



HAL
open science

La violence en psychiatrie : profil des patients et évolution après prise en charge en unité pour malade difficile, étude rétrospective

Alexis Thines

► To cite this version:

Alexis Thines. La violence en psychiatrie : profil des patients et évolution après prise en charge en unité pour malade difficile, étude rétrospective. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03952130

HAL Id: dumas-03952130

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03952130v1>

Submitted on 23 Jan 2023

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.



Année 2022

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Alexis THINES

Présentée et soutenue publiquement le 26 octobre 2022

**LA VIOLENCE EN PSYCHIATRIE : PROFIL DES PATIENTS ET
ÉVOLUTION APRÈS PRISE EN CHARGE EN UNITÉ POUR MALADE
DIFFICILE, ÉTUDE RETROSPECTIVE**

Directeur de thèse

Mme le Docteur Serra URETEN, PH au CH de Sète.

Jury

Mr le Professeur Pierre-Michel LLORCA, Président

Mr le Professeur Georges BROUSSE, Juge

Mr le Professeur Ludovic SAMALIN, Juge

Année 2022

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par
Alexis THINES

Présentée et soutenue publiquement le 26 octobre 2022

**LA VIOLENCE EN PSYCHIATRIE : PROFIL DES PATIENTS ET
ÉVOLUTION APRÈS PRISE EN CHARGE EN UNITÉ POUR MALADE
DIFFICILE, ÉTUDE RETROSPECTIVE**

Directeur de thèse

Mme le Docteur Serra URETEN (Service médico-psychologique du CH de Sète)

Jury

Mr le Professeur Pierre-Michel LLORCA, Président

Mr le Professeur Georges BROUSSE, Juge

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre
: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François

◇◇◇◇◇

UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **HAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - Mme MOINADE Simone - MM. MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. RISTORI Jean-Michel - ROZAN Raymond - SCHOEF-FLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOIX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis – Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M.	AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M.	LABBE André	Pédiatrie
M.	AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M.	DURIF Franck	Neurologie
M.	BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.	BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M.	POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M.	CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme	PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M.	BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M.	CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.	DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive

M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M.	CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

**PROFESSEURS DE
1ère CLASSE**

M.	DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme	CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme	KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M.	TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M.	CORNELIS François	Génétique

M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Federico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
---------------------	-------------------------

**MAITRES DE CONFERENCES DE
1ère CLASSE**

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie

**MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE**

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MASDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène
Mme LAPORTE Catherine
M. LOLIGNIER Stéphane
Mme MARTEIL Gaëlle
M. PINEL Alexandre

Médecine Générale
Médecine Générale
Neurosciences – Neuropharmacologie
Biologie de la Reproduction
Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles
M. BERNARD Pierre
Mme ESCHALIER Bénédicte
Mme RICHARD Amélie

Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale

Remerciements

J'adresse mes remerciements à Madame le Docteur Serra URETEN, qui a accepté de diriger ma thèse, qui a pu me donner les bons contacts et me faire me poser les bonnes questions. Merci de m'avoir aidé à trouver ce sujet et de m'avoir aiguillé.

A Monsieur le Professeur Pierre-Michel LLORCA, qui m'a fait la faveur d'accepter de présider ce jury, l'honneur de croire en moi, qui m'a laissé suffisamment de liberté et qui sera, je l'espère, pleinement satisfait par ce travail. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance, mon admiration et mon respect.

Aux membres du jury, je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect. Merci d'avoir accepté cette invitation.

Arrivant au bout de ces études longues et fastidieuses, considérant les difficultés que j'ai pu traverser (et par la même, que j'ai pu faire traverser à mon entourage), des remerciements s'imposent :

- à mes parents, qui ont eu une patience plus qu'incroyable et sur qui j'ai toujours pu compter. Merci pour votre immense dévouement et votre soutien sans faille. Merci pour cet amour qui n'a pas besoin d'être exprimé car il est tout simplement évident et omniprésent.

- à mes frères, à qui j'espère ne pas avoir trop fait défaut dans mon rôle d'ainé, à qui j'espère avoir pu consacrer suffisamment de temps dans ma folle course, mais pour qui il y aura toujours une place dans mon coeur et dans ma tête.

- au reste de ma famille pour votre compréhension, votre aide et votre présence. Pour m'avoir accompagné avec douceur et amour tout au long de mon cursus.

- à mes amis, Valentin, Boris, Thomas... et tant d'autres qui m'ont soutenu durant toutes ces années et qui m'ont permis de me vider la tête quand elle était sur le point d'exploser.

Plan

- Introduction	17
<i>I-Rationnel de l'étude et données issues de la littérature</i>	18
A) <i>La dangerosité en psychiatrie</i>	18
1) <i>Définition de la violence et de la dangerosité</i>	19
2) <i>Les différents types de dangerosités, classification psychiatrique</i>	21
2.1) <i>Dangerosité en lien avec les troubles psychotiques</i>	27
2.1.1. <i>Facteurs intrinsèques, liés à la maladie</i>	28
2.1.2. <i>Facteurs extrinsèques, non liés à la maladie</i>	30
2.2) <i>Dangerosité en lien avec le trouble de la personnalité psychopathique</i>	31
2.3) <i>Dangerosité en lien avec des troubles neurologiques</i>	34
2.3.1. <i>En lien avec des anomalies neurologiques structurales</i>	35
2.3.2. <i>En lien avec des anomalies des neurotransmetteurs/hormonales</i>	36
2.3.3. <i>Dangerosité en lien avec les violences sexuelles</i>	39
2.4) <i>Dangerosité en lien avec la prise de substances psychoactives</i>	43
B) <i>Prise en charge de la dangerosité</i>	46
1) <i>Evaluation de la dangerosité</i>	47
2) <i>Prévention primaire, secondaire et tertiaire : définitions</i>	48
3) <i>Prévention tertiaire, prise en charge de la dangerosité</i>	49
3.1) <i>Prise en charge médicamenteuse</i>	50
3.2) <i>Electroconvulsivothérapie</i>	55
3.3) <i>Prise en charge psychothérapeutique</i>	56
3.4) <i>Prise en charge institutionnelle</i>	57
C) <i>Unité pour malades difficiles (UMD)</i>	59
1) <i>Historiques des UMD</i>	59
1.1) <i>Création législative du concept de « malade psychiatrique »</i>	60
1.2) <i>L'idée d'un établissement spécial</i>	61

2) Profil des patients admis en UMD.....	62
2.1) Du statut aux antécédents médico-légaux.....	63
2.2) Profil des patients pris en charge sur l'UMD Henri Colin en 2016.....	64
3) Modalités de la prise en charge en UMD.....	67
3.1) Modalités administratives.....	67
3.2) Modalités thérapeutiques.....	70
2.3) Durée moyenne d'hospitalisation et de séjour.....	72
II- Etude observationnelle, monocentrique et rétrospective.....	73
A) Matériel et méthode.....	73
1) Présentation.....	73
1.1) Contexte de l'étude.....	73
1.2) Hypothèse.....	74
2) Objectifs de l'étude.....	75
2.1) Objectif principal.....	75
2.2) Objectifs secondaires.....	76
3) Population, parcours de soin et critères d'inclusion.....	77
4) Déroulement de l'étude.....	77
B) Résultats.....	83
1) Population.....	83
1.1) Modalités d'inclusion.....	83
1.2) Données sociaux démographiques et motif de la demande.....	84
1.3) Récolte des données au moment de leur arrivée à l'UMD.....	85
1.4) Récolte des données auprès du psychiatre traitant, après passage en UMD.....	87
2) Evolution des facteurs prédictifs de violence.....	90
2.1) Les critères socio-démographiques.....	91
2.2) Les critères concernant la prise en charge médico-psychologique.....	94
2.3) Les critères concernant la consommation de stupéfiants.....	96
3) Evolution de la fréquence et du type de passages à l'acte violent.....	99

III- Discussion	100
1) <i>Caractéristiques psychiatriques de la population étudiée</i>	101
2) <i>Format de l'étude</i>	102
3) <i>Evolution de la dangerosité</i>	102
4) <i>Evolution des critères secondaires</i>	105
4.1) <i>Evolution des critères socio-démographiques</i>	106
4.2) <i>Evolution de la prise en charge médico-psychologique</i>	110
4.3) <i>Evolution de la consommation de stupéfiants</i>	112
5) <i>Méthodologie de l'étude : limites</i>	114
IV- Conclusion	117
V- Bibliographie	119
VI- Annexes	128

Liste des Tableaux et Figures

TABLEAUX :

Tableau 1 : Quelques définitions précises et actuelles en lien avec la violence

Tableau 2 : Questionnaires remplis sur dossier et transmis au psychiatre traitant

FIGURES :

Figure 1 : Typologie de la violence

Figure 2 : Voies d'accès à la violence dans la schizophrénie

Figure 3 : Médiateurs biologiques des réponses de stress

Figure 4 : Grille HCR-20

Figure 5 : Flow Chart

Abréviations

5-HT : 5-HydroxyTryptamine

ARS : Agence Régionale de Santé

CIM-10 : Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé (version 10)

CAP : Certificat d'Aptitude Pédagogique

CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques sans consentement

CMP : Centre Médico-Psychologique

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (version 5)

ECT : ElectroConvulsivoThérapie

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

GABA : Gamma-Amino-Butyric Acid

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

HCR-20 : Historical Clinical Risk (sur 20 points)

IC : Intervalle de Confiance

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IRSNa : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

LH : Luteinizing Hormone

MMPI : Minnesota Multiphasic Personality Inventory

OAS : Overt Aggression Scale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

PCL-R : Psychopathie CheckList Revised

PCP : Phénicyclidine

QI : Quotient Intellectuel

SARA : Spousal Assault Risk Assessment

SPDRE (ou SDRE) : Soins Psychiatriques à la Demande de Représentant de l'Etat

START : Short-Term Assessment Risk and Treatability

SVR-20 : Sexual Violence Risk (sur 20 points)

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

THC : Tétrahydrocannabinol

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

VRAG : Violence Risk Appraisal Guide

Introduction

L'existence d'une relation entre pathologie mentale et violence est connue depuis longtemps et se vérifie quotidiennement dans notre pratique clinique. Ayant été confronté à cette violence, ayant suivi un patient dont la clinique avait évolué très favorablement après un séjour en UMD, et après avoir constaté une absence de littérature à ce sujet, nous avons décidé d'initier cette étude.

Dans ce travail, nous nous sommes intéressés aux violences survenant dans le cadre des maladies psychotiques. Il existe de nombreuses réponses à cette violence, elles ont été étudiées et ont montré leur efficacité comme leurs limites. L'unité pour malades difficiles fait partie des réponses, face à ces situations de dangerosité importante, que nous pouvons mettre en place, souvent en dernier recours.

Dans un premier temps, à travers une revue de la littérature, nous allons définir les termes de violence et de dangerosité. Nous étudierons cette hétérogénéité de la dangerosité et les causes intrinsèques et extrinsèques de celle-ci. Nous verrons quelles réponses médicales sont mises en place face à cette dangerosité psychiatrique, nous nous intéresserons notamment à l'histoire des unités pour malades difficiles et à leur fonctionnement.

Les unités pour malades difficiles sont un outil thérapeutique que nous savons efficace de par notre expérience clinique mais qui n'a pas été évalué en tant que tel. Dans un second temps, nous allons donc monter une étude d'évaluation de cet outil thérapeutique.

Enfin, après récolte des résultats, nous essayerons d'étudier l'efficacité de cet outil thérapeutique et mettrons cela en perspective avec d'autres méthodes s'adressant à des populations différentes ou usitées dans d'autres systèmes de santé.

I-Rationnel de l'étude et données issues de la littérature

A) La dangerosité en psychiatrie

Du moment que l'homme a pu transmettre des règles, que ce soit de manière orale ou de manière écrite, il a condamné le non respect de celles-ci.

Ces règles ont permis de créer le concept de violence, un concept qui a de multiples définitions. Cependant, de par son étymologie, nous pouvons comprendre le sens de ce mot : il est composé du préfixe « vu » qui signifie force et du suffixe « ence » qui désigne une action, le mot "violence" signifie donc la matérialisation d'un transfert d'énergie sur un individu/un objet. [1]

Le transfert d'énergie, en fonction de son intensité, peut provoquer des lésions à l'individu/l'objet qu'il vise. C'est pour cette raison que la société a prohibé la survenue de la violence en dictant des règles qui condamnent la survenue de celle-ci au sein de la dite société et ainsi, elle a facilité le « vivre ensemble ».

Afin de comprendre, d'intégrer et à fortiori de respecter ces règles, il est nécessaire d'être bien ancré dans la réalité de la société qui les dicte.

C'est pour cette raison que la psychiatrie et la justice présentent une histoire parallèle complexe qui trouve son origine dans un flou concernant la définition du crime et de la folie.

Ainsi le crime serait le fait d'enfreindre volontairement ces règles et la folie serait, quant à elle, due au fait de ne pas pouvoir les intégrer car elles ne coïncident pas avec notre perception de la réalité.

Concernant le concept de violence, nous pouvons donc dire que la violence peut relever à la fois du crime, tout comme elle peut relever de la folie. [2] Afin de bien saisir cette distinction, nous allons commencer par donner les définitions actuelles de violence, d'agressivité et de dangerosité.

1) Définition de la violence

Il existe bien des façons de définir la violence : selon la définition du dictionnaire le Larousse, le mot violence est issu du latin « violentiae » et désigne le « caractère de ce qui se manifeste avec une force intense voire brutale » ou encore « le caractère de quelqu'un qui est emporté, agressif, brutal » [6]. Cette définition est purement étymologique et la violence n'est définie que comme l'expression d'une force, un transfert d'énergie, ce qui est trop réducteur pour notre travail.

Intéressons nous donc à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : dans son rapport mondial sur la violence et la santé, elle la définit comme étant « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations ». Cette définition comprend les violences interpersonnelles, auto-infligées et collectives. Selon l'OMS, la violence constitue l'un des principaux problèmes de santé publique au monde [5].

Concernant l'utilisation du mot violence :

Plusieurs termes sont employés dans le langage courant et en psychiatrie lorsqu'il s'agit de parler de la violence au sens large. Ce panel de définition rend la compréhension ardue et l'utilisation par les

soignants, parfois inappropriée. Nous allons donc tenter d'éclaircir ces appellations en donnant des définitions précises et actuelles à tous ces termes :

Agressivité	L'agressivité, qu'elle soit physique ou verbale, est l'expression d'une intention hostile. La violence se différencie de l'agressivité et de l'agression. Selon Senninger et Fontaa (1994) [7], la violence est toujours sous-tendue par l'agressivité, mais à l'inverse, toute agressivité ne se traduit pas en violence.
Hétéro-agressivité	L'hétéro-agressivité est un comportement externalisé dans le but de faire mal ou de détruire autrui. Elle peut être verbale, physique ou encore dirigée vers des objets [3]. On différencie en général l'agressivité affective, reliée à un certain degré d'impulsivité en réponse à une frustration, et l'agressivité préméditée [4]. Notre travail portera sur ces deux types d'agressivité.
L'auto-agressivité	L'auto-agressivité est la violence dirigée vers soi, elle comprend les scarifications, les tentatives de suicide et les équivalents suicidaires.
Violence	La violence est un type de grande agressivité, en général dirigée contre les humains, mais pouvant aussi être verbale ou dirigée vers les objets [3]. Elle est le comportement associé à l'agressivité et sera donc interchangeable avec le terme d'agression dans notre travail.
Hostilité	L'hostilité est définie comme un état général négatif envers autrui, un sentiment d'inimitié, une expression verbale et non verbale de colère et de ressentiment. Elle est donc le sentiment directement relié au degré d'agressivité [5].
Impulsivité	L'agressivité peut être liée à une forte impulsivité (définie comme un comportement non réfléchi), surtout lors des passages à l'acte non prémédités. Bien que l'impulsivité, mesurée par la Barratt Impulsiveness Scale (BIS) [6] soit corrélée à l'agressivité mesurée à l'Overt Aggression Scale (OAS) [8], celle-ci est sous-tendue par des mécanismes différents, et les études portant sur celles-ci ne seront pas incluses dans notre travail.
Agitation	L'agitation est une activité motrice ou verbale excessive. Celle-ci peut être responsable de passage à l'acte agressif, mais ne résulte pas d'un désir de nuire et a des étiologies différentes. Elle ne sera donc pas incluse dans notre travail [3]. Ainsi, notre travail inclura les études comportant les termes d'agression, d'agressivité, d'hostilité et de violence, et exclura l'agitation, l'impulsivité et les comportements auto-agressifs.

Tableau 1 : Quelques définitions précises et actuelles en lien avec la violence

Toutes les définitions vues précédemment nous aident donc à définir ce qui est au cœur des préoccupations médico-judiciaires, qui reflète les inquiétudes sociales et qui est au cœur de notre travail : elles nous permettent de cerner, criminologiquement parlant, le concept de **dangerosité**.

En effet, selon la loi du 27 février 2008, la dangerosité est criminologiquement définie comme la « probabilité très élevée de commettre à nouveau l'une des infractions », c'est donc une estimation du risque de récidive d'un acte violent. A travers cette définition judiciaire, 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 [13].

Le professeur Bénézech (2002) la définit comme un « état, situation ou action dans lesquelles 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. [14]

Ainsi, la commission d'audition de mars 2011 de la HAS sur la dangerosité psychiatrique, en se basant sur l'audition publique de la fédération française de psychiatrie (janvier 2007), définit deux types de dangerosité [21] :

- La dangerosité psychiatrique à proprement parler : 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.

2) Typologie de la violence, classification psychiatrique

Nous avons vu dans le chapitre précédent, que la violence est définie comme un type de grande agressivité mais c'est un concept qui reste vague de par les multiples formes qu'il peut prendre.

Ainsi dans sa résolution 49.25 de 1996, où elle déclare que la violence est un problème de santé publique important, l'Assemblée Mondiale de la Santé (organe décisionnel supérieur de l'Organisation Mondiale de la Santé) demandait à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de définir une typologie de la violence qui caractérise ces sous-types en établissant des liens entre eux. Il existe déjà quelques typologies, mais aucune n'est très détaillée [11].

Types de violence : La typologie proposée ici divise la violence en trois grandes catégories correspondant aux caractéristiques de ceux qui commettent l'acte violent :

- la violence auto-infligée ;
- la violence interpersonnelle ou dirigée contre autrui ;
- la violence collective.

Cette catégorisation initiale établit une différence entre la violence qu'une personne s'inflige à elle-même, la violence infligée par une autre personne ou par un petit groupe de personnes, et la violence infligée par des groupes importants, comme des États, des groupes politiques organisés, des milices, des organisations terroristes, etc. [Annexe 1]. Ces trois grandes catégories sont elles-mêmes subdivisées afin de tenir compte de types de violence plus précis.

Nature des actes violents : La figure qui suit illustre la nature des actes violents, qui peuvent être :

- physiques ;
- sexuels ;
- psychologiques ;
- et comporter privations et négligence.

Typologie de la violence

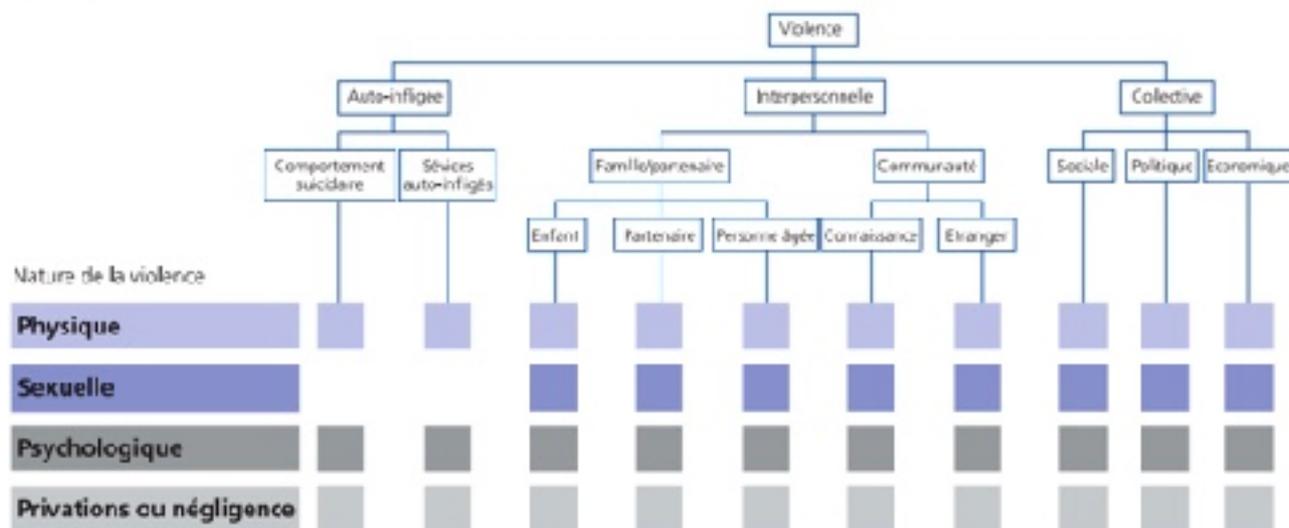


Figure 1 : Typologie de la violence

Ces quatre types d'actes violents se produisent dans chacune des grandes catégories (auto-infligée, interpersonnelle, collective) et sous-catégories de violences suscitées.

Quoique imparfaite et loin d'être universellement acceptée, cette typologie offre un cadre de référence utile pour comprendre les schémas de violences complexes qui se produisent partout dans le monde, ainsi que la violence que connaissent personnes, familles et communautés dans leur vie quotidienne.

Cependant, en théorie comme en pratique, la ligne de démarcation entre les différents types de violence n'est pas toujours aussi claire. Cette typologie de la violence et des actes violents nous aide à définir ce qu'est la dangerosité. Comme vu précédemment, la dangerosité est donc le risque de survenue ou de récurrence d'un passage à l'acte. Passage à l'acte qui peut être l'expression de la maladie mentale.

Dernièrement, de nombreuses études se sont intéressées à la question de la dangerosité et reconnaissent l'existence d'un lien entre violence et maladie mentale. Cette association paraît plus importante en cas de troubles mentaux sévères, en particulier psychotiques, le risque augmentant également avec l'usage ou l'abus de substances psychoactives.

Néanmoins, l'importance de cette association, bien que statistiquement significative, reste très modeste. En comparaison, d'autres éléments comme l'âge, le sexe, l'environnement familial, les niveaux d'éducation ou socioéconomique sont plus fréquemment corrélés à la survenue de violence [15][16][17][18]. La violence et les crimes qui sont exclusivement attribués à la maladie mentale sont rares et ne représentent en réalité qu'une faible proportion de la criminalité générale. En effet, les personnes atteintes de troubles mentaux sont plus fréquemment victimes qu'auteurs de violences. [10]

Il n'y a pas de consensus concernant le fait qu'il existe ou non une forme spécifique de violence inhérente aux patients pris en charge en psychiatrie. Cependant l'acte de violence en lui même n'est pas une problématique qui relève de la psychiatrie. Lorsque la violence est prise en charge en psychiatrie, c'est parce qu'elle est la conséquence d'une altération du discernement/du contrôle et cela à cause d'une maladie psychiatrique.

Afin de bien faire la part des choses, nous allons nous intéresser aux notions juridiques de responsabilité et d'intentionnalité :

- En ce qui concerne la responsabilité pénale, c'est l'obligation de répondre de ses infractions, ce qui implique l'étude de l'infraction et des conséquences punitives qui en résultent. Cette définition conduit à affirmer que ladite responsabilité ne peut être que personnelle, ce que confirme l'article 121-1 du code pénal : « Nul n'est responsable pénalement que de son propre fait. » [19]

- Lorsqu'il existe la notion de responsabilité pénale, on distingue la notion de délit (actes accidentels, par négligence) ou de crime (actes insoucians ou avec la volonté de nuire) en jugeant l'intentionnalité : [20]

- Les actes accidentels, en lien avec une action menée prudemment où la survenue du préjudice ne pouvait pas être prédite. Il n'y a pas d'intentionnalité.

- Les actes par négligence, en lien avec des actions qui, par manque de prudence ou de vigilance, peuvent entraîner des préjudices, sans intention d'en créer.
- Les actes insoucians, en lien avec des actions qui potentiellement portent préjudice. Le risque de survenue du préjudice était connu mais consciemment non pris en considération. Il existe une intentionnalité.
- Les actes criminels, en lien avec une action dont l'intention est directement de porter préjudice.
- Cependant, lorsque l'irresponsabilité pénale est reconnue, il est impossible de déterminer l'intentionnalité de l'acte. Cette responsabilité pénale du justiciable est déterminée par le juge sur avis du médecin expert psychiatre requis. [21]

Depuis la loi du 25 février 2008, de part l'article 122-1 du code pénal, l'irresponsabilité pénale étant reconnue, il est désormais possible pour le juge d'ordonner le placement d'office de ces criminels, ainsi que des mesures de sûreté (interdictions, obligations) les concernant après leur placement en milieu psychiatrique. [13]

Ces patients, dont les procès verbaux d'infraction ont été classés sans suite du fait de cette irresponsabilité causée par une maladie psychiatrique, sont hospitalisés en milieu psychiatrique du fait de leur dangerosité. Les actes de violences commis par ces patients s'inscrivent dans ce que l'on nomme comme étant la « dangerosité psychiatrique ». [21] [22]

Nous venons donc de nous intéresser à la typologie de la violence au niveau légal, nous avons vu dans ce chapitre que lorsque que le jugement était altéré, on parlait d'irresponsabilité pénale. C'est le cas quand cette irresponsabilité pénale est en lien avec une cause psychiatrique et l'on parle alors

de « dangerosité psychiatrique ». Cette dangerosité est en lien avec le risque de survenue de violences, ces violences ont différentes étiologies, nous allons donc étudier cette dangerosité en fonction de la cause de ces violences.

Des auteurs se sont déjà intéressés à cette classification des violences, plus particulièrement chez les patients atteints de schizophrénie, tels que JOYAL en 2005 [23] ou VOLAVKA et CITROME en 2011 [24], ce qui tombe en adéquation avec le sujet de notre recherche.

Selon JOYAL, on distingue les violences chez ces patients en lien : avec la symptomatologie psychotique, en lien avec un trouble grave de personnalité (psychopathique), en lien avec une origine neurologique. VOLAVKA et CITROME étudient la violence chez les patients atteints de schizophrénie tout en séparant bien les autres facteurs favorisant la survenue de ces violences, tels que la consommation de substances, la non adhésion aux soins, l'histoire de vie, les prédispositions génétiques et les traits psychopathiques.

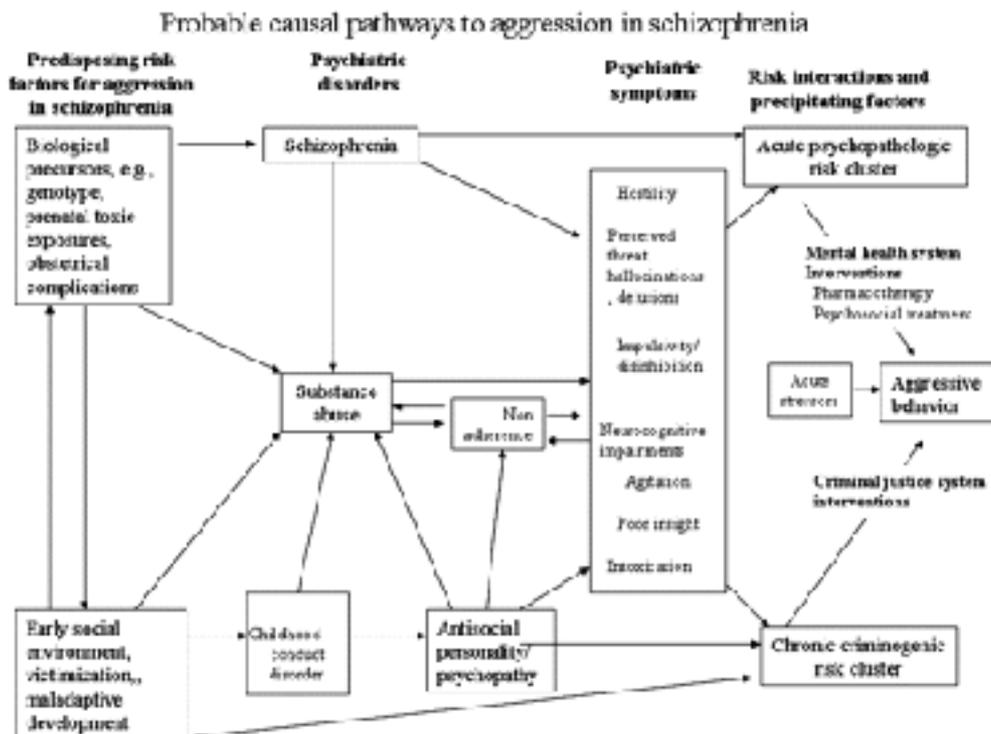


Figure 2 : Voies d'accès à la violence dans la schizophrénie

Bien que ces éléments soient généralement intriqués chez les individus commettant des actes violents, nous allons les étudier séparément. Par soucis de clarté, nous étudierons dans un premier

temps la dangerosité en lien avec les troubles psychotiques, puis la dangerosité en lien avec un trouble de la personnalité psychopathique, les violences d'origine neurologique et enfin nous nous intéresserons aux facteurs prédisposant à la survenue de violence chez les patients atteints de schizophrénie.

2.1.) Dangerosité en lien avec les troubles psychotiques

La littérature scientifique internationale s'est souvent efforcée d'étayer l'idée que la pathologie psychotique est un facteur de risque majeur de comportements agressifs ou violents. La schizophrénie serait une pathologie mentale surreprésentée dans les phénomènes de violence individuelle, sans qu'il soit pour autant précisé dans quelle mesure la maladie ou ses multiples dimensions cliniques sont causales ou corrélées. [25]

Cette notion est à nuancer ; l'augmentation du risque de violence chez les patients atteints de schizophrénie, relativement à la population générale est retrouvée dans toutes les études à la méthodologie rigoureuse. Cependant de nombreux autres facteurs sont à prendre en considération [21] :

- la majoration de ce risque par la co-occurrence d'un abus de substances et par le nombre de diagnostics associés ;
- l'importance des biais méthodologiques et des facteurs de confusion représentés par les données biographiques et socio-démographiques associées (âge, sexe, trajectoire personnelle, isolement social, etc..) ;
- le risque considérablement plus important représenté par l'abus de substances que par les troubles schizophréniques ;

- enfin l'impossibilité de conclure sur la nature du lien statistique mis en évidence entre schizophrénie et violence : effectivement, la démonstration d'une corrélation n'est pas celle d'une relation de cause à effet.

Cependant, en ce qui concerne les actes d'auto-agressivité, à fortiori les suicides, la fréquence est bien plus élevée que dans la population générale [26] : il est de l'ordre de 6.5% chez les hommes et de 6.9% chez les femmes.

Les actes de violences commis par les patients atteints de schizophrénie sont plus souvent graves, à type d'homicide, la proportion de patients schizophrènes chez les auteurs de crimes tout confondus est inférieur à 1% tandis qu'elle est de 5% lorsqu'il s'agit d'homicides. Ces homicides sont plus fréquemment dirigés contre des connaissances ou contre la famille de l'agresseur. [27]. Cette surreprésentation dans la survenue d'actes de violence auto-agressive tout comme la surreprésentation dans les actes de violence hétéro-agressifs avec homicide permet de dire qu'il existe une dangerosité, quantifiée, en lien avec les troubles psychotiques. C'est cette dangerosité et cette surmédiatisation qui incite la société et le corps médical à apporter une réponse adaptée à ces actes.

Cependant, afin de déstigmatiser les patients atteints de troubles psychotiques, il paraît nécessaire de prendre en considération les facteurs sociaux ou contextuels qui favoriseraient le recours à la violence d'une personne présentant une pathologie mentale.

2.1.1 Facteurs intrinsèques, liés à la maladie

Pour la majorité des auteurs, la maladie psychotique n'est pas, en elle-même, un fort indicateur de dangerosité. Les facteurs qui participent à la genèse des comportements violents sont multiples, souvent extrinsèques et fréquemment intriqués. La relation entre maladie mentale et violence est complexe et ne peut se réduire à un simple lien de causalité. Chez une personne souffrant de

troubles mentaux, la présence de « facteurs de risque » de violence ou de « facteurs associés » à la violence ne suffit pas à prédire la survenue d'un passage à l'acte.

La littérature internationale met l'accent sur un ensemble de facteurs qui méritent l'attention des équipes de soins, qu'ils soient cliniques ou organisationnels [21]. Ces facteurs, bien qu'ils ne soient pas exclusifs à la maladie psychotique, sont surreprésentés dans celle-ci et peuvent donc être décrits comme intrinsèques à la survenue de violence chez les patients psychotiques et peuvent permettre de définir une dangerosité en lien avec le trouble psychotique. Ces facteurs sont :

- **Antécédents de violence et de « troubles des conduites » dans l'enfance et l'adolescence.** Il convient d'interroger systématiquement les personnes souffrant de troubles schizophréniques ou de l'humeur sur leurs antécédents de violence infligée ou subie (type, cible, etc.) et de « troubles des conduites » éventuels.
- **Comorbidités psychiatriques.** Les données de la littérature confirment que plus le nombre de comorbidités est important plus le risque de violence est élevé chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou de l'humeur. Il convient donc de rechercher systématiquement les comorbidités dans une approche globale et dynamique de la personne. Il est nécessaire d'envisager systématiquement une prise en charge globale des comorbidités (abus ou dépendance à l'alcool ou à d'autres substances psychoactives et trouble de la personnalité de type psychopathique), réalisée par une seule équipe ou par des équipes coordonnées.
- **Addiction : alcool et autres substances psychoactives.** (cf chapitre ci-dessous)
- **Trouble de la personnalité psychopathique associé, anciennement schizophrénie héboïdophrénique.** (cf chapitre ci-dessous)
- **Troubles neurologiques/neuropsychologiques.** Devant tout patient souffrant de troubles mentaux, il est essentiel d'effectuer un examen somatique, de rechercher une éventuelle confusion

mentale et d'évaluer les fonctions cognitives. Les données de la littérature invitent à porter une attention particulière aux patients souffrant de psychose de type déficitaire dont certains troubles neuropsychologiques permettent de comprendre la dangerosité inhérente des passages à l'acte violents survenant dans des moments de trop grande proximité en institution.

2.1.2. Facteurs extrinsèques, non liés à la maladie

Si les facteurs démographiques sont pris en compte, il est apparent que les hommes, sont surreprésentés parmi les patients psychotiques, plus particulièrement les hommes célibataires qui ont un ratio de 50 fois plus de chance de développer une maladie psychotique que les hommes mariés. [28]. Tout comme les patients issus de milieux où la violence est plus fréquente, ils sont eux mêmes des patients plus susceptibles d'être dangereux [28][29]. D'autres facteurs tels que l'âge et l'ethnie pourraient intervenir [30].

Nous avons vu que le statut marital, le milieu socioculturel, l'origine ethnique et l'âge étaient en relation avec la survenue de violence. En étudiant l'impact de ces différentes caractéristiques, il ressort que c'est indéniablement l'âge qui joue un rôle prépondérant. [29][31][32].

Un autre facteur à prendre en compte, qui est lui même influencé par l'environnement socio-démographique, est l'abus d'alcool ou de drogue [33]. Il faut rester précautionneux car l'abus de substance est une cause à part entière de déclenchement d'acte de violence [34] et nous reviendrons là-dessus.

Bien que ces différents facteurs socio-démographiques sont plus à même d'expliquer le passage à l'acte violent que la schizophrénie en elle-même, il devient ardu de faire la part des choses lorsque l'on sait que ce sont ces mêmes facteurs socio-démographiques qui sont impliqués de manière non négligeable dans la survenue de la maladie schizophrénique.

En effet, les caractéristiques socio-démographiques représentent le mode de vie d'un individu et le contexte dans lequel il évolue. Ces caractéristiques s'appliquent donc à différents niveaux , que ce soit individuel (statut marital, niveau socioéconomique, appartenance ethnique, composition familiale, mobilité résidentielle) ou concernant son environnement proche comme l'école ou le quartier (densité ethnique, niveau d'organisation sociale, niveau socioéconomique, capital social).

Les facteurs socio-démographiques sont associés à l'augmentation du risque de schizophrénie , à fortiori de dangerosité, lorsqu'ils sont défavorables, quel que soit leur niveau d'action. [35]

2.2) Dangerosité en lien avec le trouble grave de la personnalité dyssociale (psychopathique)

La relation entre violence et psychopathie est établie depuis longtemps et est intégrée par l'ensemble de la population et des soignants. Ce qui créait encore débat est de savoir en quoi la psychopathie est directement reliée à tel ou tel type de comportement violent. Des covariantes restent à prendre en considération (comme le QI ou le fait d'avoir été confronté à des événements violents dans son histoire de vie), mais une fois ces dernières normalisées, la terminologie à adopter en fonction du type de traits de caractère ou de comportements violents, reste à définir. Il n'y a pas UNE, mais DES psychopathies. [36]

Dans la CIM 10, on parle de personnalité dyssociale et elle est caractérisée ainsi : « un écart entre le comportement et les normes sociales, une indifférence froide, une attitude irresponsable, une incapacité à maintenir durablement les relations, une faible tolérance à la frustration, une absence de culpabilité et une tendance à blâmer autrui. » [37]

Dans le DSM V, on parle de personnalité antisociale, elle est décrite comme un mépris et une transgression des droits d'autrui. Elle est caractérisée ainsi : « une incapacité à se conformer, le fait de tromper par profit, une impulsivité, une irritabilité/agressivité, une irresponsabilité et une absence de remord. » [37]

On voit bien qu'en fonction des référentiels, la psychopathie/sociopathie/personnalité antisociale est définie soit en fonction de son rapport à l'ordre social, soit en fonction de son rapport à la loi ou encore de son rapport à l'organisation psychique/la psychogenèse.

Néanmoins, il y a trois registres qui se croisent dans toutes les définitions de la psychopathie que l'on peut trouver :

- Défaut de maîtrise comportementale : Impulsivité, irritabilité, passage à l'acte, clinique de l'agir.
- Défaillance narcissique : Sentiment d'insécurité étant l'expression de carence affective et entraînant une disparition de la notion d'appropriation.
- Défaillance du contrôle émotionnel : Déficit de compréhension et de vécu des émotions.

C'est ce registre de déficit de maîtrise comportementale qui explique donc que psychopathie et dangerosité soient intimement liées. [37]

La psychopathie, en tant que trouble de la personnalité, peut être ou non accompagnée d'autres troubles mentaux. C'est cette association que l'expert psychiatre cherche à établir dans les affaires criminelles. La psychopathie en elle-même n'est pas une cause d'irresponsabilité pénale, elle peut néanmoins être associée à d'autres troubles, notamment psychotiques, et s'il est avéré que l'acte violent survient lors d'un épisode délirant aigu, on peut invoquer l'irresponsabilité pénale. L'expertise remplit le rôle de filtre visant à repérer les malades afin de leur donner des soins appropriés, elle sert de régulateur entre hôpital et prison.[38][39]

L'acte de violence survenant chez les patients atteints de schizophrénie dite héboïdophrénique en pleine décompensation sera non seulement quantitativement mais aussi qualitativement différent de celui des patients n'ayant pas de maladie psychiatrique sous-jacente. [40] La psychopathie, de part la dangerosité qu'elle entraîne, peut donc être une possible explication à la survenue de l'acte violent ou peut tout autant n'en être qu'un cofacteur qui ne pourrait suffire à le justifier.

Comme nous venons de le voir, la psychopathie peut être ou non intimement liée à la maladie mentale. La psychiatrie et la prison présentent une histoire parallèle complexe qui trouve son origine dans une distinction radicale du crime et de la folie. [41]

Des recherches ont été menées au niveau neuro-anatomique et neuro-organisationnel pour tenter de trouver des explications biologiques au comportement psychopathique. En effet, des dommages majeurs des substances grise et blanche au niveau du cortex préfrontal se sont avérés entraîner une personnalité pseudopsychopathique chez des patients atteints de troubles neurologiques. La question s'est donc posée de savoir si les personnes atteintes de troubles de la personnalité antisociale ont également des déficits préfrontaux, plus ou moins subtils.

Une étude a donc été menée [42] et les résultats fournissent la première preuve d'un déficit cérébral structurel dans le trouble de la personnalité antisociale. Ce déficit structurel préfrontal peut expliquer le faible contrôle émotionnel, la défaillance narcissique, la faible sensibilité au sentiment de peur, l'absence de maîtrise comportementale, ce manque de considération de l'autre et donc la dangerosité qui caractérisent un comportement antisocial/psychopathique.

C'est l'attitude psychopathique qui a fait la recherche se pencher sur le lien entre ces lésions frontales et la survenue de violence. Les anomalies anatomiques du cortex cérébral frontal ne sont cependant pas des marqueurs spécifiques des conduites agressives et elles sont retrouvées dans d'autres pathologies. Ainsi, une réduction du volume du cortex préfrontal a été trouvée chez des toxicomanes [43] et des individus schizophrènes [44]. Cela ouvre plusieurs pistes, notamment sur le

déficit de contrôle des impulsions chez ces patients : ce déficit peut à la fois expliquer les consommations de substances psychoactives dans le cas des envies irrépressibles (craving chez les patients toxicomanes) et à la fois expliquer la survenue d'épisodes de passage à l'acte violent lorsqu'ils surviennent de manière impulsive (chez les patients atteints de schizophrénie, ce qui corrobore la notion de dangerosité en lien avec le trouble psychotique).

Il est également intéressant de se focaliser sur les individus incarcérés suite à des épisodes de violence extrême, tels que des meurtres. De part leurs actes, nous sommes tentés de penser que ces individus sont atteints de troubles de la personnalité antisociale. En effet, l'imagerie cérébrale fonctionnelle a permis de montrer une baisse d'utilisation de glucose radioactif, témoin du fonctionnement neuronal, dans le cortex frontal des individus accusés de meurtre [45]. Une autre étude a validé ces résultats chez ces individus; elle a également trouvé des anomalies dans des structures sous-corticales telles que l'amygdale et le thalamus [46]. Il est intéressant de noter que ces anomalies sont présentes chez les meurtriers impulsifs et non chez les meurtriers qui planifient leurs crimes. Ces deux types de meurtriers montrent en revanche des anomalies du fonctionnement cérébral dans des zones sous-corticales [47]. Ces résultats appuient l'hypothèse que les criminels impulsifs ont une moindre capacité à réguler leurs pulsions agressives, dépendantes de structures sous-corticales, à cause d'un déficit des processus de contrôle préfrontaux. Ce qui nous amène à traiter de cela dans le prochain chapitre car ces éléments tendent à prouver qu'il existe une dangerosité de nature purement neurologique.

2.3) Dangerosité en lien avec des troubles neurologiques

2.3.1. En lien avec des anomalies neurologiques structurales

Dans ce chapitre, nous allons nous intéresser à "l'organicité" sous-jacente à la violence. En effet, la violence et au sens large la dangerosité, lorsque la prise en charge est médicale, n'est pas l'apanage de la psychiatrie. Le lien entre les lésions cérébrales et la violence est établi depuis longtemps, particulièrement chez les patients institutionnalisés, âgés et ayant des troubles démentiels ou étant atteints de pathologie schizophrénique évoluée. Certaines études [40][48] ont souligné l'existence d'un sous-groupe de patients agressifs atteints de schizophrénie qui présentent des signes neurologiques et neuropsychologiques d'anomalies cérébrales structurales, surtout frontales. Ce sous-groupe est particulièrement difficile à traiter, répond moins bien à la médication antipsychotique, requiert des séjours hospitaliers plus longs [49] et reçoit beaucoup plus souvent le diagnostic de type indifférencié que paranoïde [50][40]. Ces patients tendent fortement à récidiver, leur violence étant notablement fréquente et persistante, quoique habituellement non dirigée et non planifiée. Ces actes récidivants tendent donc à être moins dangereux [40] que les actes associés aux symptômes positifs (décrits dans le chapitre traitant de la dangerosité en lien avec les troubles psychotiques), car ils sont d'origine neurologique, non planifiés, souvent de nature verbale, dirigés vers des objets ou n'entraînant pas de blessures sérieuses [51]. En ce qui concerne la récurrence, il est clair que seulement une minorité de patients est responsable d'une majorité des incidents violents (5 % de patients récidivistes ont commis 53 % des incidents et 14 % des patients récidivistes ont commis 80 % des agressions) et cette minorité de récidivistes est plus communément atteinte de lésions cérébrales (Owen et al., 1998 rapportent que 12 % de patients responsables de 69 % des incidents étaient les plus susceptibles de souffrir d'un trouble organique). Ainsi, un petit nombre de patients hospitalisés à long terme récidivent souvent et cette récurrence semble beaucoup plus en lien avec des troubles neurologiques que psychiques (bien que des manifestations psychotiques puissent également être à l'origine de la violence observée chez ces patients chroniques). Des auteurs ont rapporté

que l'utilisation de la contrainte était beaucoup plus souvent provoquée par des événements externes (raffermissement d'un règlement, retrait d'un privilège, requête du personnel, conflit avec un autre patient) que par des causes internes (délire ou hallucinations). C'est donc ce que l'on définit comme étant la dangerosité de nature neurologique.

2.3.2. En lien avec des anomalies des neurotransmetteurs/hormonales.

En ce qui concerne les violences en lien avec les troubles du métabolisme hormonal et des neurotransmetteurs, nous allons commencer par nous intéresser à la Sérotonine.

La Sérotonine, initialement connue sous le nom d'Enteramine a été étudiée depuis 1946, les théories qui en ont découlé ont impliqué la Sérotonine comme inhibiteur général de la réponse comportementale et comme modulateur du comportement moteur.

Dans un premier temps, elle avait été découverte dans les cellules entérochromaffines du tube digestif, c'est là qu'elle avait été mise en évidence sa capacité à réguler la sensation de satiété et à influencer sur la sélection inconsciente des macronutriments. Cela a fourni la base du traitement pharmacologique de l'obésité et des troubles de l'alimentation. [52]

Par la suite, la mise en évidence du rôle de la sérotonine dans le système neuroendocrinien et son rôle dans la réactivité neuro sensorielle, à divers stimulus, nous fournit une base pour comprendre l'implication de la sérotonine dans la dépression.

Mais ce qui nous intéresse ici est le rôle de la sérotonine dans la régulation comportementale. Cela en fait une cible thérapeutique de choix dans le but d'agir sur le comportement social impliquant l'agressivité et l'anxiété. [53]

En effet, le rôle de la 5-hydroxytryptamine ou sérotonine (5-HT) au niveau central dans la régulation de l'agressivité, à la fois chez l'animal et chez l'homme, a été étudié depuis les années 70. Les

preuves qu'une réduction de la 5-HT centrale était impliquée dans la médiation de l'agressivité proviennent d'études comportementales et corrélatives. Ces études ont mis en évidence le fait que la réduction et l'augmentation de l'activité 5-HT centrale étaient respectivement associées à une augmentation et à une diminution de l'agressivité dans divers modèles animaux. Bien qu'aucune étude similaire n'ait été réalisée chez l'homme, des associations fortes entre une diminution de l'activité présynaptique de la 5-HT et la survenue d'une agressivité ont été rapportées [54].

D'un autre côté, des modèles expérimentaux avec l'agoniste des récepteurs 5-HT, la m-chlorophénylpipérazine, suggèrent qu'une activité réduite des récepteurs post-synaptiques 5-HT est souvent mise en corrélation avec un comportement agressif/impulsif [55].

Par déduction, on peut penser que les agents pharmacologiques ayant des effets d'augmentation pré- et/ou post-synaptique de la 5-HT peuvent être testés cliniquement pour déterminer leur efficacité dans le traitement des comportements impulsifs agressifs chez les patients psychiatriques. En effet les antidépresseurs sont utilisés, par certains cliniciens spécialistes travaillant avec des patients violents/agressifs, pour améliorer leurs comportements impulsifs et hétéroagressifs. Toutefois, l'influence des traitements antidépresseurs sur les comportements violents ou agressifs n'est pas clairement établie par manque d'études avec un fort niveau de preuve. [56] [57]

En ce qui concerne les traitements antipsychotiques atypiques (olanzapine, rispéridone, clozapine, etc.), ils agissent sur une large gamme de récepteurs, incluant en particulier les récepteurs sérotoninergiques. Ces récepteurs, notamment 5-HT 2a, sont directement impliqués dans la genèse des symptômes positifs. [58]

En effet, l'action productive des hallucinogènes indoliques est liée à la stimulation des récepteurs 5-HT 2a [59]. C'est également une stimulation des récepteurs 5-HT 2a, de part la consommation chronique de THC, qui favoriserait la survenue d'événements productifs hallucinogènes [60]. Comme nous l'avons vu précédemment, il existe une violence inhérente aux patients atteints de

troubles psychotiques [23], il serait ainsi légitime de penser que c'est cette hyper stimulation des récepteurs 5-HT 2a qui serait directement impliquée dans la survenue d'événements violents chez les patients psychotiques, mais cette affirmation nécessiterait la réalisation d'études spécifiques.

D'autres hormones peuvent être impliquées dans la survenue de comportements violents, notamment le cortisol et les catécholamines, ces hormones sont sécrétées en réponse au stress :

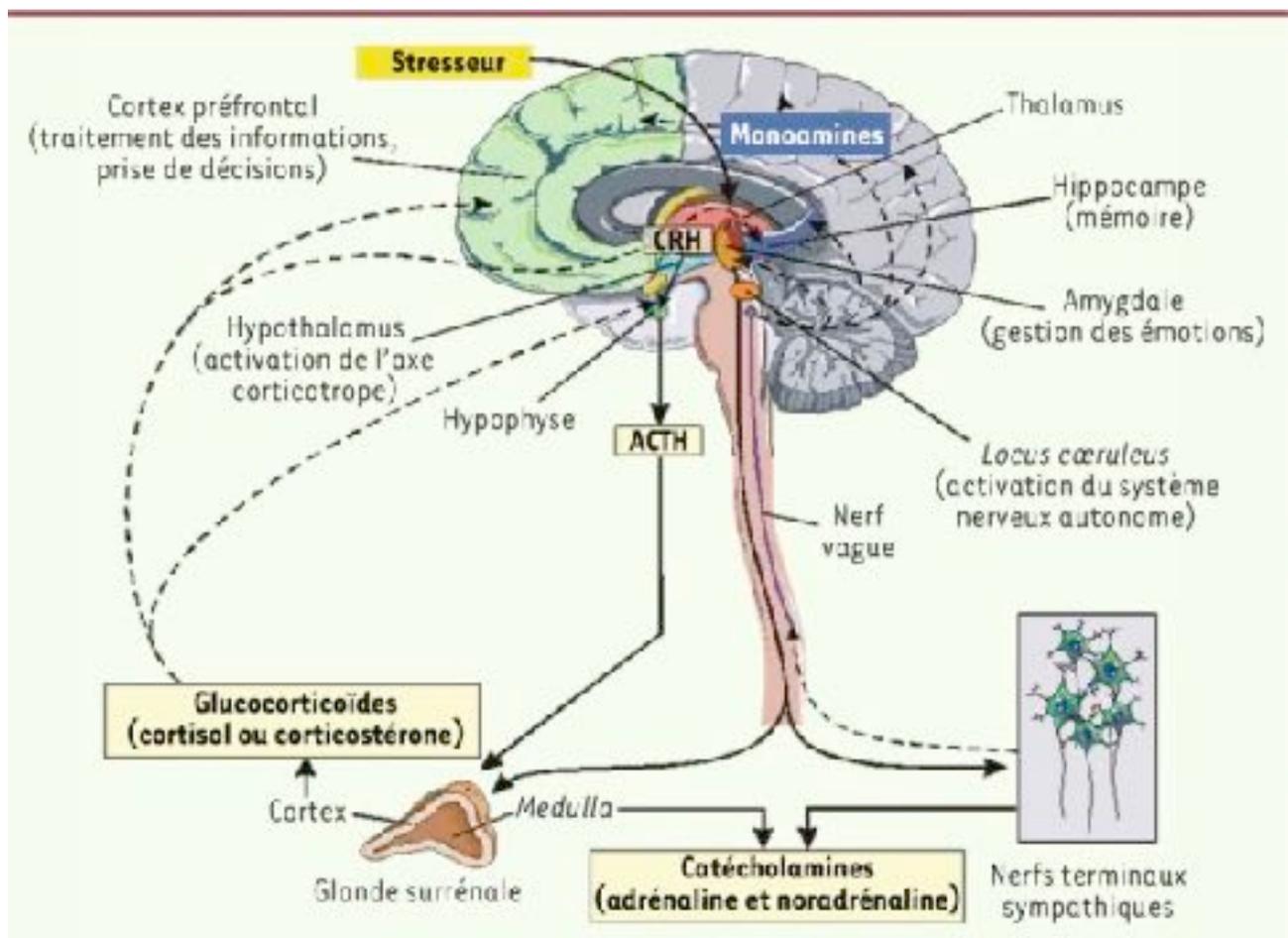


Figure 3 : Médiateurs biologiques des réponses de stress

Dans le cas du cortisol, il a été prouvé qu'il était impliqué dans la survenue de comportement autoagressifs/suicidaires chez des patients ayant une vulnérabilité et qui présentaient des troubles dépressifs. [61]

En effet, les troubles dépressifs qui surviennent chez ces patients peuvent être en relation avec la survenue de stress/d'anxiété. L'augmentation de la sécrétion de cortisol induite par cette anxiété peut interférer avec la vulnérabilité sus-citée. Cette vulnérabilité peut être définie en termes de ca-

ractéristiques biologiques et psychologiques ou liée à la personnalité (éventuellement interdépendantes). Face à ces facteurs de stress/d'anxiété, la réponse variera d'un individu à l'autre mais schématiquement la réponse aura toujours cette forme : exposition au facteur de stress entraînant, dans un premier temps, un état de stress psychologique (stress ressenti par le patient mais n'ayant pas d'expression somatique) puis dans un second temps un stress biologique (avec augmentation de la sécrétion de cortisol, ce qui entraînera une réponse somatique). [62]

Dans le cas des catecholamines, les taux et ratios d'excrétion d'adrénaline et de noradrénaline ont été comparés chez les patients hospitalisés en unité de sécurité maximale, les patients des hôpitaux psychiatriques militaires et les patients normaux. Des échantillons d'urine ont été prélevés dans des situations de routine et de stress.

Le but était de prouver que l'excrétion des catecholamines était modifiée lors de l'anticipation des situations stressantes, ainsi les patients déviants socialement, pour un quart d'entre eux, présentaient une augmentation de l'excrétion de noradrénaline et une diminution de l'excrétion d'adrénaline. Cela a été mis en corrélation avec le fait que ces individus, lors de la survenue de l'évènement stressant anticipé, présentaient une faible sensibilité physiologique à ce stress et avaient des antécédents de condamnations pour violence physique extrême. Ces résultats suggèrent qu'une réponse inhabituelle d'anticipation du stress biochimique et physiologique est trouvée dans un groupe de patients ayant un comportement psychopathique agressif. [63]

2.3.3. Dangerosité en lien avec les violences sexuelles.

Nous allons nous intéresser au cas particulier des violences sexuelles, violences qui bien qu'ayant une part sociologique dans un environnement phallocratique, n'en restent pas moins d'origine neurologique sous l'influence d'une hormone en particulier : la testostérone.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit ainsi la violence sexuelle: "Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaires ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic

ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne, indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris le foyer et le travail, mais sans s'y limiter (OMS, 2002).” Le phénomène de la violence sexuelle est complexe, il peut survenir dans différentes situations, que ce soit lors d'une agression en pleine rue ou au sein du couple dans les logements privés. Elle est donc très difficilement quantifiable car ces affaires ne sont pas médiatisées ni comptabilisées de manière uniforme. Elle peut être évaluée à partir d'éléments indirects, comme le pourcentage de détenus ayant commis un délit sexuel, cependant la majorité des agresseurs, c'est à dire les conjoints, ne sont pas comptabilisés. [64]

D'après l'observatoire international des prisons, 14,3 % des condamnés incarcérés en janvier 2010 (versus 21,4 % en 2006) seraient des délinquants sexuels. En nous intéressant aux chiffres des 7164 condamnations pour agressions sexuelles, on constate que les coupables sont dans leur immense majorité des hommes et que les victimes sont quasiment exclusivement des jeunes filles ou des femmes, 2% des victimes sont des enfants. L'ouvrage intitulé « Psychiatrie des déviances sexuelles » développe les aspects cliniques, épidémiologiques et législatifs concernant les auteurs d'agression sexuelle et leur prise en charge [65].

Ces passages à l'acte sont principalement commis par les hommes et seraient en lien avec les hormones sexuelles. En effet, les oestrogènes ont peu d'influence directe sur le désir sexuel, chez les hommes comme chez les femmes. A contrario, la testostérone qui est l'androgène principal produit au niveau des cellules de Leydig des testicules, joue un rôle majeur dans le développement et le maintien des caractères sexuels masculins [66]. Elle est impliquée dans la composante purement mécanique de la sexualité masculine (érection et éjaculation) mais elle est également impliquée dans les composantes émotionnelles, motivationnelles et cognitives du comportement sexuel.

La testostérone contrôlerait également les processus enzymatiques impliqués dans le déclenchement et la fin de l'érection [67]. Chez les hommes, l'activité sexuelle (masturbation ou relation sexuelle)

et/ou le fait de regarder des vidéos érotiques pourraient être associés à une augmentation du taux de testostérone.

Des études ont été réalisées pour tenter d'établir un lien entre les taux plasmatiques (ou salivaires) de testostérone ou de LH et les comportements criminels sexuels (pédophilie, viols, ou autres types de crimes sexuels) [66]. Ils concluent que ce n'est pas le caractère sexuel du crime qui est lié au taux de testostérone mais plutôt la violence du crime ou bien la présence de traits de personnalité antisociale qui seraient associés à une augmentation du taux de testostérone. La recherche d'un lien potentiel entre agressivité et testostérone a donné lieu à de nombreuses publications depuis les années 1970. Dans une méta-analyse récente de 30 études, il a été mis en évidence une très faible corrélation entre le taux de testostérone et l'agressivité (avec un coefficient de corrélation de 0,08), cette très faible corrélation positive étant surtout observée chez les délinquants, indépendamment du caractère sexuel ou non du délit [68].

Ces résultats nous montrent donc que les hormones sexuelles peuvent avoir un impact, faible, sur les passages à l'acte à caractère sexuel. Ils nous montrent que la survenue de ces violences met en lien de nombreux mécanismes étudiés précédemment (monoamines, Sérotonine, traits de personnalité psychopathiques...) mais ils nous montrent également que ces hormones étaient impliquées dans la composante mécanique et dans la composante émotionnelle de l'acte sexuel. Les violences sexuelles étant fréquentes mais l'étiologie hormonale n'étant pas suffisante pour expliquer leur survenue, il convient de chercher d'autres explications à ces passages à l'acte.

Nous allons donc nous intéresser au caractère de mimétisme des agressions sexuelles. L'agression sexuelle, principalement lorsqu'elle survient chez les enfants, ne laisse pas indifférent. C'est pour cette raison que de nombreux chercheurs ont tenté d'identifier les facteurs étiologiques de ces abus. Leurs conclusions sont unanimes en ce qui concerne l'étiologie multifactorielle de ce type de violence. Toutefois, un facteur a suscité particulièrement un intérêt : la présence d'agressions sexuelles

subies par les agresseurs durant leur enfance. Cette constatation, impliquant une transmission intergénérationnelle de la violence, constitue la plus ancienne et la plus populaire théorie pour expliquer l'abus physique perpétré [69]. En effet, les résultats des différentes études révèlent que la transmission de l'agression sexuelle est fréquente mais n'est pas obligatoire, puisque qu'un tiers des hommes agresseurs et la moitié des mères d'enfants agressés sexuellement rapportent une expérience d'agression sexuelle vécue durant leur enfance.

La part concernant la transmission intergénérationnelle de ce type de violence peut-être prise en charge par un travail de psychothérapie. Un travail qui s'étale dans le temps et qui de plus ne peut être suffisant à prévenir, de manière certaine, les récurrences. Les hormones sexuelles étant impliquées dans l'initiation mécanique ainsi que dans la composante motivationnelle de l'acte sexuel, c'est sur les hormones sexuelles que nous allons tenter d'agir.

En effet, l'implication de la testostérone dans les comportements agressifs repose sur des bases empiriques [55], néanmoins, la diminution du taux de testostérone induit une altération du comportement sexuel [66]. Dans ce contexte, les antiandrogènes, qui réduisent la sécrétion de testostérone et/ou antagonisent l'action de la testostérone au niveau du récepteur, ont été employés comme thérapeutiques en matière d'agression sexuelle et de paraphilie.

En 2001, s'est tenue la cinquième conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie portant sur la psychopathologie et les traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles [70]. Cette conférence établit les premières recommandations médicales de prise en charge des auteurs de violences sexuelles tant sur un plan psychothérapeutique que pharmacologique. Par la suite, deux nouvelles séries de recommandations françaises sont publiées respectivement en juillet 2009 et juin 2010 par la Haute Autorité de Santé [71] et l'Académie de Médecine [72], tandis que des recommandations internationales établissent un algorithme décisionnel de traitement pharmaco-

gique en 2010 [73]. Malgré quelques résultats encourageants observés avec de fortes doses de traitements antiandrogènes (tels que l'ANDROCUR ou le SALVACYL), la sévérité des effets secondaires (méningiomes, dépression, gynécomastie, prise de poids, hyperglycémie, accidents thromboemboliques) limite considérablement leur utilisation [74]. C'est pour cette raison que ce traitement est proposé en association avec une prise en charge psychothérapique. Il est indiqué dans la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles, de viols et dans le traitement de certaines paraphilies (pédophilie, exhibitionnisme, voyeurisme...) [74].

C'est ces recommandations, qui se basent sur la pratique clinique, qui nous permettent d'établir de manière empirique la responsabilité de la testostérone dans la survenue des violences sexuelles.

2.4) Dangers en lien avec la consommation de substances psychoactives.

Nous avons étudié certains phénomènes psycho-pathologiques et neuro-biologiques, ces phénomènes pouvaient être une explication à la survenue de violence. La consommation de toxique peut être une cause à part entière de la survenue de violences tout comme elle peut être un facteur aggravant chez des patients atteints de troubles mentaux.

L'usage de substances psychoactives provoque une pléiade d'effets nocifs pour la santé physique, mais est également une source de dégâts sociaux et par conséquent une source d'altération de la santé psychique. Lorsqu'un acte de violence est commis, notamment si sa gravité est élevée, la situation la plus fréquente est celle où l'auteur, la victime ou les deux protagonistes étaient sous l'influence aiguë d'un produit ou avaient un usage chroniquement problématique de substances psychoactives. [75]

Dans un premiers temps, nous allons démontrer qu'il existe un lien statistique entre la consommation de toxiques et la survenue de violences. Des études ont été faites sur la survenue de violences lors de l'abus de substances. Cependant, ces études ne pouvaient être faites que de manière rétrospective et sur des actes d'une gravité suffisante pour que ceux-ci impliquent l'intervention de la justice et qu'ils soient notifiés.

Ce qui a été retrouvé est que, l'abus de substance augmenterait le risque de survenue d'un homicide par six chez les patients sous l'emprise de toxiques par rapport à la population générale [76], l'abus d'alcool par 12 chez l'homme et par 52 chez la femme [77]. Le diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool est porté chez 4,7 à 38 % des meurtriers selon les pays [76][77]. L'étude la plus précise concernant la prévalence de la consommation de substances psychoactives parmi les meurtriers est celle de J. Shaw et al. [78] qui retrouve dans les antécédents psychiatriques d'une population de 1168 meurtriers, 41 % d'abus d'alcool, 40 % d'abus de drogue, 11 % de dépendance à l'alcool et 9 % de dépendance aux toxiques ; 45 % des meurtriers de cette série (n = 1594) ont consommé de l'alcool et 15 % des toxiques aux moments des faits. Quelques études distinguent l'alcoolisation (55 % des cas pour P. Gottlieb et al. 1992 [79], 30 % pour K. Koh et al. 2006 [80], 45 % pour J. Shaw et al. 2006 [78]) de la consommation de toxiques au moment du meurtre (5 % chez K. Koh et al [80] et 15 % chez J. Shaw et al [78]).

Nous avons vu que la consommation de substance peut être une cause de passage à l'acte violent, nous allons maintenant essayer de comprendre par quels mécanisme ces deux événements peuvent être reliés. Il n'existe aucun modèle conceptuel expliquant la relation entre la consommation de substances et la violence, cependant, certains auteurs ont suggéré différents modèles expliquant la relation entre les troubles liés à une substance et la violence. Un de ces derniers, Goldstein, fit un premier effort d'intégration en regroupant sous un même modèle, trois conceptualisations unidimensionnelles [81] : le modèle psychopharmacologique, selon lequel la violence découlerait des

effets psychopharmacologiques de la substance ; le modèle économique-compulsif, selon lequel la violence résulterait de la nécessité d'obtenir de l'argent pour assouvir sa dépendance à une substance coûteuse ; et le modèle systémique, selon lequel la violence serait intrinsèque au réseau d'approvisionnement et de distribution de la drogue [82]. Ce modèle décrit ainsi diverses formes de violence associées à différents types d'usage de drogues, à différents contextes sociaux et à différents types de motivations derrière le passage à l'acte. [81] [83]

Ainsi, le volet psychopharmacologique du modèle de Goldstein suggère que certains individus deviennent excitables, irrationnels et manifestent des comportements violents suite à une simple consommation ou à une consommation régulière de certaines substances spécifiques, que ce soit, entre autres, l'alcool, les stimulants, les barbituriques et la phéncyclidine (PCP). Les comportements violents, auxquels ce volet fait référence, découleraient directement des effets psychopharmacologiques induits par la substance consommée. Lors d'un état d'intoxication ou d'une période de sevrage, certains effets (tels la désinhibition, l'appauvrissement du contrôle de soi, la détérioration du jugement, la formation d'idées paranoïdes ou d'un sentiment d'omnipotence), sont des explications à la présence de l'irritabilité et la montée d'impulsivité [82]. Ainsi, selon ce volet, le fait d'avoir consommé une substance psychoactive aurait entraîné une dangerosité qui ne serait probablement pas apparue autrement [81][82].

Le volet économique-compulsif du modèle de Goldstein [81] suggère que certains individus commettent des crimes violents pour monnayer l'achat de leurs substances (ex. : le vol à main armée). Les individus faisant partie de cette catégorie ne sont pas motivés principalement par une envie d'agir violemment, mais plutôt par un désir d'obtenir de l'argent pour acheter des drogues coûteuses, telles l'héroïne ou la cocaïne, qui sont très souvent consommées de manière compulsive. C'est pourquoi les moyens violents qui impliquent l'utilisation d'une violence disproportionnée sont de préférence évités, en effet, ces individus ont l'usage d'un mécanisme faisant craindre la sur-

venue d'une grande violence (menace par arme à feu) mais l'acte violent en lui même ne survient généralement pas si l'on cède à leurs invectives.

Il paraît également intéressant de préciser que dans les troubles mentaux, la médication psychotrope et les substances intoxicantes agissent toutes au niveau des mêmes ensembles neuronaux du cerveau, entraînant des effets inévitables de synergie qui affectent l'état mental [84]. Nous en savons peu sur la nature de ces effets et sur la façon dont ils se manifestent, sinon que les effets de ces substances ne sont pas les mêmes chez une population aux prises avec des maladies mentales sévères et chroniques que chez la population générale.

B) Prise en charge de la dangerosité

Comme nous venons de le voir, le passage à l'acte violent peut trouver plusieurs étiologies et s'inscrit généralement dans un tableau de dangerosité. Bien que ces étiologies soient très souvent intriquées les unes avec les autres, elles ne sont jamais entièrement suffisantes pour expliquer la survenue de tels phénomènes. C'est pour cela que nous étudierons les méthodes servant à prévenir la survenue d'acte de violence, par évaluation de la dangerosité et la prise en charge de celle-ci.

En effet, l'acte violent est toujours un événement qui fait trace et qui implique que la société réagisse afin d'éviter une récurrence ou la banalisation d'un tel phénomène. Nous avons vu, par exemple, que dans le cas des violences sexuelles, il était proposé un traitement pharmacologique (par antiandrogènes) et psychothérapeutique en complément des mesures de réclusion. Ce type de prise en charge est une prévention tertiaire, visant à prévenir la récurrence, nous allons donc dans ce chapitre nous intéresser au concept de prévention et à cette gradation (primaire, secondaire et tertiaire).

1) *Evaluation de la dangerosité*

L'acte de violence fait donc trace et comme ce sont fréquemment les mêmes individus qui récidivent, il est ainsi primordial d'évaluer la dangerosité pour prévenir la survenue ou la récurrence d'acte de violence. Afin d'évaluer la dangerosité et de formaliser cette évaluation, des questionnaires ont été créés. Cette évaluation du risque de violence, ou de récurrence, notamment chez les malades mentaux a déjà fait l'objet de plusieurs publications car la capacité de prédiction de l'acte de violence est au cœur même de la psychiatrie et en a été l'un des éléments fondateurs.

Il y a une cinquantaine d'années, la question de prédiction de la violence s'est imposée à la psychiatrie devant la médiatisation des faits de violence, notamment ceux commis par ceux que la société définit comme « fous ». Devant l'impossibilité de pouvoir faire des prédictions assez fiables en dehors du très court terme, les chercheurs et les cliniciens se sont tournés vers la notion d'évaluation du risque.

Au fil du temps, ces outils ont pu s'affiner et prendre en compte un plus large éventail de facteurs de risque et de protection. Dans ces outils, on retrouve le Short-Term Assessment Risk and Treatability (START) [85, 86], il inclut notamment la notion de facteurs de protection. La tendance actuelle privilégie le jugement clinique structuré, c'est le cas de l'échelle Historical, Clinical Risk (HCR)-20 [87], c'est d'ailleurs l'outil majoritairement utilisé en psychiatrie clinique. Cependant, d'autres outils actuariels, comme le VRAG [88], ont les faveurs de certains milieux carcéraux. Certains facteurs interviennent dans le choix des outils d'évaluation et dans leur utilisation : le type de population évaluée, les ressources du milieu, le type d'organisation du milieu (clinique *versus* carcéral), le mandat social donné, etc. On doit aussi souligner la spécificité de certains instruments destinés aux

délinquants sexuels comme le SVR-20 [89] ou la PCL-R [90] destinée à l'évaluation de la psychopathie et qui possède de fortes corrélations avec la récidive criminelle, la violence et la violence sexuelle. On peut mentionner également le SARA [91], centré sur la violence conjugale. Les outils plus anciens ont été élaborés à des fins diagnostiques, pour préciser plus particulièrement les profils de personnalité et non pas pour évaluer la dangerosité/prédire la récidive. Ils sont aussi utilisés de façon courante mais pas dans le même but. On citera les trois principaux : le MMPI, le Rorschach et le Millon.

2) *Prévention primaire, secondaire et tertiaire, définitions*

En 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la prévention comme suit : « ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Ainsi l'idée même de la prévention s'installe. Se profilent alors les trois niveaux de prévention : primaire, secondaire et tertiaire. En 2002, l'OMS s'est intéressé aux questions de la violence et de la santé. Du coup la notion de prévention s'est appliquée à ces concepts.

Les interventions de santé publique se caractérisent généralement par trois paliers de prévention :

- La prévention primaire, qui vise à prévenir la violence avant qu'elle ne se produise.
- La prévention secondaire, qui met l'accent sur les réponses les plus immédiates à la violence, comme les soins préhospitaliers, les services des urgences ou, après un viol, le traitement des maladies sexuellement transmissibles.
- La prévention tertiaire, qui concerne les soins à long terme après la violence, comme des tentatives de rééducation et de réinsertion pour atténuer les traumatismes ou réduire le handicap à long terme associé à la violence. [92]

Pour ce qui est de la prévention primaire de la violence, dans la société française, elle se doit d'être dirigée vers tous les individus, sans distinction de classe sociale. Cette prévention doit également avoir lieu assez tôt dans la construction psychique de l'individu, de façon à ce qu'elle puisse être intégrée puis mise en application. En effet, ce type de prévention vise à prévenir la violence avant qu'elle ne se produise. Ainsi, le vecteur idéal pour la réalisation de ce type de prévention est l'école primaire, c'est là que sont évalués et mis en application des programmes d'enseignement et de prévention de la violence. [93]

La prévention secondaire a pour but de diminuer la prévalence du trouble, en le dépistant à un stade précoce. Elle concerne toutes les réponses immédiates que propose notre société en réponse à la survenue de l'acte violent. Cette réponse est aussi bien légale, médicale que sociale. Par exemple, cela peut consister à faire passer des échelles d'agressivité à des sujets présentant des facteurs de risques d'agressivité, afin de pouvoir les prendre en charge.

Ce qui va nous intéresser dans le cadre de notre travail est la prévention tertiaire.

3) Prévention tertiaire, la prévention des récidives.

La prévention tertiaire a pour but de diminuer la prévalence de l'évènement violent et donc la dangerosité de l'individu. Elle concerne les sujets présentant une agressivité en tentant de minimiser les risques de récidives via des traitements médicamenteux ou non-médicamenteux.

Dans ce chapitre, nous nous intéresserons aux moyens de prévention tertiaire dans les populations non-cliniques hétérogènes (sujets ne présentant pas de maladie psychiatrique avérée, le plus souvent chez des sujets incarcérés ou consultant pour un haut niveau d'agressivité sans diagnostic psy-

chiatrique associé). Il s'agit d'études sur des petits échantillons, le plus souvent sur des durées courtes variant de 4 semaines à 4 mois, et qui ne permettent donc pas d'établir des recommandations avec une forte puissance. Par extension, ces données s'appliquent également aux patients atteints de schizophrénie mais dans cette population, la prise en charge de la violence commence par l'administration d'un traitement antipsychotique adapté et par une prise en charge des addictions associées [94].

3.1) Prise en charge médicamenteuse

3.1.1. Les antidépresseurs

Nous allons nous intéresser aux effets de réduction de l'agressivité par les antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). En effet, les principales études portant sur la réduction de l'agressivité portent sur les ISRS. Il n'a pas été retrouvé d'études sur l'efficacité des antidépresseurs tricycliques ou des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) dans la prise en charge de l'agressivité.

Les ISRS augmenteraient l'action inhibitrice du cortex préfrontal sur le système limbique en augmentant le taux de sérotonine intra-synaptique, ce qui diminuerait l'agressivité. En effet, après avoir constaté de manière empirique que les antidépresseurs diminuaient l'agressivité et les passages à l'acte violents, une étude a été faite sur des vétérans de la guerre du Vietnam et a retrouvé un lien entre l'agressivité mesurée et des lésions du cortex cingulaire antérieur/du cortex orbito-frontal [95]. Il est actuellement admis, dans la littérature, qu'il existe un lien direct entre des lésions du cortex pré-frontal et une augmentation de l'agressivité. [96] [97]. Ainsi, les antidépresseurs ISRS

semblent partiellement efficaces dans la diminution de l'agressivité des sujets ne présentant pas de troubles psychiatriques majeurs, et un niveau d'agressivité relativement bas.

3.1.2. Les benzodiazépines

Les benzodiazépines sont classiquement connues comme étant un traitement de l'agitation, mais qu'en est-il de l'agressivité ? Depuis les années 60, des études ont été faites et ont montré un effet paradoxal, les benzodiazépines pourraient ainsi induire de l'agressivité. La prévalence de ces effets oscillerait entre 0,25% à 15% selon les études. Cette prévalence serait plus importante chez les sujets présentant des traits de personnalité psychopathique et un niveau d'hostilité élevé [98]. Ainsi, une étude portant sur 60 sujets présentant un haut niveau d'agressivité, randomisés en deux groupes (diazepam 10 mg/ j versus placebo) et mesurant le niveau d'agressivité de base après traitement, retrouve que les sujets ont plus de réponses agressives sous diazepam que sous placebo [99]

Les benzodiazépines ne semblent donc pas indiquées dans la prévention des passages à l'acte agressifs.

3.1.3. Les bêtabloquants

Les bêtabloquants sont des antagonistes noradrénergiques et comme vu précédemment la noradrénaline serait une catecholamine dont l'excrétion serait majorée chez les patients dangereux/déviant, notamment lorsqu'ils seraient confrontés à des situations stressantes. De par leur action antagoniste noradrénergique, les bêtabloquants seraient des médiateurs de cette réponse aggressive mais ceci reste encore très débattu [100]. Néanmoins, force est de reconnaître qu'ils sont utilisés en pratique clinique dans les cas d'agressivité en lien avec des traumatismes cérébraux [101].

Une revue de la littérature de 1996 recommande les bêtabloquants, en première intention, de manière équivalente au lithium dans la prise en charge de l'agressivité des sujets sans pathologies psychiatriques [102].

3.1.4 Les thymorégulateurs (anticonvulsivants et lithium).

Chez les patients suivis dans un contexte de survenue d'épisodes violents, plus particulièrement chez ceux qui présentaient une dangerosité et un potentiel d'hétéro-agressivité, la classe thérapeutique la plus étudiée et pour laquelle nous avons le plus de recul est les anticonvulsivants. Les anticonvulsivants diminuent l'irritabilité limbique et sont agonistes GABA, ce qui pourrait avoir un effet anti-agressif. C'est pour cette raison qu'ils ont été étudiés dans la prise en charge de l'agressivité : l'un des premiers essais contrôlés par placebo en double aveugle sur les anticonvulsivants pour l'agression a été réalisé par Barratt et ses collègues, qui ont comparé la phénytoïne à un placebo chez des détenus ayant un comportement violent [103].

Les résultats de l'étude étaient que les détenus présentant une agressivité impulsive avaient une réduction significative de ce comportement agressif impulsif lorsqu'ils étaient traités par phénytoïne par rapport à ceux traités par placebo. Cependant, il n'était relevé aucun changement dans les comportements agressifs lorsque l'agression était préméditée. Une deuxième étude a confirmé ces conclusions sur la réduction de l'agressivité impulsive chez les patients traités par la phénytoïne [04]. Dans ces études, le traitement était bien toléré, en effet les doses utilisées pour réduire efficacement cette agressivité étaient inférieures aux doses utilisées pour traiter l'épilepsie. Ce traitement étant déjà bien toléré lorsqu'il s'agissait de traiter l'épilepsie, il l'était encore mieux à dose moins importante.

Le valproate/divalproate a également été étudié pour l'agressivité. Dans une étude à petite échelle comparant le valproate à la phénytoïne et à la carbamazépine [105], l'échantillon, bien que faible, a permis d'obtenir des résultats significatifs à 2, 4 et 6 semaines. Ce qu'il en ressort est que les trois traitements permettaient d'obtenir une amélioration significative du score de l'échelle d'agression manifeste (OAS) après 6 semaines de traitement. Cette étude a également montré que la carbamazépine réduisait l'agressivité impulsive bien que le délai d'action de la carbamazépine ait été plus long, avant efficacité, que pour les deux autres anticonvulsivants [105]. Sur la base des études menées à ce jour, une méta-analyse récente de la base de données Cochrane a conclu que bien qu'il existe des preuves de l'efficacité du valproate/divalproate pour la prise en charge de l'agressivité, des recherches supplémentaires sont justifiées [106].

Bien que la recherche soit moins étendue, les nouveaux anticonvulsivants ont été signalés pour réduire l'agressivité. Nous ne nous étendons pas là-dessus car bien que l'efficacité du topiramate, de la gabapentine et des autres nouveaux anticonvulsivants ait été évoquée, les études ne sont pas assez nombreuses pour l'instant.

Concernant le lithium, c'est déjà le traitement de référence pour la prise en charge du trouble bipolaire. On retrouve fréquemment une autoagressivité et une hétéroagressivité dans le trouble bipolaire, celles-ci peuvent être induites par les états maniaques, les états mixtes et les états dépressifs. Pour ce qui est de sa prescription pour la prise en charge de l'agressivité chez les sujets sans comorbidités psychiatriques, de nombreuses études ont déjà été faites. Ainsi une méta-analyse datant de 2011 avait retrouvé une efficacité du lithium non négligeable (OR : -0,81 ; IC [-1,35 ; - 0,52]) sur l'agressivité chez 489 sujets [107]. De plus, comme vu précédemment, une revue de la littérature de 1996, donc antérieure à cette méta-analyse, préconise que le lithium soit utilisé en première intention dans la prise en charge de l'agressivité des sujets sans comorbidités psychiatriques [102].

Néanmoins, en étant conscient des effets secondaires rénaux, principalement en cas de surdosage, il pourrait paraître plus prudent de ne pas administrer ce traitement en première intention.

3.1.5. Les antipsychotiques

Les antipsychotiques, pourraient être efficaces dans la réduction de l'agressivité, ils ont une activité antagoniste D2 et augmentent l'inhibition préfrontale sur le système limbique [97]. Il y aurait donc un effet similaire à celui des antidépresseurs sérotoninergiques, effet étudié précédemment.

- Première génération

Les neuroleptiques (antipsychotiques de première génération) sont sur le marché depuis maintenant 70 ans, ces médicaments ont donc été largement étudiés dans la prévention de l'agressivité chez les sujets atteints de maladie psychiatrique. Une méta-analyse faite en 2012 portant sur 51 études contrôlées randomisées retrouve une efficacité des antipsychotiques de première génération dans la prévention de l'agressivité (OR : 0,63 ; IC [0,16 ; 0,27]) [108]. En effet, les neuroleptiques semblent efficaces dans la prévention de l'agressivité, en dehors de tout effet sédatif, dans différents troubles psychiatriques. Il n'est cependant pas retrouvé d'étude chez les patients non cliniques, cela pourrait s'expliquer par le fait que peu d'études aient été faites sur cette population et que les études réalisées sur cette population ne soient jamais antérieures aux années 90, date à laquelle ont surtout été étudiés les antipsychotiques de seconde génération (ils sont apparus sur le marché à la fin des années 80).

- Seconde génération

La majorité des antipsychotiques atypiques, via leurs effets antagoniste 5HT2A et agoniste 5HT1A, augmentent la sérotonine intracérébrale, et surtout préfrontale, ce qui entraînerait une augmentation de l'effet inhibiteur du cortex préfrontal sur le système limbique [109].

Peu d'études ont été faites en population non clinique. Une étude réalisée en 2013 sur 36 hommes sains recevant un placebo ou de la quétiapine à 300 mg/j, retrouve que les IRM fonctionnelles des sujets sous quétiapine montraient une meilleure connectivité entre cortex cingulaire antérieur, cortex préfrontal dorso-latéral et amygdale, sans qu'il n'y ait de différence en terme de comportements violents [110].

La clozapine reste l'antipsychotique qui semble le plus efficace dans la prévention de l'agressivité dans divers troubles psychiatriques [111] et notamment chez les patients atteints de schizophrénie [112]. Tout comme pour les antipsychotiques de première génération, peu d'études ont été réalisées chez des sujets ne présentant pas de pathologie psychiatrique à proprement parler (de l'axe 1), probablement du fait des effets secondaires rendant ce type d'étude peu éthique. Les études portant sur des populations psychiatriques hétérogènes, c'est à dire les populations n'appartenant pas à l'axe 1, mais pouvant nécessiter une intervention psychiatrique (troubles envahissant du développement, troubles démentiels...), retrouvent que la clozapine serait efficace dans la prise en charge de l'agressivité dès 15 jours et jusqu'à 3 mois après son introduction [113].

3.2) Electroconvulsivothérapie

Si comme vu précédemment, la violence était en lien avec les troubles psychotiques ou avec la dépression/sérotonine, on a une preuve observationnelle de l'efficacité de l'électroconvulsivothérapie (ECT) dans la prise en charge de la violence.

En effet, il existe une méta-analyse du Lancet qui affirme l'efficacité de l'ECT dans la prise en charge du trouble dépressif caractérisé [114]. Il a également été montré un bénéfice de l'utilisation de l'ECT, en complément d'une thérapeutique antipsychotique, dans les formes compliquées de schizophrénie, dans les premiers temps de la prise en charge [115].

Les études qui montrent l'efficacité de l'ECT dans la prise en charge de la violence sont rares. En effet, les indications de l'ECT étant limitées, l'obtention de l'accord des patients pour la réalisation de ce type de thérapeutique étant dur à obtenir, le nombre d'expérimentation est limité. Une ancienne étude de Smith et al. de 1967 montre que les patients schizophrènes traités par Chlorpromazine et ECT étaient moins violents que les patients traités par Chlorpromazine seule [116]. Il n'existe qu'une seule étude récente (2001) qui a évalué l'efficacité de l'ECT dans cette indication. Une fois de plus c'est l'efficacité de l'ECT, en adjonction d'un traitement antipsychotique, dans la prise en charge de la violence chez les patients atteints de troubles psychotiques qui a été évaluée [117] et il en est ressorti une diminution rapide (dans les 12 jours) du comportement violent.

3.3) Prise en charge psychothérapique

La prise en charge psychothérapique, dans notre pratique courante, nous apparaît comme étant une évidence. Cette pratique se fait systématiquement, en complément d'une prise en charge médicale, à distance du moment aigu de la crise. La violence n'échappe pas à cette règle, cependant, de par l'importance que prend la survenue d'un acte de violence (que ce soit au niveau moral ou médico-légal), on ne peut se contenter de le traiter uniquement par de la psychothérapie. Ainsi ce n'est pas l'approche psychothérapique que l'on va évaluer en premier lieu lorsque l'on cherche à étudier la prise en charge de la violence. Les études qui s'intéressent aux effets de la psychothérapie sur les comportements violents sont rares.

Cependant, des techniques de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) comme l'économie de jeton, les entretiens motivationnels à l'observance et au sevrage des addictions ont été évaluées conjointement à la mise en place d'une thérapie médicamenteuse. Il a été montré qu'elles diminuent indirectement l'agressivité des sujets schizophrènes [118]. Les techniques de TCC peuvent être utilisées afin de diminuer les biais cognitifs de ces patients, et principalement leur biais d'attribution qui est un des facteurs du ressenti hostile.

Une étude réalisée en 2009 comparait deux groupes de sujets atteints de schizophrénie. Ils recevaient, en complément des thérapies médicamenteuses, dans une branche un traitement par TCC, dans l'autre des activités occupationnelles. En comparant le taux de passage à l'acte violent à 6 mois et 1 an, il ressort que les sujets recevant une thérapie cognitivo-comportementale étaient moins violents [119].

3.4) Prise en charge institutionnelle

La violence relève du crime et peut également être (ou non) en lien avec la folie [2]. Cette distinction n'a pas toujours été faite et même lorsque l'on a pris conscience de cette différence, la limite n'a jamais été clairement définie.

Néanmoins depuis la nuit des temps, le droit du dommage corporel, suite à un fait de violence, occupe une place importante dans la société. Les peuples primitifs obéissaient à leurs propres règles coutumières, répondant aux principes de la vengeance privée et favorisant la sanction au règlement amiable. L'apparition de l'écriture permet l'inscription de directives sur des supports durables et a ainsi permis la naissance d'un droit général rudimentaire.

Initialement, de part la loi du Talion dans le code d'Hamurabi, était définie la répression par mutilation. Cette loi du Talion a progressivement été délaissée au profit du versement d'une indemnité. Cette indemnité se voulant pécuniaire, tous les individus n'étaient pas en capacité de la verser. C'est ainsi que l'individu devait payer sa dette en fournissant des travaux, travaux fournis dans le cadre du bagne ou de la galère. C'est à ce moment là, moment de la haute antiquité, qu'est né le concept de prison. La prison était le lieu où étaient retenus, la nuit, les individus qui devaient payer leurs dettes à d'autres individus, en travaillant le jour. En France, jusqu'à l'ancien régime, c'était un lieu de sûreté (d'emprisonnement préventif) et non pas une peine en soi. C'est au moment où l'on a mis en oeuvre le concept de payer sa dette à la société, et non pas à l'individu, que la prison est ainsi devenue une peine en soi. [120]

Pour ce qui est de la santé mentale, c'est seulement à partir de l'antiquité, qu'est apparu un encadrement progressif. En effet, les premiers textes de loi ont commencé à attribuer une importance à l'intentionnalité et c'est à ce moment là que l'on a défini que sans une bonne santé mentale, il était impossible de parler d'intentionnalité. C'est cet encadrement qui a permis de définir le concept de folie, état devenant pathologie et nécessitant ainsi une prise en charge médicale et juridico-sociale. Initialement considéré comme une punition divine, la folie a exigé le recours à des prêtres guérisseurs. Puis sous l'influence d'Hippocrate, la folie, considérée comme un déséquilibre des humeurs affectant le cerveau, devient objet d'intervention médicale. C'est sous l'empire Romain que le fou passe sous la protection de la justice.

Néanmoins, pendant longtemps, la folie, quand la personne n'était pas enfermée en prison, n'a été prise en charge que par les religieux. C'est alors dans les monastères, à l'écart du reste de la société, qu'elle était concentrée. C'est après la révolution que l'on a considéré que le soin de la folie était purement médical. C'est ainsi qu'est né la psychiatrie et que sont apparus les asiles. La prise en charge asilaire mettait en avant le concept d'exclusion et permettait la réalisation d'une vie totale-

ment autonome, à l'écart du reste de la société. L'évolution de la médecine a permis la réintégration de ces malades et ainsi la fin du fonctionnement asilaire. Désormais, il existe l'hôpital psychiatrique qui est bien souvent intégré à l'hôpital de ville et qui fonctionne en articulation avec les structures ambulatoires telles que les centres médico-psychologiques (CMP) ou les hôpitaux de jour (HDJ). [121]

Néanmoins, quand la problématique médicale avait également une part légale, de part la survenue d'actes de violence, nous arrivions aux limites de ce que pouvait offrir cette prise en charge médicale. Face aux limites de la médecine, se posait toujours la problématique de comment réparer un dommage corporel irrémédiable. C'est donc à travers la création des unités pour malades difficiles (UMD), où sont prises en charge les situations médico-légales, qu'une réponse a pu être apportée [122]. Les UMDs ont également vocation à prendre en charge les patients « difficiles » de par leurs résistances aux traitements ou bien leur agressivité envers le personnel soignant quand les équipes de secteur se sentent face à des impasses thérapeutiques.

Nous allons dans le prochain chapitre nous intéresser à l'histoire, au fonctionnement de ces structures et au profil des patients qui y sont pris en charge.

C) Unités pour malades difficiles (UMD)

1) Historique des UMD

1.1) Création législative du concept de « malade psychiatrique ».

Nous venons de voir, en France, la place que tenait les « insensés ». La prise en charge était religieuse et les enfermements étaient fréquents. En 1810, la rédaction du premier Code pénal français fait apparaître la notion de responsabilité et de double nature d'un crime ou d'un délit : matérielle (les faits) et subjective (l'intention et la moralité des faits) [123]. La maladie devient alors une injustice majeure que le droit doit réparer. L'article 64 du Code pénal napoléonien mentionne en février 1810 : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister. » Le 1er mars 1994, cet article est remplacé par l'article 122-1 du nouveau Code pénal. [124]

C'est à partir de 1838, avec la création de la loi dite « loi des aliénés » [125] que la psychiatrie se professionnalise avec la création d'espaces dédiés.

Cette loi fut la première loi à légiférer le champ de la psychiatrie, à défendre le droit des patients malades mentaux, à les orienter vers un parcours de soins ou à introduire la psychiatrie médico-légale. Les patients étaient ainsi hospitalisés selon deux modes : le placement volontaire ou le placement d'office, ce dernier étant demandé soit par un tiers, soit par la préfecture. L'organisation des soins se faisant par département, chacun ayant au moins un établissement psychiatrique. Cette loi fut d'autant plus importante qu'elle resta en vigueur, pour sa partie essentielle, cent cinquante-deux ans jusqu'à la nouvelle loi du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation [126][127][128].

C'est suite à insistance des médecins dit « aliénistes » que cette loi (1839) a permis le traitement des « fous criminels » [125]. En effet, ces médecins militaient contre l'emprisonnement des malades mentaux criminels ; à l'époque ils étaient légion dans les établissements pénitenciers et ils ne bénéficiaient pas de soins médicaux adaptés.

1.2) L'idée d'un établissement spécial

Dès les années 1840, certains aliénistes envisagent de séparer les aliénés dits « ordinaires » de ceux qui ont commis des actes criminels ou qui sont trop violents et dont le comportement peut générer des conflits et mettre à mal leurs prises en charge institutionnelles. A cette époque, suite à des inspections médicales dans des établissements pénitentiaires, il était constaté une proportion importante de patients atteints d'une pathologie psychiatrique parmi les détenus. Lors de ces inspections, il avait également été décrit des troubles mentaux provoqués par l'incarcération [120]. L'idée de créer des « asiles de sûreté » afin d'extraire les détenus aliénés du milieu carcéral est née. Cela avait pour but de les protéger et de les soigner, mais sans risquer pour autant de troubler les services ordinaires de l'asile [128].

C'est en 1846, sous l'impulsion du Docteur BRIERRE DE BOISMONT qu'a eu lieu l'ouverture d'un asile spécial pour les « aliénés vagabonds et criminels ». Il déplorait que « de pauvres aliénés arrêtés quatre, cinq, huit, dix fois comme « vagabonds » soient « injustement condamnés à des peines afflictives et infamantes » et emprisonnés alors qu'un traitement et une « réclusion prolongée » dans un établissement spécial leur permettraient « de perdre leur turbulence, de travailler et de donner rarement lieu à des sujets de plaintes ». Le Docteur BRIERRE DE BOISMONT avançait également que les aliénés criminels « sont dangereux et troublent la tranquillité des autres malades, dont la liberté est restreinte à cause des mesures de précaution qu'exigent les aliénés criminels : aussi l'asile dans ce cas ressemble-t-il plutôt à une prison qu'à un hôpital ». Selon lui, un établissement spécial répondrait également à la problématique de la récidive : « S'il est hors de doute qu'un certain nombre de mauvaises actions doivent être attribuées à des perturbations de l'esprit, et qu'il soit

contraire à la justice et à la morale de mettre cette classe d'individus sur la même ligne que les criminels ordinaires, la société n'en a pas moins le droit de réclamer leur séquestration, leur mise en liberté pouvant causer un préjudice notable aux autres. » En effet, il précise que l'acquittement de ces aliénés ne doit pas valoir « pour un brevet d'impunité » et propose que leur rétention ait pour base « la durée des peines qu'ils auraient encourue s'ils n'avaient pas été reconnus aliénés » [122] [129].

Certains médecins aliénistes de l'époque voyaient dans cette création d'asile « spéciaux » une dynamique d'exclusion. Après moult débats, c'est en décembre 1900, que le Conseil Général de la Seine vote de faire réaliser un « service d'aliénés vicieux, apte à recueillir les aliénés criminels ». Le Conseil Supérieur de l'Assistance Publique penche pour l'ouverture « d'un asile d'état destiné aux aliénés criminels », tandis que les aliénistes appellent de leurs vœux un « service pour aliénés vicieux » [122]. Ces « aliénés vicieux » étaient des éléments perturbateurs des asiles, mais n'avaient commis aucun crime. Les médecins aliénistes de l'époque, avec en tête de file le Dr HENRI COLIN, se résignent finalement à accepter le regroupement de ces deux populations. Le Docteur HENRI COLIN devient alors le premier médecin chef du premier « quartier de sûreté » français qui ouvre ses portes au sein de l'asile de Villejuif en 1910. [122]

Le terme d'« aliénés vicieux » ayant été jugé stigmatisant, quelques années plus tard, sous l'impulsion du Docteur VIGOUROUX, a été remplacé par le terme d'« aliénés difficiles » [82]. Cette appellation a persisté jusqu'à aujourd'hui où l'on emploie la dénomination de malades difficiles, ce qui regroupe à la fois les patients perturbateurs/résistants et les patients criminels.

2) Profil des patients admis en UMD.

Dans la réalité clinique quotidienne, le patient difficile est un patient aux multiples problématiques. Il est certes le reflet des limites de soins des soignants, mais c'est aussi un patient qui se confronte à une pathologie potentiellement aggravée par d'autres facteurs.

2.1) Du statut aux antécédents médico-légaux

Chaque patient arrive à l'hôpital dans un contexte spécifique, qui lui est propre. Chacun d'eux a non seulement une clinique mais également une histoire et un statut qui lui sont uniques. Il peut être hospitalisé avec ou sans son consentement. Il peut entrer dans le soin par le biais de la médecine de ville (médecin traitant, CMP, urgences...) ou bien par le biais du système carcéral/judiciaire (il a dans ce cas un statut de détenu hospitalisé via l'article D398) [130] [131]. C'est un statut particulier, que ce soit dans la clinique ou dans le traitement, mais surtout dans la logistique du soin. En effet, un patient détenu, provenant d'un centre d'incarcération, est une personne privée d'une partie de ses libertés individuelles, suite à une décision judiciaire. Le statut et les antécédents médico-légaux du patient peuvent donc être variés, cependant les UMD n'ont pas pour vocation de prendre en charge ces patients déjà détenus. C'est l'élément moral qui implique que la personne ait eu l'intention de nuire à travers son acte et puisse en être tenu responsable. Ainsi en 2010, a été créé la première unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), qui prend en charge les détenus considérés comme responsables de leurs actes mais présentant des troubles psychiques. [142]

C'est avec le décret du 1er Février 2016 qu'a été défini le rôle des UMD comme des « structures à vocation interrégionale, implantées dans un centre hospitalier spécialisé et qui assurent l'hospitalisation à temps complet des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires qui ne puissent être mises en œuvre que dans une unité spéci-

fique ». L'UMD peut également être amené à prendre en charge les criminels jugés non responsables de leurs actes.

2.2) Profil des patients pris en charge sur l'UMD Henri Colin en 2016

Les patients pris en charge en UMD sont des cas complexes, ayant évolué dans des environnements défavorables. Ce sont des patients qui sont à la fois définis par la pathologie de fond et les antécédents psychiatriques, par le motif d'admission en UMD et aussi par leurs données socio-démographiques.

Il est ainsi difficile de formaliser leurs prises en charge, tout comme cela l'est de poser un diagnostic adapté ou de donner une conduite thérapeutique particulière et efficace. En parallèle, les comportements du patient, divers et variés, peuvent engendrer des entraves dans le déroulement du soin [132].

La documentation s'intéressant spécifiquement au profil des patients admis en UMD est pauvre. Il existe une étude retrospective sur le profil des patients pris en charge à l'UMD Henri Colin sur l'année 2016 [133]. Sur les 33 patients admis durant cette année, il y avait 23 hommes et 10 femmes, leur profil a été analysé séparément car ils n'avaient rien de comparable, que ce soit sur le motif de prise en charge, sur la maladie et les antécédents psychiatriques ou sur les profils socio-démographiques. Ces éléments sont détaillés dans l'article. [Annexe 1]

Spécificités de la population masculine :

Concernant le climat familial, les placements durant l'enfance sont très fréquents et la violence est banalisée au sein de la structure familiale. Les patients étudiés bénéficient souvent d'aides sociales.

Des antécédents judiciaires sont présents dans la moitié des cas, dans un contexte de violences graves, de nature criminelle.

En 2016, les motifs d'admission les plus fréquents sont la chimiorésistance et les troubles du comportement qui regroupent essentiellement les menaces de mort et l'opposition sthénique aux soins. Ensuite viennent les violences physiques, principalement sur les soignants dans 40 % des cas. Des motifs institutionnels sont également souvent évoqués dans les demandes d'admission (sous effectif, personnel féminin, sentiment d'insécurité...). Dans le même sens, la notion de dangerosité est un motif revenant fréquemment, la dangerosité est une notion que nous avons bien étudiée. Cependant elle est rarement objectivée, elle se base sur une perception clinique des équipes devant une importante imprévisibilité et la crainte de l'imminence d'un passage à l'acte grave. Il reste néanmoins important de porter attention aux antécédents de passage à l'acte. Effectivement, les antécédents de violence envers autrui sont considérés comme le meilleur facteur prédictif d'une future violence en population générale comme en population de personnes souffrant de troubles mentaux. [134]

Concernant les diagnostics, nous pouvons distinguer deux profils importants de patients en 2016 :

- Le premier, majoritaire, regroupe les patients atteints de schizophrénie, largement désinsérés sur le plan socio-affectif, bien connus de leur secteur, avec un parcours psychiatrique difficile, une comorbidité addictive forte et des aménagements psychopathiques. Nous avons vu précédemment que cela faisait parti des facteurs déterminants la dangerosité et que les violences étaient directement en lien avec ces aménagements psychiques.
- Le deuxième profil concerne un quart des patients, hospitalisés dans le contexte d'une déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (article 122-1, 1er alinéa du Code Pénal). En effet, dans ce contexte de dangerosité et de survenue de violence, il arrive que l'admission soit motivée par un passage à l'acte criminel. Dans ce cas là, s'il est jugé que le patient

n'était pas en possession de ses moyens du fait de l'existence de troubles psychiatriques, la prise en charge se fera par la psychiatrie de secteur, sinon en fonction de la gravité de l'acte et de la dangerosité du patient, il pourra être directement admis en UMD. S'il est incarcéré car jugé responsable de ses actes, comme vu précédemment, il pourra être pris en charge par une UHSA.

Spécificités de la population féminine :

Nous observons une surreprésentation de violences de nature sexuelle survenues dans la petite enfance. Ceci peut être mis en lien avec des thématiques sexuelles délirantes, très présentes chez les patientes admises. Un climat familial violent et des antécédents de placement sont également décrits dans la moitié des cas. Un autre résultat frappant est la présence d'antécédents familiaux psychiatriques dans 70 % des cas qui appuie la notion de fragilité du socle familial.

Les passages à l'acte sont plus souvent autoagressifs comparativement aux hommes. Ceci peut en partie s'expliquer par la proportion importante de patientes porteuses du diagnostic de trouble grave de la personnalité borderline (diagnostic non présent chez les hommes admis).

Il existe moins d'intrication médico-légale que chez les hommes : non seulement les femmes admises commettent moins de passages à l'acte médico-légaux, mais les soignants de leurs secteurs se sentent également moins en danger.

Concernant les motifs de demandes d'admission de ces femmes, le plus représentatif est ce qui est désigné comme un « épuisement institutionnel » (50 % des cas) pour des patientes présentant notamment, mais pas nécessairement, un trouble de personnalité de type borderline, motivant un investissement et une mobilisation importante des équipes de secteur (avec des phénomènes contre-transférentiels conduisant à un épuisement). Les équipes sont souvent en demande d'un « séjour de

rupture » et l'UMD apparaît alors comme un moyen pour faire tiers dans la prise en charge. La chimiorésistance est, quant à elle, invoquée dans 30 % des cas.

Au niveau du diagnostic, le plus représenté est la schizophrénie (60 %), puis les troubles de la personnalité graves de type état limite (40 % des cas). L'addiction au cannabis est moindre que chez les hommes (30 % des cas).

Bien que cette étude de 2016 sur le profil des patients pris en charge à l'UMD Henri Colin ne soit pas exhaustive, cela permet déjà de nous faire une idée de la patientèle prise en charge lors de la dernière décennie.

3) Modalités de la prise en charge en UMD

3.1) Modalités administratives

La fonction et le statut juridique des « Unités pour malades difficiles » (UMD) ont été rédigés en février 2016 et mis à jour en juillet 2017 :

-Ces unités peuvent être en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète et « dont l'état de santé requiert la mise en œuvre, sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières. » [135]

-Les soins sont dispensés dans ces unités à des patients qui relèvent des soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat » (SPDRE), ou encore à des patients dont la mesure de soins psychiatriques fait suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale par l'autorité judiciaire [136].

Il existe à ce jour 10 UMD en France :

- UMD Henri Colin de l'EPS Paul-Guiraud-Villejuif (Val-de-Marne) : 80 lits
- UMD de Montfavet (Vaucluse) : 80 lits
- UMD de Sarreguemines (Moselle) : 166 lits
- UMD de Cadillac (Gironde) : 86 lits
- UMD de Plouguernevel (Côtes-d'Armor), UMD ouverte en 2008 : 40 lits
- UMD de Monestier-Merlines (Eygurande, Corrèze), UMD ouverte en 2011 : 40 lits
- UMD de Bron dans le Rhône (CHS du Vinatier), UMD ouverte en 2011 : 40 lits
- UMD d'Albi (Tarn), UMD ouverte en 2011 : 40 lits
- UMD de Châlons-en-Champagne (Marne), UMD ouverte en 2012 : 40 lits
- UMD de Sotteville-lès-Rouen (Seine Maritime), UMD ouverte en 2012 : 40 lits

L'admission du patient dans une UMD est prononcée par arrêté du préfet du département où se trouve l'établissement dans lequel est hospitalisé le patient avant son admission en unité pour malades difficiles. 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. 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 mais finalement c'est le préfet qui prend la décision d'admission en UMD 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'unité pour malades difficiles, ainsi que, le cas échéant, les expertises psychiatriques dont le patient a fait l'objet ;

- L'accord d'un psychiatre de l'unité pour malades difficiles ; [137]

Dans chaque département d'implantation d'une unité pour malades difficiles, il est créé une commission du suivi médical, composée de quatre membres nommés par le directeur général de l'ARS :

- Un médecin représentant l'ARS ;
- Trois psychiatres hospitaliers n'exerçant pas leur activité dans l'UMD ;

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. [138]

Elle peut également 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
- 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'unité pour malades difficiles au moins une fois par semestre. Elle adresse le compte rendu de sa visite à la CDSF, au préfet du département ou, à Paris, au préfet de police, ainsi qu'au procureur de la République compétent. Concernant la levée des soins de ces patients, le législateur avait prévu en 2011 une procédure de levée de soins contraignante. Cette procédure a été censurée par le Conseil constitutionnel par une décision du 20 avril 2012. Ainsi, la procédure de levée de soins pour ces patients est aujourd'hui la même que celle qui s'applique aux personnes soignées selon le droit commun.

3.2) Modalités thérapeutiques

- Thérapeutiques pharmacologiques :

Parmi les médicaments, la clozapine arrive en tête des traitements délivrés en UMD, notamment dans l'UMD de Cadillac [139]. Nous avons précédemment vu que la clozapine est le médicament recommandé dans la prévention de la violence. Concernant 32 des patients étudiés, soit 23 % de la file active étudiée à Cadillac, ils étaient sous clozapine seule. Bien souvent il y avait au moins un autre antipsychotique et/ou un thymorégulateur associé. Beaucoup avaient une association d'antipsychotiques (77 %), un thymorégulateur (valproate ou lithium surtout) (59 %) et une benzodiazépine. Des médicaments inhibiteurs de la libido étaient prescrits dans certaines indications pour quelques patients (n = 7, soit 5,6 %). Des médicaments inhibiteurs de la libido, type Androcure, étaient prescrits de manière fréquente chez les individus poursuivis pour des délits sexuels et lorsqu'un dérèglement hormonal pouvait être à l'origine de ces délits ou crimes. [140]

- Electro-convulsivo thérapie :

L'efficacité de l'électroconvulsivothérapie (ECT) chez les sujets schizophrènes a été établie sur les symptômes hallucinatoires, excitateurs et catatoniques depuis longtemps, tout comme sur les signes thymiques. Cependant peu de données existent sur l'effet à long terme des cures de maintenance, une étude a néanmoins analysé cela. Les conclusions étaient que l'électroconvulsivothérapie d'entretien associée à des médicaments pouvait être une alternative efficace au traitement pharmacologique seul dans la schizophrénie résistante. Les stratégies alternatives sont cruciales dans ce domaine, en raison de l'impasse thérapeutique qui bien souvent motive le transfert du patient en UMD [139]. La

dangerosité, les antécédents de passages à l'acte et la crainte de l'imminence d'une récurrence sont également un motif fréquent de recours aux UMD. Dans cette indication, l'ECT reste également une alternative intéressante. Il y a peu de sources à ce sujet mais une source canadienne nous rapporte un cas clinique où il est montré que c'est une alternative intéressante aux autres contentions (physique ou médicamenteuse) [140]

L'unité d'ECT, intégrée à l'UMD de Cadillac, accueille des patients pour des schizophrénies résistantes et/ou un trouble grave de l'humeur. [141]

- Modalités de la prise en charge psychothérapeutique :

S'il est difficile de penser une psychothérapie dès l'arrivée d'un patient au pavillon dit « des entrants », en réalité, le dispositif de soins psychiques est déjà à l'œuvre, ne serait-ce que par l'effet de contenance, à la fois dans et au-delà des murs de l'institution. Le travail de psychothérapie fait partie intégrante du travail de l'équipe de l'UMD. De nombreuses modalités d'entretien ont évidemment été essayées, que ce soit des thérapies cognitivo-comportementales ou analytiques, cependant les résultats d'études de ces méthodes sont rares, néanmoins, nous avons précédemment étudié les TCC dans la prise en charge de la violence [118][119] et avons vu l'intérêt de ses prises en charge.

Il est néanmoins intéressant de savoir, que de manière spécifique aux patients des UMD, les méthodes projectives ont été étudiées. En aval, elles avaient été évaluées, soit en étant intégrées dans le cadre d'un bilan psychologique soit en étant utilisées seules dans l'évaluation des formes limites, névrotiques ou psychotiques de l'organisation psychique [142][143]. L'intérêt des méthodes projectives dans l'évaluation du fonctionnement psychique du sujet n'est donc plus à démontrer. Si les manifestations des différentes formes de psychose aux projectifs sont maintenant bien connues

[144], il n'en demeure pas moins que les spécificités liées à la passation de ces épreuves, dans le cadre contraint et singulier de l'UMD, méritent d'être pensées sur le plan théorico-clinique.

Si les épreuves projectives, de part leurs fonctions médiatrices, ont permis de relancer les processus associatifs entre l'équipe soignante et les patients, c'est en leur permettant de penser la résistance aux soins des patients, comme étant inscrite dans leurs pôles défensifs. Il faut surtout relever que l'entretien de restitution des patients revêt un caractère très important dans la possibilité, pour eux, de se réinscrire dans un processus subjectivant (c'est à dire que le patient prend conscience que sa perception ne peut correspondre à l'objectivité d'une situation et qu'il a toujours des biais d'interprétation). [144]

La clinique de l'UMD, entre soin, contrainte et enfermement, reste, avant tout, une clinique de l'intersubjectivité, qu'il s'agisse du lien patients/soignants, soignants/soignants ou des liens entre les patients. C'est dans cet environnement, où se côtoient l'informel (les échanges non verbaux) et l'extrême (de par la violence de certaines confrontations), que les équipes de soin se doivent de repenser les fonctions thérapeutiques des outils classiques. Il faut pouvoir trouver d'autres médiums à employer, malgré la violence et la résistance des symptômes. Si l'usage de ces outils projectifs nous paraît revêtir un intérêt certain, ceux-ci ne doivent pas faire l'objet d'une systématisation.

Le patient peut avoir déjà rencontré ce matériel clinique dans son parcours psychiatrique. L'instabilité thymique peut être un facteur empêchant l'usage des épreuves projectives. Enfin, la situation projective en UMD ne peut se passer d'une réflexion collective autour de la situation du patient. Néanmoins, ce travail projectif fait partie des pistes psychothérapeutiques intéressantes à utiliser en UMD. [144]

2.3) Durée moyenne d'hospitalisation et de séjour.

Les durées moyennes d'hospitalisation et de séjour étaient respectivement de 247 et 583 jours. La plupart des patients (75 %) ont été admis entre 2016 et 2018. Parmi les longs séjours, 15 % des patients étaient à l'UMD depuis plus de dix ans pour des pathologies sévères et résistantes ou en raison de plusieurs actes médico-légaux graves.

II- Etude retrospective sur l'évolution des patients après prise en charge en UMD

A) Matériel et méthode

1) Présentation

1.1) Contexte de l'étude

La violence est une question complexe, ancienne, qui est à l'origine des premiers textes et mesures législatives. La violence, quand elle survient dans le cadre de la maladie mentale est un sujet d'autant plus complexe. Comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature, dans ce contexte l'auteur des faits de violence, s'il est atteint de troubles psychiatriques qui altèrent son jugement, ne peut porter aucune responsabilité légale ; une réponse médicale ou médico-légale est néanmoins appor-

tée afin de permettre une réparation du préjudice subi par la victime et de ne pas laisser un tel acte sans suite.

Dans la revue de la littérature, nous avons défini les notions de violence, de dangerosité et nous avons listé les différentes réponses médicales apportées afin de prendre en charge la dangerosité chez les patients en général et à fortiori chez ceux atteints de troubles psychiatriques. La prise en charge institutionnelle en établissement spécialisé fait partie de ces réponses mais elle peut être perçue comme une solution choisie par dépit. En effet, on peut être tenté de penser que si ces réponses en institut spécialisé existent, c'est parce qu'elles sont un aveu d'échec face à des sujets dont les troubles n'ont jamais pu être suffisamment stabilisés, dont la dangerosité induirait l'utilisation de méthodes d'allure carcérale et où la seule solution restante serait de les exclure de la société dans ce qui pourrait être considéré comme une prise en charge asilaire. Cependant, il arrive à une fréquence non négligeable que face à ce type de situation difficile, la psychiatrie de secteur sollicite les unités pour malades difficiles, sachant que bien souvent cela permet de résoudre des situations qui paraissent désespérées. C'est ce type de situation qui a motivé la réalisation de cette étude, en lien avec l'UMD d'Eygurande, ouvert en 2012.

1.2) Hypothèse

S'il arrive à une fréquence non négligeable que la psychiatrie de secteur ait recours aux unités pour malades difficiles (UMD) face à des situations complexes, cela signifie que l'expérience des praticiens montre que ce type de prise en charge a un effet bénéfique sur ces situations.

L'hypothèse serait que cette hospitalisation intersectorielle en UMD, lorsque les autres options thérapeutiques usitées en pratique courante sont insuffisantes, permettrait de trouver une solution à ces situations cliniques qui peuvent paraître inextricables.

N'ayant pas trouvé de données pour étayer cette hypothèse, nous avons donc pris la décision de faire une étude descriptive, qualitative, rétrospective sur recueil documentaire et monocentrique, afin d'y remédier.

2) Type et objectifs de l'étude

Dans le cadre de cette étude, nous avons défini des objectifs afin de pouvoir évaluer l'efficacité de la prise en charge en UMD chez ces cas complexes. Les cas pris en charge en UMD sont majoritairement des patients atteints de schizophrénie (95% des hommes et 60% des femmes admis à l'UMD Henry Collin en 2016 sont porteurs du diagnostic de schizophrénie) [133], les autres patients sont atteints de troubles délirants paranoïaques et d'autres troubles graves de la personnalité. Il s'agit de troubles de la personnalité état limite ou borderline, surtout chez les femmes [Annexe I]. Dans cette étude, ils ne parlent pas des retard mentaux qui présentent des symptômes psychotiques (symptômes en lien avec le retard mental) et dont la gravité peut nécessiter une prise en charge en UMD. Les troubles de la personnalité et maladies présents chez ces patients sont dits chroniques et l'efficacité de la prise en charge en UMD ne sera pas évaluée sur une quelconque guérison mais sur une stabilisation et une absence de récurrence d'hospitalisation.

L'étude est observationnelle, monocentrique et rétrospective.

2.1) Objectif principal

L'objectif principal était d'évaluer l'évolution de la dangerosité après un séjour à l'UMD d'Eygurande ; pour objectiver cette notion nous verrons si la récurrence d'actes de violence a été prévenue. Que la violence survienne au sein du cercle familial ou sur un tiers, nous considérerons que c'est une récurrence d'acte de violence.

2.2) Objectifs secondaires

Nous avons vu que la consommation de toxiques (dont l'alcool et le THC), était un facteur favorisant la survenue de crises aiguës et à fortiori de violence chez les patients atteints de schizophrénie et moins spécifiquement chez la population générale. Nous étudierons donc la consommation de toxique avant et après le passage à l'UMD d'Eygurande.

Dans le chapitre consacré aux aménagements thérapeutiques mis en place en UMD, notamment médicamenteux, il a été mis en évidence que bien souvent il était instauré des associations d'anti-psychotiques (77% des 125 patients pris en charge à l'UMD de Cadillac en 2018) [141]. Nous étudierons donc l'évolution de la thérapeutique entre, avant et après le passage en UMD.

Nous évaluerons également l'évolution des modalités de prises en charge des patients, si le patient est pris en charge en hospitalisation complète, de manière itérative ou en ambulatoire.

Nous évaluerons l'évolution des critères socio-démographiques, ces éléments sont recherchés dans les grilles standardisées d'évaluation de la dangerosité (type HCR20).

Les objectifs secondaires sont donc de savoir si le psychiatre traitant a relevé une évolution de la consommation de toxiques et une évolution de la thérapeutique médicamenteuse.

3) Population, parcours de soin et critères d'inclusion

Nous avons vu précédemment que les UMD accueillent un profil particulier de patients « dont l'état de santé requiert la mise en œuvre, sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières ». La population est donc faite de patients présentant une dangerosité importante et qui sont orientés en UMD à la suite de la survenue d'un acte médico-légal ou dans un contexte de chimiorésistance et d'impossibilité d'obtenir une rémission clinique ou encore dans un contexte d'épuisement professionnel de l'équipe de secteur (les soignants se sentant dépassés et craignant l'imminence d'un passage à l'acte).

Pour être inclus, les patients devaient avoir été pris en charge à l'UMD d'Eygurande, y avoir été intégrés après le premier janvier 2018 et en être sortis avant 31 décembre 2020.

Les critères de non inclusion sont, les patients décédés, les patients perdus de vue et les patients faisant des séjours longs pour des pathologies sévères et résistantes ou en raison de plusieurs actes médico-légaux graves.

Concernant le parcours de ces patients, il s'agit de patients, connus ou non de la psychiatrie et pour qui a été mis en place des soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état (SDRE).

4) Déroulement de l'étude

Cette étude rétrospective se déroule en deux parties. Dans un premier temps, à l'aide des dossiers médicaux des patients, est rempli un questionnaire évaluant les éléments pourvoyeurs d'une potentielle dangerosité chez ces patients lors de leurs arrivée à l'UMD d'Eygurande.

Dans un second temps, le même questionnaire est rempli par le psychiatre traitant du patient, au moins six mois après son retour auprès de son secteur d'origine.

Lors de l'arrivée des patients à l'UMD d'Eygurande, il n'était pas rempli systématiquement une grille standardisée évaluant la dangerosité du patient (type HCR-20 ou PCL-R). Ce type de questionnaire aurait permis de le faire remplir à nouveau par le psychiatre traitant. Il aurait été rempli après le retour en secteur d'origine et aurait permis d'évaluer l'évolution de la dangerosité à la suite de ce passage en UMD.

Du fait de cette absence de passation d'une échelle standardisée lors de l'arrivée à l'UMD, pour faire ce questionnaire nous nous sommes inspirés de l'échelle HCR-20. Il était impossible de l'utiliser de manière rétrospective en la remplissant avec les dossiers car cette échelle évalue des éléments cliniques au moment de la passation et n'a de valeur prédictive uniquement lorsqu'elle est remplie en prospectif. Il est à noter qu'elle contient une partie « Historique » qui cote pour la moitié des points et c'est en ce sens qu'elle est intéressante; de plus certains de ces facteurs « Historiques » peuvent évoluer (consommation de stupéfiants, situation professionnelle, stabilité des relations intimes...).

L'échelle HCR-20 a été traduite en français et validée par Pham *et al*, à l'université de Mons en Belgique. Un groupe de recherche a testé la capacité prédictive de l'instrument en l'appliquant à des patients médico-légaux provenant de deux hôpitaux psychiatriques sécuritaires de Suède. Dans cette étude, on évaluait l'évolution de la dangerosité en fonction du temps passé en institution. On observait que la prise en charge en hôpitaux spécialisés sécuritaires, donnait une évolution positive de la dangerosité de ces patients [146]. Ce questionnaire prend en compte : 10 facteurs historiques, 5 facteurs cliniques et 5 facteurs de risque. Cette grille est retranscrite dans la figure 5 :

L'échelle HCR-20 facteurs chronologiques, cliniques et de gestion du risque de violence

H1 : Violence antérieure	C1 : Introspection difficile
H2 : Premier acte de violence commis dans la jeunesse	C2 : Attitudes négatives
H3 : Instabilité des relations intimes	C3 : Symptômes actifs de la maladie mentale
H4 : Problèmes d'emplois	C4 : Impulsivité
H5 : Problèmes de toxicomanie	C5 : Résistance au traitement
H6 : Maladie mentale grave	R1 : Plans irréalisables
H7 : Psychopathie	R2 : Exposition à des facteurs déstabilisants
H8 : Inadaptation durant la jeunesse	R3 : Manque de soutien personnel
H9 : Trouble de la personnalité	R4 : Inobservation des mesures curatives
H10 : Échec antérieur de la surveillance	R5 : Stress

Figure 4 : Grille HCR-20

De ce fait, dans le questionnaire à remplir avec les dossiers puis auprès du psychiatre traitant étaient recherchés les éléments qui pouvaient aider à prédire la survenue d'actes de violence. Ces éléments étaient les facteurs socio-démographiques tels que le lieu de résidence du patient, la situation professionnelle et la situation sociale/familiale. Étaient également recherchés les antécédents de survenue d'acte de violence, ceci étant le meilleur facteur pronostic de récurrence.

Les troubles psychiatriques non stabilisés augmentant le risque de passage à l'acte, ils sont donc une forme de dangerosité à part entière, c'est pour cette raison que la modalité de prise en charge psychiatrique était évaluée (hospitalisation complète, partielle, suivi ambulatoire...). On évaluait également le type de traitement médicamenteux. On évaluait également la dangerosité en lien avec les consommations de substances psycho-actives : l'alcool, le THC et autres stupéfiants. C'est donc sur l'évolution de ces différents facteurs prédictifs, après passage en UMD, que se porte notre recherche.

Ci-dessous, voici les questionnaires remplis sur dossier et transmis au psychiatre traitant :

Informations sur le patient :

A - Motif de demande d'admission en UMD

- a) Survenue d'un acte de violence/d'un acte médico-légal.
- b) Impossibilité d'obtention d'une rémission clinique en prise en charge sectorielle, symptômes psychotiques persistants avec crainte de passage à l'acte
- c) Epuisement professionnel, sensation d'insécurité de l'équipe de secteur.
- d) Autre raison

B - Critères socio-démographiques :

- 1) Sexe :
- 2) Age :
- 3) Niveau d'étude :
- 4) Statut marital :

Questionnaire à remplir avec les dossiers :

1 - Lieux de résidence du patient avant son séjour en UMD :

- a) Avec sa famille
- b) En appartement autonome
- c) En institution/hospitalisé en attente de placement
- d) Autre, SDF...

2 - Type de prise en charge médicale avant son séjour en UMD :

- a) Prise en charge en hospitalisation complète. (depuis plus de 6 mois)
- b) Prise en charge en hospitalisations séquentielles ou itératives (plus de deux par an)
- c) Suivi ambulatoire (CMP, HdJ, consultations...)
- d) Patient vierge d'hospitalisation et/ou de consultations en psychiatrie

3 - Violences motivant son séjour en UMD :

- a) Antécédent d'acte de violence intra-familiale.
- b) Antécédent d'acte de violence sur tiers/soignant.
- c) Antécédent d'acte de violence autoagressif.
- d) Aucun antécédent d'acte de violence.

4 - Traitement avant son séjour en UMD :

- a) Traitement de fond antiproductif en monothérapie
- b) Traitement de fond antiproductif en polythérapie
- c) Traitement de référence de la schizophrénie résistante [CLOZAPINE (en monothérapie ou en association) et/ou ECT]
- d) vierge de toute thérapeutique

5 - Situation socio-professionnelle avant son séjour en UMD

- a) Sans emploi
- b) Milieu de travail protégé (ESAT) ou travailleur handicapé (RQTH) en milieu ordinaire.
- c) Travail en milieu ordinaire, sans aménagement en particulier
- d) Autre

6 - Situations sociales et familiales avant séjour en UMD

- a) Bonnes relations sociales et familiales
- b) Relations familiales exclusives
- c) Absence de relations familiales, relations sociales exclusives
- d) Isolement social et familial

7 - Consommation d'alcool avant la prise en charge en UMD

- a) Aucune consommation d'alcool
- b) Consommation occasionnelle
- c) Usage nocif

d) Syndrome de dépendance

8 - Consommation de THC avant la prise en charge en UMD

- a) Aucune consommation de THC
- b) Consommation occasionnelle
- c) Usage nocif
- d) Syndrome de dépendance

9 - Consommation d'autres toxiques (« drogue dure » type amphétamines, cocaïne...) avant la prise en charge en UMD

- a) Aucune consommation de ce type
- b) Consommation occasionnelle
- c) Usage nocif
- d) Syndrome de dépendance

Questionnaire à soumettre au psychiatre traitant, après son passage en UMD :

A - Le patient a-t-il été réhospitalisé en UMD ?

1 - Lieux de résidence actuels du patient

- a) En appartement autonome
- b) Avec sa famille
- c) En institution/hospitalisé en attente de placement/incarcération
- d) Autre (SDF, perdu de vue, décès...)

2 - Evolution de la prise en charge médicale :

- a) Prise en charge en hospitalisation complète. (plus de 6 mois)
- b) Prise en charge en hospitalisations séquentielles ou itératives (plus de deux par an)
- c) Prise en charge ambulatoire (CMP, HdJ, consultations...)
- d) Autre (perdu de vue, décès...)

3 - Violences depuis la sortie d'UMD

- a) Survenue d'actes de violence intra-familiale.
- b) Survenue d'actes de violence sur un tiers/soignant.
- c) Absence de survenue d'actes de violences..
- d) Autre (perdu de vue, décès...)

4 - Traitement depuis la sortie d'UMD :

- a) Traitement de fond antipsychotique en monothérapie
- b) Traitement de fond antipsychotique en polythérapie
- c) Traitement de référence de la schizophrénie résistante [CLOZAPINE (monothérapie ou association) et/ou ECT]
- d) Autre (perdu de vue, décès...)

5 - Situation socio-professionnelle depuis la sortie d'UMD

- a) Sans emploi
- b) Milieu de travail protégé (ESAT) ou travailleur handicapé (RQTH) en milieu ordinaire.
- c) Travail en milieu ordinaire, sans aménagement en particulier
- d) Autre (perdu de vue, décès...)

6 - Situations sociales et familiales depuis la sortie d'UMD

- a) Bonnes relations sociales et familiales
- b) Relations familiales exclusives
- c) Absence de relations familiales
- d) Autre (perdu de vue, décès...)

7 - Consommation d'alcool après la prise en charge en UMD

- a) Aucune consommation d'alcool
- b) Consommation occasionnelle
- c) Usage nocif et/ou syndrome de dépendance
- d) Autre (perdu de vue, décès...)

8 - Consommation de THC après la prise en charge en UMD

- a) Aucune consommation de THC
- b) Consommation occasionnelle
- c) Usage nocif et/ou syndrome de dépendance
- d) Autre (perdu de vue, décès...)

9 - Consommation d'autres toxiques (« drogue dure » type amphétamines, cocaïne...) après la prise en charge en UMD

- a) Aucune consommation de ce type
- b) Consommation occasionnelle
- c) Usage nocif et/ou syndrome de dépendance
- d) Autre (perdu de vue, décès...)

- Définition de l'usage nocif de la CIM-10 :

L'utilisation nocive pour la santé (CIM-10) correspond à un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques. Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic. On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives. L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

- Critères de dépendance de la CIM-10

Le syndrome de dépendance, selon la CIM-10, consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement. Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
3. syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
6. poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Tableau 2 : Questionnaires remplis sur dossier et transmis au psychiatre traitant

B) Résultats

1) Population

1.1) Modalité d'inclusion

90 patients ont été pris en charge à l'UMD d'Eyguerande entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2020. Sur ces patients, 64 sont entrés après le 1er janvier 2018 et sortis avant le 31 décembre 2020.

Sur ces 64 patients :

- 4 patients ont vu leurs séjours être écourtés par le juge des libertés et de la détention après consultation de la commission médicale (cf chapitre concernant les modalités administratives de la prise en charge en UMD)
- 2 patients sont décédés durant leurs séjours à l'UMD.
- 19 patients ne portaient pas un diagnostic de trouble psychotique et n'ont pas été inclus dans l'étude. Sur ces 19 patients, 8 présentaient un diagnostic de retard mental, 2 présentaient le diagnostic de trouble bipolaire, 8 présentaient le diagnostic de trouble de la personnalité (ou trouble névrotique indifférencié) et 1 présentait le diagnostic de paraphilie.
- 39 patients portaient un diagnostic de trouble psychotique et ont été inclus à l'étude. Sur ces 39 patients inclus, 2 présentaient le diagnostic de trouble schizo-affectif, 2 celui de psychose infantile, 13 celui de schizophrénie hétérotypique et 22 celui de schizophrénie paranoïde.



Figure 5 : Flow Chart

1.2) Données sociaux-démographiques et motif de la demande.

Les patients inclus avaient un âge moyen de 33.8 années (+/- 9.1) au moment de l'admission et étaient pour 30 d'entre eux (77%), des hommes. Concernant leurs parcours scolaire, 16 d'entre eux (41%) ont été déscolarisés et n'ont aucun diplôme, 16 patients (41%) ont le brevet ou un CAP, 3 d'entre eux (7%) ont le niveau baccalauréat et 4 patients (11%) ont fait des études dans le tertiaire. Concernant leurs statut marital au moment de l'admission, un patient (2.5%) était marié, une patiente (2.5%) était en couple et 37 patients (95%) étaient célibataires. Concernant la parentalité, 4

patients (10%) avaient déclaré avoir au moins un enfant et 35 patients (90%) n'en avaient déclaré aucun.

Concernant le motif de la demande d'admission, il était cherché si celui-ci était la survenue d'un acte médico-légal (agression, meurtre, viol...), si cette demande survenait dans un contexte de chimio-résistance et d'impossibilité de stabilisation clinique ou si le motif était un épuisement de l'équipe de secteur, qui malgré une stabilisation clinique, était dans un sentiment d'insécurité. Sachant que ces trois motifs apparaissaient très fréquemment de manière conjointe dans les courriers de demande d'admission, n'ont été retenues les agressions que lorsque celles-ci avaient été judiciairisées et que c'était l'élément qui déclenchait la demande. En effet, 37 des 39 patients présentaient des antécédents d'actes médico-légaux ou d'agressions envers le personnel soignant mais ce n'était pas nécessairement le motif de la demande. Ainsi, la survenue d'un acte médico-légal a été le motif d'admission de 20 patients (51%), 14 patients (36%) étaient adressés dans un contexte de chimio-résistance et 5 patients (13%) l'étaient dans un contexte d'épuisement et d'insécurité de l'équipe de secteur.

1.3) Récolte des données au moment de leur arrivée à l'UMD

- Question 1. Lieux de résidence du patient au moment de son entrée en UMD :

- a) En appartement autonome : 16 patients (41%)
- b) Avec sa famille : 10 patients (26%)
- c) En institution/en attente de placement : 6 patients (15%)
- d) Autre, SDF : 7 patients (18%)

- Question 2. Type de prise en charge médicale avant son séjour en UMD :

- a) Suivi ambulatoire (CMP/HdJ/consultations) : 4 patients (10%)

- b) Prise en charge en hospitalisations séquentielles ou itératives (plus de 2/an) : 18 patients (46%)
- c) Prise en charge en hospitalisation complète (depuis plus de 6 mois) : 16 patients (41%)
- d) Aucune prise en charge effective en psychiatrie : 1 patient (3%)

- Question 3. Antécédents de violences motivant son séjour en UMD :

- a) Antécédent d'acte de violence intra-familial : 6 patients (15%)
- b) Antécédent d'acte de violence sur tiers/soignant : 17 patients (44%)
- c) Antécédent d'acte de violence autoagressif : 16 patients (41%)
- d) Aucun antécédent de violence : 0 patients (0%)

- Question 4. Traitement avant son séjour en UMD (précédant la demande) :

- a) Traitement de fond, antiproductif, en monothérapie : 14 patients (36%)
- b) Traitement de fond, antiproductif, en polythérapie : 15 patients (39%)
- c) Traitement de référence pour schizophrénie résistante* : 9 patients (23%)
- d) Vierge de toute thérapeutique : 1 patient (2%)

* CLOZAPINE seule ou en association et/ou ECT

- Question 5. Situation socio-professionnelle avant son séjour en UMD :

- a) Sans emploi : 37 patients (95%)
- b) Milieu/condition de travail aménagé (ESAT/RQTH) : 2 patients (5%)
- c) Travail en milieu ordinaire : 0 patients (0%)
- d) Autre (bénévolat, associatif) : 0 patient (0%)

- Question 6. Situation sociale et familiale avant la prise en charge en UMD :

- a) Relations sociales et familiales : 9 patients (23%)
- b) Relations familiales exclusives : 18 patients (46%)
- c) Isolement familial, relations sociales : 0 patients (0%)
- d) Isolement social et familial : 12 patients (31%)

- Question 7. Consommation d'alcool avant la prise en charge en UMD :

- a) Aucune consommation d'alcool : 22 patients (56%)
- b) Consommation occasionnelle : 12 patients (31%)
- c) Usage nocif : 4 patients (10%)
- d) Syndrome de dépendance : 1 patient (2%)

- Question 8. Consommation de THC avant la prise en charge en UMD :

- a) Aucune consommation de THC : 12 patients (31%)
- b) Consommation occasionnelle : 5 patients (10%)
- c) Usage nocif : 10 patients (28%)
- d) Syndrome de dépendance : 12 patient (31%)

- Question 9. Consommation d'autres toxiques (« drogue dure » type amphétamines, cocaïne...) avant la prise en charge en UMD :

- a) Aucune consommation d'autres toxiques : 26 patients (67%)
- b) Consommation occasionnelle : 4 patients (9%)
- c) Usage nocif : 8 patients (22%)
- d) Syndrome de dépendance : 1 patient (2%)

1.4) Récolte des données auprès du psychiatre traitant, après passage en UMD

Ces données sont recueillies du mois de novembre 2021 au mois de mars 2022, de 11 mois à 29 mois après leurs sorties d'UMD. Le recueil des données s'est échelonné sur 5 mois. Lors du premier envoi de mail auprès des psychiatres traitants, seulement six mails ont eu une réponse positive. Par la suite, des mails ont été renvoyés approximativement toutes les deux semaines. A trois reprises, le secteur d'origine des patients a été rappelé afin de vérifier que l'adresse était toujours va-

lide ou pour demander l'adresse du secrétariat pour qu'ils puissent transférer directement le mail au psychiatre traitant.

Après 7 envois de mails, il avait été obtenu 38 réponses. Concernant le patient pour lequel il n'avait pas été obtenu de réponse, lorsque le secteur du patient concerné a été contacté, l'information qu'il avait changé de psychiatre traitant a été communiquée et les coordonnées de celui-ci ont été récupérées. Malgré les multiples relances, il n'y a jamais eu de retour.

Sur les 38 réponses, deux psychiatres ont refusé de répondre et l'ont signifié.

Parmi les réponses obtenues, trois patients étaient perdus de vue et 1 patient était décédé ; cette éventualité avait été prise en compte lors de la préparation du questionnaire et les données de ces patients ont donc été traitées.

A - Le patient a-t-il été rehospitalisé en UMD ?

- Non : 29 Patients (81%)
- Oui : 7 Patients (19%)

- Question 1. Lieux de résidence actuel du patient :

- a) En appartement autonome : 11 Patients (30%)
- b) Avec sa famille : 5 Patients (14%)
- c) En institution/en attente de placement : 16 Patients (45%)
- d) Autre (SDF, perdu de vue, décès...) : 4 Patients (11%)

- Question 2. Evolution de la prise en charge médicale :

- a) Suivi ambulatoire (CMP/HdJ/consultations) : 14 Patients (39%)
- b) Prise en charge en hospitalisations séquentielles ou itératives (plus de 2/an) : 4 Patients (11%)
- c) Prise en charge en hospitalisation complète (depuis plus de 6 mois) : 14 Patients (39%)
- d) Autre (perdu de vue, décès...) : 4 Patients (11%)

- Question 3. Violence depuis la sortie d'UMD :

- a) Survenue d'actes de violence au sein du cercle familial: : 0 Patients (0%)
- b) Survenue d'actes de violence sur un tiers/soignant : 7 Patients (19%)
- c) Absence de survenue d'actes de violence : 25 Patients (70%)
- d) Autre (perdu de vue, décès...) : 4 Patients (11%)

- Question 4. Traitement depuis sa sortie d'UMD :

- a) Traitement de fond, antiproductif, en monothérapie : 4 Patients (11%)
- b) Traitement de fond, antiproductif, en polythérapie : 10 Patients (28%)
- c) Traitement de référence pour schizophrénie résistante* : 18 Patients (50%)
- d) Autre (perdu de vue, décès...) : 4 Patients (11%)

* CLOZAPINE seule ou en association et/ou ECT

- Question 5. Situation socio-professionnelle depuis la sortie d'UMD :

- c) Sans emploi : 28 Patients (78%)
- b) Milieu/condition de travail aménagé (ESAT/RQTH) : 3 Patients (8%)
- c) Travail en milieu ordinaire : 1 Patient (3%)
- d) Autre (perdu de vue, décès...) : 4 Patients (11%)

- Question 6. Situation socio-familiale depuis sa sortie d'UMD :

- a) Relations sociales et familiales : 7 Patients (19%)
- b) Relations familiales exclusives : 6 Patients (17%)
- c) Isolement social et familial : 19 Patients (53%)
- d) Autre (perdu de vue, décès...) : 4 Patients (11%)

- Question 7. Consommation d'alcool depuis la sortie d'UMD :

- a) Aucune consommation d'alcool : 23 Patients (64%)
- b) Consommation occasionnelle : 9 Patients (25%)

- c) Usage nocif et/ou syndrome de dépendance : 0 Patients (0%)
- d) Autre (perdu de vue, décès...) : 4 Patients (11%)

- Question 8. Consommation de THC depuis la sortie d'UMD :

- a) Aucune consommation de THC : 16 Patients (45%)
- b) Consommation occasionnelle : 11 Patients (30%)
- c) Usage nocif et/ou syndrome de dépendance : 5 Patients (14%)
- d) Autre (perdu de vue, décès...) : 4 Patients (11%)

- Question 9. Consommation d'autres toxiques (« drogue dure » type amphétamines, cocaïne...) depuis la sortie d'UMD :

- a) Aucune consommation d'autres toxiques : 29 Patients (81%)
- b) Consommation occasionnelle : 0 Patient (0%)
- c) Usage nocif et/ou syndrome de dépendance : 3 Patients (8%)
- d) Autre (perdu de vue, décès ...) : 4 Patients (11%)

2) *Evolution des facteurs prédictifs du risque de violence.*

Comme expliqué dans la partie traitant de la méthodologie, lors de l'entrée des patients à l'UMD d'Eygurande, l'évaluation de l'agressivité par la passation d'un questionnaire standardisé, n'avait pas été faite. Il a donc été fait un questionnaire en s'inspirant du questionnaire HCR-20 et il a été rempli en rétrospectif à l'aide des dossiers. Après avoir soumis ce questionnaire aux psychiatres traitants, il est possible d'analyser l'évolution de chacun des items de ce questionnaire.

2.1) Les critères socio-démographiques.

Nous avons vu dans la revue de la littérature que la dangerosité, avant d'être en lien avec une pathologie psychiatrique, était principalement en lien avec des facteurs extrinsèques, socio-démographiques, c'est d'ailleurs ces critères qui étaient des facteurs de risque à l'apparition de ces pathologies.

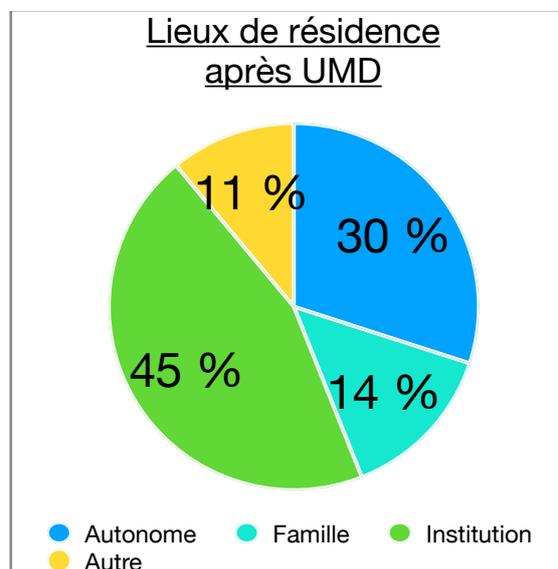
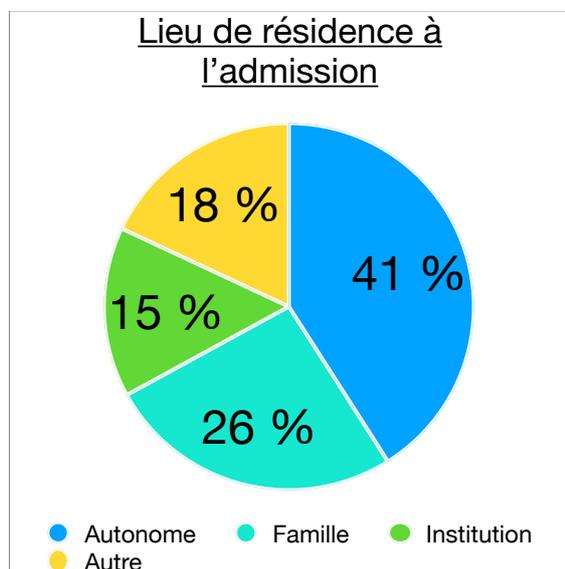
Le premier critère étudié est le lieux de résidence du patient :

- Question 1. Lieux de résidence du patient au moment de son entrée en UMD :

- a) En appartement autonome : 16 patients (41%)
- b) Avec sa famille : 10 patients (26%)
- c) En institution/en attente de placement : 6 patients (15%)
- d) Autre, SDF : 7 patients (18%)

- Question 1. Lieux de résidence actuel du patient :

- a) En appartement autonome : 11 Patients (30%)
- b) Avec sa famille : 5 Patients (14%)
- c) En institution/en attente de placement : 16 Patients (45%)
- d) Autre (SDF, perdu de vue, décès...): 4 Patients (11%)



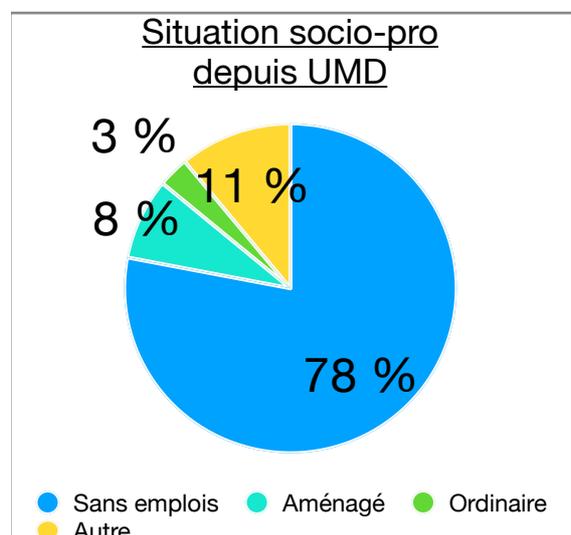
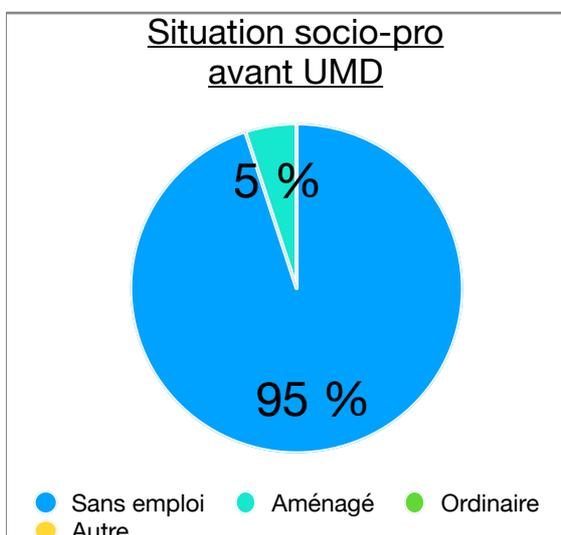
Le deuxième critère socio-démographique est sa situation professionnelle :

- Question 5. Situation socio-professionnelle avant son séjour en UMD :

- a) Travail en milieu ordinaire : 0 patients (0%)
- b) Milieu/condition de travail aménagé (ESAT/RQTH) : 2 patients (5%)
- c) Sans emploi : 37 patients (95%)
- d) Autre (bénévolat, associatif) : 0 patient (0%)

- Question 5. Situation socio-professionnelle depuis la sortie d'UMD :

- a) Travail en milieu ordinaire : 1 Patient (3%)
- b) Milieu/condition de travail aménagé (ESAT/RQTH) : 3 Patients (8%)
- c) Sans emploi : 28 Patients (78%)
- d) Autre (perdu de vue, décès...) : 4 Patients (11%)



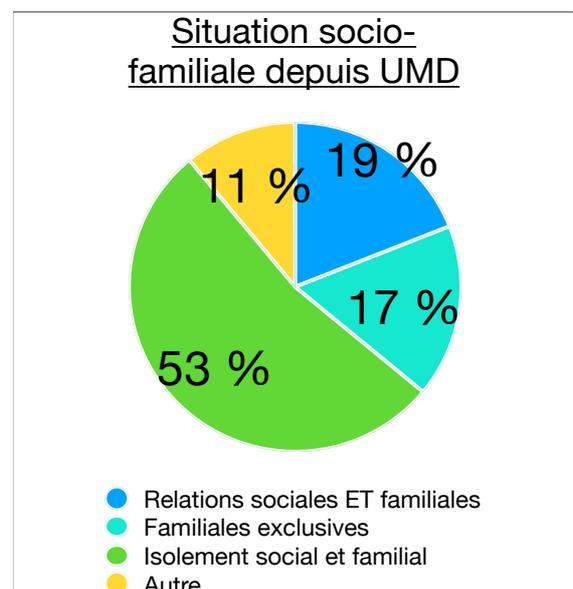
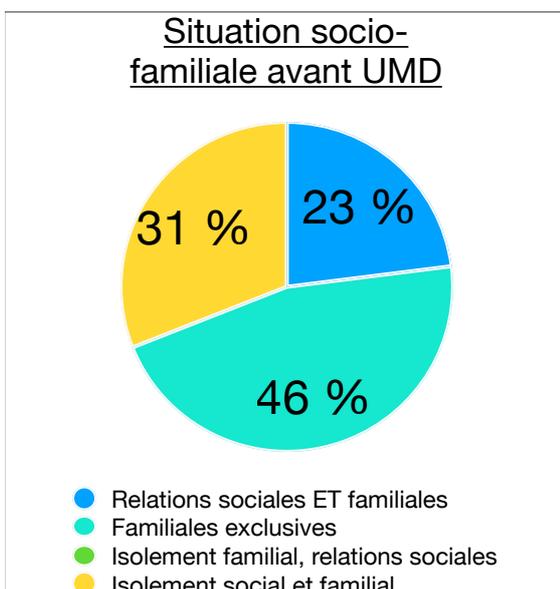
Le troisième critère socio-démographique est sa situation sociale et familiale :

- Question 6. Situation sociale et familiale avant la prise en charge en UMD :

- a) Bonnes relations sociales et familiales : 9 patients (23%)
- b) Relations familiales exclusives : 18 patients (46%)
- c) Isolement familial, relations sociales : 0 patients (0%)
- d) Isolement social et familial : 12 patients (31%)

- Question 6. Situation sociale depuis sa sortie d'UMD :

- a) Bonnes relations sociales et familiales : 7 Patients (19%)
- b) Relations familiales exclusives : 6 Patients (17%)
- c) Isolement social et familial : 19 Patients (53%)
- d) Autre (perdu de vue, décès...) : 4 Patients (11%)



2.2) Les critères concernant la prise en charge médico-psychologique

Concernant ces critères, ils font partie de la prévention tertiaire de récurrence de la violence. Nous avons vu que la prise en charge médicamenteuse faisait partie intégrante des mesures mises en place pour prévenir la récurrence. De plus, les patients intégrés à l'étude avaient tous le diagnostic de trouble psychotique et pour 31% d'entre eux, ils avaient été adressés dans le cadre d'une chimiorésistance. Nous allons donc évaluer l'évolution de la prise en charge médicamenteuse.

La prise en charge psychothérapeutique et institutionnelle fait également partie de ce travail de prévention tertiaire, nous allons également évaluer l'évolution de cette prise en charge.

Le premier critère médico-psychologique est le traitement du patient :

- Question 4. Traitement avant son séjour en UMD (précédant la demande) :

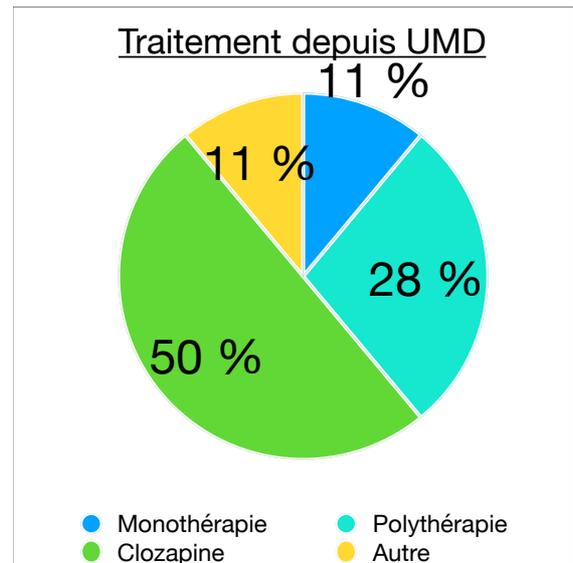
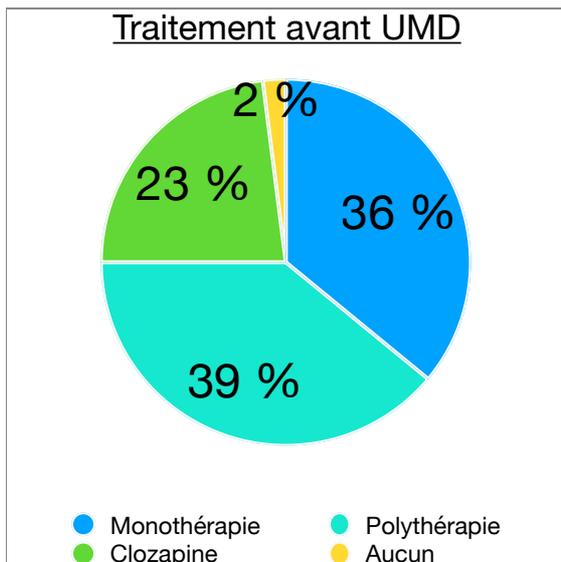
- a) Traitement de référence pour schizophrénie résistante* : 9 patients (23%)
- b) Traitement de fond, antiproductif, en polythérapie : 15 patients (39%)
- c) Traitement de fond, antiproductif, en monothérapie : 14 patients (36%)
- d) Vierge de toute thérapeutique : 1 patient (2%)

* CLOZAPINE seule ou en association et/ou ECT

- Question 4. Traitement depuis sa sortie d'UMD :

- a) Traitement de référence pour schizophrénie résistante* : 18 Patients (50%)
- b) Traitement de fond, antiproductif, en polythérapie : 10 Patients (28%)
- c) Traitement de fond, antiproductif, en monothérapie : 4 Patients (11%)
- d) Autre (perdu de vue, décès...) : 4 Patients (11%)

* CLOZAPINE seule ou en association et/ou ECT



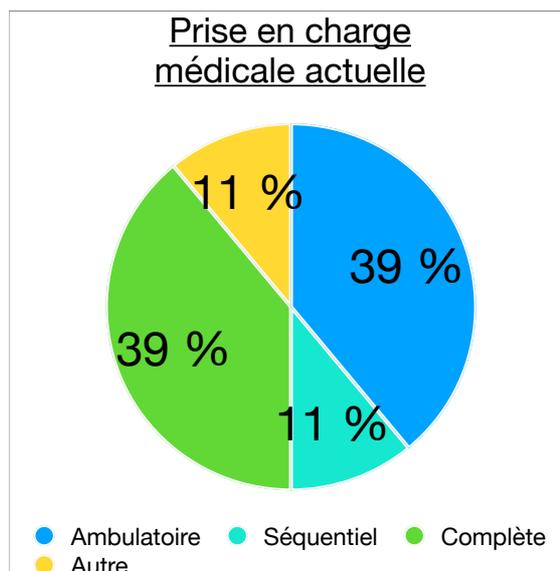
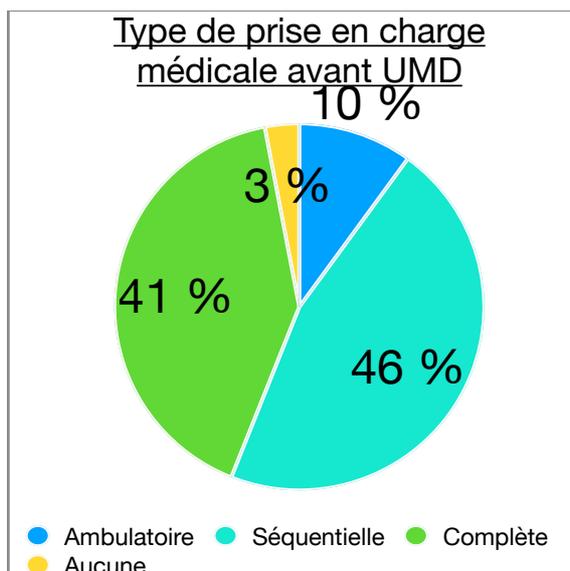
Le deuxième critère est le type de prise en charge médicale :

- Question 2. Type de prise en charge médicale avant son séjour en UMD :

- a) Suivi ambulatoire (CMP/HdJ/consultations) : 4 patients (10%)
- b) Prise en charge en hospitalisations séquentielles ou itératives (plus de 2/an) : 18 patients (46%)
- c) Prise en charge en hospitalisation complète (depuis plus de 6 mois) : 16 patients (41%)
- d) Aucune prise en charge effective en psychiatrie : 1 patient (3%)

- Question 2. Evolution de la prise en charge médicale :

- a) Suivi ambulatoire (CMP/HdJ/consultations) : 14 Patients (39%)
- b) Prise en charge en hospitalisations séquentielles ou itératives (plus de 2/an) : 4 Patients (11%)
- c) Prise en charge en hospitalisation complète (depuis plus de 6 mois) : 14 Patients (39%)
- d) Autre (perdu de vue, décès...) : 4 Patients (11%)



2.3) Les critères concernant la consommation de stupéfiants

La consommation de produits stupéfiants, comme vu précédemment, a directement un impact sur la dangerosité. En ce qui concerne l'alcool, le cannabis et les drogues dures, la consommation de ces produits est directement impliquée dans la survenue d'actes de violence mais peut également avoir un impact sur l'efficacité de la thérapeutique mise en place et sur la plainte thérapeutique. C'est en cela que d'évaluer l'évolution des consommations peut nous permettre d'évaluer l'évolution de la dangerosité des patients.

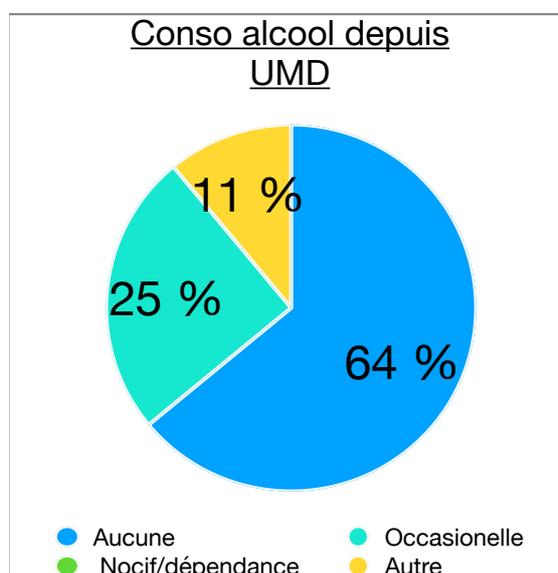
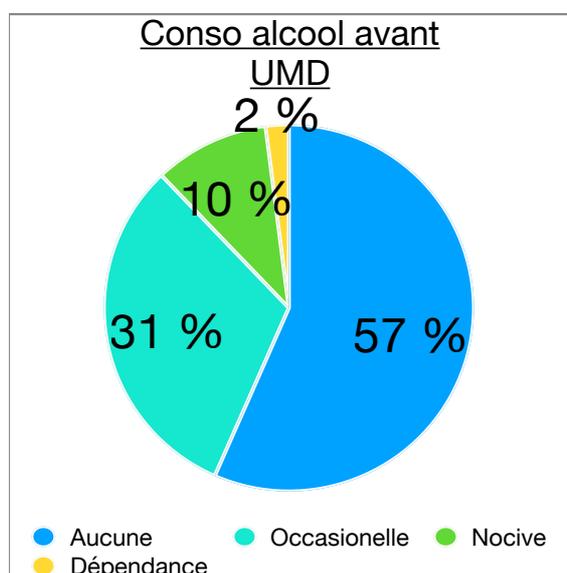
Le premier critère concerne la consommation d'alcool :

- Question 7. Consommation d'alcool avant la prise en charge en UMD :

- a) Aucune consommation d'alcool : 22 patients (56%)
- b) Consommation occasionnelle : 12 patients (31%)
- c) Usage nocif : 4 patients (10%)
- d) Syndrome de dépendance : 1 patient (2%)

- Question 7. Consommation d'alcool depuis la sortie d'UMD :

- a) Aucune consommation d'alcool : 23 patients (64%)
- b) Consommation occasionnelle : 9 patients (25%)
- c) Usage nocif et/ou syndrome de dépendance : 0 patients (0%)
- d) Autre (perdu de vue, décès...) : 4 patients (11%)



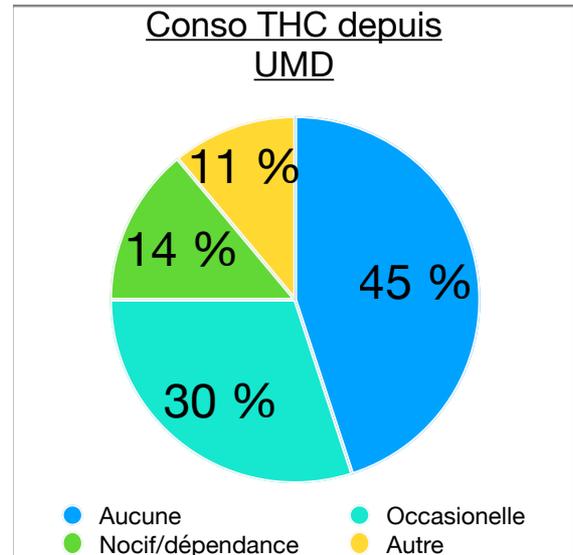
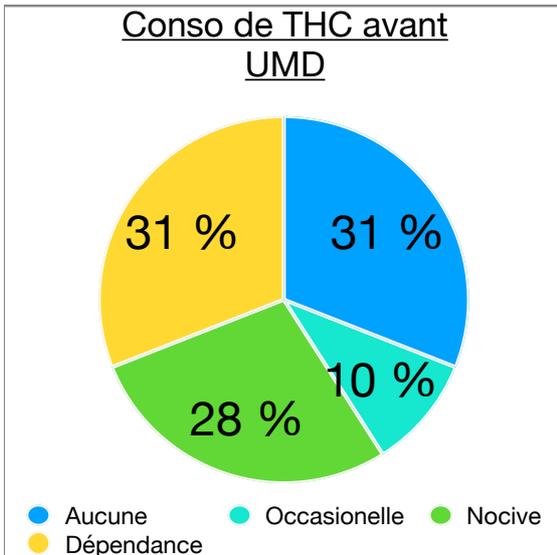
Le deuxième critère est la consommation de THC :

- Question 8. Consommation de THC avant la prise en charge en UMD :

- a) Aucune consommation de THC : 12 patients (31%)
- b) Consommation occasionnelle : 5 patients (10%)
- c) Usage nocif : 10 patients (28%)
- d) Syndrome de dépendance : 12 patients (31%)

- Question 8. Consommation de THC depuis la sortie d'UMD :

- a) Aucune consommation de THC : 16 patients (45%)
- b) Consommation occasionnelle : 11 patients (30%)
- c) Usage nocif et/ou syndrome de dépendance : 5 patients (14%)
- d) Autre (perdu de vue, décès...) : 4 patients (11%)



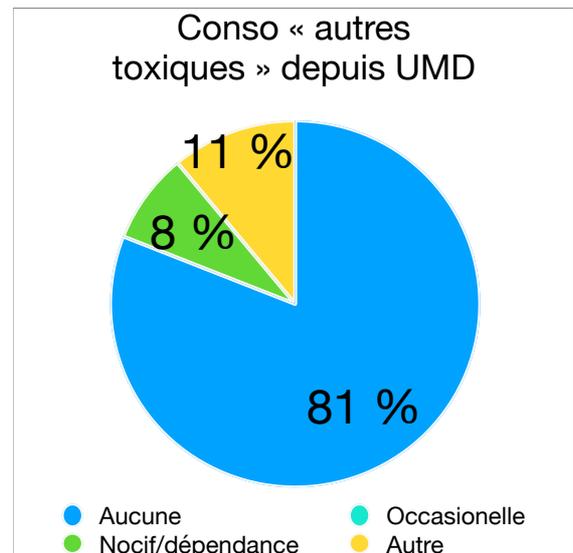
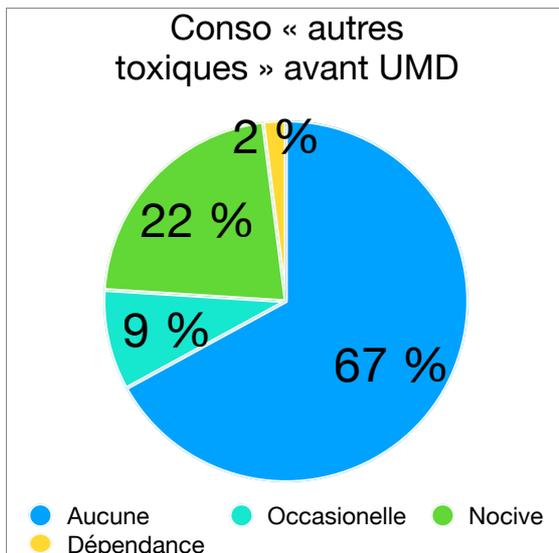
Concernant la consommation d'autres toxiques :

- Question 9. Consommation d'autres toxiques (« drogue dure » type amphétamines, cocaïne...) avant la prise en charge en UMD :

- a) Aucune consommation d'autres toxiques : 26 patients (67%)
- b) Consommation occasionnelle : 4 patients (9%)
- c) Usage nocif : 8 patients (22%)
- d) Syndrome de dépendance : 1 patient (2%)

- Question 9. Consommation d'autres toxiques (« drogue dure » type amphétamines, cocaïne...) depuis la sortie d'UMD :

- a) Aucune consommation d'autres toxiques : 29 Patients (81%)
- b) Consommation occasionnelle : 0 Patient (0%)
- c) Usage nocif et/ou syndrome de dépendance : 3 Patients (8%)
- d) Autre (perdu de vue, décès ...) : 4 Patients (11%)



3) Evolution de la fréquence et du type de passages à l'acte violent.

Ont d'abord été relevés les critères qui permettaient de définir la dangerosité afin que l'on puisse évaluer leurs évolutions. Nous avons par la suite relevé les épisodes de survenue de violence afin d'évaluer l'évolution du type et de la fréquence des passages à l'acte, c'est notre objectif principal.

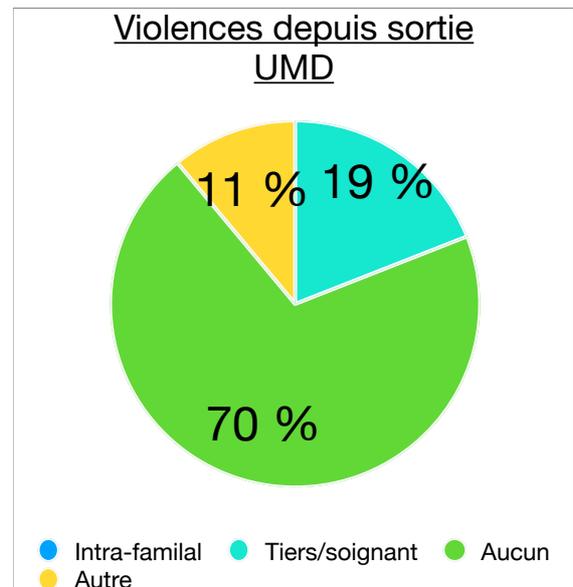
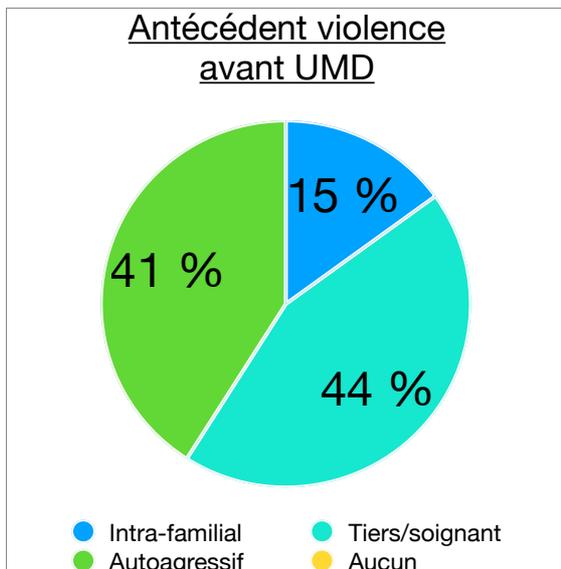
Le premier élément recherché est la survenue effective de violence et envers qui :

- Question 3. Antécédents de violences motivant son séjour en UMD :

- a) Antécédent d'actes de violence intra-familial : 6 patients (15%)
- b) Antécédent d'actes de violence sur tiers/soignant : 17 patients (44%)
- c) Antécédent d'actes de violence autoagressif : 16 patients (41%)
- d) Aucun antécédent de violence : 0 patients (0%)

- Question 3. Violence depuis la sortie d'UMD :

- a) Survenue d'actes de violence au sein du cercle familial: 0 Patients (0%)
- b) Survenue d'actes de violence sur un tiers/soignant : 7 Patients (19%)
- c) Absence de survenue d'acte de violence : 25 Patients (70%)
- d) Autre (perdue de vue, décès...) : 4 Patients (11%)



Le deuxième élément recherché était la récurrence d'hospitalisation en UMD :

A - Le patient a-t-il été rehospitalisé en UMD ?

- Non : 29 Patients (81%)
- Oui : 7 Patients (19%)

III-DISCUSSION

Ces résultats ont pour intérêt d'objectiver la récurrence d'actes de violence et ainsi d'évaluer l'évolution de la dangerosité après un séjour en l'UMD, par soucis de faisabilité, nous nous sommes concentré sur un UMD, celui d'Eygurande. La dangerosité n'ayant pas pu être objectivée par la passation d'un questionnaire d'évaluation (type HCR20), comme objectif secondaire, nous avons décidé d'évaluer l'évolution de certains des items de ce questionnaire.

Parmi ces items, nous avons décidé d'étudier la consommation de toxiques (dont l'alcool et le THC). Nous avons vu que c'était un facteur favorisant la survenue de crise aiguë et à fortiori de

violence chez les patients atteints de schizophrénie et moins spécifiquement chez la population générale. Ainsi un arrêt ou tout du moins une diminution de la consommation de ces produits pourrait présager d'une diminution de la dangerosité.

L'évaluation de l'évolution des critères socio-démographiques, de la thérapeutique et de la prise en charge médicale fait également partie des objectifs secondaires. Nous verrons s'il est possible de corrélérer leurs évolutions à l'évolution de la dangerosité.

1) Caractéristiques psychiatriques de la population étudiée

La population incluse était donc composée d'individus porteurs du diagnostic de trouble psychotique, intégrés à l'UMD d'Eygurande après le 01 janvier 2018 et sortis avant le 31 décembre 2020. Cette étude était donc monocentrique et se déroulait sur une période de 3 ans. Dans une logique où l'on en réfère préférentiellement à l'UMD qui se trouve le plus proche géographiquement de l'hôpital d'origine, on peut supposer que la population étudiée n'est pas similaire à la population prise en charge en UMD au niveau national et cela diminue donc la validité externe de l'étude.

Il est également important de souligner que les patients inclus dans l'étude l'ont été sur une durée maximum de trois ans, or les patients dont l'évolution est la moins favorable ont tendance à rester plus longtemps hospitalisé en UMD et n'ont donc pas été inclus. Cela induit donc un biais de sélection : en effet, les patients inclus sont ceux qui auraient le mieux répondu à la prise en charge en UMD.

2) *Format de l'étude*

Comme précisé précédemment, dans la partie « *matériel et méthode* », l'étude est observationnelle, rétrospective et monocentrique.

En effet, la population est faite de patients porteurs du diagnostic de maladie psychotique, présentant une dangerosité importante et qui sont orientés en UMD à la suite de la survenue d'un acte médico-légal ou dans un contexte de chimiorésistance, d'impossibilité d'obtenir une rémission clinique ou encore dans un contexte d'épuisement professionnel de l'équipe de secteur.

De part les caractéristiques de la population étudiée et de part les motifs d'inclusion, l'orientation de ces patients est l'UMD.

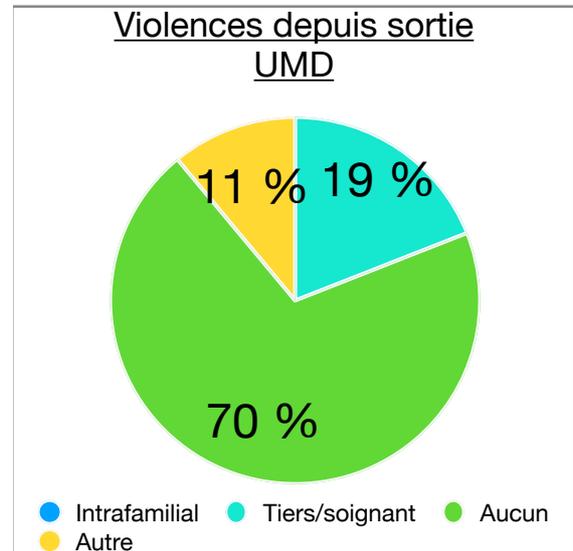
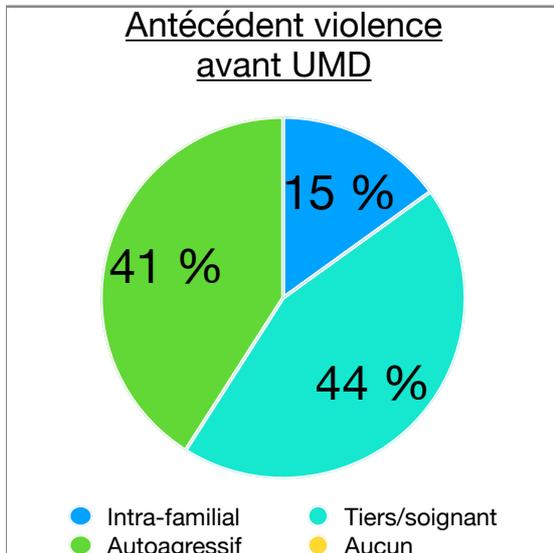
La Haute Autorité de Santé stipule que : « des services spécialisés, bien repérés au plan national, destinés à des malades difficiles (UMD), sont nécessaires dans la palette du dispositif de soins pour des indications exceptionnelles ». Ceci étant la recommandation n°62 de l'audition publique de mars 2011. [21]

Dans ce cadre-là, ces épisodes médico-légaux survenant sur des soignants ou sur de la famille, sont dans l'immense majorité des cas orientés en UMD. Ainsi, comparer la prise en charge en UMD à un autre type de réponse médicale n'était pas envisageable. C'est donc pour cette raison que cette étude ne comportait qu'un bras, elle est donc observationnelle et non comparative.

3) *Evolution de la dangerosité*

La dangerosité, comme nous l'avons vu, est une notion a priori subjective mais qui peut être objectivée par la passation d'un questionnaire standardisé. Or, aucun questionnaire de ce type n'avait été

rempli lors de l'admission à l'UMD d'Eygurande, il était donc impossible de suivre l'évolution de cette dangerosité. Cependant, la dangerosité est la probabilité de survenue d'actes de violence [21]. Ainsi pour évaluer l'évolution de la dangerosité, il est intéressant de regarder le pourcentage de récurrence d'actes de violences.



Si nous considérons que les patients perdus de vue ou bien décédés ont eu l'évolution la plus négative, nous devons les traiter comme des patients ayant récidivé. Ainsi, toutes violences confondues, il est relevé 11 patients récidivistes, c'est à dire 31%.

Ce résultat peut être mis en perspective avec les chiffres du ministère de la justice, concernant la récurrence chez les individus de la population générale ayant effectué un séjour en prison [147] :

Dans cette étude, la population est composée à 96 % d'hommes. La moitié des détenus de cette population a moins de 30 ans, et près des deux tiers ont arrêté leur scolarité pendant ou avant le collège. L'infraction principale à l'origine de l'incarcération est le plus souvent une atteinte aux biens (35 % des cas). Viennent ensuite les atteintes aux personnes (29 %) et les infractions liées aux stupéfiants (16 %). 31 % des sortants de prison ont à nouveau été condamnés pour une infraction commise dans l'année de leur libération. Les troubles psychologiques ou psychiatriques identifiés pendant la détention sont associés à un sur-risque de récurrence.

Ces chiffres sont sensiblement similaires à ceux récoltés auprès de la population de notre étude; bien qu'ils ne s'intéressent pas spécifiquement à l'acte de violence mais plus généralement à la récurrence d'un acte délictueux. De plus, trois choses sont à noter ici : premièrement, il est intéressant de relever que le chiffre de récurrence, tout crime/délit confondu, rapporté dans cette étude est exactement le même que celui que nous avons relevé (31%). Deuxièmement, en s'intéressant à la durée du suivi, on s'aperçoit que dans celle du ministère de la justice l'étude s'étale sur un an, tandis que dans notre étude les chiffres ont été relevés entre 1,5 ans et 3,5 ans après la sortie d'UMD, il est évident de penser que plus l'étude s'étale sur le temps plus, le risque de récurrence est important. Troisièmement, même s'ils ne donnent pas de chiffre, ils mettent en évidence que les troubles psychologiques ou psychiatriques sont associés à un sur-risque de récurrence, donc concernant la population de patients qui se rapproche de celle de notre étude, il est logique de penser que le chiffre de récurrence est plus important que celui retrouvé sur toute la population des sortants de prison.

Ainsi, bien que les pourcentages de récurrence soient sensiblement les mêmes, compte tenu que la population, la taille de l'échantillon et la durée du suivi sont différentes, cette comparaison est conceptuellement ininterprétable. Nous constatons simplement qu'une prise en charge sécuritaire, d'allure carcérale, associée à une prise en charge médicale adaptée semble donner de très bons résultats. Partant de ce postulat, il serait également intéressant de comparer nos résultats à ceux obtenus dans d'autres pays et donc dans d'autres systèmes de santé. Il s'avère qu'une étude concernant des délinquants libérés de prison de haute sécurité ou d'un hôpital sécuritaire en Belgique existe. [148]

Cette étude se base sur une évaluation de la dangerosité après passation d'échelles (HCR-20, PCL-R ou VRAG), la passation de ces échelles permettait de classer les individus en fonction de leurs degrés de dangerosité. Dans cette étude, les taux de récurrence générale sont de 13% ; 15% et 15 % chez les participants présentant un faible score respectivement à la PCL-R, la VRAG et à la HCR-20. Ces pourcentages s'élèvent à 30 et 40 % pour le groupe présentant un score élevé aux

échelles respectives. La même tendance s'observe pour la récurrence violente : 4% ; 5% et 11 % pour le groupe présentant un score faible contre 20% ; 27% ; 27 % pour le groupe présentant un score élevé. Tant pour la récurrence générale que pour la récurrence violente, les courbes de survies diffèrent (Log-rank > à 3,90, $p < 0,05$) significativement entre ces deux groupes. Si nous partons du postulat que les individus pris en charge en UMD sont des patients qui présentent un fort score aux échelles sus-citées, les résultats sont d'un ordre de grandeur similaire à ceux que nous avons retrouvés.

Concernant le postulat que les patients pris en charge en UMD auraient un score important aux échelles de dangerosité (HCR-20, PCL-R, VRAG), il a été démontré que 37 des 39 patients présentaient des antécédents d'actes médico-légaux ou d'agressions envers le personnel soignant.

4) Evolution des critères secondaires

Comme nous l'avons vu dans le chapitre concernant la typologie de la violence, certains éléments comme l'âge, le sexe, l'environnement familial, les niveaux d'éducation ou socioéconomique sont plus fréquemment corrélés à la survenue de violence [15][16][17][18].

Parmi ces éléments, certains sont immuables, tels que l'âge ou le sexe mais d'autres sont des facteurs socio-démographiques sur lesquels il est possible d'avoir une influence.

Concernant la pathologie psychotique, nous avons vu que c'est un facteur de risque majeur de comportements agressifs ou violents, tout du moins lorsqu'elle n'est pas stabilisée. [25] Plus exactement, nous avons montré qu'il existe une corrélation entre le diagnostic de maladie psychotique et la survenue de violence sans mettre en évidence de lien de cause à effet car de trop nombreux autres facteurs étaient à prendre en considération. [21]

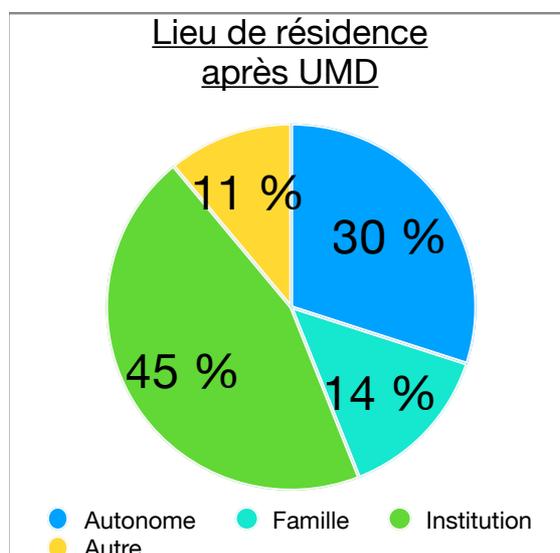
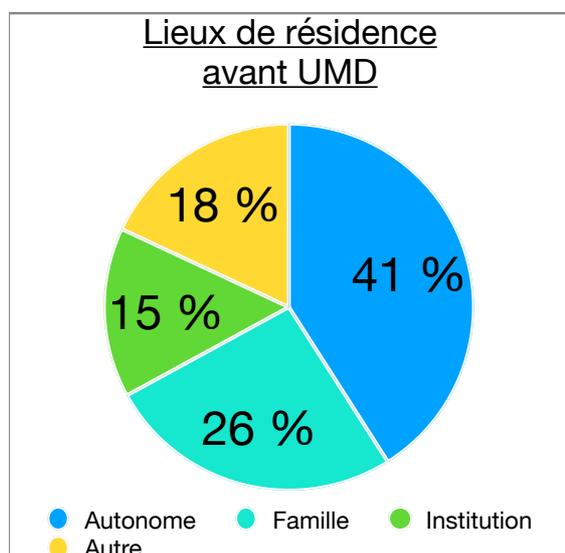
Ainsi, il est possible de prendre en charge cette dangerosité psychiatrique, tant au niveau médical qu'au niveau institutionnel.

Pour ce qui est de la consommation de stupéfiants nous avons démontré qu'il existe un lien statistique entre la consommation de toxiques et la survenue de violences. [78] La consommation de substances peut, en effet, être une cause de passage à l'acte violent. Trois conceptualisations unidimensionnelles nous permettaient d'avancer cela [81] : le modèle psychopharmacologique, le modèle économique-compulsif, et le modèle systémique [82]. De part le travail addictologique réalisé en UMD, on retrouve un effet sur la consommation de stupéfiants sur le long terme.

Nous allons nous intéresser à l'effet de la prise en charge en UMD sur ces différents facteurs et nous allons essayer de le mettre en corrélation cela avec l'évolution de la dangerosité, ou tout du moins avec la survenue effective de violences.

4.1) Evolution des critères socio-démographiques

Concernant l'évolution des trois critères socio-démographiques que nous avons évalués, commençons par celui concernant le lieu de résidence du patient.



On remarque qu'après cette prise en charge en UMD, la tendance est que les patients résident plus en institution ou sont hospitalisés sur le long terme. Une amélioration de la clinique du patient aurait pu laisser supposer qu'il y aurait un gain en autonomie avec une proportion de patients résidant en appartement autonome qui aurait été plus importante or c'est le contraire. Cela peut s'expliquer par la particularité de la population prise en charge en UMD : nous avons vu à travers l'exemple de l'UMD Henri Colin et à travers la population de notre étude que c'était des cas complexes, ayant évolué dans des environnements défavorables.

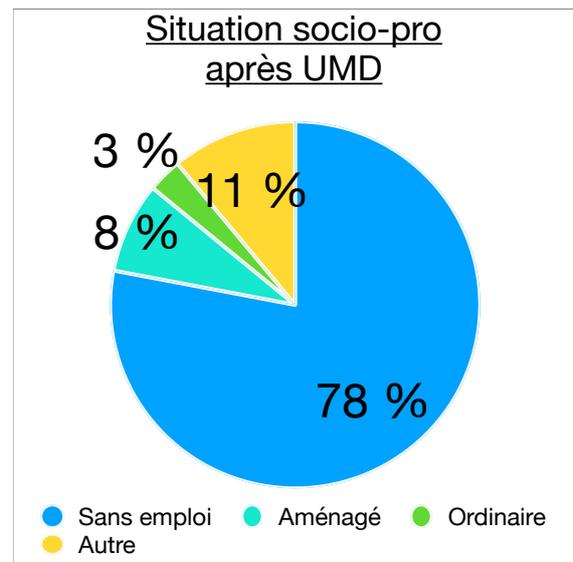
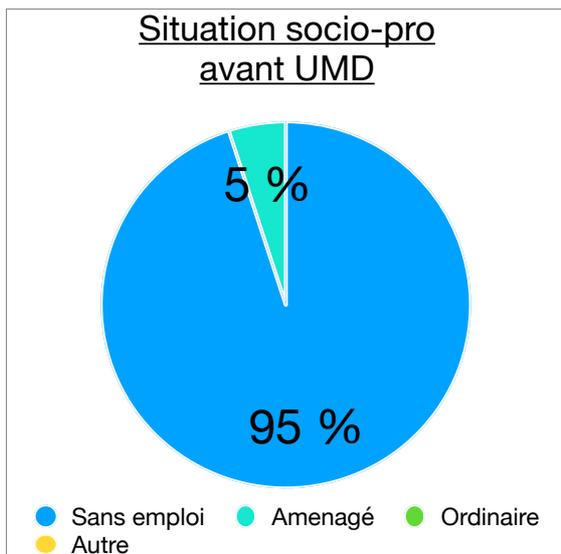
Nous avons vu que les placements durant l'enfance étaient très fréquents et que la violence était banalisée au sein de la structure familiale. Il était également noté que dans les motifs d'admission les plus fréquents, il y avait les troubles du comportement qui regroupaient essentiellement les menaces de mort, les violences physiques et l'opposition sthénique aux soins.

Dans la revue de la littérature, nous avons également étudié l'institutionnalisation en tant que prévention tertiaire du risque de récurrence de violence.

Ainsi, cette évolution vers une institutionnalisation des patients pourrait se justifier de plusieurs manières. Premièrement, on peut penser que les patients présentent une chimio-résistance et une clinique telles qu'il est impossible d'envisager un retour à une vie en milieu ordinaire. Deuxièmement, on peut penser que lorsque le patient est redirigé vers l'équipe de secteur qui l'avait adressé, il persiste un très fort à priori, en lien avec le fait qu'il ait pu être violent envers cette équipe et donc elle serait moins encline à le réintégrer en ville. Troisièmement, le fait que le patient ait pu avoir été pris en charge durant une longue période, dans un lieu éloigné de son lieu de vie initial, pourrait expliquer que celui-ci ait perdu contact avec son environnement et ait ainsi perdu en autonomie.

Toutes ces réflexions mériteraient d'être objectivées par des études plus ciblées.

Concernant le deuxième critère socio-démographique, il s'agit de la situation socio-professionnelle.



En nous intéressant à la situation socio-professionnelle, on remarque une légère amélioration du pourcentage de patients ayant un emploi en milieu ordinaire ou en ESAT. Cependant, en valeur absolue, il n'y a qu'un seul patient supplémentaire ayant un emploi en milieu ordinaire et un seul ayant un emploi en ESAT. Cette différence est trop ténue pour être réellement significative.

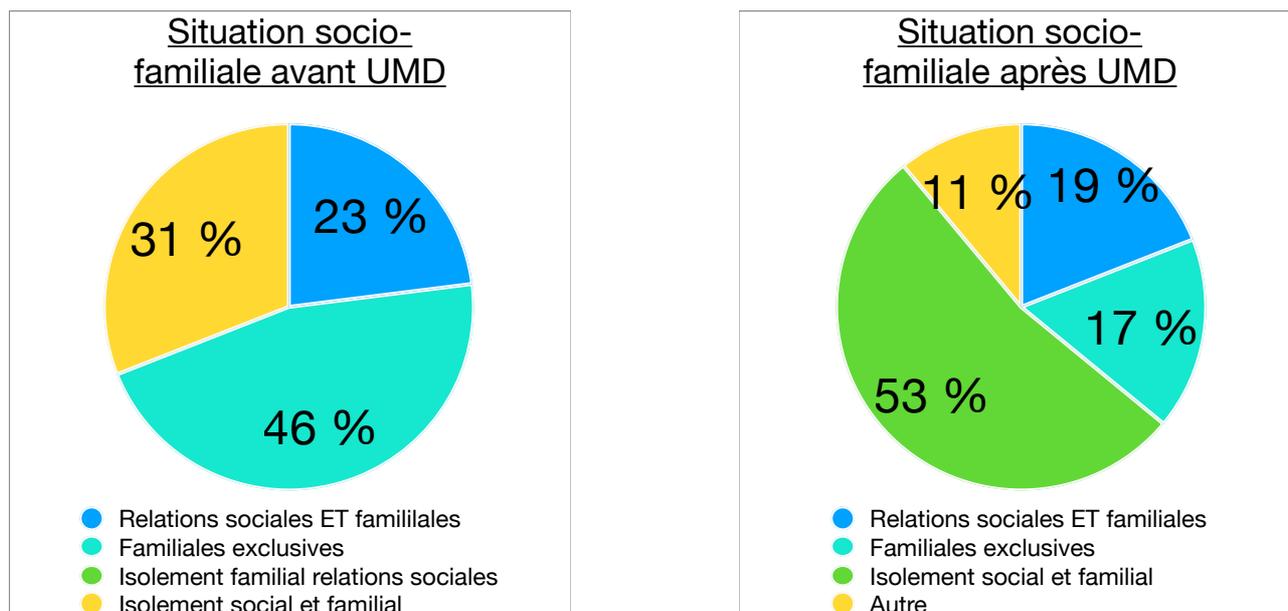
Sans que l'on puisse faire un lien entre une stabilisation de la situation socio-professionnelle et une baisse de la dangerosité, cela montre une tendance : les patients qui ont été pris en charge en UMD présenteraient une dangerosité moins importante et auraient une meilleure intégration socio-professionnelle.

Nous n'avons pas la possibilité de prouver une causalité entre ces deux éléments ni de savoir si c'est une amélioration du tableau clinique avec diminution de la dangerosité, qui a permis une meilleure intégration socio-professionnelle ou si à contrario, c'est cette meilleure intégration qui participe à une diminution de la dangerosité.

Cependant, les « problèmes d'emploi » est un des items de la grille HCR20 et l'intégration socio-professionnelle fait partie intégrante des programmes de réhabilitation. La réhabilitation qui, tout comme la prise en charge pharmacologique et psychothérapeutique, diminue le risque de rechute (toute maladie psychiatrique confondue). [149] [150]

Or, nous avons vu dans la revue de la littérature que les maladies psychiatriques, non stabilisées, et à fortiori psychotiques étaient un facteur de dangerosité à part entière.

Concernant le troisième critère socio-démographique, il s'agit de la situation sociale et familiale.



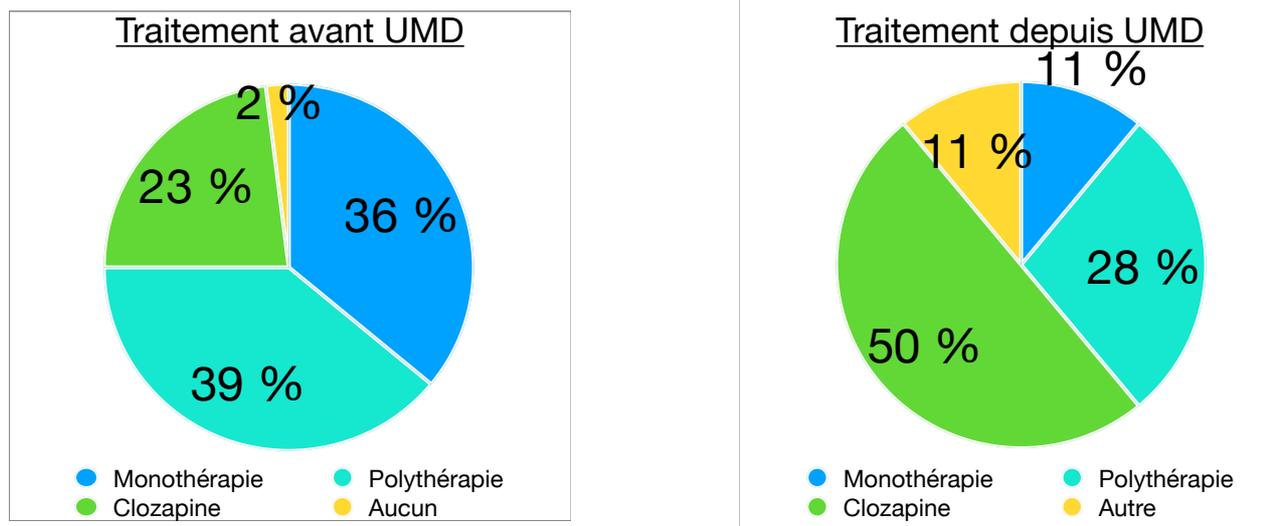
En observant l'évolution de la qualité des relations sociales et familiales, nous nous apercevons que l'isolement social tout comme l'isolement familial est plus prononcé. Or l'« instabilité des relations intimes » est un des items de la grille HCR20.

Cela entrerait en contradiction avec le fait que la dangerosité des patients, à travers le risque de récurrence de passage à l'acte, ait diminué. En effet, cette instabilité des relations intimes devrait en toute logique majorer le risque de survenu de violence.

Néanmoins, on peut expliquer l'instabilité des relations intimes par le fait qu'une part notable des patients a été institutionnalisée et ce, à distance de leurs lieux de vie habituel. Il est alors aisé de comprendre qu'ils se retrouvent isolés de leur environnement social et familial.

4.2) Evolution de la prise en charge médico-psychologique.

Concernant l'évolution des deux critères concernant la prise en charge médico-psychologique, commençons par nous intéresser au traitement pharmacologique du patient.



A travers ces résultats, nous observons une forte progression vers la mise en place du traitement de référence de la schizophrénie résistante. L'UMD d'Eygurande ne pratique pas l'électro-convulsivothérapie, donc ici nous parlons de la Clozapine seule ou en association.

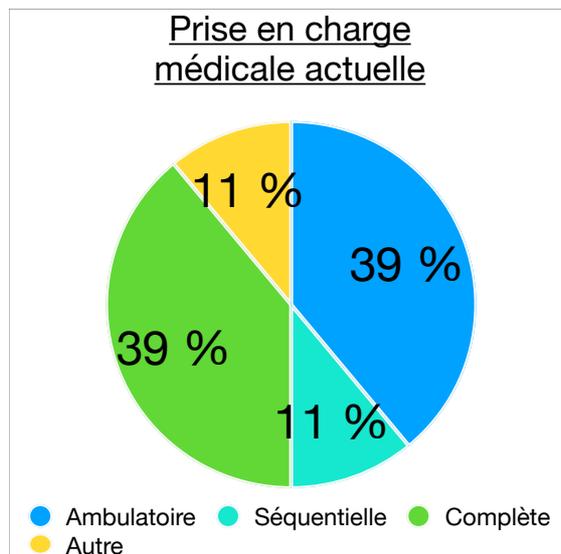
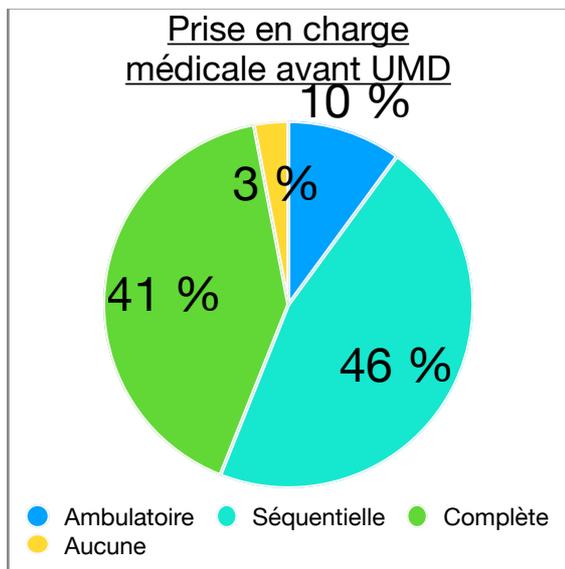
Comme vu dans la revue de la littérature, la Clozapine reste l'antipsychotique qui semble le plus efficace dans la prévention de l'agressivité dans divers troubles psychiatriques [111] et notamment chez les patients atteints de schizophrénie [112]. Nous avons également vu que la Clozapine arrive en tête des traitements délivrés en UMD, notamment dans l'UMD de Cadillac [139]. Les résultats de notre étude confortent donc les résultats déjà publiés à ce sujet.

Ces résultats soulèvent néanmoins deux questions :

Premièrement, il est légitime de s'interroger sur le pourcentage de patients traités par Clozapine. En effet, en plus d'être l'antipsychotique montrant la meilleure efficacité dans la prévention de l'agressivité, c'est également le traitement de référence dans le cadre de la schizophrénie résistante. Un nombre important d'études et des méta-analyses ont démontré plusieurs fois que la Clozapine est supérieure aux neuroleptiques et aux autres antipsychotiques de seconde génération dans le traitement des schizophrénies résistantes [151] [152]. Or dans le cadre de notre étude, la survenue d'un acte médico-légal a été le motif d'admission de 20 patients (51%). 14 patients (36%) étaient adressés dans un contexte de chimio-résistance et lors de la sortie, seul 18 patients (50%) étaient sous Clozapine, seule ou en association. Il aurait ainsi été légitime de penser qu'au moins 85% des patients auraient été mis sous Clozapine. Cela peut s'expliquer par le fait que les patients ayant commis un acte médico-légal ne bénéficiaient d'aucun traitement pour certains (acte inaugural à la prise en charge en psychiatrie) ou avaient une très mauvaise observance pour d'autres. La mise en place d'un traitement de première ou de deuxième génération pouvait alors être suffisant.

Deuxièmement, on peut se demander pourquoi la Clozapine n'avait pas été mise en place sur le secteur d'origine mais l'explication pourrait sensiblement être la même.

Les résultats concernant l'évolution du type de prise en charge médicale nous montrent une évolution vers une prise en charge ambulatoire, une légère diminution du nombre de prise en charge en hospitalisation complète (durant plus de 6 mois) et une nette diminution des prises en charge en hospitalisation séquentielle.

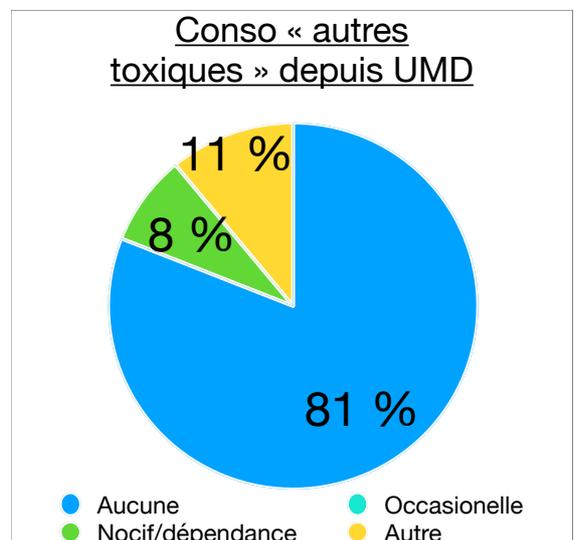
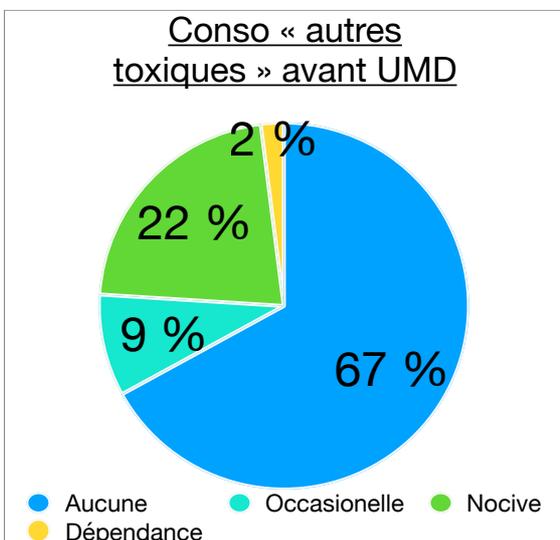
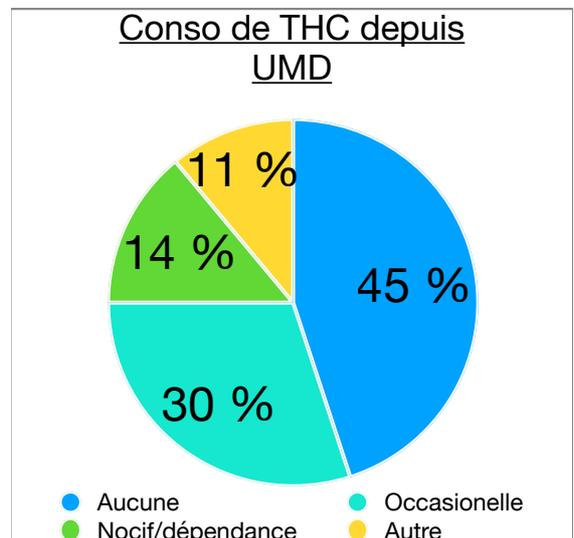
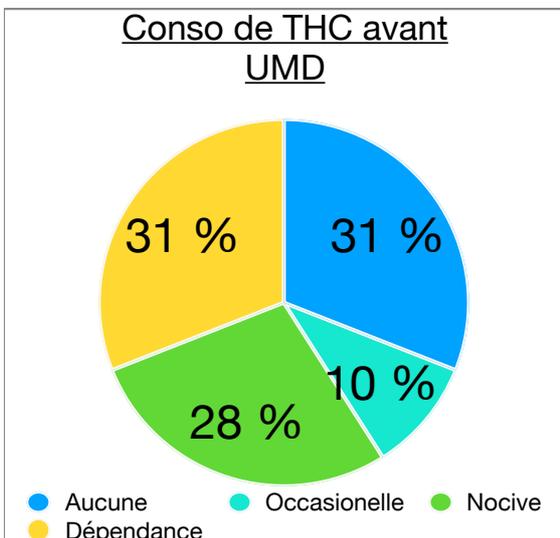
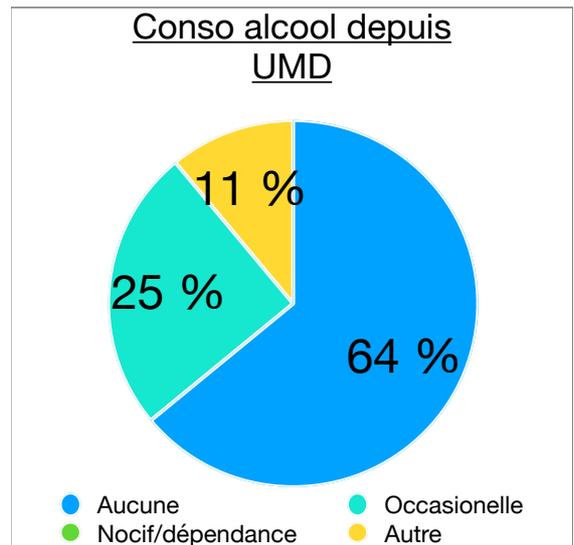
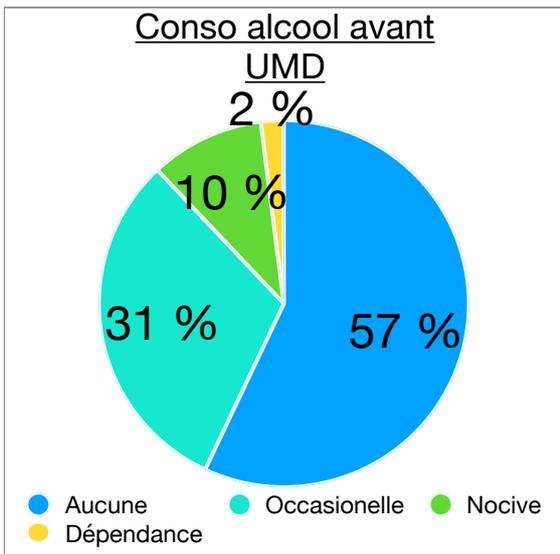


112Compte tenu que cette prise en charge en UMD aurait permis, comme nous l'avons vu, un contrôle de la dangerosité psychiatrique, donc une amélioration clinique, il est logique de constater que la prise en charge évolue vers une prise en charge ambulatoire.

Concernant la prise en charge en hospitalisation complète après passage en UMD, elle concerne 14 patients. Ce chiffre était à 16 avant prise en charge en UMD. L'évolution peut paraître minime mais cela est à mettre en perspective avec le fait que 20 des 39 patients étudiés, ont été admis suite à la survenue d'un acte médico-légal et après déclaration d'une irresponsabilité pénale. Même si une prise en charge en UMD avait permis une stabilisation clinique et une diminution de la dangerosité, lors d'un retour en secteur, il est normal de penser que les équipes de secteur puissent rester prudentes.

4.3) Evolution de la consommation de stupéfiants

Pour ce qui est de la consommation de toxiques, nous avons observé une nette diminution de cette consommation, tout produits confondus :



Nous avons vu que la consommation de produits stupéfiants a directement un impact sur la dangerosité : que cette consommation était directement impliquée dans la survenue d'actes de violence et avait un impact sur l'efficacité de la thérapeutique mise en place et sur l'assiduité à la prise des traitements. Lors de la prise en charge en UMD, compte tenu de l'allure carcérale de ce type de prise en charge, de l'effectif soignant qui est plus important qu'en secteur et de l'éloignement des patients de leurs secteurs d'origine, on comprend pourquoi les patients restent à distance des consommations de tout type de substance. Ce qui est relevé, c'est que cette diminution des consommations se maintient même à distance de la sortie d'UMD.

Cette amélioration est sans doute multifactorielle : le travail psychothérapeutique plus intense avec une meilleure éducation thérapeutique, la mise en place d'un traitement plus incisif et une orientation vers un milieu plus encadrant peuvent expliquer cette diminution des consommations.

5) Méthodologie de l'étude : limites

Cette étude peut faire l'objet de plusieurs critiques.

La critique principale et la difficulté la plus importante était le fait qu'aucun questionnaire d'évaluation de la dangerosité/du risque de passage à l'acte hétéroagressif n'ait été rempli systématiquement lors de l'admission à l'UMD d'Eygurande. Ce travail se portant principalement sur l'évolution de la dangerosité après passage en UMD, il aurait été logique de regarder l'évolution du score de ce type de grille afin d'évaluer l'efficacité de l'UMD dans la prise en charge de la dangerosité chez les patients atteints de troubles psychiatriques. Pour cela, il aurait été judicieux de mener l'étude en prospectif afin de faire passer ce questionnaire à l'admission puis à distance de la sortie d'UMD. Cependant, si nous avons souhaité monter une telle étude, un coordinateur ayant déjà une activité cli-

nique en parallèle n'aurait pas été suffisant pour faire passer ce questionnaire en systématique lors de l'admission puis pour effectuer une nouvelle passation de ce questionnaire à distance de la prise en charge en UMD.

Ainsi nous avons créé un questionnaire en nous inspirant des items historiques, en évaluant la stabilité des relations intimes, les problèmes d'emploi et le soutien personnel. Ce questionnaire n'ayant pas été validé, il ne permet pas d'apporter une réponse à la question « la prise en charge en UMD permet-elle une diminution de la dangerosité des patients étudiés ? ». De plus, comme la première passation était remplie en rétrospectif, à l'aide des dossiers, lors de l'arrivée en UMD, il y a un biais d'information. Les éléments rapportés dans le dossier n'étaient pas nécessairement objectifs et pouvaient être orientés par les propres opinions ou connaissances du médecin. Idem lorsque nous avons cherché les informations, le recueil des données pouvait éventuellement être influencé par ce que nous cherchions à démontrer, d'autant plus que l'on parle d'informations qualitatives et non quantitatives. C'est un biais d'information lié à l'enquêteur.

La seconde critique réside dans le fait qu'il y a un biais de sélection. En effet, nous cherchions à évaluer l'UMD en général, en tant qu'outil thérapeutique. Or, par soucis de faisabilité, le choix de faire une étude monocentrique a été fait. Cependant, la population étudiée à l'UMD d'Eygurande n'est pas nécessairement représentative de celle prise en charge dans les UMD de manière générale. Le choix de n'étudier que les patients atteints de troubles psychotiques avait également été fait, ainsi la population prise en compte dans l'analyse n'est pas représentative des sujets pris en charge en UMD en général. Les patients porteurs d'un diagnostic de retard mental ou de trouble de la personnalité, qui n'ont pas été pris en compte dans cette étude, répondent généralement moins bien à la thérapeutique médicamenteuse.

Le nombre de patients, tout comme la durée du suivi, est aussi insuffisant pour mettre en avant une évolution significative de la dangerosité. Ce travail pourrait néanmoins permettre une estimation de

l'évolution attendue et ainsi permettre le calcul du nombre de sujets et de la durée de suivi nécessaire à la réalisation d'une étude prospective d'évaluation de l'outil thérapeutique qu'est l'UMD.

IV-CONCLUSION

La survenue de violence au sein de la société est un évènement qui a toujours nécessité une réaction de la part de celle-ci. L'UMD, en tant qu'unité d'hospitalisation intersectorielle, est une alternative qui a été mise en place, dans le système de soins français, afin de prendre en charge les malades difficiles. Comme le stipule la Haute Autorité de Santé, les UMD sont nécessaires dans la palette du dispositif de soins pour des indications exceptionnelles.

Ces indications exceptionnelles sont multiples. Cela peut-être lorsqu'un sujet est jugé pour un délit ou un crime mais qu'il est déclaré non responsable de ses actes du fait d'une pathologie psychiatrique décompensée au moment de la survenue des faits. L'équipe du secteur concerné peut-être amenée à faire une demande en UMD devant la gravité de la situation ou devant une amélioration clinique insuffisante.

Ainsi la prise en charge en UMD, du fait de la dangerosité des individus, peut avoir une allure carcérale, la prise en charge est très cadrante. Cependant, les indications d'envoi en UMD se sont élargies avec l'inclusion de patients résistants aux traitements ou de patients jugés dangereux par les équipes de secteur, avec un épuisement de celle-ci.

Hormis l'expérience d'une situation ayant évolué favorablement, le bouche à oreille ou les recommandations de la HAS, il est difficile de trouver des outils d'évaluation de la prise en charge en UMD en tant qu'outil thérapeutique à part entière.

Nous avons donc monté une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique, à un bras dans le but de faire une première évaluation de l'UMD en tant qu'outil thérapeutique.

Les résultats vont dans le sens d'une diminution de la dangerosité avec une amélioration des facteurs prédictifs de la survenue d'un passage à l'acte hétéroagressif. Les limites de cette étude tiennent principalement dans le fait que par soucis de faisabilité, elle ait été faite en rétrospectif et

qu'un questionnaire préalablement validé n'ait pas pu être fait passer avant et après par la même équipe d'examineurs. Se déroulant en monocentrique sur un échantillon réduit, elle est difficilement applicable au niveau national.

L'évaluation de cet outil thérapeutique doit donc être prouvée par la mise en place d'une étude ayant une plus forte validité et une plus forte puissance.

Une analyse en sous-groupe pourrait également permettre d'évaluer la réponse des individus en fonction du motif d'admission et ainsi, s'il est prouvé scientifiquement que l'UMD est une réponse thérapeutique efficace, cela pourrait permettre une réflexion sur une augmentation de la capacité d'accueil ou sur une orientation mieux encadrée.

Le Doyen de l'UFR de Médecine,
Professeur Pierre CIAVELOU

Le Président du Jury,
Professeur Pierre-Michel LLORCA

V-BIBLIOGRAPHIE

- [1] MARTIN D, FICHELET R, FICHELET M. Si la violence existe, discours du violent. In: *Déviance et société*. 1977 - Vol. 1 - N°3. pp. 291-308;
- [2] RENNEVILLE M. Psychiatrie et prison : une histoire parallèle. In : *Annales Médico Psychologiques* 162 (2004) 653–656;
- [3] VOLAVKA J. Violence in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatr Danub*. 2013 Mar, 25,1, p.24–33.
- [4] SIEVER L Neurobiology of aggression and violence. *Am J Psychiatry*. 2008 Apr, 165,4, p.429–442.
- [5] KRUG E, DALHBERG L, MERCY J, et al. OMS - World report on violence and health. Geneva; ed 2002; 346
- [6] JEUGE-MAYNART I, MAIRE P, ROBINSON A-F, et al. Violence def. *Le petit Larousse Illustré*. 2014.
- [7] SENNINGER JL, FONTAA V (1994). Les unités pour malade difficile: observatoire de la violence physique, Paris, heure de France, p144
- [8] CZOBOR P, VOLAVKA J, MEIBACH R. Effect of risperidone on hostility in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*. 1995 Aug, 15,4, p.243–249 .
- [9] PATTON J STANFORD M, BARRATT E. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*. 1995 Nov, 51,6, p.768–774.
- [10] YUDOFKY S, SILVER J, JACKSON W, et al. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry*. 1986 Jan, 143,1, p.35–39
- [11] FOEGE WH, ROSENBERG ML, MERCY JA. Public health and violence prevention. *Current Issues in Public Health*, 1995, 1 :2–9.
- [12] BOURGEOIS ML, BENEZECH M. Dangerosité criminologique, psychopathologie et comorbidités psychiatriques. *Ann Méd Psychol* 2001 ; 159 : 475-86.
- [13] SAUTEREAU M, LECA H, VITTOZ A, et al. Les évolutions législatives françaises : un pas de plus vers la confusion justice psychiatrie À propos de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. *Psychiatrie et violence* Volume 9, Issue 1, 2009
- [14] BENEZECH M, LE BIHAN P, BOURGEOIS ML, Criminologie et psychiatrie, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* © 2002 Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS 37-906-A-10
- [15][MARZUK PM. Violence, crime and mental illness. How strong a link? *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 481-486
- [16] MONAHAN J. Mental disorder and violent behaviour : perception and evidence. *Am Psychol* 1992 ; 47 : 511-521
- [17] SWANSON JW, HOLZER CE, GANJU VK, JONO RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990 ; 42 : 761-770
- [18] TAYLOR P, GUNN J. Homicides by people with mental illness: myth and reality. *Br J Psychiatry* 1999 ; 174 : 9-14
- [19] SALVAGE, P. (2016). Chapitre 2. La responsabilité pénale pour autrui. Dans : P. Salvage, *Droit pénal général* (pp. 103-106). FONTAINE, France: Presses universitaires de Grenoble.

- [20] TOLAN, P. H. (2007). Understanding violence. In D. J. Flannery, A. T. Vazsonyi, & I. D. Waldman (Eds.), *The Cambridge handbook of violent behavior and aggression* (p. 5–18). Cambridge University Press
- [21] Audition publique – Rapport d'orientation de la commission d'audition. 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. HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Mars 2011
- [22] MILLAUD, F., ROY, R., GENDRON, P., et AUBUT, EJ (1992). Un inventaire pour l'évaluation de la dangersité des patients psychiatriques *. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 37 (9), 608–615.
- [23] JOYAL C. Schizophrénie et violence : mise à jour des connaissances et spécifications des motifs et circonstances associées. *Forensic* 2005; numéro spécial : 5-9
- [24] VOLAVKA J, CITROME L. Pathway to aggression in schizophrenia affect results of treatment. *Schizophren Bull.* 2011;37: 921-929
- [25] VANDAMME MJ, Schizophrénie et violence : facteurs cliniques, infracliniques et sociaux *Annales Médico-psychologiques*, revue psychiatrique Volume 167, Issue 8, October 2009, Pages 629-637
- [26] CARLBORG A, JOKINEN J, JONSSON E, et al (2008) Long-Term Suicide Risk in Schizophrenia Spectrum Psychoses: Survival Analysis by Gender, *Archives of Suicide Research*, 12: 4, 347-351
- [27] RICHARD-DEVANTOY S, DUFLOT JP, CHOCARD AS, et al. Homicide et schizophrénie : à propos de 14 cas de schizophrénie issus d'une série de 210 dossiers d'expertises psychiatriques pénales pour homicide *Ann Med Psy* 167 (2009) 616–624.
- [28] TIEN AY, EATON WW. Psychopathologic Precursors and Sociodemographic Risk Factors for the Schizophrenia Syndrome. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(1):37–46
- [29] MCNIEL DE, BINDER RL, GREENFIELD TK. (1988). Predictors of violence in civilly committed acute psychiatric patients. *The American Journal of Psychiatry*, 145(8), 965–970
- [30] KRAKOWSKI M, CZOBOR P. Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *Am J Psychiatry* 2004;161:459–65.
- [31] BETTENCOURT BA, MILLER N. Différences entre les sexes dans l'agression en fonction de la provocation: une méta-analyse . *Bulletin psychologique*, 1996;119:422 - 447 .
- [32] TUNINGER E, et al. Criminality and aggression among psychotic in-patients: frequency and clinical correlates. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:294–300.
- [33] LINDQVIST P, ALLEBECK P. Schizophrenia and assaultive behaviour: the role of alcohol and drug abuse. *Acta Psychiatr Scand* 1989;82:191–5.
- [34] FAZEL S., GULATI G., LINSELL L, et al. (2009). Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000120.
- [35] VILAINA J, GALIOT AM, DURAND-ROGER J, LEBOYER M, LLORCA PM, SCHURHOFF F, SCZOKEA A. Les facteurs de risque environnementaux de la schizophrénie, *L'Encéphale* (2013) 39, 19—28
- [36] WALSH Z, SWOGGER MT, KOSSON DS. Psychopathie et violence instrumentale: relations au niveau des facettes. *J Pers Disord* .2009; 23 (4): 416-424. doi: 10.1521 / pedi.2009.23.4.416
- [37] SENON JL, HAS, Audition publique, Prise en charge de la psychopathie, Comment définir la psychopathie.

- [38] SENON JL, MANZANERAB C, Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale, *Ann Med Psy, revue psychiatrique*, Vol 164 Issue 10, Dec 2006, 818-827
- [39] SENON JL, L'expertise psychiatrique pénale : audition publique de la Fédération Française de Psychiatrie selon la méthode de la Haute Autorité de Santé, *Ann Med Psy, revue psychiatrique*, Vol 165 Issue 8, Oct 2007, 599-607
- [40] KRAKOWSKI M, VOLAVKA J, BRIZER D, Psychopathology and Violence - A Review of Literature, *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 27, No. 2, (March/April) 1986: pp 131-148
- [41] RENNEVILLE M. Psychiatrie et prison : une histoire parallèle. In : *Annales Médico Psychologiques* 162 (2004) 653-656
- [42] RAINE A, LENCZ T, BIHRLE S, LACASSE L, COLLETTI P. Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57: 119-27.
- [43] LIU X, MATOCHIK JA, CADET JL, LONDON ED. Smaller volume of prefrontal lobe in polysubstance abusers: a magnetic resonance imaging study. *Neuropsychopharmacology* 1998;18:243-52
- [44] BUCHANAN RW, VILADAR K, BARTA PE, PEARLSON GD. Structural evaluation of the prefrontal cortex in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1998;155:1049-55.
- [45] RAINE A, BUCHSBAUM MS, STANLEY J, LOTTENBERG S, ABEL L, STODDARD J. Selective reductions in prefrontal glucose metabolism in murderers. *Biol Psychiatry* 1994;36:365-73
- [46] RAINE A, BUCHSBAUM MS, LACASSE L. Brain abnormalities in murderers indicated by positron emission tomography. *Biol Psychiatry* 1997a;42:495-508.
- [47] RAINE A, MELOY JR, BIHRLE S, STODDARD J, LACASSE L, BUCHSBAUM MS. Reduced prefrontal and increased subcortical brain functioning assessed using positron emission tomography in predatory and affective murderers. *Behav Sci Law* 1998a;16:319-32.
- [48] VOLAVKA J, & KRAKOWSKI MI. (1989). Schizophrenia and violence1. *Psychological Medicine*, 19(03), 559.
- [49] KRAKOWSKI M et CZOBOR P. (1994). Symptômes cliniques, troubles neurologiques et prédiction de la violence chez les patients hospitalisés en psychiatrie. *Services psychiatriques*, 45 (7), 700-705.
- [50] TARDIFF K et SWEILLAM A. (1982). Assaultive behavior among chronic inpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 139 (2), 212-215
- [51] KRAKOWSKI M, CZOBOR P. (1997) Violence in psychiatric patients: The role of psychosis, frontal lobe impairment, and ward turmoil Vol.38, Issue 4, Jul-Aug 1997, p 230-236
- [52] MUTT V, An Appreciation of the Work of Vittorio Erspamer. Department of Biochemistry II, Karolinska Institute, S-104 01 Stockholm, Sweden. *Peptides*, Vol. 2, Suppl. 2, pp. 3-6, 1981
- [53] LUCKI I. (1998). The spectrum of behaviors influenced by serotonin. *Biological Psychiatry*, 44(3), 151-162.
- [54] DUMAIS A, Troubles mentaux et agression impulsive : le rôle de la sérotonine, *Psychiatrie and violence* Volume 10, Issue 1, 2010, p. 0
- [55] DUVAL F, endocrinologie et psychiatrie, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 37-640-A-10
- [56] DELAVENNE H, DUARTE GARCIA F, THIBAUT F, Les médicaments antidépresseurs influencent-ils les passages à l'acte auto- et hétéroagressifs ? *La presse médicale*, Vol 42, Issue 6, Part 1 June 2013, 968-976

- [57] COCCARO EF, Central serotonin and impulsive aggression, *Br J Psychiatry Suppl* 1989 Dec;(8):52-62.
- [58] MELTZER HY. The role of serotonin in antipsychotic drug action. *Neuropsychopharmacology* 1999 ; (Suppl 2) : 106S-15S.
- [59] FIORELLA D, HELSLEY S, RABIN RA, WINTER JC . (1995): The interactions of typical and atypical antipsychotics with the (-)2,5-dimethoxy-4-methamphetamine (DOM) discriminative stimulus. *Neuropharmacology* **34**: 1297–1303
- [60] IBARRA-LECUE I, MOLLINEDO-GAJATE I, MEANA JJ, *et al.* Chronic cannabis promotes pro-hallucinogenic signaling of 5-HT_{2A} receptors through Akt/mTOR pathway. *Neuropsychopharmacol* **43**, 2028–2035 (2018)
- [61] VAN HEERINGEN K, AUDENAERT K, VAN DE WIELE L, VERSTRAETE A, Cortisol in violent suicidal behaviour: association with personality and monoaminergic activity, *Journal of Affective Disorders*, Vol 60, Issue 3, Nov 2000, 181-189
- [62] BOUDARENE M, LEGROS JJ, TIMSIT-BERTIER M, Etude de la réponse au stress: rôle de l'anxiété, du cortisol et des DHEA, *Encéphale*, Mars-avril 2002; 28 (2): 139-46.
- [63] WOODMAN D, HINTON J, Catecholamine balance during stress anticipation: An abnormality in maximum security hospital patients, *Journal of psychosomatic research*, Vol 22, Issue 6, 1978, Pages 477-483
- [64] DENIS C, PARET C, CHARIOT P, (2018). Accueil en médecine légale des adolescents et adultes victimes de violences sexuelles ou de violences dans le couple n'ayant pas déposé plainte – étude observationnelle en Seine-Saint-Denis. *La Presse Médicale*, 47(1), e1-e8.
- [65] THIBAUT F. *Psychiatrie des déviances sexuelles*. Paris: Springer Verlag, novembre 2012, 180 p
- [66] JORDAN K, FROMBERGER P, STOLPMANN G, MULLER JL. The role of testosterone in sexuality and paraphilia. A neurobiological approach. Part I: testosterone and sexuality. *J Sex Med* 2011;8:2993-3007.
- [67] MESTON CM, FROHLICH PF. The neurobiology of sexual function. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:1012-30.
- [68] ARCHER J. Testosterone and human aggression: an evaluation of the challenge hypothesis. *Neurosci Biobehav Rev* 2006;30(3):319-45.
- [69] COLLIN-VEZINA D., & CYR M. La transmission de la violence sexuelle: description du phénomène et pistes de compréhension. *Child Abuse & Neglect*, 2003 ; 27(5), 489–507.
- [70] Fédération française de psychiatrie. 5e conférence de consensus concernant la psychopathologie et le traitement actuel des auteurs d'agressions sexuelles, juin 2001, Paris.
- [71] Haute Autorité de santé. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans. *Recommandations de bonne pratique*, juillet 2009, Paris
- [72] MILGROM E, BOUCHARD P, OLIE JP. La prévention médicale de la récidive chez les délinquants sexuels. Paris: Rapport de l'Académie de Médecine; 2010
- [73] THIBAUT F, *et al.* Pharmacological treatment of paraphilias. *World J Biol Psychiatry* 2010;11(4):604–55.
- [74] THIBAUT F, CORDIER B, KUHN JM. Gonadotrophin hormone releasing hormone agonist in cases of severe paraphilia: a lifetime treatment? *Psychoneuroendocrinology* 1996 ; 21 : 411-419

- [75] BEGUE L. (2014). Chapitre 7. Alcool, drogues et violence. Dans : Roland Coutanceau éd., *Violences aux personnes: Comprendre pour prévenir* (pp. 94-112). Paris: Dunod.
- [76] WALLACE C, MULLEN P, BURGESS P, et al. Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *Br J Psychiatry* 1998;172:477—84.
- [77] ERONEN M, HAKOLA P, TIIHONEN J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:497—501.
- [78] SHAW J, HUNT I, FLYNN S, et al. The role of alcohol and drugs in homicides in England and Wales. *Addiction* 2006;101: 1117—24.
- [79] GOTTLIEB P, GABRIELSEN G. Alcohol-intoxicated homicides in Copenhagen, 1959-1983. *Int J Law Psychiatry* 1992;15:77—87
- [80] KOH KGWW, GWEE KP, CHAN YH. Psychiatric aspects of homicide in Singapore: a five-year review (1997—2001). *Singapore Med J* 2006;47:297—304.
- [81] GOLDSTEIN PJ: “The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework” – In *Journal of Drug Issues*, 15 (4) : 493-506 (1985)
- [82] BROCHU S : Drogue et criminalité : une relation complexe – Montréal, Presses de l’Université de Montréal (1995)
- [83] POULLOT P, LAFORTUNE D, BROCHU S. (2008). Santé mentale, alcool/drogues et violence. Adaptation du modèle tripartite de Goldstein. *Psychotropes*, vol. 14(3), 157-178.
- [84] NADEAU L : « Lorsque le tout est plus grand que la somme de ses parties : la co-occurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux. Éditorial » – In *Santé mentale au Québec*, xxvi (2) : 2-21 (2001)
- [85] WEBSTER CD, St. Joseph’s Healthcare H, Forensic Psychiatric Services C. Short-term assessment of risk and treatability (START): clinical guide for evaluation risk and recovery. Hamilton, Ont. : St. Joseph’s Healthcare Hamilton, 2004, 173 p.
- [86] WEBSTER CD, GRENIER M, CROCKER AG. Évaluation du risque à court terme et traitabilité : un guide d’évaluation et de planification. Montréal : Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2007, 156 p.
- [87] WEBSTER CD. *HCR-20: assessing risk for violence*. Burnaby, BC: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, in cooperation with the British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission, 1997.
- [88] VERNON QL, HARRIS GT, RICE ME, et al. Violent offenders appraising and managing risk. In : APA *PsychBooks*. Washington : American Psychological Association, 2006, 356 p.
- [89] BOER DP. *Manual for the sexual violence risk-20: professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver : British Columbia Institute Against Family Violence, 1997, 96 p.
- [90] HARE RD. *The Hare Psychopathy Checklist: revised*. Toronto, Ontario : Multi-Health System, Inc., 1991, 62 p.
- [91] KROPP PR, HART SD. The spousal assault risk assessment (SARA) guide: reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behavior* 2000 ; 24 : 101-18.
- [92] KRUG EG, DAHLBERG LL, MERCY JA (2002). Rapport mondial sur la violence et la santé. Organisation mondiale de la santé, 1 : 16-18

- [93] BOWEN F, RONDEAU N, RAJOTTE N & BELANGER J (2000). Évaluation d'un programme de prévention de la violence au premier cycle du primaire. *Revue des sciences de l'éducation*, 26 (1), 173–196
- [94] GRAFMAN J, SCHWAB K, WARDEN D, et al. Frontal lobe injuries, violence, and aggression: a report of the Vietnam Head Injury Study. *Neurology*. 1996 May, 46,5, p.1231–1238.
- [95] Audition publique – Textes des experts Dangersité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur. HAS / Décembre 2010.
- [96] ANTONUCCI AS, GANSLER D, TAN S, et al. Orbitofrontal correlates of aggression and impulsivity in psychiatric patients. *Psychiatry Res*. 2006 Oct 30, 147,2- 3, p.213–220.
- [97] SIEVER Larry. Neurobiology of aggression and violence. *Am J Psychiatry*. 2008 Apr, 165,4, p.429–442.
- [98] SAÏAS T, GALLARDA T. Paradoxical aggressive reactions to benzodiazepine use: a review. *L'Encéphale*. 2008 Sep, 34,4, p.330–336
- [99] BEN-PORATH D, TAYLOR S. The effects of diazepam (valium) and aggressive disposition on human aggression: an experimental investigation. *Addict Behav*. 2002 Apr, 27,2, p.167–177.
- [100] NELSON R, TRAINOR B. Neural mechanisms of aggression. *Nat Rev Neurosci*. 2007 Jul, 8,7, p.536–546.
- [101] FLEMINGER S, GREENWOOD RJ, OLIVIER DL. Gestion pharmacologique de l'agitation et de l'agressivité chez les personnes atteintes de lésions cérébrales acquises. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 18 octobre; (4): CD003299.
- [102] PABIS D, STANISLAV S. Pharmacotherapy of aggressive behavior. *Ann Pharmacother*. 1996 Mar, 30,3, p.278–287.
- [103] BARRATT ES, STANFORD MS, FELTHOUSE AR, KENT TA. The effects of phenytoin on impulsive and pre-meditated aggression: a controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 1997 Oct;17(5):341–349
- [104] STANFORD MS, HOUSTON RJ, MATHIAS CW, et al. A double-blind placebo-controlled crossover study of phenytoin in individuals with impulsive aggression. *Psychiatry Res*. 2001 Sep 20;103(2–3):193–203
- [105] STANFORD MS, HELFRITZ LE, CONKLIN SM, et al. A comparison of anticonvulsants in the treatment of impulsive aggression. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2005 Feb;13(1):72–77.
- [106] HUBAND N, FERRITER M, NATHAN R, JONES H. Antiepileptics for aggression and associated impulsivity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(2):CD003499
- [107] JONES R, ARLIDGE J, GILLHAM R, et al. Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2011 Feb, 198,2, p.93–98
- [108] WHITTINGTON R, HOCKENHULL J, McGUIRE J, et al. A systematic review of risk assessment strategies for populations at high risk of engaging in violent behaviour. *Health Technol Assess Winch Engl*. 2013 Oct, 17,50, p. 1–128.
- [109] KRAKOWSKI M, CZOBOR P, CITROME L et al. Atypical antipsychotic agents in the treatment of violent patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Jun, 63,6, p.622–629
- [110] KLASSEN M, ZVYAGINTSEV M, SCHWENZER M, et al. Quetiapine modulates functional connectivity in brain aggression networks. *NeuroImage*. 2013 Jul 15, 75, p.20–26

- [111] LANE S, KJOME K, MOELLER FG. Neuropsychiatry of aggression. *Neurol Clin.* 2011 Feb, 29,1, p.49–64.
- [112] BUCKLEY P, BARTELL J, DONENWIRTH K et al. Violence and Schizophrenia: Clozapine as a Specific Anti-aggressive Agent. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, Vol. 23, No. 4, 1995.
- [113] KRAUS J, SHEITMAN B. Clozapine reduces violent behavior in heterogeneous diagnostic groups. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2005, 17,1, p.36–44.
- [114] CARNEY S, COWEN P, GEDDES J et al. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 361(9360), 799–780 (2003).
- [115] THARYAN P, ADAMS C. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst. Rev.* (2), CD000076 (2005)
- [116] SMITH K, SURPHILIS W, GYNTER M et al. ECT–chlorpromazine and chlorpromazine compared in the treatment of schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.* 144, 284–290 (1967).
- [117] HIROSE S, ASHBY C, MILLS M. Effectiveness of ECT combined with risperidone against aggression in schizophrenia. *J. ECT* 17(1), 22–26 (2001).
- [118] CORRIGAN PW, YUDOFKY SC, SILVER JM. Pharmacological and Behavioral Treatments for Aggressive Psychiatric Inpatients. *Psychiatric Services*, 44(2), 125–133 (1993)
- [119] HADDOCK G, BARROWCLOUGH C, SHAW J, et al. Cognitive-behavioural therapy v. social activity therapy for people with psychosis and a history of violence: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2009 Feb, 194,2, p.152–157
- [120] FAISANT M, PAPIN-LEFEBVRE F, LABURTHE-TOLRA P, et al. Histoire des barèmes médico-légaux en dommage corporel, partie 1 : histoire de la réparation du dommage corporel depuis l'antiquité jusqu'à l'époque moderne. *La Revue de Médecine Légale*, 4(4), 154–160.
- [121] LUNEL A. Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit, de l'Antiquité à nos jours. LEH édition, coll. Intempora, 2019.
- [122] AZOULAY M, RAYMOND S, BOUCHARD JP, et al. (2019). Histoire et fonctions des Unités pour Malades Difficiles (1re partie). Du quartier de sûreté à l'Unité pour Malades Difficiles de Villejuif, plus d'un siècle de prise en charge. *Ann Méd Psychol*, Vol 178 Issue 1, Jan 2020, P 72-80.
- [123] BOUCHARD JP. Irresponsabilité et responsabilité pénales : faut-il réformer l'article 122-1 du Code pénal français ? *Ann Méd Psychol*, Vol 176 Issue 4, April 2018, P 421-424
- [124] CORDIER B. Irresponsabilité psychiatrique de l'article 122-1 du nouveau code pénal. *Encycl Méd Chir* 1998 [Psychiatrie Fa 37-902-A-10].
- [125] GEORGE MC, TOURNE Y. 1re édition, Le secteur psychiatrique, Paris: PUF « Que sais-je ? »; 1994
- [126] Code Pénal de 1810, article 64 (abrogé par Loi n°92-1336 du 16 décembre 1992). Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006490631&cidTexte=LEGITEXT000006071029&dateTexte=19940228>
- [127] BAILLARGER J. Note sur les causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers. *Ann Med Psychol* 1844;2:74–80

- [128] AZOULAY M. Cent ans de prise en charge à l'Unité pour Malades Difficiles Henri Colin : Quelles évolutions ? Quelles perspectives ? Le Kremlin-Bicêtre: Université Paris Diderot-Paris 7, Faculté de Médecine; 2012 [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, discipline : psychiatrie] [http:// www.sudoc.abes.fr/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=169723194](http://www.sudoc.abes.fr/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=169723194).
- [129] BRIERRE DE BOISMONT A. De la nécessité de créer un établissement spécial pour les aliénés vagabonds et criminels. *Ann Med Psychol* 1846;6:118-21.
- [130] SENON JL, MANZANERA C. Organisation et articulation des soins dans le champ médico-légal entre psychiatrie publique et justice. *Psychocriminologie*. Paris: Dunod; 2012. p.211-45
- [131] MANZANERA C, SENON JL. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques *Ann Mé Psychol*. 2004 ; 162 : 686- 699
- [132] VACHERON MN. Prise en charge au long cours des états psychotiques complexes ou difficiles. *Encephale*. 2009;5:S155-S159
- [133] GUILLOT M, AZOULAY, M., RAYMOND, S., et LACHAUX, B. (2018). Profil d'admission des patients hospitalisés à l'Unité pour Malades Difficiles Henri Colin en 2016. *L'Évolution Psychiatrique*, Volume 84, Issue 3, September 2019, Pages 397-408
- [134] HAS. Recommandations de la commission d'audition – Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Paris: HAS; 2011.
- [135] Articles R.3222-1 du Code de la santé publique
- [136] Article 706-135 du Code de procédure pénale et 122-1 du Code pénal
- [137] Article R3222-2 du Code de la santé publique
- [138] Article R3222-4 du Code de la santé publique
- [139] LEVY-RUEFF M, JURGENS A, LOO H, Olié, et al. Place de l'électroconvulsivothérapie de maintenance dans le traitement des schizophrénies résistantes. *L'Encéphale*, 34(5), (2008) 526-533.
- [140] JEFFRIES JJ, & RAKOFF VM. ECT as a form of Restraint. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 28(8), (1983), 661-663.
- [141] LE BIHAN P, FLORIS E, TETEREL J, et al. L'unité pour malades difficiles de Cadillac en Gironde : données d'activité, pathologies et approches thérapeutiques. *Ann Med-Psycho* 177 (2019) 916-920
- [142] EMMANUELLI M, AZOULAY C. Pratique des épreuves projectives à l'adolescence, Paris, Dunod, 2008.
- [143] CHABERT C, ANZIEU D. Les méthodes projectives, Paris, Presses universitaires de France, 1983.
- [144] CAMPS FD. Contribution de la psychologie projective à la question de la psychose schizo-affective, *Psychologie clinique et projective*, 17, 2011, p. 79-125.
- [145] Contrast Collectif, « La création des UHSA : une nouvelle régulation de l'enfermement ? », *Déviance et Société*, 2015/4 (Vol. 39), p. 429-453.
- [146] BELFRAGE H & DOUGLAS KS (2002) Treatment Effects on Forensic Psychiatric Patients Measured With the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme, *International Journal of Forensic Mental Health*, 1:1, 25-36

- [147] CORNUAU F & JUILLARD M. Mesurer et comprendre les déterminants de la récidive des sortants de prison, Service statistique ministériel de la justice, Infostat Justice n°183, Juil 2021.
- [148] PHARM TH, DUCRO C, MARGHEM B, et al. Évaluation du risque de récidive au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone, Annales médico-psychologiques, 2005.
- [149] ROUILLON F, Épidémiologie des troubles psychiatriques, Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Vol 166, num 1, fév 2008 , p 63-70
- [150] CHABAUD F, BENRADIA I, BOUET R et al. Facteurs de risque sociodémographiques et troubles mentaux : modèle global et spécificités locales, d'après les résultats de l'enquête « santé mentale en population générale » dans 18 sites internationaux. L'Encéphale Vol 43, Iss 6, Dec 2017, p 540-557
- [151] WAHLBECK K, CHEINE M, ESSALI A, et al. Evidence of clozapine's effectiveness in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Am J Psychiatry 1999;156(7):990-9.
- [152] TANDON R, NASRALLAH HA, KESHAVANMS. Schizophrenia, "just the facts" 5. Treatment and prevention. Past, present, and future. Schizophr Res 2010;122(1-3): 1-23.

Serment d'Hippocrate

Version du serment d'Hippocrate réactualisée et publié dans le bulletin de l'Ordre National des Médecins. (2012)

Au moment d'être admis 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque.

LA VIOLENCE EN PSYCHIATRIE : PROFIL DES PATIENTS ET ÉVOLUTION APRÈS PRISE EN CHARGE EN UNITÉ POUR MALADE DIFFICILE, ÉTUDE RETROSPECTIVE

Résumé :

CONTEXTE : La violence est une problématique à laquelle nous sommes fréquemment confrontés en psychiatrie. Dans ce travail sont définis les concepts de violence et de dangerosité, nous avons étudiés la classification psychiatrique des différents types de dangerosité ainsi que le profil des patients dit dangereux. Nous nous sommes particulièrement intéressés à la dangerosité en lien avec les troubles psychotiques. Nous avons étudié les différentes réponses que la médecine pouvait apporter à cette dangerosité et nous nous sommes intéressés à l'unité pour malades difficiles qui est une réponse institutionnelle à cette dangerosité, principalement cette dangerosité d'origine psychotique.

OBJECTIF : Les unités pour malades difficiles sont une méthode thérapeutique dont on se doute de l'efficacité mais qui n'a jamais été évaluée dans la littérature. L'objectif est de réaliser une première étude de faible niveau de preuves qui en fonction de ses résultats pourrait motiver la réalisation d'une étude d'une plus grande ampleur.

METHODE : Nous avons réalisé une étude monocentrique à l'unité pour malades difficiles d'Eygurande. C'est une étude observationnelle, rétrospective, à un bras. Nous avons complété un questionnaire inspiré de l'HCR-20, une première fois à l'aide des dossiers des patients lors de l'admission et à distance de leur sortie auprès du psychiatre traitant.

RESULTAT : Les dossiers des patients entrés après le 01/01/2018 et sortis avant le 31/12/2020 ont été étudiés, 39 dossier remplissaient les critères choisis et ont été inclus dans l'étude. Nous avons eu le retour de la part des psychiatres traitant pour 36 dossiers et cela nous a permis de mettre en perspective leurs réponses avec ce que nous avons relevé dans les dossiers. Ces résultats montraient une amélioration des différents facteurs que nous avons décidé d'étudier.

CONCLUSION : Bien que présentant les biais inhérents à la réalisation d'une étude à petite échelle et avec peu de moyens, l'intérêt de cette étude a été d'apporter une première réponse à une question complexe et d'éventuellement permettre la réalisation d'une étude plus rigoureuse dont les résultats auront plus de validité.

MOTS CLEFS : Schizophrénie D012559 ; Violence D014754 ; Contrôle social formel D012926 ; Soins centrés sur le patient D018802 ; Troubles liés à l'usage de drogue D019966