients agressifs a été seulement de 25 jours, ce qui pourrait faire supposer que les passages à l'acte agressifs observés chez les patients souffrant d'un trouble bipolaire se seraient produits en grande partie au cours des épisodes maniaques. Parmi les études épidémiologiques, l'auteur a cité la « National Comorbidity Survey » (NCS), enquête menée aux États-Unis entre 1990 et 1992, qui a étudié les comportements agressifs au cours des 12 derniers mois d'un échantillon de 5865 sujets représentatifs de la population des États-Unis. Des comportements agressifs ont été retrouvés dans 12,2% des cas chez des patients ayant un diagnostic de trouble bipolaire, dans 8,2% chez des personnes présentant un trouble lié à l'usage de l'alcool, avec ou sans dépendance, dans 10,9% chez des personnes souffrant d'un trouble lié à l'usage d'autres substances, avec ou sans dépendance, et dans 1,9% chez des personnes sans pathologie psychiatrique. Tous les pourcentages mentionnés ci-dessus correspondaient à des diagnostics vie entière. Des chiffres analogues pour ces diagnostics sur les 12 derniers mois étaient respectivement de 16%, 9,1%, 19,8% et 2%. Ainsi, lorsque les patients ont présenté des symptômes de trouble bipolaire (ou de trouble lié à l'usage de substances) au cours de la période des 12 mois visés par l'enquête, la fréquence des agressions signalées a augmenté. Dans une autre enquête réalisée entre 2001 et 2002, la « National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions » (NESARC), des entretiens ont été menés pour évaluer la prévalence vie entière d'un comportement agressif chez 43 093 adultes représentatifs de la population des États-Unis. Cette prévalence après l'âge de 15 ans était de 0,66% chez les personnes sans trouble psychiatrique sur la vie entière, mais respectivement de 25,34% et 13,58% dans le trouble bipolaire de type I et II. Les odds ratios, pour ce dernier trouble, étaient respectivement de 3,72 (intervalle de confiance 2,94 à 4,70) et 1,77 (1,26 à 2,49) par rapport à l'absence de trouble. Ces estimations ne tenaient pas compte de l'absence ou de la présence de comorbidités. La prévalence d'un comportement agressif dans le trouble bipolaire de type I et II (sans comorbidité) était respectivement de 2,52% et 5,12%. Ces études épidémiologiques ont donc confirmé que le diagnostic de trouble bipolaire conférait un risque élevé de comportement agressif, ce risque étant plus élevé si des comorbidités étaient associées. Cependant, à l'exception de la différence entre le niveau de comportement agressif sur une durée à vie et sur une durée de 12 mois dans la NCS, ces enquêtes n'ont rien souligné sur l'évolution temporelle d'un tel comportement.

Par la suite l'auteur de la revue a exploré les aspects cliniques des comportements agressifs dans le trouble bipolaire. Dans une étude transversale de 1998, sur 237 patients souffrant d'un trouble bipolaire, l'analyse factorielle a révélé que l'agression a été fréquemment associée à des idées délirantes de persécution et à l'irritabilité. Dans une autre étude transversale datant de 2002 et portant sur 576 patients présentant un épisode maniaque, l'agression a été associée à l'irritabilité, l'absence de coopération, l'impatience et le manque de perspicacité. Dans une étude de 1998 sur 316 patients répondant aux critères du DSM-III-R pour le trouble bipolaire, en état maniaque ou mixte, l'agression est apparue avec une fréquence similaire dans les deux sous-types. Ainsi, en résumé, l'agression serait une caractéristique des épisodes maniaques ou mixtes et se développerait dans un contexte d'irritabilité. L'auteur s'est ensuite intéressé à des facteurs plus généraux, non concomitants avec l'agression. Il a abordé le lien clinique entre suicide et agression. Dans une étude de 2000, les patients souffrant de troubles bipolaires et ayant fait une tentative de suicide (n = 21) ont été comparés à ceux sans histoire de tentative de suicide (n = 23). Les premiers ont rapporté des scores significativement plus élevés sur les échelles de mesure de l'hostilité et de l'agressivité. Dans une autre étude (2004) similaire de patients souffrant de trouble bipolaire, les patients ayant fait une tentative de suicide (n = 27) ont été comparés avec ceux n'en ayant pas fait (n = 25). Les premiers ont présenté des niveaux significativement plus élevés d'hostilité à l'échelle Buss-Durkee avec une différence notable sur la sous-échelle d'agressivité qui évaluait l'agression physique. Ils ont également montré un plus haut niveau d'impulsivité à l'échelle Barratt. Comme indiqué dans les études épidémiologiques décrites ci-dessus, la comorbidité avec d'autres troubles a augmenté le risque d'agression chez les patients souffrant d'un trouble bipolaire. Les données du « Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder » en 2004, sur 983 patients, ont montré que les taux de comorbidité dépendaient de l'âge d'apparition des symptômes thymiques. La comorbidité avec le trouble lié à l'usage de l'alcool varie de 31,9 à 47,3%, celle avec le trouble lié à l'usage de substances de 15,1 à 34,2%, ceci en fonction de l'âge d'apparition. En effet, une apparition précoce des troubles thymiques a été associée à un risque plus élevé de comorbidité. D'autres études ont donné une fourchette de 17 à 64% pour le trouble lié à l'usage de substances comme comorbidité avec le trouble bipolaire. Dans une étude de 2002, l'impact de l'abus d'alcool sur l'agressivité a été examiné chez des patients présentant un épisode maniaque. Soixante patients présentant un abus à l'alcool ont été comparés à 196 patients n'en présentant pas. Le groupe « comorbide » a montré des niveaux plus élevés d'impulsivité et de comportements agressifs. La comorbidité avec une personnalité

antisociale a été démontrée dans l'échantillon NESARC, l'odd ratio était de 7.3 (6.1–8.6). Cette comorbidité a également été décrite dans une série de six vignettes cliniques en 1981 et a été suggérée par les observations, dans les établissements médico-légaux et les prisons, de patients présentant un état maniaque en 1978. Cette comorbidité ferait augmenter le risque d'agression, ce type de personnalité étant un facteur de risque en lui-même. La comorbidité avec un trouble de la personnalité borderline ferait aussi augmenter le risque de comportement agressif. Une étude récente (2008) a montré que l'agression, évaluée par l'échelle Brown-Goodwin, a été fortement liée à la présence d'un trouble de la personnalité borderline chez des patients souffrant d'un trouble bipolaire. L'auteur a également souligné le caractère impulsif des patients souffrant d'un trouble bipolaire, non seulement au cours des épisodes maniaques, mais aussi au cours des rémissions. Une étude de 2007 a montré que ces patients, euthymiques et stabilisés, avaient des scores nettement moins élevés aux tests neuropsychologiques sollicitant les fonctions exécutives que des sujets témoins, et en particulier un manque relatif d'inhibition. Dans une autre étude de 2008, le dysfonctionnement exécutif a été prédicteur d'un comportement agressif chez des patients hospitalisés en psychiatrie (n = 85, 27,6% avec un diagnostic de trouble bipolaire). Ainsi l'auteur a fait l'hypothèse qu'un dysfonctionnement neuropsychologique pourrait être un facteur prédisposant à l'agressivité chez les patients souffrant d'un trouble bipolaire.

En conclusion, cette revue de la littérature a souligné qu'environ un quart des patients souffrant d'un trouble bipolaire développeraient un comportement agressif à un moment de leur vie. Une comorbidité avec un trouble lié à l'usage de substances et des troubles de la personnalité augmenterait le risque d'agression. Les données de la littérature suggèrent que l'agression chez les patients souffrant de trouble bipolaire était de type impulsif, et qu'elle se produisait le plus souvent dans un contexte d'excitation maniaque. Cependant, d'autres mécanismes pourraient être impliqués, car l'augmentation des conduites agressives en cas de comorbidité avec un trouble de la personnalité borderline, un trouble de la personnalité antisociale et un trouble lié à l'usage de substances suggère que ces épisodes agressifs ne se produisent pas nécessairement seulement au cours des épisodes maniaques.

## **8. Nécessité d'un transfert en unité pour malades difficiles**

### ***8.1 Fonctionnement des unités pour malades difficiles***



### *8.1.1 Historique*

Nous nous référons pour ce chapitre à l'ouvrage sur les UMD rédigé par Senninger et Fontaa en 1994. Au Moyen Age, la maladie mentale n'est pas encore individualisée en tant que telle. Elle est associée aux grands fléaux de l'humanité et progressivement confondue à toutes les conduites dites « déviantes » comme la sorcellerie, l'errance, la possession... La réponse de la société sera l'exclusion ou la rédemption par le pèlerinage. Le fou violent se voit exclu de la cité par l'enfermement ou par la voie des bateliers, « la nef des fous ».

Aux XVIème et XVIIème siècles, le développement de l'urbanisation et l'accroissement de la misère marginalisent davantage les malades mentaux qui se retrouvent le plus souvent réduits à l'errance dans les rues. Le pouvoir public va donc réagir par une politique de l'enfermement qui aboutira à l'édit royal de 1662, ordonnant la création des Hôpitaux Généraux dans les grandes villes ou les gros bourgs du royaume. Des salles sont réservées aux « fous » dans ces hôpitaux et à Paris, deux établissements leur sont destinés : la Salpêtrière pour les femmes et Bicêtre pour les hommes. A cette époque d'autres lieux d'enfermement sont créés, tels que les dépôts de mendicité et les maisons de force qui remplaceront en province les Hôpitaux Généraux qui ne pourront se développer faute de moyens. L'admission dans les maisons de force se fait sur lettre de cachet et pour des motifs de violence, de désordre de mœurs et de l'esprit et de fureur. Certaines de ces maisons comptent jusqu'à la moitié de leur effectif constitué de « fous », comme le cas de Charenton à Paris ou de Maréville à Nancy. Les dépôts de mendicité renferment essentiellement des vagabonds de toutes sortes. Au cours du XVIIIème siècle, ces différentes structures vont perdre leur légitimité par le mouvement philanthropique dénonçant les conditions terribles dans lesquelles sont maintenus les « fous ».

Jusqu'à la fin du XVIIIème siècle, il n'existe donc pas d'établissement adapté à la prise en charge des malades mentaux, leur sort dépend de leur conduite. En effet, ceux qui commettent des crimes sont considérés comme des criminels et jetés en prison. Alors que ceux non violents sont enfermés à l'Hôpital Général au même titre que les autres malades, les vagabonds, les vieillards... Ainsi une circulaire de 1785 incite à traiter les malades mentaux dans des établissements spéciaux, mais les lois d'août 1790 et de juillet 1791 recommanderont plutôt de confier « l'aliéné » agité ou dangereux à la responsabilité des familles et des communautés d'habitants.

C'est en Angleterre, en 1800, que naît l'idée de différencier les aliénés criminels et les autres malades. En 1816, l'asile de Bethleem se construit donc sur ce modèle. En France Georget demande dès 1828 la création d'asiles spéciaux pour les « aliénés criminels ». Or sa demande n'est pas prise en compte dans la loi du 30 juin 1838 qui ne prévoit aucune mesure spécifique pour les « aliénés criminels », considérés comme risquant de compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes. C'est en 1840 qu'est créée la sûreté de l'hôpital Bicêtre, destinée à recevoir les « aliénés criminels » mais aussi les malades mentaux non criminels mais perturbateurs en provenance des services ordinaires. C'est également devant le discours de Brière de Boismont en 1846 que l'on constate que l'exclusion des « aliénés criminels » devient une préoccupation à cette époque. Il exprime son désir de dédier une maison spécialisée aux « fous criminels », ce qui « tranquilliserait les consciences en même temps qu'elle offrirait des garanties pour la sécurité publique ». De plus il ajoute que les indésirables « sont dangereux et troublent la tranquillité des autres malades dont la liberté se retrouve restreinte à cause des mesures de précautions qu'exigent les aliénés criminels ». Falret quant à lui, s'oppose à la création des services pour « aliénés criminels » en déclarant en 1868 que « l'idée de créer des asiles spéciaux pour aliénés criminels paraît au premier abord comme une monstruosité ». Sa pensée est qu'à « partir du moment où le criminel est reconnu comme aliéné, c'est un malade digne de sympathie et de pitié ». Cependant une partie de la prison de Gaillon en Normandie devient la destinée des criminels devenus aliénés, de 1876 à 1902.

Le Sénat, influencé par les conclusions du Congrès international de médecine mentale de Paris de 1878 et par la Société Médico-Psychologique de 1881 et 1882, vote un projet de loi tendant à la révision de la loi du 30 juin 1838 et prévoyant la création d'asiles spéciaux pour les « aliénés criminels ». Cependant, la commission nommée par la Chambre des députés pour examiner ce projet le rejette, estimant que les aliénés criminels sont à considérer comme des aliénés ordinaires. C'est donc dans ce contexte émaillé d'ambiguïté et de paradoxe que vont se créer les UMD.

La fermeture de l'hôpital de Bicêtre suite à une émeute en 1890 et celle du quartier de Gaillon en 1901 incitent à la création du premier quartier de sûreté à Villejuif en 1910. Ceci fait également suite aux propos d'Henri Colin en 1899 qui préconise l'existence d'un secteur fermé au sein des services de psychiatrie afin de prendre en charge une catégorie spécifique de malades difficiles, « les aliénés vicieux qui sont une cause de troubles pour les services ordinaires, où leur présence implique la nécessité de mesures de sûreté spéciales qu'il est inutile de prendre à l'égard de la majorité des aliénés ». Par la suite un service de malades

difficiles pour femmes est créé à Villejuif en 1933. En 1947, une unité pour hommes puis pour femmes s'ouvre à Montfavet. En 1957 et en 1963 s'ouvrent respectivement à Sarreguemines et à Cadillac deux services pour malades difficiles. En 1989, 521 lits sont réservés à ces patients.

Cependant il est important de noter l'absence totale de texte avant 1950, ce qui contraste avec la forte tendance à vouloir codifier les libertés individuelles. La reconnaissance de la spécificité des UMD apparaît donc dans la circulaire n°109 du 5 juin 1950 du Ministre de la Santé. Dans ce texte les malades difficiles sont classés en trois catégories :

- « Les malades agités qui, en raison de leurs réactions destructrices, constituent un élément perturbateur constant dans les services où ils se trouvent placés.
- Les déséquilibrés antisociaux, médico-légaux ou non, qui présentent des troubles du comportement les rendant très difficiles à supporter par les autres malades sans exiger essentiellement des mesures de surveillance.
- Les grands déséquilibrés antisociaux, généralement médico-légaux, qui ont des troubles du comportement plus graves, avec possibilité de réactions criminelles, préméditées et complotées ».

Le ministère désire ainsi que chaque région se dote d'un service pour chacune de ces trois catégories de malades difficiles.

Peu à peu les instructions ministérielles vont se préciser en fixant le règlement intérieur des services spéciaux de malades difficiles. Elles définiront l'origine géographique des malades à admettre, les modalités d'admission et de sortie, les effectifs du personnel infirmier. La circulaire du 2 février 1960 recommande en plus la création de quartiers de sûreté non centralisés. C'est le décret n° 86-602 du 14 mars 1986, relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, qui reconnaît officiellement les « unités pour malades difficiles ». L'article 5 de la loi du 31 décembre 1970 les définit comme « des unités spécifiques » non intégrées aux secteurs psychiatriques dans la mesure de leur « vocation interrégionale ». Il est également défini le type de patients admis dans ces unités, « des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mis en œuvre que dans une unité spécifique ». L'arrêté du 14 octobre 1986 indique par la suite les modalités d'admission et de sorties des UMD et instaure la commission du suivi médical. Actuellement, c'est le décret du 1<sup>er</sup> février 2016 qui régit le fonctionnement des UMD.

D'autres UMD se sont ouvertes entre 2008 et 2012, selon Le Bihan (2013) l'état des lits des UMD en 2013 est le suivant :

- CH Paul-Guiraud à Villejuif (Val-de-Marne) : 80 lits
- CH de Sarreguemines (Moselle) : 166 lits
- CH de Montfavet (Vaucluse) : 80 lits
- CH de Cadillac (Gironde) : 86 lits
- CH de Plouguernevel (Côtes-d'Armor), UMD ouverte en 2008 : 40 lits
- CH Le Vinatier à Bron (Rhône), UMD ouverte en 2011 : 40 lits
- CH du pays d'Eygurande (Corrèze), UMD ouverte en 2011 : 40 lits
- CH Pierre-Jamet à Albi (Tarn), UMD ouverte en 2011 : 40 lits
- EPSMD de la Marne, à Châlons-en-Champagne, UMD ouverte en 2012 : 40 lits
- CH du Rouvray (Seine-Maritime), UMD ouverte en 2012 : 40 lits

### *8.1.2 L'admission en unité pour malades difficiles*

Les UMD accueillent des personnes en hospitalisation complète lorsque celles-ci présentent un danger pour autrui tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique.

Les personnes concernées sont soit :

- Des patients hospitalisés en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)
- Des détenus admis en SDRE
- Des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques suite à des déclarations d'irresponsabilité pénale pour cause de troubles mentaux, sur décision judiciaire ou du préfet.

Les modalités d'admission sont fixées par les articles R. 3222-2 et R. 3222-3 du décret n°2016-94 du 1<sup>er</sup> février 2016 portant application des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Préalablement à l'admission d'un patient en UMD, les psychiatres exerçant dans cette unité peuvent se rendre dans l'établissement de santé dans lequel le patient est hospitalisé pour l'examiner.

L'admission du patient dans une UMD est prononcée par arrêté du préfet du département ou, à Paris, du préfet de police, où se trouve l'établissement dans lequel est hospitalisé le patient avant son admission en UMD. Dans l'objectif de maintenir ou de restaurer les relations du patient avec son entourage, cet arrêté détermine le lieu de l'hospitalisation en considération de ses intérêts personnels et familiaux. Une copie de l'arrêté est transmise au préfet du département dans lequel se situe l'établissement de rattachement de l'UMD qui reçoit le patient.

Le préfet prend sa décision au vu d'un dossier médical et administratif comprenant notamment :

- Un certificat médical détaillé, établi par le psychiatre de l'établissement demandant l'admission, précisant les motifs de la demande d'hospitalisation dans l'UMD, ainsi que, le cas échéant, les expertises psychiatriques dont le patient a fait l'objet ;
- L'accord d'un psychiatre de l'UMD ;
- Le cas échéant, l'indication des mesures de protection des biens du patient qui seront prises.

En cas de désaccord du psychiatre responsable de l'UMD, le préfet du département où se trouve l'établissement dans lequel est hospitalisé le patient ou, à Paris, le préfet de police, peut saisir la commission du suivi médical, qui statue sur l'admission dans les plus brefs délais.

L'établissement de santé dans lequel était hospitalisé le patient ayant fait l'objet de la demande d'admission dans l'UMD organise, à la sortie du patient de l'unité, les conditions de la poursuite des soins sans consentement lorsqu'elle est décidée conformément à l'article R. 3222-6, que les soins soient dispensés en son sein ou dans un autre établissement de santé en cas de nécessité.

L'accompagnement du patient au cours de son transport est effectué à l'aller par le personnel de l'établissement ayant demandé l'admission en UMD et au retour par le personnel de l'établissement accueillant le patient sortant d'UMD.

### *8.1.3 L'organisation des soins en unité pour malades difficiles*

#### *8.1.3.1 Architecture*

Les UMD se composent donc de plusieurs unités au sein d'une enceinte sécurisée permettant un accès à des espaces extérieurs ou à différents lieux d'activités (Le Bihan, 2013).

#### *8.1.3.2 Personnel*

Les équipes comprennent des médecins, des infirmiers, des psychologues, des aides-soignants, des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des assistantes sociales et des éducateurs. L'atout majeur de ces unités se trouve dans cette présence médicale et soignante, dans la qualité de la formation initiale et continue et dans l'expérience et la cohésion des équipes (Le Bihan, 2013).

#### *8.1.3.3 Profil clinique des patients*

Les patients admis souffrent dans plus de 70% des cas de schizophrénie. Les autres pathologies qui sont traitées dans ces unités de soins sont les délires paranoïaques, les troubles sévères de l'humeur ou les pathologies de l'enfance qui ont sévèrement évolué. Plus rarement les cliniciens peuvent rencontrer des troubles liés à une maladie ou un dysfonctionnement cérébral. La comorbidité avec un abus de substances et/ou un trouble de la personnalité est fréquent. Les principaux motifs d'admission sont les violences envers autrui parfois à caractère médico-légal. L'intensité des symptômes, le déni de la pathologie avec refus de soins, l'impulsivité, l'intolérance à la frustration, le risque de fugue et les conduites agressives envers eux-mêmes caractérisent souvent ces patients. On retrouve souvent une mauvaise observance au traitement et/ou une résistance (Le Bihan, 2013).

#### *8.1.3.4 L'aspect de la prise en charge*

La prise en charge des patients s'organise autour d'un projet de soins personnalisé et comprend différents axes: entretiens et observations pour analyse clinique et diagnostique, traitement pharmacologique, contrats individuels adaptés à l'évolution clinique, activités thérapeutiques et d'expression. Les psychologues peuvent effectuer des tests neuropsychologiques, d'évaluation de l'intelligence ou de la personnalité. Une prise en charge sociale est également proposée aux patients. De plus, l'utilisation d'instruments cliniques ou actuariels d'évaluation de la dangerosité est à encourager. Le respect mutuel, le travail sur l'image de soi, l'écoute de l'autre, la dimension éducative et de resocialisation sont privilégiés

au cours de la prise en charge. Une particularité des soins porte sur l'abrasion des troubles du comportement et de la dangerosité du patient, l'intensité des symptômes et la résolution des problèmes conflictuels. Les traitements antipsychotiques et normothymiques constituent les armes pharmacologiques les plus utilisées en UMD, parfois le recours à l'électroconvulsivothérapie est nécessaire. De plus, les mesures d'isolement et de contention doivent suivre les recommandations de bonnes pratiques cliniques. Il est possible d'organiser des sorties accompagnées de courte durée pour des motifs thérapeutiques ou pour effectuer des démarches extérieures. Afin, en fonction de l'état clinique du patient, les relations avec l'entourage (téléphone, visites) sont privilégiées (Le Bihan, 2013).

#### *8.1.3.5 La commission du suivi médical*

Le décret du 1<sup>er</sup> février 2016 précise le rôle de la commission du suivi médical. Celle-ci donne un avis sur le maintien et la sortie des personnes hospitalisées dans les UMD.

Dans chaque département d'implantation d'une UMD, il est créé une commission du suivi médical, composée de quatre membres nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé :

- Un médecin représentant l'agence régionale de santé.
- Trois psychiatres hospitaliers n'exerçant pas leur activité dans l'UMD.

Les membres de la commission sont désignés pour un mandat de trois ans renouvelables. Des suppléants sont désignés dans les mêmes conditions. La commission élit son président en son sein. Il a voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

La commission du suivi médical peut se saisir à tout moment de la situation d'un patient hospitalisé dans l'UMD de son département d'implantation. Elle examine au moins tous les six mois le dossier de chaque patient hospitalisé dans l'unité. Elle informe la commission départementale des soins psychiatriques des conclusions des examens auxquels elle procède. Elle peut, en outre, être saisie :

- Par la personne hospitalisée dans l'unité, sa famille, son représentant légal ou ses proches.
- Par le procureur de la République compétent du lieu d'origine ou d'accueil.
- Par le préfet du département d'origine ou d'accueil ou, à Paris, par le préfet de police.
- Par le psychiatre responsable de l'unité.

- Par le médecin généraliste ou le psychiatre exerçant dans le secteur privé traitant le patient.
- Par le psychiatre de l'établissement de santé dans lequel le patient était initialement pris en charge.
- Par le directeur de l'établissement où est implantée l'unité.
- Par le directeur de l'établissement de santé dans lequel le patient était initialement pris en charge.

La commission du suivi médical visite l'UMD au moins une fois par semestre. Elle adresse le compte-rendu de sa visite à la commission départementale des soins psychiatriques, au préfet du département ou, à Paris, au préfet de police, ainsi qu'au procureur de la République compétent.

#### *8.1.4 La sortie de l'unité pour malades difficiles*

D'après l'article R. 3222-6 du décret du 1 février 2016, lorsque la commission du suivi médical constate que les conditions de maintien en UMD ne sont plus remplies, elle saisit le préfet du département d'implantation de l'unité ou, à Paris, le préfet de police, qui prononce, par arrêté, la sortie du patient de l'UMD et informe de sa décision le préfet ayant pris l'arrêté initial d'admission dans cette unité ainsi que l'établissement de santé qui avait demandé l'admission du patient. La sortie peut être décidée sous forme :

- D'une levée de la mesure de soins sans consentement ; ou
- De la poursuite des soins sans consentement soit dans l'établissement de santé où le patient se trouvait lors de la décision d'admission en UMD, soit dans un autre établissement de santé.

L'établissement de santé qui a demandé l'admission du patient organise la poursuite des soins en son sein ou dans un autre établissement de santé en cas de nécessité. L'établissement désigné par l'arrêté préfectoral accueille le patient dans un délai maximal de vingt jours.

De plus, lorsque le préfet prononce la sortie de l'UMD d'une personne détenue, le retour de cette dernière en détention ou en unité hospitalière spécialement aménagée est organisé à bref délai.



## ***8.2 Situations nécessitant un transfert en unité pour malades difficiles à travers un cas : le cas de monsieur L.***

On retrouve peu de littérature abordant concrètement les situations nécessitant des transferts en UMD. En particulier, peu d'études abordent la nécessité d'isolement et/ou de contention quasi quotidienne chez ces patients en unité traditionnelle. De plus, la chimiorésistance est une question importante dans ce type de situation qui mérite qu'on y prête attention. Ainsi le cas clinique suivant permettra d'illustrer les situations nécessitant un transfert en UMD avec une approche plus pratique.

### ***8.2.1 Eléments biographiques***

Monsieur L. est né en 1986. Il est abandonné à sa naissance et va dans une association spécialisée pour enfants souffrant de trisomie jusqu'à son adoption à l'âge de 11 mois. Ses parents adoptifs ont quatre enfants biologiques dont un décédé à la naissance. Ils ont adopté six enfants handicapés entre 1971 et 1993 : trois souffrant de spina bifida (dont un décédé), deux souffrant de trisomie (dont monsieur L.) et un dernier souffrant de malformation faciale et étant malentendant. Ils ont également adopté trois autres enfants indemnes de toute pathologie de 1970 à 1972. La fratrie compte donc 13 enfants.

Monsieur L. est célibataire et n'a pas d'enfant. Il est sous tutelle et bénéficie de l'allocation adulte handicapé.

### ***8.2.2 Antécédents***

#### ***8.2.2.1 Personnels médico-chirurgicaux***

Monsieur L. souffre d'une trisomie 21. Il a présenté un ictère simple à la naissance et de multiples rhinopharyngites durant la petite enfance et l'enfance. Sur le plan digestif, monsieur L. a une endobrachyoesophagie sur reflux gastro-œsophagien traitée par inhibiteur de la pompe à protons au long cours. Il est sujet à une diarrhée motrice chronique d'étiologie inconnue. Il a présenté des crises convulsives lors de sevrages médicamenteux et on retrouve une notion de mauvaise tolérance aux traitements neuroleptiques sédatifs mais sans notion de syndrome malin des neuroleptiques. Enfin il a un hallux valgus bilatéral.

### 8.2.2.2 Familiaux psychiatriques

Les antécédents ne sont pas connus du fait de l'absence de contact avec ses parents biologiques.

### 8.2.3 Parcours psychiatrique

Les informations données dans ce sous-chapitre sont extraites du dossier médical du patient. Il existe un manque d'informations pour les données antérieures à 2006.

La prise en charge institutionnelle débute en 1987.

Monsieur L. est pris en charge dans un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMPS) de ses 4 ans à ses 10 ans (1990-1996) pour retard dans les acquisitions.

Il va ensuite dans un premier Institut Médico-Educatif (IME) de ses 10 ans à ses 15 ans (1996-2002) en externat puis en internat à partir de 2000. Cette prise en charge s'avère difficile du fait des transgressions importantes face aux règles de vie.

De ses 15 ans à ses 18 ans (2002-2005), le patient est pris en charge dans un autre IME en internat avec aucun retour au domicile parental durant les six premiers mois. Des activités lui sont proposées ainsi que l'utilisation de pictogrammes pour appréhender un rythme dans le temps. Tout ceci lui permettra une meilleure adaptation dans le groupe et un meilleur contact social.

En janvier 2005, il est transféré dans une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) à la demande de ses parents pour rapprochement géographique. On note déjà des troubles du comportement à type d'hétéro-agressivité.

De mars 2006 à 2009, il est hospitalisé dans une unité d'hospitalisation à temps complet, au Centre Hospitalier Charles Perrens (CHCP), pour recrudescence des comportements agressifs avec repli sur soi et apathie. Durant cette hospitalisation, les comportements agressifs sont nombreux et nécessitent des temps d'isolement et de contention. Monsieur L. peut présenter des comportements agressifs envers les soignants mais aussi les autres patients. Il peut par exemple menacer l'autre via sa gestuelle : montre le poing, brandit une chaise. Il peut aussi commettre des passages à l'acte bien plus direct comme donner des coups de poing ou de pied, renverser une table sur une personne ou pousser l'autre. Il peut également avoir

des conduites régressives comme se souiller de selles. Ces comportements agressifs sont entre autre constatés lors des frustrations mais peuvent être plus imprévisibles. Ils restent de l'ordre de l'impulsivité. La proximité avec les autres patients reste parfois également très anxiogène pour ce patient. Cette hospitalisation de trois ans amène cependant à une amélioration du comportement. Monsieur L. se montre plus présent dans les échanges avec les autres, peut intégrer le groupe pour les repas. On constate un meilleur contact avec les soignants et monsieur L. semble mieux gérer les frustrations en apprenant à différer. Des permissions week-end chez ses parents sont autorisées. Il sort contre avis médical en novembre 2009 et retourne au domicile parental pendant un mois.

Monsieur L. nécessite d'être ré-hospitalisé fin novembre 2009 en unité d'admission fermée au CHCP pour comportement agressif au domicile. En effet, il a provoqué la mort du chien de famille suite à une crise clastique où il a jeté une table. Il se montre aussi très replié sur lui-même, passe beaucoup de temps allongé, refuse de s'alimenter et on note l'apparition d'escarres au niveau fessier et des deux oreilles. Très rapidement, la situation se dégrade tant au niveau psychique que physique. Une suspension temporaire des thérapeutiques est envisagée et durant cette période monsieur L. fait une crise convulsive tonico-clonique de l'hémicorps nécessitant une hospitalisation.

De mai à juin 2010, le patient est pris en charge dans une unité d'hospitalisation à temps complet. Cependant son comportement, et en particulier une fugue, nécessite un nouveau transfert en unité d'admission fermée en juin 2010.

Durant cette hospitalisation, en unité fermée, malgré l'augmentation des traitements sédatifs et des temps courts d'isolement et/ou de contention, les comportements agressifs ne se sont pas apaisés et se sont même majorés au cours des mois. Ils sont immotivés et dirigés contre les autres patients. Monsieur L. a débuté une prise en charge avec une psychomotricienne et peut se montrer intéressé et calme pendant ces temps d'activités. Monsieur L est transféré à l'Unité de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) en février 2011.

De février 2011 à avril 2011, le patient est pris en charge à l'USIP pour séjour de rupture afin de gérer les troubles du comportement.

En avril 2011, monsieur L. est de nouveau transféré dans son unité de secteur. Il présente des comportements agressifs envers les soignants, les autres patients et les objets. Les passages à l'acte peuvent être imprévisibles ou avoir lieu lors des actes de la vie quotidienne qui contrarient monsieur L. Par exemple le patient est réfractaire à la plupart des soins

d'hygiène et peut avoir des comportements agressifs lors de ceux-ci. Ces comportements peuvent être retrouvés lorsqu'on stipule au patient d'aller au réfectoire pour manger avec les autres patients. Il est fréquent aussi de le retrouver dans sa chambre en train de crier, donner des coups de pied et de poing au mur. De plus, il dégrade le matériel de sa chambre et étale ses excréments sur les murs. Lors d'un week-end chez ses parents, son comportement est devenu ingérable ce qui a nécessité de faire appel au renfort pour le ramener. Les traitements médicamenteux et les isolements ne permettent pas d'amenuiser la situation. En avril 2013, une admission en UMD est demandée du fait de ces comportements agressifs et du maintien en permanence en chambre d'isolement.

En attente de son transfert en UMD, monsieur L. est transféré à l'USIP en avril 2013. Au cours de ce séjour, on constate que le comportement de monsieur L. est aléatoire et fluctuant. Dans une même journée, il peut se montrer de bon contact avec les soignants. Mais il peut aussi se montrer très opposant, soit passivement (déchire ses vêtements, se défèque dessus) ou activement (coups portés à autrui). Les comportements agressifs se manifestent essentiellement en lien avec les actes de la vie quotidienne (soins d'hygiène, mise en pyjama), mais également parfois sans aucune raison apparente. Il a une grande tendance à la clinophilie et peut passer des journées entières en chambre malgré les sollicitations de l'équipe et le contrat de sortie de chambre. C'est dans ce contexte que surviennent les comportements agressifs (coups de pied/poing). L'isolement suffit à calmer monsieur L., la contention n'est pas nécessaire car il s'apaise une fois qu'il peut aller en chambre. Il dispose de jouets qu'il affectionne particulièrement : un micro et deux poupées Barbie décapitées. Les confisquer lors des comportements agressifs est sans succès. Pour prévenir tout comportement agressif, l'équipe est contrainte à isoler le patient de façon quasi continue. C'est face à cette impasse thérapeutique que monsieur L. est transféré en UMD afin de lui permettre de ré-appréhender la sortie de chambre, le respect de l'intégrité physique d'autrui et des règles élémentaires de la vie, grâce à l'aspect particulièrement contenant et immuable de cette unité.

Monsieur L. est donc transféré en juin 2013 à l'UMD de Cadillac. Il est d'emblée admis dans la petite unité très contenant et rassurante de l'UMD. Il se montre hostile à toute sortie de chambre et à toute mise en collectivité. Au fur et à mesure, monsieur L. trouve ses marques et respecte les temps hors de chambre, ceci a permis une augmentation de la durée des sorties, une intégration au groupe et la levée de la surveillance soignante rapprochée. A la fin de ce séjour, il existe une amélioration clinique : le comportement est plus adapté, moindre intolérance à la frustration, amendement des comportements agressifs. Ses parents, qui

viennent régulièrement le voir, le trouvent amélioré également. Le 5 décembre 2013, la commission du suivi médical a émis un avis favorable de relais de la prise en charge par un service de psychiatrie traditionnelle.

Il retourne donc dans son secteur en décembre 2013. Au cours de cette hospitalisation, monsieur L. se montre calme et respectueux du cadre durant quelques semaines. Afin de maintenir cela, le cadre proposé à l'UMD est maintenu. Ainsi après chaque comportement agressif, le patient est obligé d'aller dans le jardin accompagné de soignants. Si l'isolement est nécessaire il doit être fait avec le strict minimum dans la chambre. Les séances de psychomotricité et d'ergothérapie sont mises en place et se déroulent sans comportement agressif. Cependant, rapidement les comportements agressifs réapparaissent, visant les soignants et les autres patients, sans signe prédictif. Monsieur L. dégrade également le mobilier de sa chambre. Les temps d'isolement sont quasi constants et entre monsieur L. bénéficie de sorties dans le parc accompagné de soignants dès que cela est possible. Cette clinique ne permet pas le maintien en unité traditionnelle, d'autant plus que toutes les tentatives (médicamenteuses, comportementales et relationnelles) sont inefficaces. Une demande d'admission en USIP est faite en mars 2014.

Monsieur L. sera admis à l'USIP de fin mars 2014 à juin 2014. Il se montre calme à son admission et ne présente pas de comportements agressifs. Il existe une légère instabilité psychique et motrice qui entraîne une mise en danger pour les autres et ceci de manière imprévisible. La prise en charge montre son efficacité au sens que les comportements agressifs se sont nettement calmés. L'hospitalisation s'est déroulée sous un mode de mise en isolement itérative, souple et l'équipe s'adapte à l'humeur du jour.

A son retour en unité traditionnelle, monsieur L. a des comportements agressifs dès les premiers jours, quatre passages à l'acte sur patients en deux jours. Il reste intolérant à la frustration et ceci se traduit par des comportements agressifs. Un cadre est mis en place afin de rassurer monsieur L. Les comportements agressifs restent de même nature avec dégradation d'objets, passages à l'acte sur soignant et patient, imprévisibles ou lors d'une frustration. Les comportements agressifs étant de plus en plus fréquents, une demande en USIP est faite.

Monsieur L. est admis à l'USIP de Cadillac de mai 2015 à juillet 2015. Au cours du premier mois, Monsieur L. se montre intolérant à la frustration, ceci souvent en lien avec le choix de ses vêtements. Dans ces situations le patient est placé quelques minutes dans sa

chambre afin d'apaiser les choses ou mis sous surveillance dans la cour de l'unité. Cette opposition demeure toutefois limitée et aisément gérable. Au cours du second mois, les comportements agressifs se majorent et monsieur L. est maintenu de manière quasi quotidienne voire plusieurs fois par jour. L'habillement reste très difficile, le patient souhaite changer de vêtements et les déchire. Les comportements agressifs sur soignants et patients émaillent le reste de son séjour. En dehors de ces épisodes le contact reste bon et la relation de confiance avec les soignants est satisfaisante. L'amélioration des troubles du comportement reste minime. Les sorties de chambre, plus ou moins volontaires, au regard de l'état du patient, sont le seul bénéfice à tirer de ce mois passé. Cette hospitalisation s'apparente dès lors à un séjour de rupture afin de soulager l'équipe soignante du CHCP. De ce fait, le patient est transféré dans son unité de secteur.

Lors de sa dernière hospitalisation au CHCP, de juillet 2015 à octobre 2015, dans une unité d'admission fermée, monsieur L. reste très intolérant à la frustration et exprime son mécontentement par des comportements agressifs sur les objets et les personnes l'entourant. Il frappe violemment les portes, les murs, il déchire ses vêtements et fait des gestes menaçants envers les soignants. Les sorties de chambre sont devenues impossibles du fait de ces comportements agressifs. Ces derniers se manifestent à la fois sur les autres patients mais aussi sur les soignants. Une infirmière reçoit un coup de poing peu de temps avant le transfert en UMD du patient. De ce fait, le patient est isolé dans sa chambre de manière quasi constante avec nécessité ponctuelle de contention, une forte sédation est associée en parallèle. La prise en charge dans ce type de service devient inadaptée par rapport à la forte agressivité que présente ce patient. Une prise en charge en UMD est demandée pour assurer entre autre la protection des autres patients.

Le patient est hospitalisé à l'UMD d'octobre 2015 à octobre 2016.

#### *8.2.4 Historique des traitements pharmacologiques*

Les traitements énoncés ci-dessous retracent les différentes monothérapies ou associations en fonction des années, les posologies retracées seront les posologies journalières maximales selon les associations :

- De 1999 à 2000 : Halopéridol jusqu'à 3 mg (stoppé suite à une prise de poids et à une sédation).

- De 2000 à 2005 : Risperidone jusqu'à 4 mg.
- 2006 : Miansérine (posologie maximale non connue).
- 2007 : association Loxapine (posologie maximale non connue) et Valpromide (posologie maximale non connue).
- 2007 : Flupentixol jusqu'à 90 mg en monothérapie.
- Septembre 2008 : bithérapie Flupentixol (jusqu'à 90 mg) et Divalproate de sodium (jusqu'à 1000 mg).
- Juin 2009 : arrêt du Flupentixol suite à un épisode de surdosage médicamenteux nécessitant une hospitalisation. Le Flupentixol a donc été remplacé par du Zuclopenthixol (posologie maximale de 100 mg) et le Divalproate a été augmenté jusqu'à 1500mg à cette époque. Son traitement journalier en novembre 2009 comportait donc 100 mg de Zuclopenthixol, 1500 mg de Divalproate de sodium, 200 mg de Cyamémazine et 6 mg de Clonazépam.
- Mai 2010 : Carbamazépine LP (posologie maximale de 600 mg) et Alimémazine 40 mg au coucher. Ajout de l'Oxazépam en novembre 2010.
- De juillet 2011 à décembre 2013 : Zuclopenthixol (jusqu'à 100 mg), Carbamazépine LP (jusqu'à 600 mg), Alimémazine 40 mg au coucher et Diazépam.
- De décembre 2013 à octobre 2015: Carbamazépine LP (jusqu'à 600 mg), Tropatépine 10mg, Diazépam (jusqu'à 80 mg) et Zuclopenthixol (jusqu'à 250 mg), Lévomépromazine (jusqu'à 260 mg) et Tropatépine 10 mg.

### 8.2.5 Analyse clinique

Monsieur L. souffre d'une trisomie 21 à l'origine de ses troubles du comportement. En effet, il présente un retard mental important avec une grande difficulté à l'adaptation sociale : capacités à la communication limitées, peu d'autonomie, difficulté à respecter les règles et les normes sociales, peu d'intérêt pour les relations sociales. Il existe un retard dans les acquisitions et dans le développement psychoaffectif. On peut discuter un double diagnostic de trouble envahissement du développement, non seulement du fait de cette adaptation sociale compliquée mais aussi d'une résistance aux changements, des intérêts restreints, de cette rigidité dans le choix de ses vêtements.

La première difficulté que l'on peut souligner est la rythmicité des comportements agressifs. En effet, ces derniers se répètent très fréquemment malgré l'ensemble des

thérapeutiques mises en place en unité traditionnelle. Des séjours en USIP et en UMD sont donc demandés à plusieurs reprises. On peut remarquer qu'un cadre plus contenant lui permet de sortir davantage dans le groupe. De plus, l'UMD lui est bénéfique sur une période puisque les comportements agressifs ont nettement diminué. Cependant à chaque retour en unité traditionnelle, les troubles du comportement réapparaissent quelques jours plus tard malgré des protocoles calqués sur ceux de l'UMD.

Ensuite, il est intéressant de noter l'échec des thérapeutiques médicamenteuses. Un nombre important de molécules a été utilisé. Concernant la classe des neuroleptiques, on peut compter sept molécules différentes : Halopéridol, Risperidone, Loxapine, Cyamémazine, Flupentixol, Zuclopenthixol, Lévomépromazine. Trois thymorégulateurs ont également été utilisés : Valpromide, Divalproate de sodium et Carbamazépine. Enfin de la Miansérine, un anti-dépresseur, a également été essayée. On retrouve aussi l'usage de benzodiazépines comme l'Oxazépan, la Clonazépan et le Diazépan. On peut donc constater que l'ensemble des classes de psychotropes ont été utilisées et sans apporter le bénéfice attendu. Depuis environ 2011, le traitement de fond reste l'association de Zuclopenthixol et de la Carbamazépine avec des posologies qui ont augmenté au cours du temps.

Ce cas soulève aussi la question de l'isolement. Les comportements agressifs de monsieur L. nécessitent un isolement quasi constant, en unité traditionnelle, qui pourrait susciter un sentiment d'impuissance chez le soignant. Isoler ce patient continuellement afin de le protéger et protéger les autres n'est pas une solution acceptable au long cours. Cette nécessité d'isolement reflète aussi la difficulté à agir sur les comportements de monsieur L., en unité d'hospitalisation traditionnelle, et ceci malgré différents moyens thérapeutiques utilisés. Cet aspect souligne aussi la nécessité d'une prise en charge en UMD afin d'offrir un cadre de soin plus adapté à la clinique de ce patient.

On peut également noter des comportements agressifs graves. Il a ainsi tué le chien de la famille lors d'une crise clastique. Ces passages à l'acte rendaient le maintien en unité traditionnelle compliqué du fait des mises en danger permanentes envers les patients et les soignants.

On peut donc conclure sur le fait que ces comportements agressifs étaient répétitifs et graves. Ceci était donc difficile à gérer en unité traditionnelle qui avait recours à l'isolement quasi constant. De plus, il est important de sécuriser les autres patients et les soignants de ces comportements agressifs. L'unité traditionnelle ne peut pas répondre à ce type de clinique.



## 9. Conclusion

Les passages à l'acte hétéro-agressifs dans les unités d'admission de secteur ne sont pas tous à l'origine d'une admission en UMD. Comprendre qui sont les patients dont l'état justifie une telle admission nécessite de détailler l'ensemble de leur parcours : du passage à l'acte à l'admission en UMD, en passant par le profil clinique et l'évaluation de la dangerosité.

Dans un premier temps, la compréhension du passage à l'acte hétéro-agressif est essentielle afin de cibler les thérapeutiques appropriées. Il ne s'agit pas d'un phénomène de déterminisme unique mais qui est la conséquence de multiples facteurs : cliniques (troubles psychiatriques, comorbidités), contextuels (institution, environnement physique, architecture, fonctionnement du service) et liés aux interactions individuelles (HAS, 2016). Comme mentionné précédemment, tous les passages à l'acte hétéro-agressifs n'entraînent pas une hospitalisation en UMD. C'est leur gravité et/ou leur persistance malgré des thérapeutiques adéquates qui peuvent occasionner ce type de prise en charge plus sécurisée. Les patients relevant d'une demande d'hospitalisation en UMD ont souvent commis des passages à l'acte à caractère médico-légal. Les symptômes dont ils souffrent sont toujours sévères, fréquemment du fait d'une résistance. L'intensité de l'impulsivité est aussi un facteur d'orientation vers une prise en charge en UMD.

L'évaluation de ces comportements agressifs et plus particulièrement de la dangerosité peut se faire par des outils d'évaluation. Ces derniers peuvent être une aide dans la pratique clinique mais ils ne peuvent en aucun cas à eux seuls justifier d'une prise en charge en UMD ou non.

De plus, les capacités d'accueil des UMD sont limitées. Les délais d'attente sont souvent longs. Durant ce délai, les équipes des unités d'admission peuvent être confrontées à des difficultés. Elles peuvent s'épuiser à gérer des symptômes pour lesquels leur unité est inadaptée. La réponse est fréquemment l'isolement et la contention. Il est essentiel de le plus rapidement possible passer le relais pour éviter cet épuisement professionnel, bien que les UMD ne détiennent pas toutes les réponses (Roche, 2009). En effet, les passages à l'acte ont des conséquences graves pour les équipes. D'après le rapport de l'HAS en 2016, on retrouve des atteintes physiques et 1 à 5% des agressions donneraient lieu à une prise en charge médicale somatique. Il existe aussi un impact psychologique à ne pas négliger. Les professionnels exposés à la violence ressentent souvent de l'anxiété, de la peur, de la colère,

un sentiment de culpabilité et une perte de confiance dans leurs compétences professionnelles. Une étude retranscrite par ce rapport montre que sur 224 professionnels victimes de violence, 56% d'entre eux ont présenté des symptômes de stress post-traumatique. Ces effets sont à la fois liés aux violences verbales comme aux violences physiques. Ces professionnels ont souvent aussi le sentiment d'être abandonnés par l'institution. Les patients aussi peuvent être exposés à ces faits de violence au cours de leur hospitalisation en psychiatrie et peuvent de ce fait éprouver un sentiment d'insécurité.

Ainsi l'UMD est un lieu spécialisé dans la prise en charge de ces patients. Elle prend en charge la dangerosité psychiatrique. Son cadre contenant permet une diminution des passages à l'acte hétéro-agressifs. L'UMD est contenante en termes de locaux et de réglementation, le personnel peut être plus nombreux et plus centré sur la gestion et la prévention de la violence (Roche, 2009). L'hospitalisation peut durer de quelques mois à plusieurs années. Cependant, il faut garder à l'esprit que c'est un lieu de passage, la prise en charge doit y être temporaire. Ainsi lorsque les comportements agressifs se sont apaisés et que de manière générale une stabilisation clinique a pu être obtenue, un retour vers l'unité d'admission est envisagé après accord de la commission du suivi médical.

Lors du retour du patient en unité d'admission, il est essentiel que les deux équipes (de l'UMD et du secteur d'origine) communiquent sur la prise en charge. Il s'agit d'un moment anxiogène pour le patient qui quitte un cadre contenant dans lequel il a vécu plusieurs mois voire années. Il faut savoir discuter de l'aménagement de la prise en charge à partir des conseils élaborés par l'équipe de l'UMD. Cette communication ne doit d'ailleurs pas être rompue au cours du séjour en UMD (Roche, 2009).

L'UMD est donc une structure de soins proposant une prise en charge optimale permettant à ces patients de réintégrer leur unité de secteur dans les conditions les plus favorables. Il serait intéressant de donner aux équipes de secteur des outils pour gérer les situations d'hétéro-agressivité, tant au niveau du développement des alternatives à la contention que des stratégies pharmacologiques. Ceci permettrait de limiter certaines demandes d'admission d'UMD et d'aider les équipes soignantes à gérer ces patients en amont d'une admission en UMD.

## BIBLIOGRAPHIE

Ahern E. L'évaluation du risque d'agression. Dans Brûlé M et Cloutier L (dir.), L'examen clinique dans la pratique infirmière. ERPI éditions, 2002.

Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois ML. Criminologie et psychiatrie. Encycl Méd Chir, Psychiatrie, 37-906-A-10, 2002, 15p.

Bénézech M. Le passage à l'acte homicide en milieu médical et carcéral. Annales Médico-Psychologiques 2005 ; 163:632-641.

Bo S, Abu-Akel A, Kongerslev M, Haahr UH, Simonsen E. Risk factors for violence among patients with schizophrenia. Clinical Psychology Review 2011 ; 31:711-726.

Douglas, KS, Shaffer C, Blanchard AJE, Guy LS, Reeves K, Weir J. HCR-20 violence risk assessment scheme : Overview and annotated bibliography. HCR-20 Violence Risk Assessment White Paper Series, #1. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, 2014.

Gbézo B. Les soignants face à la violence. Edition Lamarre, Rueil-Malmaison 2005.

Haute Autorité de Santé (HAS) (2007) « Expertise psychiatrique pénale »

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/epp-rapport\\_de\\_la\\_commission-version\\_finale\\_pour\\_mel.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/epp-rapport_de_la_commission-version_finale_pour_mel.pdf)

Haute Autorité de Santé (HAS) (2011) « Dangersité 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 »

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011\\_07/evaluation\\_de\\_la\\_dangerosite\\_psychiatrique\\_-\\_recommandations\\_2011-07-06\\_15-48-9\\_213.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011_07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_recommandations_2011-07-06_15-48-9_213.pdf)

Haute Autorité de Santé (HAS) (2016) « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie »

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/guide\\_methodo\\_violence\\_hospi\\_psy.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/guide_methodo_violence_hospi_psy.pdf)

Journal Officiel de la République Française (2008) « Décret n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental »

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018162705>

Journal Officiel de la République Française (2016) « Décret n° 2016-94 du 1<sup>er</sup> février 2016 portant application des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ».

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/2/1/AFSH1521148D/jo/texte>

Látalová K. Bipolar disorder and aggression. *Int J Clin Pract* 2009 ; 63:889-899.

Le Bihan P. Les unités pour maladies difficiles. Dans Senon JL (dir), *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier Masson, Paris 2013.

Nielsens O, Large MM. Homicide in Psychiatric Hospitals in Australia and New Zealand. *Psychiatric Services* 2012 ; 63:500-503.

Nijman HLI, Muris P, Merckelbach HLGJ, Palmstierna T, Wistedt B, Vos AM, Rixtel A, Allertz W. The Staff Observation Aggression Scale - Revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior* 1999 ; 25:197-209.

Nijman HLI, Evers C, Merckelbach H, Palmstierna T. Assessing Aggression Severity with the Revised Staff Observation Aggression Scale. *J Nerv Ment Dis* 2002 ; 190:198-200.

Nolan KA, Czobor P, Roy BB, Platt MM, Shope CB, Citrome LL, Volavka J. Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services* 2003 ; 54:1012-1016.

Omérov M, Edman G, Wistedt B. Violence and threats of violence within psychiatric care – a comparison of staff and patient experience of the same incident. *Nord J Psychiatry* 2004 ; 58: 363-369.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42545/1/9242545619\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42545/1/9242545619_fre.pdf)

Palmstierna T, Wistedt B. Staff observation aggression scale, SOAS : Presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1987 ; 76:657-663

Quanbeck CD, McDermott BE, Lam J, Eisenstark H, Sokolov G, Scott CL. Categorization of Aggressive Acts Committed by Chronically Assaultive State Hospital Patients. *Psychiatric Services* 2007 ; 58:521-528.

Roche MP. L'unité pour malades difficiles n'est pas un lieu de soins sans issue. *Soins psychiatrie* 2009 ; 261:22-26.

Sautereau M, Brousse G, Meunier F, Jalenques I. La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : repères juridiques et interrogations cliniques. *Santé publique* 2009 ; 21 :427-436.

Senninger JL, Fontaa V. Les unités pour maladies difficiles. Editions Heures de France, Paris 1994.

Stanford MS, Houston RJ, Mathias CW, Villemarette-Pittman NR, Helfritz LE, Conklin SM. Characterizing aggressive behavior. *Assessment* 2003 ; 10:183-190.

Voyer M, Senon JL. Présentation comparative des outils d'évaluation du risque de violence. *L'information psychiatrique* 2012 ; 88 :445-453.

Webster C, Douglas K, Eaves D, Hart S. Mental Health, Law and Policy Institute, British Columbia. 1997.

Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression. *Am J Psychiatry* 1986 ; 143:35-39.

# SERMENT MEDICAL

Version du Serment d'Hippocrate réactualisée et publiée dans le bulletin de l'Ordre  
National des Médecins (Avril 1996, n°4)

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

