



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Analyse d'une psychiatrie sous influence à la lumière de la prise en charge
des comportements violents**

Présentée et soutenue publiquement le 22 mai à 16h
au Pôle Recherche
Par Julie BRANCOURT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Benjamin WEIL

Table des matières

INTRODUCTION.....	2
PARTIE I : CHOIX DES COMPORTEMENTS VIOLENTS ET DE LEUR PRISE EN CHARGE COMME REFLET DE LA PSYCHIATRIE ET DE SES PRATIQUES.....	3
I -A POURQUOI LE CHOIX DES COMPORTEMENTS VIOLENTS ET DE LEUR PRISE EN CHARGE COMME REFLET DE LA PSYCHIATRIE ET DE SES PRATIQUES ?	3
I-B HISTORIQUE ET DEFINITIONS DES COMPORTEMENTS VIOLENTS.....	5
1/ LA VIOLENCE.....	6
2/ LES COMPORTEMENTS AGRESSIFS	6
3/ L'AGITATION	7
4/ LA NOTION DE DANGEROUSITE.....	8
5/ CRITERES D EVALUATION DU RISQUE DE VIOLENCE CHEZ LES SUJETS SOUFFRANT DE PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES.....	10
6/ NEUROBIOLOGIE ET NEUROIMAGERIE DES COMPORTEMENTS VIOLENTS	14
I-C SURVOL HISTORIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES COMPORTEMENTS VIOLENTS..	17
1/ De l'Antiquité à la fin du XVIIème.....	17
2/ Du XVIIIème à la première moitié du XXème siècle	20
3/ Deuxième moitié du XXème siècle à nos jours.....	22
PARTIE II : ETAT DES LIEUX DE LA PSYCHIATRIE CONTEMPORAINE INTEGREE DANS SON CONTEXTE ET DE LA PRISE EN CHARGE DES COMPORTEMENTS VIOLENTS	24
II A: PSYCHIATRIE CONTEMPORAINE ET SON CONTEXTE	24
1/ LA SECTORISATION.....	25
2/ LE CONCEPT DE SANTE MENTALE	26
3/ POLITIQUE DE FINANCES PUBLIQUES.....	27
4/ LA STIGMATISATION ET LA MEDIATISATION.....	28
5/ TEXTES DE LOI ENCADRANT LA PSYCHIATRIE.....	30
6/ RESPONSABILITE PENALE DU PSYCHIATRE.....	32
II B: PRISE EN CHARGE ACTUELLE DES COMPORTEMENTS VIOLENTS	33
1/ EVALUATION DU RISQUE DE VIOLENCE.....	34
2/ LES REPNSES APORTEES AUX COMPORTEMENTS VIOLENTS.....	37
CONCLUSION	55
PARTIE III- COMMENT LES INFLUENCES QUE SUBIT LA PSYCHIATRIE CONTEMPORAINE SE REVELENT-ELLES DANS LA PRISE EN CHARGE DES COMPORTEMENTS VIOLENTS?.....	57
III A/ ROLE DE LA POLITIQUE DE SECTORISATION.....	57
III B/ RÔLE DE L'INTRODUCTION DU CONCEPT DE SANTE MENTALE	59
III C/ RÔLE D'UNE "PSYCHIATRISATION" EXCESSIVE.....	60
III D/ RÔLE D'UNE "JUDICIARISATION" EXCESSIVE.....	61
III E/ RÔLE DE LA MEDIATISATION ET DE LA STIGMATISATION	62
III F/ ROLE DE LA POLITIQUE SECURITAIRE	63
III G/ RÔLE DE LA POLITIQUE DE FINANCES PUBLIQUES.....	64
III H/ RÔLE DES MODIFICATIONS DE LA PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE	65
III I/ RÔLE DE LA MODIFICATION DE PROFIL DES SOIGNANTS.....	67
CONCLUSION.....	69
BIBLIOGRAPHIE	71

INTRODUCTION

La pratique de la psychiatrie ne se résume pas à la seule volonté de soin mais est l'aboutissement outre l'application d'un savoir physiopathologique toujours plus important et approfondi, de nombreuses influences qui la traversent et la modifient.

Dans ce travail nous avons tenté de mettre à jour ces divers courants d'influence, de rechercher leurs origines et d'identifier leur impact direct ou non, de même que leur influence les uns sur les autres.

Pour se faire nous avons choisi d'étudier les comportements violents et leur prise en charge, ceux-ci étant un bon reflet de la psychiatrie et de sa pratique.

En premier lieu nous nous sommes attachés à justifier ce choix et à définir les termes de notre travail, avant de faire un historique des prises en charge des comportements violents, révélant ainsi que les influences ont toujours existé bien qu'elles aient été de nature et de force différentes.

Dans un deuxième temps nous avons rédigé un portrait de la psychiatrie contemporaine et de son environnement sociétal avant de détailler les différentes modalités de prise en charge des comportements violents, modalités tant pratiques que théoriques.

Enfin nous avons pu faire le lien entre nos pratiques et les différentes influences ainsi révélées, permettant de nous recentrer au mieux sur la volonté de soin et de nous affranchir s'il en est besoin des déterminants qui nous éloigneraient de l'humanisme et de la déontologie que nous souhaiterions tous mettre en avant dans notre pratique quotidienne.

PARTIE I : CHOIX DES COMPORTEMENTS VIOLENTS ET DE LEUR PRISE EN CHARGE COMME REFLET DE LA PSYCHIATRIE ET DE SES PRATIQUES

Nous allons dans cette première partie expliciter le choix des comportements violents et de leur prise en charge comme reflet de la psychiatrie et de ses pratiques. Cela implique ensuite de définir plus précisément la notion de violence dont découlera, ainsi que nous le verrons, la nécessité d'évaluation du risque de violence et ses critères d'évaluation. Enfin nous ferons un rappel historique des prises en charge des comportements violents, indissociable de l'histoire plus générale de la psychiatrie, où nous constaterons qu'il existait déjà bien d'autres déterminants et influences que la volonté de soin.

I -A POURQUOI LE CHOIX DES COMPORTEMENTS VIOLENTS ET DE LEUR PRISE EN CHARGE COMME REFLET DE LA PSYCHIATRIE ET DE SES PRATIQUES ?

Afin de répondre à la question de l'existence ou non de facteurs influençant la pratique psychiatrique et de définir ces facteurs, nous nous sommes servi des comportements violents et de leur prise en charge comme reflet de cette psychiatrie. Ce choix vient de différents horizons.

Tout d'abord de par l'historique de l'évolution de la prise en charge des comportements violents qui va de pair avec l'histoire de la psychiatrie. Comme nous l'observerons ci-après, la prise en charge des comportements violents au cours de l'histoire a été influencée par divers courants et facteurs que nous retrouvons également dans l'évolution de la psychiatrie de ses prémisses jusqu'à nos jours.

Ce lien entre psychiatrie et violence est visible actuellement, entre autres choses, avec l'existence des Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat qui permettent d'hospitaliser sans consentement des personnes pouvant porter atteinte à la sécurité des personnes ou à l'ordre public.

De plus il existe un lien statistique entre pathologie psychiatrique et violence, lien qu'il convient d'expliciter. En effet les comportements violents ne sont pas l'apanage des personnes souffrant de pathologies psychiatriques, en dépit de l'image du "fou dangereux" qui peut être véhiculée dans les médias et qui reste dans les mémoires collectives. Au contraire nos patients auraient plutôt tendance à être victimes de violence: plusieurs études récentes convergent pour souligner la survictimation des personnes souffrant de troubles mentaux graves (ils sont 7 à 17 fois plus fréquemment victimes que la population générale). Il s'agit d'actes de typologie multiple, du harcèlement au viol, à la maltraitance et à la violence physique, dans tout lieu, y compris l'hôpital. La vulnérabilité particulière de ces patients conduit à ce qu'ils ne signalent que rarement les atteintes dont ils sont victimes, en particulier en institution ou dans le milieu familial (1) (2).

La vérité documentée est que la très grande majorité des comportements violents sont le fait de sujets indemnes de troubles mentaux graves (troubles schizophréniques et autres troubles délirants, et troubles de l'humeur) : ces derniers seraient en lien avec 0,16 cas d'homicide pour 100 000 habitants et par an, alors que le taux d'homicides en population générale est de 1 à 5 pour 100 000 habitants et par an (3).

Cependant comme de multiples études le montrent, l'existence d'un trouble mental serait un facteur de risque de comportement violent.

Les études présentées dans une revue de la littérature internationale (4) et portant sur la prévalence des comportements criminels chez les sujets atteints de troubles mentaux ou sur la prévalence des troubles mentaux chez les criminels posent de sérieux problèmes d'ordre méthodologique dans la mesure où les biais de sélection ne peuvent être minimisés. Ainsi ces recherches ne permettent pas de valider l'hypothèse selon laquelle il existe un lien fondamental entre troubles mentaux et criminalité en raison des multiples biais méthodologiques sous-jacents.

Cependant les études sur la population générale et notamment celles menées auprès des cohortes de populations de même âge apportent un regard différent sur le lien qui existerait entre violence et pathologie psychiatrique. En effet, devant l'ensemble des résultats fournis par ces études épidémiologiques, l'existence d'un lien entre les troubles mentaux et le risque de criminalité semble indéniable. Les publications les plus récentes – utilisant les instruments diagnostiques standardisés et se référant aux catégories diagnostiques psychiatriques actuelles – sont venues confirmer les données anciennes (5) (6).

En revanche il convient de préciser que ce lien doit être considéré comme un fait statistique et non directement comme un lien de causalité, car il existe des facteurs de confusion tels que les conséquences des troubles mentaux en terme de d'isolement social, de risque de clochardisation, de ruptures de prises en charge qui sont eux-même des facteurs de risques de violence ou de criminalité (7).

Ainsi la violence n'aurait plus un lien direct avec la pathologie psychiatrique, mais les troubles mentaux seraient un facteur de risque de violence, non suffisant et à mettre en lien avec de nombreux autres: des facteurs psychologiques, éthiques, sociaux, biographiques, démographiques et médicaux.

Il reste enfin à préciser que tous les diagnostics psychiatriques ne sont pas concernés par la violence (8) et que parmi ceux qui seraient impliqués, tous ne le sont pas de la même manière et avec la même importance: ce seraient donc les troubles psychotiques les plus concernés dans l'association à la violence ou l'homicide, et la schizophrénie serait le diagnostic psychiatrique le plus souvent cité dans la violence, l'homicide, l'agression ou la criminalité (9). Mais le diagnostic de schizophrénie reste peu précis quand nous savons qu'il existe de multiples types et sous types de schizophrénies avec une clinique très variable selon les patients et même parfois entre les différents épisodes chez un même patient, ce qui renforce l'idée évoquée plus haut qu'il existe bien de nombreux facteurs de risque, qui se combinent entre eux, et que l'existence d'un trouble psychiatrique n'est pas en soi suffisant pour prédire un éventuel passage à l'acte violent (10).

Enfin force est de constater que le comportement violent est rencontré fréquemment dans notre pratique quotidienne et qu'il nous amène à réfléchir et à remettre en question nos pratiques.

I-B HISTORIQUE ET DEFINITIONS DES COMPORTEMENTS VIOLENTS

Après avoir explicité le choix du comportement violent et de sa prise en charge comme reflet de la psychiatrie et de sa pratique, il est nécessaire de définir plus précisément l'objet de notre étude à savoir le comportement violent chez un sujet souffrant de pathologie psychiatrique. Les comportements violents doivent être distingués tout d'abord du concept

d'agressivité et de l'état d'agitation. Puis nous veillerons à ne pas confondre comportement violent et trouble psychiatrique - l'acte violent ne définissant pas une pathologie et n'étant pas forcément une pathologie en soi - mais il sera par la suite traité plus spécifiquement chez les sujets souffrant de pathologie psychiatrique, bien qu'elle n'en soit pas, tant s'en faut, la seule origine.

Enfin nous aborderons la notion de dangerosité (à laquelle les comportements violents sont corrélés) qui se décompose en dangerosité criminologique et psychiatrique et dont découlera la notion d'évaluation du risque de violence, deux notions que nous définirons avant de détailler les facteurs de risque de comportement violent chez les sujets souffrants de troubles psychiatriques, en se limitant à l'étude de la dangerosité psychiatrique.

En dernier lieu nous évoquerons l'état de la recherche concernant l'approche par la biologie et par l'imagerie des comportements violents, cherchant ainsi à savoir si les données actuelles permettent d'en faire des critères d'évaluation du risque de violence.

1/ LA VIOLENCE

En premier lieu il est nécessaire de distinguer les comportements violents des comportements agressifs.

La violence est l'acte par lequel s'exerce la force, qu'elle soit physique ou morale. Pour l'OMS (11), qui en donne une définition plus large, il s'agit de « *l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un maldéveloppement ou une carence* ».

Le comportement est *l'ensemble des réactions, observables objectivement, d'un organisme qui agit en réponse à une stimulation de son milieu intérieur ou du milieu extérieur* (définition du Petit Larousse).

2/ LES COMPORTEMENTS AGRESSIFS

L'agressivité consiste à faire passer avec violence ses besoins et ses désirs avant ceux des autres. Une agression est une « *attaque non provoquée, injustifiée, généralement soudaine* »

(Dictionnaire Le Petit Robert). Dans l'agression il y a la notion d'un comportement dirigé, qu'il soit vers autrui, vers l'environnement ou vers soi-même (auto ou hétéro-agressivité). L'agressivité recourt à la violence pour tendre vers son but.

La psychanalyse s'est beaucoup penchée sur la question. L'agressivité est comprise comme une manifestation de l'union-désunion des pulsions de vie et de mort, selon la dernière théorie des pulsions de Freud. Le dualisme agressivité-sexualité lui correspond et la pulsion destructrice prend le dessus à l'occasion de la désunion et déclenche le comportement agressif (12). Bien d'autres auteurs psychanalystes aborderont cette question dans leurs ouvrages par la suite. La psychanalyse est cependant loin d'être la seule à avoir écrit sur la psychopathologie de l'agressivité. Bien au contraire il existe un très grand nombre de théories, dérivant de multiples courants, empêchant un exposé exhaustif. Ce sujet extrêmement vaste et complexe pourrait faire l'objet d'un travail de thèse à lui seul.

3/ L'AGITATION

L'agitation est un symptôme et non une pathologie, pouvant s'inscrire dans le cadre de nombreuses pathologies psychiatriques et non psychiatriques.

L'agitation est l'expression dans le comportement de l'excitation psychique. Les manifestations cliniques de l'agitation sont motrices (déambulation, mouvements brusques et désordonnés, manifestations d'agressivité), verbales (voix forte et parole précipitée, cris...) et psychiques (perte de contrôle des actes et de la pensée). Ces états peuvent être brefs et réactionnels (à un choc, une frustration). Ils peuvent s'intégrer à un tableau de pathologie psychiatrique : manie, délire, confusion mentale, démence.

On distingue classiquement trois niveaux d'agitation d'intensité croissante : hyperactivité, agitation, fureur.

Il s'agit d'une urgence thérapeutique dans un premier temps et diagnostique dans un second temps.

4/ LA NOTION DE DANGEROUSITE

La violence et donc les comportements violents sont à distinguer de la notion complexe de dangerosité, qui renvoie à la criminologie et à travers elle au point de vue porté par la loi. Car ce qui découle des comportements violents est la volonté d'en évaluer le risque a priori ou a posteriori d'où la définition d'une dangerosité, mais la définition de cette dangerosité est sujette elle-même à de nombreux débats. Après un bref rappel historique nous allons tenter d'en dégager les notions les plus importantes.

Le concept de dangerosité s'est édifié autour du fou criminel, au point que l'on peut dire qu'il en est son mythe fondateur (13).

Historiquement existait la monomanie homicide, une entité nosologique établie par E. Esquirol et défendue par toute son école contre les magistrats qui s'opposaient à l'extension de l'irresponsabilité des criminels, et concomitamment à celle de la psychiatrie médico-légale. Entre 1824 et 1830 des affaires célèbres ont été le prétexte à de grandes discussions entre les experts médicaux et les juges qui restaient très réticents devant le diagnostic de monomanie homicide largement utilisé par les psychiatres. Vingt ans plus tard la doctrine de la monomanie homicide allait connaître son déclin mais, entre-temps et grâce à elle, la psychiatrie médico-légale s'était définitivement imposée dans les prétoires (14). M Foucault décrit la création du concept de monomanie homicide comme fruit d'une construction permettant de faire coïncider la démonstration médicale, qui donne une place au médecin « *technicien du corps social* », avec l'attente des juges qui ne peuvent déterminer la punition sans avoir déterminé les motifs du crime. Pour Foucault, la monomanie homicide permettait d'une certaine façon "*d'habiller le crime en folie*" (15).

Nous sommes maintenant loin de confondre pathologie psychiatrique et criminalité et, comme le rappelle Widlöcher (16), le mérite essentiel des travaux cliniques psychanalytiques a moins été d'expliquer le fait que de l'observer dans certains de ses traits afin d'en décrire le mécanisme : « *La notion de fait psychopathologique ne s'applique plus au fait criminel, mais à tel ou tel processus de pensée que celui-ci laisse voir* », tant en ce qui concerne les anomalies des processus identificatoires que celles qui touchent au rapport narcissique à autrui, « *en admettant que la reconnaissance de processus à l'œuvre dans le fait criminel n'implique pas qu'ils en soient la cause* ».

Pour en revenir au concept de dangerosité Colin (17) rappelle que la dangerosité renvoie, dans une conception médicolégale, à un acte. Sa mise en évidence s'inscrira comme prémisse de la réponse pénale, quelle qu'elle soit. Dans nombre de législations l'appréciation de la dangerosité sert ainsi à la détermination d'une mesure (décision pénale qui survient en alternative à la peine ou pour permettre la mise à l'écart). Toujours selon cet auteur l'acte dangereux est donc une somme complexe de caractéristiques qui lui donnent son aspect préoccupant (et procèdent de trois dimensions, réponse pénale—cause—conséquences) : gravité, soudaineté, imprévisibilité, menace pour l'entourage, éventualité d'une répétition et d'une sommation qui posent alors la question, alors, du passage à la chronicité de cette dangerosité. La chronicité étant alors entendue comme gravité maximale.

Ainsi la dangerosité renvoie à un acte sur le plan médico-légal, mais sa définition est cependant plus complexe. B. Gravier et Y. Lustenberger, se situant ici du point de vue de l'expertise judiciaire, mettent l'accent sur la nécessité de fonder une position d'entre-deux, position instable, dans la définition de la dangerosité : « *dire qu'un patient est dangereux c'est avant tout interroger sur ce qui fait ligne de partage entre ce que nous entendons de l'application d'une loi qui n'est pas de notre ressort et ce que nous entendons de ce qui procède de la rencontre* » (18), p. 679). Ils accordent également une part importante à la subjectivité et de " *toutes choses qui concernent l'extériorité psychique de ce qu'induit la dangerosité, plutôt que l'intériorité de celui qui est en cause*".

Dans une approche plus classiquement psychiatrique, M. Bénézech et al. proposent une définition de la dangerosité : « *État, situation ou action dans lesquels une personne ou un groupe de personnes font courir à autrui ou aux biens un risque important de violence, de dommage ou de destruction* » (19), p. 4). Cette définition, qui prend appui sur la dimension du risque, est complétée par l'explicitation de facteurs de risque nommés « prédicteurs » et qui concernent différents champs de la vie du sujet : son enfance, ses antécédents criminels, son état mental, son mode de vie et ses attitudes sociales, sa situation précriminelle, le lien entretenu avec la victime virtuelle et enfin son positionnement au regard d'une prise en charge de sa violence.

Senninger (20) décrit l'état dangereux comme « *un complexe de conditions sous l'action desquelles il est probable qu'un individu commette un délit* ».

De toutes ces définitions de la dangerosité, qui parfois lorsqu'elles sont mal comprises laissent à voir une confusion entre l'acte dangereux, la dangerosité de la personne responsable de l'acte et la dynamique violente qui s'ensuit, va naître la tentative d'évaluation du risque de violence. En effet cette estimation renvoie à la question de la prévention, primaire ou

secondaire (prévention de la récidive). L'appréciation oblige à tenter de dissocier les données les plus subjectives infiltrant la notion de dangerosité, de données plus observables concernant les comportements violents, pour identifier les éléments permettant l'évaluation du risque de violence.

Les théories sur la dangerosité se croisent, se complètent ou se distinguent, mais capitulent généralement toutes devant la même conclusion qu'il est aberrant de prédire la dangerosité criminologique d'un sujet, sans compter le problème éthique de l'atteinte à la liberté d'autrui que le faux pronostic entraîne (21). Certains auteurs, comme Archambault et Mormont (22) précisent à juste titre que « *la dangerosité ne se superpose pas exactement au risque de récidive, même si celle-ci constitue souvent le danger à évaluer* ».

Lors de l'audition publique organisée par la Fédération française de psychiatrie sur l'expertise psychiatrique pénale en janvier 2007, les recommandations sur l'évaluation de la dangerosité dans l'expertise ont défini la dangerosité psychiatrique comme une « *manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale* » et la dangerosité criminologique comme « *prenant en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte* » (23).

Avant d'examiner les différents facteurs de risque de violence, il faut tout d'abord préciser que l'évaluation des comportements violents pose des questions de natures totalement différentes en fonction du contexte où elle est sollicitée (évaluation dans un contexte judiciaire, évaluation clinique dans un contexte de soins), de l'approche prospective ou rétrospective qu'elle implique, de l'importance des enjeux qui sous-tendent la demande d'évaluation, des mécanismes émotionnels qui vont mobiliser l'institution concernée et, enfin, des réponses que cette évaluation va impliquer (18).

Dans ce travail nous ne traiterons par la suite que de la dangerosité psychiatrique.

5/ CRITERES D EVALUATION DU RISQUE DE VIOLENCE CHEZ LES SUJETS SOUFFRANT DE PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

Il existe donc un lien statistique entre trouble mental et comportement violent mais comme le montrent également les études citées précédemment (4)(5)(6)(7)(10), ce lien doit être considéré comme un facteur de risque de violence. Ces études et d'autres travaux menés mettent en évidence un certain nombre de facteurs de risque supplémentaires, qui contribueront à l'évaluation du risque de violence et qui se retrouvent consignés dans le rapport de la Haute Autorité de Santé de 2011 intitulé: *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* (24).

Ces facteurs de risques sont séparés en deux groupes, facteurs généraux et facteurs spécifiques.

Les facteurs généraux regroupent les facteurs socio-démographiques, les antécédents personnels ou familiaux et les facteurs contextuels relevés dans l'année précédant le comportement violent.

Les facteurs spécifiques regroupent le diagnostic actuel, les symptômes présentés et les facteurs liés aux soins.

Ils sont consignés dans les tableaux 1 et 2.

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

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

6/ NEUROBIOLOGIE ET NEUROIMAGERIE DES COMPORTEMENTS VIOLENTS

De nombreuses études de neuro-imagerie, neurobiologie et endocrinologie s'attachent à étudier le sujet de la violence. Nous en décrivons les avancées récentes avant d'aborder les limites de ces études empêchant à l'heure actuelle leurs résultats de les retenir comme des critères fiables d'évaluation du risque de violence.

Neuro-imagerie:

Les liens entre suicide et violence sont remarquables en ce que l'un est facteur de risque pour l'autre. En effet, la plupart des mécanismes neurobiologiques impliqués dans les actes de violence seraient identiques à ceux du suicide (25) : ils seraient attribués à une dysrégulation du contrôle des impulsions et des émotions. Sur le plan neuropsychologique, les réseaux impliqués partageraient des structures communes notamment les réseaux fronto-lobiques (26) (27).

Concernant les psychoses, les études en imagerie tant structurale que fonctionnelle se limitent à des comparaisons entre des patients ayant commis des actes de violence et des patients sans histoire médico-légale (28)(29). Les résultats montrent en général une réduction du volume global et de l'activité des structures frontales et temporales chez les patients ayant commis des actes médico-légaux (notamment les plus impulsifs d'entre eux) par rapport aux sujets n'ayant pas commis d'acte violent. Sur le plan fonctionnel des travaux suggèrent l'implication d'un circuit associant cortex frontal, hippocampe et amygdale (30)(31). Ces anomalies restent significatives même en excluant l'effet des substances psycho-actives (30)(32).

Il faut toutefois évoquer les limites de ces études qui sont souvent des études cas-témoins de faible effectif et dont la signification repose sur des corrélations relevées entre anomalies anatomiques ou fonctionnelles et perturbations comportementales. La pertinence explicative

et prédictive de ces corrélations (qui ne sont d'ailleurs pas toutes fortement significatives) par rapport à l'émergence de la violence doit donc être relativisée.

Neurobiologie:

Plusieurs études se sont récemment focalisées sur la relation inverse existant entre la concentration d'un métabolite de la 5HT dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) et le niveau d'agressivité, ce qui a permis de constater qu'un bas niveau est généralement associé à des comportements de délinquants impulsifs.

L'étude conduite auprès de soixante-huit patients déprimés a montré de manière significative que les patients à taux faible de 5-HIAA (sous 15 ng ml^{-1}) effectuaient des tentatives de suicide plus fréquentes que ceux présentant un taux fort de 5-HIAA et que ces sujets employaient des méthodes plus violentes (33). Ces résultats ont été plus tard confirmés par d'autres auteurs (34)(35).

Les limites dans l'interprétation de ces études tiennent à la temporalité des prélèvements réalisés, le plus souvent à distance de l'épisode de violence, et à la variabilité du taux d'hormone au cours du temps chez un même individu, due aux rythmes naturels de sécrétion.

En ce qui concerne les théories endocriniennes, les hormones sexuelles masculines semblent augmenter l'agressivité (36) mais, a contrario, nous savons bien que nos comportements ont en retour des conséquences sur la libération des hormones.

La génétique quant à elle, offre des pistes de recherche à exploiter qui donneront peut-être bientôt des résultats probants. Pourtant, même si elle permet d'identifier certaines maladies ou aberrations chromosomiques, telles celles du chromosome X ou Y surnuméraire, elle ne permet pas d'avancer le fait que ces anomalies prédisposent obligatoirement aux comportements d'agression. Il semblerait plutôt que, dans un premier temps, elles rendent le discours social plus difficile, ce qui, chez certains sujets, engendrerait l'exclusion et peut-être alors des comportements (plus) agressifs (37).

Ainsi en l'état actuel des connaissances et au vu des nombreuses limites retrouvées dans les études, la neuro-imagerie et la neurobiologie ne devraient pas être employées à des fins d'évaluation du risque de violence.

En conclusion et ainsi que nous l'avons observé, la violence est une notion bien distincte de celle de l'agressivité et est très souvent associée dans la littérature à la notion de dangerosité, qu'elle soit criminologique ou psychiatrique. Cette dangerosité psychiatrique, objet de notre étude, n'a pas de définition consensuelle, variant selon les auteurs et leur spécialité, mais nous conserverons celle de la Fédération Française de Psychiatrie qui la définit comme *"une manifestation symptomatique liée directement à l'expression de la maladie mentale"* complétée de la définition de Bénézech et al *" État, situation ou action dans lesquels une personne ou un groupe de personnes font courir à autrui ou aux biens un risque important de violence, de dommage ou de destruction "*. Cette notion de la dangerosité ainsi définie renvoie à la notion de risque de violence, risque que le praticien tente d'évaluer dans sa pratique.

Avant de poursuivre sur les critères d'évaluation du risque de violence, il était indispensable de rappeler que les comportements violents ne sont pas l'apanage des personnes souffrant de pathologies psychiatriques contrairement à l'amalgame courant qui est fait. Ce que nous montrent les études cliniques les plus récentes, confirmant des données plus anciennes, est que la violence n'a pas de lien direct avec la pathologie psychiatrique mais que les troubles mentaux sont un facteur de risque de violence, à mettre en lien avec de nombreux autres d'ordre psychologique, éthique, social, biographique ou bien encore médical. Par ailleurs tous les troubles mentaux ne sont pas également impliqués dans le risque de violence (les troubles psychotiques étant les plus fréquemment associés à la violence).

En sus de l'existence d'une pathologie psychiatrique avérée l' HAS définit un certain nombre d'autres facteurs de risque dans son rapport de 2011 sur la dangerosité psychiatrique, comportant des facteurs généraux (socio-démographiques, antécédents personnels ou familiaux, contextuels relevés dans l'année écoulée) et des facteurs spécifiques (diagnostic actuel, type de symptômes présentés et rapport du patient aux soins).

De nombreuses études de neuro-imagerie, neurobiologie et endocrinologie s'attachent au sujet de la violence mais qui bien que constituant des pistes intéressantes à explorer, ne peuvent encore être employées à des fins d'évaluation du risque de violence au vu de l'état actuel des connaissances.

I-C SURVOL HISTORIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES COMPORTEMENTS VIOLENTS (38) (39) (40)

Historiquement la prise en charge des comportements violents - et de ceux que l'on qualifie de "fous", aucune distinction n'étant alors clairement établie - peut être découpée en 3 périodes. Au cours de chacune d'elles la folie a été étudiée sous différents angles et assimilée à des concepts très éloignés les uns des autres: à une maladie somatique, à une maladie mentale, à un péché ou une faute, à une possession démoniaque... Cependant la prise en charge de ces patients n'a pas été exactement corrélée aux théories qui prévalaient à chaque époque, des théories opposées pouvant parfois même coexister, comme nous le verrons ci-après.

Dans la première période qui va de l'Antiquité à la fin du XVII^{ème} siècle les malades mentaux ont été mis au ban, tués ou enfermés dans des établissements non spécifiques, en compagnie des pauvres, des vagabonds, des prostituées, des mendiants ou de toute autre personne ne correspondant pas aux normes sociales de l'époque.

La seconde période, allant du XVIII^{ème} siècle à la première moitié du XX^{ème} siècle, a vu les malades mentaux distingués des autres exclus de la société, reconnus comme souffrant de maladie et ainsi pris en charge dans des établissements spécialisés à but thérapeutique: les asiles.

Enfin la troisième période débutant après la seconde guerre mondiale n'a plus exclu le malade mental de la société, ni pris en charge sur le plan médical en marge de celle-ci, mais l'a au contraire réintégré au sein de la cité grâce au mouvement de désinstitutionalisation.

Nous allons détailler ces périodes.

1/ De l'Antiquité à la fin du XVII^{ème}

a) Antiquité Gréco romaine

La théorie humorale progressivement élaborée par Hippocrate et les auteurs du corpus hippocraticum, décrivait une santé qui reposait sur l'équilibre des humeurs (sang, phlegme, bile jaune et bile noire) et des qualités qui les accompagnent (chaud, froid, sec, humide). De

cette théorie découlait le principe de la maladie qui résulterait d'un déséquilibre; toutes les maladies avaient donc une étiologie physiologique, elles relevaient toutes de traitement somatique. Pour la maladie mentale une partie du corps était plus spécifiquement concernée: le cerveau, qui donnait à voir le déséquilibre humoral par des expressions psychiques.

Les auteurs considéraient que des facteurs externes pouvaient avoir une part de responsabilité, notamment l'alimentation.

Cette théorie permettait l'ébauche de thérapeutiques, avec des régimes alimentaires particuliers, des médicaments dont un spécifique l'Ellebore. Mais les médecins n'avaient pas laissé de côté le dialogue noué avec le malade et que l'ont pourrait rapprocher d'un prémice de "psychothérapie".

A la suite d'Hippocrate d'autres écoles ont été créées (l'école empirique, l'école méthodiste, l'école pneumatique) définissant chacune avec ses caractéristiques propres de grandes entités nosographiques, toujours selon le principe d'appartenance à des maladies somatiques mais avec des expressions sur l'état de l'âme, de l'esprit, du caractère ainsi que sur les conduites, que l'on peut relever comme ayant un rôle fondateur dans la naissance d'une psychiatrie autonome.

Ce qui est notable sur cette période c'est que malgré le refus de reconnaître la "maladie psychique" ou la "maladie de l'âme", restant ainsi dans un rapport constant avec une maladie somatique, elle a cependant permis d'observer et de classer les malades mentaux.

b) L' époque médiévale

Les médecins du Moyen Age se sont placés du côté de la rationalité, influencés en cela par la médecine Antique et Arabe (Avicenne), luttant contre l'idée que la folie était secondaire à une possession par le diable et qui la plaçait dans une dimension relative au péché et à la diabolisation. Ils ont cherché à comprendre les états psychologiques, parfois en s'aidant de théories philosophiques, mais toujours pour intégrer ces états à des désordres somatiques.

Nous pouvons citer Saint Thomas d'Aquin qui a redécouvert les théories d'Aristote.

Cependant l'influence du christianisme restait importante et la médecine était perçue comme une oeuvre païenne.

En ce qui concerne la place du malade mental ou "fou" dans la société, ceux ci étaient pris en charge grâce à la notion de charité et d'obligation d'assistance, mais on retrouvait beaucoup de traces de malades vagabonds (fou sans aveu).

La fin du Moyen Age a été marquée par la montée des hérésies et l'apogée de la sorcellerie, période à laquelle beaucoup de malade mentaux ont été pris dans la tourmente de l'inquisition. Jean Wier vers 1570 s'est opposé à cet amalgame réclamant un statut médical pour les sorcières et qui distinguera l'hystérie et le délire en lieu et place des manifestations démoniaques (41). Les malades mentaux qui n'entraient pas dans la catégorie des sorciers ou hérétiques ont été reclus dans différents lieux: dans leur famille, dans les tours des fous ou dans certaines communautés religieuses. Ils n'avaient pas leur place dans les hôpitaux n'ayant pas le statut de malade, et aucune thérapeutique ne leur était proposée.

c) La Renaissance

Cette période a vu apparaître une réhabilitation des auteurs antiques (Hippocrate, Galien) tandis que se sont développées parallèlement les connaissances en médecine et en anatomie (Ambroise Pare, Paracelce, Vesale).

La folie est devenue une méthode philosophique pour étudier le monde et ses paradoxes, en s'affranchissant des convenances. Selon Erasme (42) la folie ne guette plus l'homme mais l'homme entretient avec lui-même un rapport subtil qu'est la folie.

La prise en charge thérapeutique **des personnes violentes** restait limitée à de la coercition avec la création de quelques établissements (hospices ou monastères réemployés) pour les "insensés".

d) Fin XVI et XVII ème siècle : Le siècle de Raison

Un tournant a eu lieu à cette époque avec la reconnaissance de la folie comme maladie naturelle. Le discours concernant la folie s'est dégagé des conceptions mêlant tout à la fois philosophie, médecine et ésotérisme. Descartes sépara les notions d'âme et de corps (Res cogitans et res extensa) et écrira sur la folie: *"On ne peut supposer, même par la pensée que l'on est fou, car la folie justement est condition d'impossibilité de la pensée. Dans l'économie du doute il y a un déséquilibre fondamental entre folie d'une part, et rêve et erreur de l'autre"* (43).

On a vu s'ébaucher avec Sydenham (étude de l'hystérie), Burton (étude de l'anatomie de la mélancholie), Willes, Van Helmont les premières grandes théories psychopathologiques

d'inspiration physiologique. De ces travaux ont découlé de véritables pratiques thérapeutiques médicales, mais qui restaient proches de celles de l'Antiquité (pharmacopée et bains).

Paradoxalement c'est à cette même période du XVII^e siècle qu'a été décrite la "grande période du renfermement" avec en 1656 le décret de fondation à Paris de l'Hôpital Général, qui n'était pas à proprement parler un établissement médical mais plutôt une entité administrative. Cette création coïncidait avec une surpopulation de pauvres et de mendiants dans les grandes villes d'Europe, posant des problèmes d'ordre dans une période de crise économique avec une montée du chômage. D'après la thèse de Michel Foucault qui a décrit un enfermement massif des insensés (au même titre que celui des pauvres, des vagabonds, des mendiants, des blasphémateurs et des vénériens, en somme "*les formes d'inutilités sociales*") la folie "*serait perçue sur l'horizon social de la pauvreté, de l'incapacité au travail, de l'impossibilité de se mêler au groupe et à la cité*" (40); ces malades mentaux n'étaient pas considérés comme tels et ne bénéficiaient pas des avancées médicales et des thérapeutiques en rapport, qui se développaient parallèlement. Le pouvoir royal s'est vu dans la nécessité de créer d'autres relais dans l'enfermement, tels que les maisons de force et les dépôts de mendicité, autres lieux où ont été enfermés les insensés les plus violents.

Ainsi cette période a été marquée par une dichotomie entre les prises en charge "sociale" et "médicale" des insensés, notamment les plus violents d'entre eux. Il y avait bien sur le plan juridique des définitions précises de la folie, avec un partage entre la responsabilité et le déterminisme, entre la faute et l'innocence; mais c'était bien par lettre de cachet, demande des familles et des collectivités que se faisaient les placements, sans avis médical ou décision judiciaire, dans des lieux non spécifiques où étaient mêlés tous ceux ne répondant pas aux normes sociales.

2/ Du XVIII^e à la première moitié du XX^e siècle

a) XVIII^e : Le siècle des Lumières

Ce siècle a vu naître les conditions d'un nouvel esprit scientifique: dans la lignée des botanistes (Linne) et des zoologistes (Cuvier, Lamarck) est apparu un souci classificatoire avec les premières classifications nosographiques (Boissier de Sauvage).

De nouvelles théories ont été ébauchées telle celle de Mesmer et son magnétisme animal (à l'origine de l'hypnose), Gall et sa phrénologie. Cependant les maladies mentales sont restées dans la lignée des maladies somatiques.

Sur le plan thérapeutique de nouvelles techniques ont été essayées (l'hydrothérapie, les électrochocs) en sus des thérapeutiques précédentes.

Mais l'avancée majeure a débuté en Angleterre avec une volonté de créer des établissements spécifiques pour héberger et prendre en charge les insensés s'articulant dans le "mouvement philanthropique" (Battie fonde *l'hospital st Luke's for the lunatics*). Ce mouvement s'est étendu progressivement jusqu'en France avec notamment la circulaire de 1785 instaurant la prise en charge des insensés dans des asiles qui leurs sont destinés, ainsi qu'avec la réforme des hôpitaux de Tenon.

Deux personnalités auront marqué cette période, Pinel en premier lieu puis Esquirol, s'inscrivant dans la suite d'autres auteurs tel que Cabanis (qui rattachait le psychologique au physiologique et non aux sensations, rompant avec le courant du sensualisme). Ils ont redonné aux "aliénés" le statut de sujet et ont parlé de traitement moral. Pinel parlait plus précisément d'un " *traitement tenant tout entier dans le domaine de la parole*" dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* (44).

L'asile lui même était utilisé comme instrument thérapeutique et la loi de 1838 a imposé la création d'un asile dans chaque département. L'admission et le maintien des aliénés dans la structure se faisaient sous le contrôle de l'autorité publique.

b) Le XIXème siècle et la naissance de la Psychiatrie

C'est avec Reil qu'apparaît le terme de psychiatrie, qu'il décrivait comme une spécialité médicale à part entière, insistant sur la nécessité d'un humanisme prévalant dans la prise en charge des malades mentaux et donc rendant indispensable la transformation des asiles en hôpitaux psychiatriques où pouvait s'employer au mieux cet humanisme. Cette psychiatrie naissante s'est construite dans un contexte d'essor de la médecine, en neurologie notamment (Broca, Charcot), mais aussi moins spécifiquement avec Pasteur et Laennec.

Cependant on remarque qu'il existait un net décalage entre les avancées théoriques et la pratique, qui restait centrée sur l'enfermement, même si celui-ci se faisait dans de meilleures conditions pour les internés avec une vie en collectivité qui s'organisait (emploi du temps, travaux, festivités).

c) Fin XIXème et première moitié du XXème siècle

La fin du XIXème a été marquée par un développement considérable des différentes psychothérapies, créant de multiples courants de pensée sur la maladie mentale, et des thérapies en rapport: la psychanalyse (Freud), les thérapies cognitivo-comportementales (Pavlov, Skinner, Watson) et les thérapies familiales. La neurophysiologie s'était également enrichie avec la cartographie des aires du cerveau par Broadman et la découverte de l'électroencéphalogramme par Berger, tandis qu'ont été essayées de nouvelles thérapeutiques "de choc": malariathérapie, choc insulinique, choc convulsivant au cardiazol et les électrochocs. On notait également la pratique de la psycho-chirurgie (qui a été rapidement abandonnée).

Ainsi dans cette seconde période le statut de malade était définitivement acquis pour les sujets souffrant de troubles psychiatriques et leur prise en charge se faisait désormais dans les asiles, établissements leur étant spécifiquement dédiés. Pour autant la réponse à leurs symptômes, dont le comportement violent, restait de l'ordre de la mise à l'écart de la société en dépit des multiples avancées théoriques apparues en parallèle.

3/ Deuxième moitié du XXème siècle à nos jours

Cependant le véritable tournant dans la prise en charge des malades mentaux est venu de deux horizons:

Le premier était la découverte de nouvelles molécules pharmacologiques: les neuroleptiques employés dans les psychoses, les antidépresseurs pour les troubles de l'humeur et les anxiolytiques. Cela a changé du tout au tout le pronostic et l'évolution des maladies, permettant entre autres des cures ambulatoires, limitant ainsi les périodes d'internement.

La nosographie se faisait internationale (DSM, CIM) avec des validations par des études à grande échelle.

Le second se situait dans le mouvement de désinstitutionnalisation : on voyait diminuer le rôle de l'hospitalisation dans les établissements de grande capacité, souvent éloignés des grands centres urbains, et l'extension des prises en charge extrahospitalières et des structures intermédiaires: Bonnafe en 1945 dénonçait l'internement et la perversion de l'hôpital qu'il condamnait. D'autres auteurs ébauchaient une idée de continuité des soins, où l'hôpital et les médecins n'avaient plus qu'une place intermédiaire, et une volonté de favoriser une pluridisciplinarité. Daumezon et Koechlin introduisirent le concept de psychothérapie institutionnelle qui deviendra la thérapie institutionnelle où l'institution est en elle-même thérapeutique lorsqu'elle est portée par un collectif soignant, organisée en lieu de parole et prenant le patient dans un réseau relationnel.

L'idée directrice était de lutter par tous les moyens pour ne plus dépendre d'une institution stigmatisante, ségrégative et concentrationnaire. Tosquelles envisageait l'hôpital comme un lieu permettant les échanges et rendant possible la singularisation du patient, passant par un éclatement de l'établissement classique vers des lieux institutionnels. En mars 1960 une circulaire est venue acter la conception du "secteur", dont le développement s'est poursuivi avec des moyens donnés en terme de personnels soignants (psychiatres, infirmiers, autres personnels para-médicaux) et de structures multiples (avec la persistance quoique limitée et redéfinie dans son emploi de structure hospitalière médicalisée) qui prenaient place "dans la cité" ou "hors les murs".

En parallèle du développement de la sectorisation, après les réflexions du *Livre Blanc*, la psychiatrie a fini par se séparer de la neurologie en 1968 pour devenir une spécialité médicale à part entière avec son champ spécifique de connaissances et de pratiques.

La psychiatrie (bien distinguée de la neurologie comme spécialité à part entière) ne sera plus réduite à ce qui se passe dans les structures, mais sera désormais centrée sur la relation psychothérapeutique, et surtout viendra s'intégrer dans un espace bien plus global avec la politique de la cité, le champs social et l'émergence du concept de santé mentale. Il en découlera une prise en charge des comportements violents adaptée à chaque situation, mise en lien avec des théories psychopathologiques, sous-tendue par un objectif thérapeutique et intégrée au sein de la cité.

Cette séparation en trois périodes bien distinctes de prise en charge des comportements violents - prises en charge qui ne suivent pas exactement l'évolution des théories qui s'y rapportent avec fréquemment une dichotomie entre l'état des connaissances et la façon dont sont considérées et traitées les personnes souffrant de pathologies psychiatriques - nous laisse penser qu'il existait déjà bien d'autres déterminants et influences que la volonté de soin.

Nous nous attacherons par la suite à faire un état des lieux de la psychiatrie contemporaine dans son contexte et de la prise en charge actuelle des comportements violents chez les personnes souffrant de pathologies psychiatriques. Puis nous mettrons à jour et décrirons ces influences afin d'évaluer leur rôle et leur importance telles que nous les observons de nos jours.

PARTIE II : ETAT DES LIEUX DE LA PSYCHIATRIE CONTEMPORAINE INTEGREE DANS SON CONTEXTE ET DE LA PRISE EN CHARGE DES COMPORTEMENTS VIOLENTS

II A: PSYCHIATRIE CONTEMPORAINE ET SON CONTEXTE

L'histoire de la psychiatrie et de la prise en charge de nos patients dépasse les simples évolutions en terme de connaissance clinique ou thérapeutique et est évidemment liée à de nombreuses réflexions éthiques, philosophiques, à l'état de la politique et de l'économie en cours, de l'ajout de la part sociale dans notre approche actuelle, qui vient également se mêler à la dimension juridique.

Il est malaisé de savoir où débiter une description aussi complète que possible sur notre psychiatrie actuelle, qui après avoir connu une anti-psychiatrie qui visait à corriger certains de ses défauts, subit actuellement une crise plus profonde avec des remises en question concernant les champs qu'elle recouvre et qu'elle traite.

Cette discipline qui se développe dans le champs des neurosciences et qui est également une interface entre le médical et le social.

Nous allons tenter ici de tracer un portrait de la psychiatrie telle que nous la connaissons aujourd'hui, mais également décrire le contexte social, politique et plus généralement sociétal dans lequel elle existe et évolue. Se posera alors la question des courants créés par ce contexte et qui viendraient influencer et modifier cette discipline, et par là même très probablement nos pratiques.

1/ LA SECTORISATION

La pratique actuelle est celle d'une psychiatrie de secteur qui dès son origine (circulaire de mars 1960) se fixait 4 objectifs principaux:

- traiter de façon aussi précoce que possible ;
- traiter le malade au plus près de sa famille et de son milieu ;
- assurer une continuité des soins entre prévention, soins et post-cure ;
- faire intervenir une équipe pluridisciplinaire placée sous la responsabilité d'un médecin.

(45)(46)

Pour la création d'un secteur, il faut atteindre dans une zone géographique plus de 70 000 habitants. L'adresse de la personne malade la relie au secteur qui a le devoir de la prendre en charge si elle l'accepte et selon les modalités du service public. Les principes français (ça n'est pas le cas au Royaume-Uni, par exemple) de libre choix de son médecin et de possibilité de refus de traitement restent valables sauf pour les hospitalisations sous contrainte (Soins à la Demande d'un Tiers (SDT) et Soins à la Demande du Représentant de l'Etat (SDRE)).

En pratique, chaque département français est découpé en aires géographiques, d'environ 67 000 habitants, l'arrondissement, le canton voire le quartier et la rue. Ce secteur peut être plus ou moins vaste, selon la densité de population.

Les secteurs psychiatriques n'interviennent qu'à l'intérieur de leurs limites géographiques. Ils disposent d'un certain nombre de structures en proposant des solutions alternatives à l'hospitalisation temps plein, ainsi qu'un accompagnement social.

Parmi les structures alternatives nous retrouvons le Centre Médico-Psychologique (CMP), pouvant proposer des visites à domicile (VAD) en plus d'être un centre de consultation pluridisciplinaire et un lieu où certains soins peuvent être réalisés. Le Centre Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) où sont organisées des activités thérapeutiques et diverses actions de soutien. L'hôpital de jour fonctionne sur le même principe que le CATTP mais avec une intensité dans la prise en charge supérieure.

Enfin mais quoique encore développé de façon inégale sur le territoire il existe des appartements thérapeutiques ayant comme objectif une réinsertion sociale, des appartements associatifs et des maisons communautaires, des ateliers thérapeutiques en ville, des centres de post-cure employés après une phase aiguë de décompensation, l'accueil familial thérapeutique - en lien avec une équipe de suivi médicale et paramédicale. Se sont développées de plus des équipes d'hospitalisation à domicile (47).

Des structures d'accueil des urgences de type centre de crise ou centre accueil permanent se sont créées, avec une possibilité d'accueil et d'évaluation permanente, pouvant déboucher sur de l'hospitalisation ou de la prise en charge ambulatoire selon les cas.

Il existe en sus de ces structures des possibilités de prise en charge en libéral ou en établissements privés ayant chacun un domaine d'activité plus ou moins varié.

Ce mouvement de désinstitutionnalisation sera à l'origine d'une réduction nette du nombre de lits d'hospitalisation complète tandis qu'en parallèle l'activité du secteur va s'accroître. S'ajoute à cela des disparités franches entre les secteurs et une précarisation de certains de nos patients. Ces éléments posent la question de leur influence sur nos prises en charge.

2/ LE CONCEPT DE SANTE MENTALE

L'ensemble de ces possibilités de prise en charge de la personne souffrant de troubles psychiatriques vient s'inscrire dans une vision globale de ce qui est désormais le concept de santé mentale.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1947 puis en 2001 (48) définit la santé mentale en tant qu'« *état de bien-être dans lequel l'individu réalise ses propres capacités, peut faire face aux tensions ordinaires de la vie, et est capable de contribuer à sa communauté* ».

Ainsi être en bonne santé ne se caractérise pas par l'absence de maladie ni par la guérison clinique obtenue par les soins. Désormais nous ne parlons plus de malade mais "*d'usager de soins*".

Les autorités politiques sanitaires françaises reconnaissent une triple dimension à la santé mentale, d'abord par la circulaire de 1990 puis lors du plan de santé mentale de 2005-2008 (49) : la santé mentale positive (épanouissement personnel), la détresse psychologique

réactionnelle (induite par les situations éprouvantes et difficultés existentielles) et les troubles psychiatriques de durée variable, plus ou moins sévères et/ou handicapants. La santé mentale est d'ailleurs d'après le pacte européen reconnue comme un droit de l'homme (50).

Ce concept de santé mentale, allié au terme de souffrance psychique fait s'élargir de façon considérable le domaine d'action du psychiatre, de même que cela accroît très fortement l'hétérogénéité des troubles que les praticiens ont à traiter (allant de troubles psychiatriques avérés à des difficultés rencontrées dans des domaines multiples et variés tels que la famille, le travail, le chômage). S'ajoute à cela que tous ces troubles vont venir prendre de l'importance dans le domaine de la politique, de l'économie, du social.

Ainsi le rôle du psychiatre prend une dimension politique et sociale, cette modification donnant à penser que sa pratique pourrait en être modifiée.

3/ POLITIQUE DE FINANCES PUBLIQUES

Depuis une trentaine d'années c'est d'abord en tant que problème de finances publiques que la médecine est une affaire de politique.

Le contexte de tensions budgétaires depuis les dernières années, associé à la privatisation forte du secteur de la santé et du démantèlement et délégations de service public à des opérateurs privés, a complètement changé le rapport à la santé et à sa mise en œuvre.

La dimension politique de finances publiques liée intimement au mouvement de désinstitutionnalisation donne à voir une réduction nette des effectifs soignants, des réductions du nombre de lits et même la fermeture de certains hôpitaux. Il s'agit là de réformes financières du système de santé qui visaient une amélioration de l'accès aux soins, une progression de l'équité dans la prestation des services de santé et une promotion de l'utilisation des technologies rentables de façon à obtenir les meilleurs résultats pour la population. Mais ces réformes financières ont aussi été considérées par le gouvernement comme une méthode permettant de maîtriser le coût des soins de santé et de le faire supporter par d'autres acteurs, en particuliers les utilisateurs des services.

Derrière cette intégration des troubles mentaux au système de soins primaires holistiques, comme recommandé par l'OMS, se profile le coût de ces millions de personnes atteintes de troubles psychiatriques qui ne seraient pas ou insuffisamment traitées (51). La psychiatrie

comme discipline médicale est confrontée aux impératifs gestionnaires de la rigueur budgétaire.

Ainsi a été élaboré un système d'information, le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) et d'incitation, la tarification à l'acte en santé.

La tarification à l'activité (T2A), tel que conçue et décrite, est un mode de financement des établissements de santé français issu de la réforme hospitalière du plan Hôpital 2007, qui vise à médicaliser le financement tout en équilibrant l'allocation des ressources financières et en responsabilisant les acteurs de santé.

La tarification à l'activité constitue un mode de financement qui vise à la mise en place d'un cadre unique de facturation et de paiement des activités hospitalières des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, quels que soient leur statut et leur spécialité, dans lequel l'allocation des ressources est fondée à la fois sur la nature et le volume de leurs activités. La logique de moyens qui prévalait jusque-là cède la place à une logique de résultats conforme à l'esprit de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF). La T2A est un élément central de la « Nouvelle gouvernance hospitalière » mise en place par les ordonnances de mai et septembre 2005, dans la mesure où ce sont désormais les recettes issues des activités hospitalières qui vont déterminer les dépenses et non l'inverse.

Cette politique de tarification pose problème en ce qui concerne la discipline de la psychiatrie car elle nécessite de définir une information pertinente et un recueil adapté de cette information, dans cet objectif de permettre une mesure de l'activité réelle d'un service. De part la réticence des acteurs en psychiatrie ainsi que de la spécificité liée à la discipline elle-même de nouveaux indicateurs ont du être mis en place, abandonnant le PMSI à la médecine-chirurgie-obstétrique et l'odontologie. Le Recueil d'Informations Médicales Psychiatriques (RMI-P) est créé. Il est désormais obligatoire pour tous les établissements publics de santé mentale depuis 2007 (52)(53).

Finalement les professionnels de santé dont les psychiatres sont amenés progressivement à prendre conscience des conséquences économiques de leurs actes et incités dès lors à orienter leurs pratiques vers plus d'efficacité, à augmenter leur productivité et à revoir leur offre de soins en fonction de critères de rentabilité ce qui aura une influence certaine sur les pratiques.

4/ LA STIGMATISATION ET LA MEDIATISATION

La stigmatisation et les discriminations envers les personnes souffrant de pathologies psychiatriques ont existé de tout temps et sont loin d'être un phénomène nouveau. Elles apparaissent ancrées dans les habitudes sociales et réfractaires à l'évolution et au changement. La psychiatrie fait en effet l'objet de stigmatisation aussi bien par le grand public, les étudiants en médecine, les professionnels de la santé, les patients et leurs proches, que par les médias (54).

La ségrégation du "fou" entre temps devenu usager de soins semble toutefois une constante à travers les siècles, en dépit de la médicalisation survenue et qui a tenté de désacraliser la folie en usant donc un temps du terme de "malade mental" et enfin à notre époque "d'usager des services de santé mentale" (55). L'étude menée par JL Roelandt et al. intitulée " Santé Mentale en Population Générale; image et réalités", débutée depuis 1999 auprès de plus de 40000 personnes (56) montre selon les auteurs l'échec de la médicalisation à réduire la stigmatisation. Par ailleurs cette enquête, qui traite des représentations de la maladie mentale en population générale, met à jour certaines de ces représentations comme la dangerosité, l'inaptitude, l'irresponsabilité et l'anormalité. Ces représentations seraient largement partagées au sein de la population (57). Selon les enquêtes sus-citées il y a donc trois-quarts des enquêtés qui associent "folie" et "maladie mentale" à des actes criminels et/ou violents.

Nous avons également noté que les médias avaient une grande part de responsabilité dans les messages véhiculés et les représentations négatives sur la psychiatrie en général et les patients en particuliers. En effet la médiatisation voire la sur-médiatisation omniprésente de faits divers associant *de facto* "crime" et "maladie mentale", par un apport univoque et brut de l'information, quasi instantané, avec une instrumentalisation de l'émotion sans mise en perspective ni prise de recul, conforte ces représentations sociales erronées et annule toute possibilité de réflexion (58) (59) (60). Par ailleurs il est notable que les données quantitatives officielles du nombre d'infracteurs en population générale présentant un "état dangereux" sont insuffisamment diffusées et entretiennent l'amalgame "malade mental" et "dangereux" (61). Or moins d'un homicide sur 20 est perpétré par une personne atteinte de pathologie psychiatrique grave.

Cette médiatisation inadaptée et la stigmatisation de la psychiatrie et de ses patients, l'une et l'autre corrélées à différents niveaux, auront certainement un impact sur les prises en charge et ce de différentes manières.

5/ TEXTES DE LOI ENCADRANT LA PSYCHIATRIE

Cette stigmatisation ancienne et qui perdure est à replacer dans le contexte actuel d'une recrudescence des peurs sociales, depuis l'effondrement de la politique de l'état providence, avec une société qui voit le chômage de longue durée augmenter, des difficultés d'insertion professionnelle chez les jeunes, le chômage tardif des seniors et l'émiettement de la protection sociale, tout cela augmentant la crainte du lendemain et les peurs pour l'avenir. Le risque ressenti comme imminent d'un passage à l'acte violent n'est plus toléré par la population. Cette reviviscence de la crainte s'inscrit dans l'évolution des mentalités vers un modèle néolibéral, centré sur une volonté de réponse pénale à toute infraction (en opposition au modèle *welfare*, qui met en avant l'idée de soins, d'éducation, etc.). Nous sommes alors entré dans une politique de lutte contre l'insécurité avec une multiplication des lois sécuritaires et une politique de "la tolérance zéro" (Loi Perben 1 en 2002, Loi Perben 2 en 2004, instauration des peines plancher en 2005...).

Le psychiatre se trouve à la jonction d'une politique de respect de l'utilisateur en santé mentale qui doit avoir accès aux soins et pouvoir reprendre sa place dans la société, dans un esprit de pensée libertaire, et d'une législation qui va à l'encontre du principe de précaution voire de celui de prévoyance dans un esprit de politique sécuritaire. Sur le plan politique nous avons pu voir émerger une refonte des textes de loi concernant les Hospitalisations Sous Contrainte : Succinctement il y a eu la loi sur les Aliénés du 30 juin 1838 (62) qui se consacrait à la définition des établissements spécifiquement dédiés aux aliénés, sous la direction de l'autorité publique, et qui distinguait les placements volontaires de ceux ordonnés par l'autorité publique. Le texte de cette loi du 30 juin 1838 a été intégré au Code de Santé Publique (CSP) - hors certains articles abrogés - et en a constitué les articles L326 et L 355.

Cette loi de 1838 a elle-même été abrogée en 1990 et remplacée par la loi du 27 juin 1990 (63), relatives aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur conditions d'hospitalisation. Cette loi énonçait le principe que l'hospitalisation libre était la règle, l'hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'office devant être l'exception. Elle instituait également un certain nombre de mesures de contrôle tout en définissant les rôles respectifs du préfet, du président du tribunal de grande instance, du juge d'instance, du directeur de l'établissement, de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques, des psychiatres de l'établissement d'accueil. Puis est venue la loi du 4 mars 2002 (64) qui réaffirmait la primauté du consentement ainsi que l'importance de

l'information donnée aux patients. Ces lois sus-citées étaient alors portées par la vision libertaire et de responsabilisation du patient dans ses soins.

Est venue, cette fois du côté du courant sécuritaire, faisant suite à des affaires médiatiques de crimes et de délits commis par des personnes atteintes de troubles mentaux, la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale qui imposait pour " *les personnes dont il est établi, à l'issue d'un réexamen de leur situation intervenant à la fin de l'exécution de leur peine, qu'elles présentent une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité, [qu'elles] peuvent faire l'objet, à l'issue de cette peine, d'une rétention de sûreté* ".

Enfin, rédigée dans un contexte d'urgence du fait de la non constitutionnalité de la loi du 27 juin 1990, est apparue la loi du 5 juillet 2011 (65). Celle-ci imposait l'intervention du juge des libertés et de la détention (JLD) qui se prononçait sur la mesure de soins sans consentement au 15^e jour et au sixième mois, avec une possibilité de saisine par le patient à tout moment des soins sans consentement. Des hospitalisations sans consentement, nous sommes passés aux soins sans consentement soit sur décision du directeur de l'établissement spécialisé avec les Soins à la Demande d'un Tiers (SDT), soit sur décision du représentant de l'État ou Soins à la Demande du Représentant de l'État (SDRE). La loi du 5 juillet 2011 mettait aussi en place, et c'est là une nouveauté qui ouvre le débat à de nombreux points de vue, des soins ambulatoires sous contrainte et encadrait les sorties des patients ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale ou ayant séjourné en unité pour malades difficiles (UMD) plus d'un an sur les dix dernières années.

La politique actuelle concernant la psychiatrie rend difficile une distinction nette entre ce qui relève de la pathologie et de ce qui est de l'ordre des conséquences judiciaires. La pratique médicale quotidienne est donc amenée à évoluer entre autre du fait du principe de précaution et des nouvelles responsabilités délimitées par la loi (66).

6/ RESPONSABILITE PENALE DU PSYCHIATRE

La mission du psychiatre est marquée par une évolution prégnante qui le conduit à dépasser le simple diagnostic avec mise en place de soins et d'un suivi, pour aller jusqu'à un véritable pronostic touchant à l'analyse de la dangerosité de ses patients. Or dans cette nouvelle mission le psychiatre est soumis à un aléa qui ne lui permet pas en toute certitude de déterminer un risque zéro de passage à l'acte (67).

Cette responsabilité pénale est pour une part non négligeable dans la prise de décision concernant les prises en charge de nos patients, pouvant même y faire obstacle en défavorisant le patient et sa liberté dans un objectif de se protéger de conséquences pénales qui pourraient survenir si le patient commettait un acte médico-légal quel qu'il soit. L'alourdissement de la responsabilité pénale du psychiatre va à l'encontre de l'évaluation purement médicale qui participe de la mission du praticien : pour cette menace sous-jacente constitue indéniablement une variable à prendre en compte dans la prise de décision.

En conclusion la psychiatrie telle que nous la connaissons aujourd'hui présente un visage bien différent de celui de ses origines, révélant une spécialité toujours en mouvement, qui progresse non seulement au rythme de ses avancées scientifiques mais évolue également avec les courants diverses qui la traversent et l'influencent.

A ce jour notre pratique est celle d'une psychiatrie de secteur, aboutissement d'une volonté de désinstitutionnalisation, se fixant pour objectifs principaux de traiter le plus précocement possible, au plus près de la famille et du milieu du patient, d'assurer une continuité entre prévention, soins et post-cure en faisant intervenir une équipe pluridisciplinaire placée sous la responsabilité d'un médecin.

Le champ de la psychiatrie s'est également modifié et élargit, s'inscrivant dans une vision globale qu'est le concept de santé mentale défini par l'OMS comme "*état de bien-être dans lequel l'individu réalise ses propres capacités, peut faire face aux tensions ordinaires de la vie, et est capable de contribuer à sa communauté*". Nous ne sommes donc plus dans une simple perspective thérapeutique, le psychiatre étant amené à considérer le "bien-être" du sujet, mais bien dans le domaine d'une véritable philosophie politique et morale.

La dimension politique, qui s'illustre *via* la politique de finances publiques contraintes actuelle, amène les professionnels du soin à prendre conscience des conséquences économiques de leurs actes et les incite à orienter leurs pratiques vers plus d'efficacité, à augmenter leur productivité et à revoir leur offre de soins en fonction de critères de rentabilité.

Toujours dans le domaine de la politique, mais sur le versant juridique, nous voyons poindre une politique de lutte contre l'insécurité et de "tolérance zéro" qui accroît la difficulté du psychiatre à distinguer clairement ce qui relève de la pathologie de ce qui procède de la demande de régulation sociale. La pratique médicale quotidienne est donc amenée à évoluer notamment du fait du principe de précaution et des nouvelles responsabilités pénales définies par la loi. Cette évolution nous renvoie à la notion de responsabilité pénale du psychiatre qui est pour une part non négligeable dans la prise de décision concernant les prises en charge de nos patients. Enfin il nous faut tenir compte de la stigmatisation et des discriminations que subissent nos patients, qui bien que loin d'être des phénomènes nouveaux, apparaissent comme ancrées dans les habitudes sociales et réfractaires au changement, aidées en cela par une médiatisation souvent exagérée et incomplète.

II B: PRISE EN CHARGE ACTUELLE DES COMPORTEMENTS VIOLENTS

Après avoir fait un état des lieux de la psychiatrie contemporaine et du contexte sociétal dans lequel elle existe et évolue, permettant de mettre en lumière l'existence d'un certain nombre d'influences, nous allons maintenant évoquer la prise en charge actuelle des comportements violents chez le sujet souffrant de pathologies psychiatriques. De l'évaluation du risque de violence aux réponses apportées dans les lieux de soin, passant de nos outils théoriques à nos pratiques - que nous considérons, en tant que représentants d'une discipline médicale, comme du soin à part entière - nous verrons apparaître des points de tension dans ces prises en charge et dans nos pratiques en général.

Ces prises en charge, reflet de notre pratique psychiatrique, nous amèneront ensuite à préciser les influences et les déterminants qui y sont corrélés.

1/ EVALUATION DU RISQUE DE VIOLENCE

Dans notre pratique quotidienne il est important de pouvoir estimer le risque de violence chez nos patients, permettant parfois d'enrayer la montée de cette violence et donc de prévenir le comportement violent. L'évaluation clinique de la dangerosité doit donc tenir compte de l'ensemble des facteurs identifiés par la littérature scientifique, mais également des enseignements cliniques plus anciens fondés sur l'observation sémiologique et l'expérience clinique (68). Il existe deux approches dans l'évaluation du risque de violence: l'approche objectiviste et l'approche subjectiviste.

Soulignons également que le processus d'évaluation doit être considéré comme partie intégrante du soin et de l'établissement d'une relation thérapeutique. Il en est la première étape.

Il reste enfin à préciser que la violence peut s'exprimer selon différents modes, avec un degré de gravité et un degré d'intensité variables. On distingue:

- la violence verbale
- la violence contre les objets
- la violence envers autrui
- la violence envers soi-même.

a) APPROCHE OBJECTIVISTE ET APPROCHE SUBJECTIVISTE

Dans un premier temps il convient de citer deux approches conceptuelles distinctes de cette évaluation du risque de violence, à savoir l'approche actuarielle (ou objectiviste) et l'approche clinique qualitative (ou subjectiviste).

Le premier courant de recherche s'attache à l'évaluation de la dangerosité psychiatrique (ou évaluation du risque de violence) par le biais d'échelles dites actuarielles (69) (70).

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

L'approche subjectiviste considère plutôt la réalité comme étant dépendante de la conscience humaine. Dans ce courant d'idées l'épistémologie se réfère à la réflexion de l'observateur : la nature des sciences est une construction faite à partir d'idées et de concepts utilisés afin de décrire la réalité. La nature de l'homme repose ici sur la notion de libre arbitre. Cette conception caractérise l'approche clinique et qualitative, fondée sur le jugement de l'évaluateur et liée à la prévisibilité des risques de violence pour un individu particulier (71) (72). Les instruments de jugement clinique structuré gardent un rôle au clinicien dans l'évaluation. Ces outils (comme l'HCR-20 ou la START, qui n'ont pas été validés en France) (73) (74) (75) prennent en compte à la fois les facteurs statiques (aspects sur lesquels le clinicien ne peut intervenir directement comme les antécédents de violence, le sexe, l'âge, l'échec scolaire à l'école élémentaire, la dissociation du couple parental avant l'âge de 12 ans, etc..) mais aussi les facteurs cliniques (symptomatologie clinique, capacité d'*insight*, adhésion au traitement, amélioration avec le traitement, etc.) et les facteurs liés à la gestion du risque (soutien social, profession, événements de vie stressants).

Sur la question du choix de l'approche à employer la Haute Autorité de Santé recommande de privilégier l'approche par les entretiens semi-structurés, considérant que l'approche objectiviste pure ne prend pas en compte l'évolution dans le temps d'un patient.

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

séparant les personnes à risque de violence des personnes sans risque de violence. En pratique, les échelles actuarielles, parce qu'elles s'appuient essentiellement sur les facteurs statiques de risque de violence, ne sont pas adaptées à l'évaluation psychiatrique. Si l'on souhaite recourir à une échelle, les échelles semi-structurées sont préférables aux échelles actuarielles, car elles prennent en compte les facteurs dynamiques et leur évolution dans le temps."(24)

b) REPERAGE DES SIGNES D'ALERTE ET RECHERCHE DES FACTEURS DE RISQUE

Le repérage des signes d'alerte, première étape de cette évaluation, peut être effectué à partir de plusieurs sources :

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

Ces signes correspondent à des symptômes émotionnels affectifs et cognitifs. Ils peuvent être précurseurs d'une aggravation de la pathologie, dans le sens d'une rechute. Dans certains cas les signes sont spécifiques d'un patient donné et sont alors bien connus de l'entourage, des équipes de soin référentes dont le médecin traitant ou le psychiatre traitant, et du patient lui-même.

Parmi ces signes d'appel ou prodromiques on retrouve:

- une majoration de l'anxiété, qu'elle soit verbalisée ou constatée par des signes indirects;
- une rupture avec l'état antérieur tels que l'irritabilité, les moments d'intolérance dans la vie quotidienne, toute modification subite tant dans la présentation physique que dans la relation à l'autre;
- certaines ruptures de soins qui, dans un contexte clinique particulièrement préoccupant,

peuvent en être l'une des premières manifestations ;

- une « pseudo-alliance thérapeutique », qui peut faire illusion auprès de l'équipe et des proches, et ainsi conduire à une prise en charge trop distante et inadaptée ;
- des antécédents de mauvaise observance, de rupture de soins et de sévérité de la maladie ;
- un refus du traitement ;
- la consommation d'alcool ou d'autres substances psycho-actives dans un délai rapproché de l'évaluation ou l'augmentation de cette consommation dans les jours précédents.

L'évaluateur distinguera également le type de violence (verbale, contre les objet, soi-même ou autrui) et le degré d'intensité et de gravité.

A ces signes d'alerte généraux s'ajoutent ceux plus spécifiques à chaque pathologie psychiatrique qui, s'ils ne signent pas l'état de décompensation, en sont les signes précurseurs.

La seconde temporalité dans l'évaluation du risque de violence repose sur la recherche systématique et approfondie des facteurs de risque de violence, cités plus haut et que l'on peut retrouver sous forme de tableau dans le rapport d'orientation de la commission d'audition sur la dangerosité psychiatrique de mars 2011, rédigé par l' HAS (24).

Ainsi il ne faut pas négliger le temps précédant le comportement violent, que ce soit pour l'évaluation du risque de violence, mais également dans une perspective de prévention de cette violence.

2/ LES REPONSES APPORTEES AUX COMPORTEMENTS VIOLENTS

L'objectif immédiat de la prise en charge d'un patient agité et donc potentiellement violent, quelle qu'en soit l'étiologie, est d'assurer la sécurité du patient et celle de son entourage (accompagnants du patient et personnel médical, *figure 1*). Pour cela, il est indispensable de permettre un apaisement rapide (76).

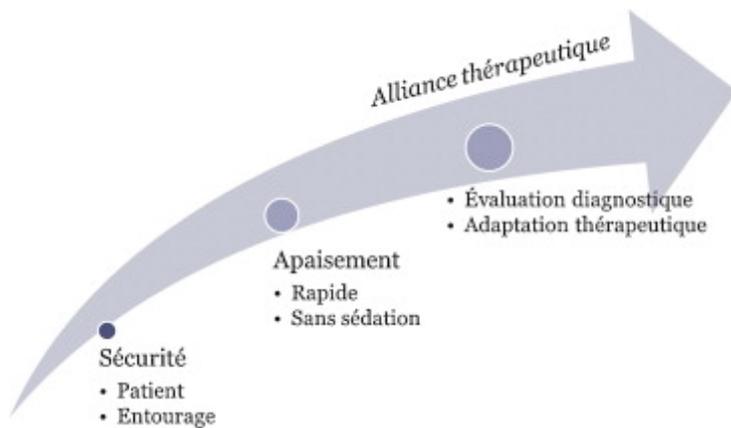


figure 1.

Pour permettre cet apaisement rapide il existe plusieurs temps allant de l'instauration du dialogue, temps nécessaire et indispensable qui permettra une première évaluation du risque de violence, jusqu'à la prescription d'autres modalités de soin, employées ou non en fonction des résultats de cette évaluation, telles que les procédures d'isolement, de contention et l'usage de traitements médicamenteux.

Tout au long de la prise en charge, il est par ailleurs fondamental d'intégrer la notion d'alliance thérapeutique qui, si elle ne doit pas ralentir le processus de gestion de la crise, doit être considérée afin de faciliter l'évaluation clinique et la poursuite des soins à moyen puis long terme.

a) INSTAURER LE DIALOGUE POUR TENTER DE SORTIR DE LA CRISE

Dans le cadre de la prise en charge d'un comportement violent, ou d'une menace de comportement violent, le premier temps est celui de l'évaluation du risque de violence (ou de récurrence) qui comporte l'entrée en relation avec le patient et qui débute le dialogue avec pour objectif premier d'enrayer le processus de violence et de gérer au mieux la crise, en protégeant le patient concerné, les autres patients et le personnel soignant. Il s'agit de l'approche relationnelle (attitude empathique, information claire et simple du déroulement des soins, aide

à la verbalisation des émotions) et de l'adaptation de l'environnement (pièce calme, non isolée, réduction des stimulations, respect d'une distance avec le patient).

La prise en charge du patient agité est une urgence absolue. Elle implique une équipe pluridisciplinaire qui nécessite une formation sur le terrain conformément à la circulaire du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'encadrement des situations de violence (77).

Parmi les formations proposées aux personnels de santé citons la formation Oméga® [alt169](#) (mais il en existe d'autres). Ces formations rassemblent les principes de base de la gestion de la menace de violence.

Les principes prégnants sont les suivants:

- identifier les éléments à risque présents dans le lieu où se produit la situation à risque ;
- choisir et prendre les dispositions de protection appropriées ;
- sélectionner et appliquer le mode d'intervention verbale le plus approprié à la violence exprimée ;
- communiquer efficacement avec ses collègues pour la résolution de la crise.

Le dialogue doit se nouer tout en respectant un certain nombre de recommandations visant à la protection de l'interlocuteur soignant et à la réduction de la tension chez le patient. Il doit s'accompagner d'une adaptation de l'environnement qui viendra favoriser son instauration.

Il faut communiquer des messages d'apaisement au patient. Ces messages reposent sur un langage verbal et corporel concordant qui exprime de la confiance en soi, de l'attention, du sang-froid, du soutien et de l'empathie.

Il faut respecter l'espace vital du patient, sachant que l'espace vital d'une personne en crise est plus grand que celui d'un sujet lambda au quotidien (en Amérique du Nord un mètre ou environ une longueur de bras).

Il faut aussi surveiller le langage non verbal du patient en reculant s'il recule ou s'il fait sentir que l'interlocuteur est trop près.

Idéalement il est préférable d'adopter une posture debout de biais et de ne pas se retrouver de face comme pour un combat ou de tourner le dos comme une personne indifférente.

Il est indispensable d'engager le dialogue avec le patient en respectant ces différentes recommandations avec pour objectif d'enrayer la situation de crise et d'éviter un comportement violent ou la récurrence de celui-ci. Cependant lorsque le dialogue est interrompu

ou impossible à nouer, il convient d'employer d'autres méthodes avec en fond le même objectif d'éviter un comportement violent ou sa récurrence. Nous évoquerons en premier lieu le recours à l'isolement.

b) LA PROCEDURE D 'ISOLEMENT

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Le recours à l'isolement suit une procédure précise et a lieu pour des indications spécifiques. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a élaboré des recommandations suite à l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie réalisé en juin 1998 (78). Les indications et contre-indications y sont très clairement définies et sont citées ci-après:

• Indications

1. Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ni appropriés.
2. Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins.
3. Isolement intégré dans un programme thérapeutique.
4. Isolement en vue d'une diminution des stimulations.
5. Utilisation à la demande du patient.

• Contre-indications

6. Utilisation de la chambre d'isolement (CI) à titre de punition.
7. État clinique ne nécessitant pas un isolement.
8. Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe soignante ou pour son confort.
9. Utilisation uniquement liée au manque de personnel.

Nous pouvons encore citer d'autres indications relevées dans la littérature:

- Transgression d'un cadre de soins défini préalablement.
- Attente d'une place en UMD (risque de fugue ou de violence). Les délais d'admission en UMD peuvent être particulièrement longs. C'est parfois pour cette raison que certains

isolements se prolongent au-delà de la moyenne. Ce type d'orientation se fait exclusivement pour des patients en SDT, généralement en opposition aux soins. Le risque de fugue ou de violence augmente quand le patient a connaissance du projet. L'isolement vient alors en prévention, pour permettre le transfert dès qu'une place se libère.

-Dans certains services, protocole pour les premiers jours d'hospitalisation des SDRE et SDT.

-Mise en place d'une fenêtre thérapeutique. La CI permet alors de mettre en place un traitement mieux adapté à des symptômes masqués jusque là par les thérapeutiques médicamenteuses.

MODALITES

En sus de ces indications l'audit énonce les règles à suivre dans le déroulement de la mise en isolement sur le plan pratique mais aussi en ce qui concerne la pose de l'indication, le suivi et la surveillance, ainsi que les éléments à consigner dans le dossier de soins du patient.

1. Les données concernant l'identité, les date et heure de début et de fin de mise en chambre d'isolement (MCI) sont renseignées.
2. Si le patient vient d'une autre unité de soins, dans le cadre de ce qui est appelé un prêt de chambre d'isolement, le dossier du patient et toutes les informations nécessaires sont fournies, en temps utile.
3. La MCI est réalisée sur prescription médicale, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la prescription doit être réalisée dans l'heure qui suit le début de l'isolement.
4. L'isolement initial et chaque renouvellement éventuel sont prescrits pour une période maximale de 24 heures.
5. Le trouble présenté par le patient correspond aux indications de MCI et il n'y a pas d'utilisation à titre non thérapeutique.
6. Les contre-indications somatiques de la MCI sont identifiées et notées.
7. Les facteurs de risque éventuels (suicide, automutilation, confusion, risques métaboliques, médicamenteux et liés à la thermorégulation) sont repérés et un programme spécifique de surveillance et de prévention est mis en place.
8. La conformité de la MCI avec la modalité d'hospitalisation est examinée lors de la prescription.

9. L'absence de tout objet dangereux est vérifiée dans la CI ainsi que sur le patient. En cas d'existence d'un objet dangereux, les mesures adaptées sont prises.
10. L'entrée et la sortie du patient sont signalées aux services de sécurité incendie en temps réel.
11. La MCI est effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.
12. Le patient reçoit les explications nécessaires sur les raisons, buts et modalités de mise en œuvre de l'isolement. La nécessité d'informer l'entourage est examinée.
13. En cas de recours à la contention physique, celle-ci est réalisée avec les matériels adéquats, en toute sécurité pour le patient et en tenant compte de son confort.
14. Une visite médicale est assurée dans les deux heures qui suivent le début de l'isolement.
15. Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par jour.
16. Le rythme programmé de surveillance de l'état psychique est respecté.
17. Le rythme programmé de surveillance de l'état somatique est respecté.
18. La surveillance biologique prescrite est réalisée.
19. Le séjour du patient en CI est interrompu par des sorties de courte durée, durant la journée.
20. Un entretien centré sur le vécu du patient en CI est réalisé à la fin du processus.
21. L'hygiène du patient est assurée durant toute cette phase de soins.
22. L'état de propreté de la chambre est vérifié au moins deux fois par jour.
23. Les documents (feuille de surveillance, rapport d'accident ...) sont intégrés au dossier du patient.

CADRE LEGAL

Le cadre légal spécifique à la mise en chambre d'isolement est inexistant puisque aucune loi française ne régit l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Seule une circulaire indique de façon explicite le fonctionnement et l'utilisation des chambres d'isolement. Il s'agit de la circulaire n° 48 D.G.S./SP3/ du 19 juillet 1993 (79). Cette circulaire a pour vocation d'éviter le recours abusif à l'isolement des malades mentaux. Elle énonce qu'il doit y avoir adéquation entre les soins portant atteinte à la liberté des malades hospitalisés en psychiatrie et les modalités d'hospitalisation.

Le cadre légal général de la mise en chambre d'isolement repose sur des articles du Code de Santé Publique, du Code de déontologie médicale et sur un rapport du Comité européen pour la Prévention des tortures et traitements inhumains et dégradants (CPT). La loi du 5 juillet 2011 régit les différents modes d'hospitalisation en psychiatrie. L'article L 3211-3 (65) précise : *« Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement (...) les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé ».*

De plus, le Code de déontologie médicale régit de façon indirecte l'utilisation des chambres d'isolement. L'article 2 (article R.4127-2 du Code de la santé publique) précise que le médecin *« exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité »*. L'article 8 (article R.4127-8 du Code de la santé publique) édicte que *« le médecin se doit, en toutes circonstances de respecter les principes de moralité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine. Il doit en outre tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes (...) thérapeutiques possibles »*.

Par ailleurs, en 1997, le Comité européen pour la Prévention des tortures et traitements inhumains et dégradants (CPT) a publié (80) des normes minimales de fonctionnement des hôpitaux psychiatriques, notamment la nécessité de doter ces établissements de règlement intérieur et l'interdiction des traitements contraints. L'article 41 précise : *« Par principe, un patient doit être en mesure de donner un consentement libre et éclairé au traitement.*

L'admission non volontaire d'une personne dans un établissement psychiatrique ne doit pas être conçue comme autorisant le traitement sans son consentement. Il s'ensuit que tout patient capable de discernement, qu'il soit hospitalisé de manière volontaire ou non volontaire, doit avoir la possibilité de refuser un traitement ou toute autre intervention médicale. Toute dérogation à ce principe fondamental doit avoir une base légale et ne s'appliquer que dans des circonstances exceptionnelles clairement et strictement définies ».

Plus récemment en 2004 une conférence de consensus a été élaborée veillant à repreciser les modalités de liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et les obligations de soins et de sécurité (81).

Enfin, il faut rappeler l'article 432-4 du Code Pénal : *« Le fait, par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, agissant dans l'exercice de ses fonctions ou de sa mission, d'ordonner ou d'accomplir arbitrairement un acte attentatoire à la liberté individuelle est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende ».*

LIMITES

L'isolement ne peut être thérapeutique qu'à la condition d'être envisagé comme un véritable soin intensif, encadré par une équipe formée et ayant accompli un véritable travail de réflexion sur le sujet.

La mise en chambre d'isolement, quoique que bien définie quant à ses modalités et ses indications peut poser des problèmes qu'ils soient d'ordre éthique ou de réalisation. Il a été observé également des différences dans leur mise en oeuvre selon les services.

Nous relèverons ici les limites de cette modalité de soin.

Pour que la mise en chambre d'isolement reste une mesure thérapeutique, elle nécessite des pré-requis tels que :

- Penser cette MCI en terme de balance bénéfice-risque.
- L'associer systématiquement à une chimiothérapie (devant permettre de réduire l'excitation et l'angoisse).
- Le patient doit systématiquement recevoir une information claire et précise.
- L'équipe soignante doit être convaincue que l'isolement est une mesure thérapeutique et au clair avec ses contres attitudes envers le patient et la notion d'isolement.

Le recours à la MCI a longtemps été un sujet tabou hors des murs de l'institution. Le document publié par l'ANAES en 1998 (dans lequel l'ANAES considère « *que tout patient dans une chambre verrouillée est séparé de l'équipe de soins et des autres patients et se trouve de ce fait en isolement ; cet isolement ne peut être qu'à but thérapeutique conformément à la mission des établissements de santé* » (78)) a permis d'évoquer enfin ce sujet en légitimant l'usage de la CI en tant que pratique thérapeutique.

Le tabou s'est alors déplacé, ainsi que le souligne Dominique Friard (82) et s'il est aujourd'hui possible de parler de la CI, il n'est plus question de s'interroger sur son rôle thérapeutique, dont les protocoles et la prescription médicale sont devenus les garants. Si la CI est thérapeutique, si donc elle a des effets bénéfiques sur la pathologie, le problème éthique posé (privation de la liberté d'aller et venir, absence de consentement aux soins...) est un moindre mal. En revanche si elle ne l'est pas, alors le problème éthique est majeur. Il serait grave de faire jouer à la psychiatrie le rôle de régulation sociale que d'aucuns aimeraient lui attribuer. D'où la nécessité qu'en ont conçu les auteurs du document de l'ANAES de préciser dans les

contre-indications qu'il ne s'agit en aucun cas d'une mesure punitive et qu'elle ne doit pas palier à un manque de personnel ou être usitée pour le confort de l'équipe soignante.

L'ANAES remarque que la CI est un soin « *globalement perçu par les professionnels comme un recours à la fois nécessaire et rarement satisfaisant dans son principe et sa réalisation.* »

L'utilisation de la CI a souvent lieu dans l'urgence ou pour répondre à une situation vécue comme potentiellement dangereuse, plus rarement dans le cadre d'un projet thérapeutique. Des études ont été réalisées en vue d'évaluer le ressenti des patients et le regard qu'ils portent sur cette expérience, et qu'il s'agit là d'étudier dans une perspective éthique, en plus de se questionner sur l'effet thérapeutique (ou non) de cette pratique. Nous citerons l'étude de Cano et al. en 2010 (83). Cette étude était fondée sur des entretiens semi-directifs réalisés auprès de 30 patients hospitalisés à temps complet, 21 à 28 jours après leur sortie de chambre d'isolement. Ces entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique manuelle en fonction des principes éthiques fondamentaux (autonomie, bienfaisance et non-malfaisance). Les résultats révélaient que l'autonomisation des patients était remise en cause, surtout en matière d'information pour 70 % d'entre eux. Ils percevaient majoritairement une bienveillance de l'équipe à leur égard et 43 % d'entre eux en concevaient l'utilité. Cependant, l'isolement s'avérait pour 66 % des patients traumatisant avec souvent une dimension dévalorisante et punitive. Cette étude proposait des pistes d'amélioration dans l'utilisation des chambres d'isolement; il s'agit notamment de reconnaître le patient comme l'agent de sa propre autonomisation par une information appropriée et de lui permettre d'élaborer son ressenti afin que l'expérience de l'isolement prenne sens. Ces pistes vont dans le sens d'une amélioration de l'outil en tant que mesure thérapeutique.

Les autres études recensées (84)(85)(86)(87), plus anciennes, ont comme point commun le vécu négatif des patients. Les mots utilisés pour l'exprimer sont souvent connotés négativement. Même sans remettre en cause le bien fondé de cette pratique, dont ils reconnaissent l'utilité pour protéger les autres (patients ou soignants) d'un comportement dangereux, les patients dénoncent ce qu'ils ressentent comme une violence faite à leur encontre.

Il ne faut pas négliger cependant le fait que certains patients aient pu se sentir rassurés voire réconfortés par cette forme de prise en charge.

Il semblerait, et c'est un point sur lequel toutes les études se rejoignent, que c'est par le travail d'élaboration accompli pendant et après le temps d'isolement que les représentations des

patients puissent être modifiées. Le sens que les patients donnent alors à cette période d'isolement modifie leur vécu. Les patients ont l'impression d'avoir pu bénéficier d'un soin intensif, reconnaissent une utilité à ce soin et profitent davantage des temps de parole proposés.

Ainsi apparaît l'importance du vécu subjectif de l'isolement, dont l'effet peut être thérapeutique à condition qu'il reste bienveillant et s'inscrivant de le cadre strict du soin. L'isolement perçu comme une punition aura des effets psychopathologiques très différents de l'isolement perçu comme une tentative de traitement. Les effets des traitements prescrits dépendant plus de l'intention perçue du soignant que de toute autre variable.

c) LA PROCEDURE DE CONTENTION PHYSIQUE

Lorsque l'instauration du dialogue ne suffit pas, de même que la mise en chambre d'isolement, il est parfois nécessaire de recourir à la contention physique. Il est également certains cas où cette contention ne se fait pas en chambre d'isolement mais en chambre simple voire sur un brancard dans les services d'urgences.

Cette mesure coercitive doit être encadrée et bien définie pour rester dans le domaine du soin et éviter les dérives. En effet, comme l'utilisation de la chambre d'isolement, l'usage de la contention est une privation de liberté qui nous renvoie à des discussions éthique et réglementaire. Il est donc indispensable que la mise sous contention suive des indications et des contre-indications sous tendues par des objectifs thérapeutiques précis, que sa mise en oeuvre respecte des règles de sécurité bien définies assortie d'une surveillance adéquate et de réévaluations régulières, le tout devant être encadré par une réglementation. Nous énoncerons ces différents éléments avant de relever les limites du recours à la contention physique.

OBJECTIFS THERAPEUTIQUES ET INDICATIONS

La conférence de consensus sur l'agitation en urgence (88) décrit les objectifs précis qui sous-tendent l'emploi de la contention physique. Ainsi l'utilisation de la contention doit permettre d'assurer la sécurité du patient et de l'entourage, et de prévenir la rupture thérapeutique.

Son recours n'est justifié qu'après l'échec des autres mesures de prise en charge et cela doit être clairement consigné dans l'observation médicale du patient, en raison des problèmes médicolégaux possibles.

La contention physique doit être une mesure d'exception et temporaire.

Elle ne constitue pas en elle seule une mesure thérapeutique. Elle doit donc toujours être associée à une sédation médicamenteuse.

Indications :

- 1) Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ou ni appropriés.
- 2) Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins somatiques ou psychiatriques.
- 3) Isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues.

Contre-indications :

- 1) Utilisation à titre de punition.
- 2) Etat clinique ne nécessitant pas ces mesures.
- 3) Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe ou pour son confort.
- 4) Utilisation uniquement devant un manque de personnel.
- 5) Contre-indications somatiques (affections organiques non stabilisées dont le diagnostic ou pronostic peut être grave).

Il est important de noter que la littérature ne retrouve pas de preuves directes de l'effet thérapeutique de la contention, tandis que ses effets indésirables sont eux bien connus (89).

MODALITES DE MISE EN OEUVRE

Il s'agit là des recommandations issus des échanges lors de la conférence de consensus de 2002 (88).

Matériels :

- Un brancard équipé d'une ceinture ventrale et d'attaches pour chaque membre.
- Une chambre sécurisée avec un lit fixé au sol au centre de la pièce.
- Une feuille de prescription médicale.
- Une fiche de traçabilité nominative.

Modalités :

- Prévoir au moins 5 membres de l'équipe médicale et paramédicale dont un coordinateur.
- Appel des agents de sécurité.
- Le coordonnateur assure la continuité du lien relationnel.

Réalisation pratique :

Le patient agité est saisi par quatre soignants (un par membre empaumant chacun le bras et l'avant-bras ou le mollet et la cuisse) sur ordre du cinquième soignant (le coordonnateur) qui saisit la tête dès que possible, la maintenant sur le côté, ce qui évite les morsures et que le regard du patient croise celui des soignants qui l'attachent. Il est couché sur le dos, sur un brancard, chaque membre étant maintenu par une attache, la ceinture ventrale bouclée, puis les attaches verrouillées.

Le patient est partiellement déshabillé et couvert d'un drap, ce qui permet de préserver sa dignité. Il est fouillé pour supprimer tout objet potentiellement dangereux et sa ceinture de pantalon est retirée. Puis la tête du brancard est surélevée pour éviter les risques d'inhalation.

Application de la sédation médicamenteuse sur prescription médicale.

Ouverture de la fiche de traçabilité et surveillance rapprochée (suivant la prescription médicale).

En attendant l'efficacité de la sédation médicamenteuse les pieds sont surélevés afin de diminuer l'amplitude des mouvements et le lien relationnel est entretenu.

Le brancard est coincé dans l'angle d'une pièce (si le patient n'est pas maintenu sur un lit fixé au sol).

Vérification que les attaches sont bien placées et verrouillées (par sur les articulations, ni trop serrées, ni trop lâches).

Réévaluation de l'état clinique rapprochée, et si dans la prescription va dans le sens d'un maintien de la mesure, réévaluation répétée.

Levée partielle, puis complète de la contention au plus tôt.

Clôture de la fiche de traçabilité.

CADRE LEGAL

Le seul texte spécifique à la mise sous contention (et également à la mise en isolement) correspond à la circulaire n° 48 D.G.S./SP3/ du 19 juillet 1993 (79) qui énonce qu'il doit y avoir adéquation entre les soins portant atteinte à la liberté des malades hospitalisés en psychiatrie et les modalités d'hospitalisation.

la Charte du patient hospitalisé précise les conditions de l'information du malade par le médecin, qui se doit d'être simple, accessible, intelligible et loyale. La contention physique n'échappe pas à cette règle et le patient doit être informé des raisons motivant une telle mesure, et de son caractère temporaire. La résolution 46/119 de l'ONU précise les éléments suivants :

"– chaque malade a le droit d'être protégé contre toute forme d'exploitation, contre tout mauvais traitement physique ou dégradant,

– la contrainte physique d'un patient doit être utilisée conformément aux méthodes officiellement approuvées par le service de santé mentale et uniquement s'il s'agit du seul moyen de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui,

– ce type de procédure ne doit durer que le temps nécessaire, et être inscrit dans le dossier du patient ; il doit s'exercer dans des conditions humainement acceptables, avec du personnel qualifié, en avisant le patient ou son représentant légal de toute instauration d'une mesure de contrainte."

Le Code de Déontologie médicale précise que le médecin exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité (article 2). Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences d'un traitement (article 8).

Concernant spécifiquement la contention physique, le Code de Déontologie précise que si la famille du malade doit être prévenue et informée d'une telle mesure, il ne s'agit en aucun cas, en dehors du cas particulier de l'enfant, de demander leur autorisation.

LIMITES

La pratique de la contention, dont l'utilisation est variable selon les périodes, fait un retour dans nos hôpitaux autour des années 1995 à 2000, dans une psychiatrie en pleine mutation, caractérisée par une triple orientation (90): neuroscientifique et médicotechnique, sécuritaire, mais aussi citoyenne associée au concept de Santé Mentale qui tend à étendre de manière illimitée le champ de la psychiatrie. On peut se demander quel est le sens de ce retour (91) d'autant qu'il s'agit d'une pratique qui n'est pas sans danger (89) et qui reste l'objet d'incertitudes et controverses, tant sur le plan thérapeutique qu'éthique (89) (92) (93) (94). Des auteurs s'interrogent sur la signification de cette pratique : certains y voient « *un acte à valeur de rite sacrificiel* » (92), d'autres se demandent s'il s'agit d'un acte à dimension thérapeutique ou sécuritaire (91) (89) (94) (95) et de quelle manière on peut en faire un temps soignant (93), quand les derniers pointent des confusions sémantiques et théoriques entourant le terme de « contention » (96). Les soignants sont également exposés à des dilemmes entre d'une part le devoir de préserver la dignité et d'assurer un environnement sûr pour le patient et d'autre part de maintenir la sécurité des autres patients et de l'environnement.

Un point doit rester essentiel : il ne peut s'agir que d'une indication médicale à vocation thérapeutique. Il faut en outre écarter toute utilisation non thérapeutique comme la punition ou le manque de personnel et donc de moyen de surveillance, d'où l'importance du respect des indications et contre-indications, ainsi que les protocoles de réalisation qui limitent les risques de mise en danger du patient et des soignants.

Le recours à la contention peut être légitime, à la condition d'un travail de transformation d'une demande extérieure en une « ré-appropriation » du côté du soin. La contention n'est en aucun cas une mise dans un état de solitude. Elle amène en fait à une disponibilité et à un contact beaucoup plus important avec les soignants.

Une étude réalisée en 2013 par Cano et Guivarch (97), ayant pour objectif double d'étudier le vécu des soignants confrontés à la contention et de dégager ensuite d'éventuelles pistes d'amélioration au regard d'une perspective éthique, conclue que les soignants confrontés à la contention avaient un vécu majoritairement négatif à type de frustration, colère et d'absence de ressenti, qu'il s'agissait pour eux d'une expérience "*difficile mais nécessaire*", qui était à la fois un acte de soin et de sécurité. Les auteurs ont également identifié chez les soignants une prise de conscience des enjeux éthiques qui pourrait être le premier temps d'un changement,

pouvant se concrétiser en redonnant un rôle central aux réunions cliniques et en faisant vivre dans le soin les principes d'autonomie et de bienfaisance.

d) LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

A chaque étape de la prise en charge, qu'il s'agisse du temps du dialogue, de la mise en isolement ou en contention, il est nécessaire d'évaluer la nécessité de prescription d'un traitement médicamenteux à visée anxiolytique, dans le but d'apaiser et d'enrayer le processus pouvant amener au comportement violent.

Cependant la diversité des pratiques concernant les prescriptions médicamenteuses pour la gestion des épisodes d'agitation dans les services d'urgences ou de psychiatrie, et l'absence de preuve expérimentale étayant ces pratiques, met en évidence un manque de données empiriques qui permettraient d'élaborer des recommandations fondées sur des preuves scientifiques.

Enfin le recours à la sédation peut avoir des conséquences néfastes sur l'alliance thérapeutique et la prise en charge ultérieure si celle-ci n'est pas réfléchie et adaptée à chaque patient en fonction de l'évaluation qui aura pu être faite et de ce qui est spécifique à l'histoire d'un patient donné.

En dépit de la diversité des pratiques on retrouve néanmoins dans la littérature et dans les pratiques courantes des tendances à l'utilisation de certaines molécules, notamment en association - telles que les benzodiazépines, les neuroleptiques typique et de seconde génération - et une modalité d'administration qui se doit de favoriser l'adhésion du patient. Le traitement médicamenteux doit donc être proposé Per Os (PO) et bien expliqué au patient, notamment les effets attendus et les raisons qui conduisent à le proposer. La prescription est donc PO avec en cas de refus ou de menace de violence imminente intra-musculaire (IM). Les benzodiazépines d'action rapide comme les neuroleptiques doivent être utilisés préférentiellement par voie orale mais peuvent également l'être par voie intramusculaire. Les benzodiazépines paraissent avoir un meilleur rapport bénéfice-risque.

Il faut bien entendu tenir compte de l'âge et d'éventuelles co-morbidités pour faire le choix de la molécule la plus adaptée.

La conférence de consensus sur l'agitation (88) préconise en cas d'ivresse aiguë, de sevrage alcoolique et d'incertitude diagnostique l'utilisation d'une benzodiazépine et celle d'un

neuroleptique quand l'agitation est d'origine psychiatrique. Cependant cette dernière indication est clairement remise en cause par l'étude TREC, permettant d'élargir l'indication des benzodiazépines d'action rapide aux patients dont l'agitation est d'origine psychiatrique. Chez la personne âgée l'utilisation d'une benzodiazépine paraît préférable. La posologie doit être réduite et on préconisera une demi-vie courte.

L'évolution des pratiques des professionnels de santé mentale permet d'individualiser trois types de sédation (de la vigilance, du comportement et psychique) qui différencient le choix et les modalités d'utilisation des psychotropes (98).

La sédation comportementale est souvent un objectif en urgence psychiatrique, là où la sédation de la vigilance est désormais abandonnée, qui associe précocement l'antipsychotique de seconde génération en association, soit avec un antipsychotique sédatif, soit avec une benzodiazépine.

La sédation psychique est en revanche une priorité des soins aigus et trouve sa place tout spécifiquement pour le patient psychotique. La mise en route d'un traitement étiologique au plus tôt par l'usage des antipsychotiques de seconde génération, disponibles par voie intramusculaire, garde ici un intérêt spécifique pour le clinicien : les professionnels savent que plus le délai de traitement initial de la maladie schizophrénique est long, moins les rémissions seront significatives, et ce à chaque nouvelle décompensation.

Sont discutés les effets parfois délétères d'une pratique de la sédation désormais de plus en plus fréquemment rationalisée. En effet la banalisation de la sédation s'est probablement longtemps et régulièrement inscrite dans la stigmatisation médiatique du malade psychiatrique autour de sa violence présumée, dans une évolution parfois sécuritaire du soin. De plus une sédation excessive ou trop prolongée peut compromettre l'adhésion aux soins proposés après l'accueil et la prise en charge aux urgences psychiatriques (99) (100). De fait la survenue d'effets indésirables tels une amnésie de l'épisode ou, dans le cas de l'utilisation de neuroleptiques, une dystonie ou une akathisie, peut être anxiogène (sur le moment ou à distance de l'épisode) et laisser une empreinte négative au patient. Celle-ci réduira l'alliance thérapeutique pour les jours suivants l'épisode ou limitera sa volonté de recourir aux soins à l'avenir. L'expérience thérapeutique précédente, les effets secondaires, la relation thérapeutique avec l'ensemble des soignants sont des facteurs d'observance et d'adhésion aux soins.

Finalement il n'existe pas de protocole unanime établi concernant le choix de la molécule (ou de l'association de molécules) ni de la posologie, mais plutôt des stratégies qui usent de recommandations communes mais qui restent variables selon les cliniciens. Il conviendrait de réaliser de nouvelles études cliniques mais le contexte particulier que constitue l'état d'agitation rend en effet les études cliniques difficilement réalisables, et est à l'origine de limites méthodologiques restreignant les possibilités de généralisation.

En outre au delà du choix de la molécule et de sa posologie il s'agit avant tout de limiter le risque de violence tout en conservant au mieux l'alliance thérapeutique, ce qui rend indispensable de ne pas négliger les effets néfastes d'une sédation excessive ou inadaptée et donc d'individualiser chaque prise en charge en fonction de l'analyse initiale et de l'histoire de chaque patient. Il est important de ne pas recourir à une sédation systématique et méthodique mais bien de prescrire au cas par cas.

e) LA PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE

La prise en charge des comportements violents ne se limite pas à la période dite de crise mais englobe l'histoire du patient en amont et au long cours, le tout en interaction profonde avec les différentes équipes soignantes, elles-mêmes maillon de l'institution. Et de leur état d'esprit, outre de leur formation et expérience, ainsi que de leur bonne "santé mentale" et capacité d'accueil psychique deviendra possible le soin à l'échelle d'un patient. La psychothérapie institutionnelle vient ici préparer les équipes à recevoir la violence et à la mentaliser, pour le bénéfice ultérieur du patient en le remplaçant en tant que sujet singulier et unique, mais également pour le bénéfice de ces mêmes équipes, qu'elles puissent ainsi rester thérapeutiques.

HISTORIQUE ET PRINCIPES FONDATEURS

L'expression apparaît pour la première fois en 1952, dans un article intitulé « La psychothérapie institutionnelle française », publié dans la revue *Anais Portugueses de Psiquiatria*, écrit par deux psychiatres français : Georges Daumezon (qui en a fait la

proposition) et Philippe Koechlin (101). Il s'agit du début d'un long processus de théorisation, encore actuel, d'une pratique psychiatrique remontant aux années de la Seconde Guerre mondiale. Il n'est pas possible de donner une origine précise à ce qui s'est mis en place, peu à peu, sans concertation, dans différents lieux.

La psychothérapie institutionnelle est un modèle d'élaboration théorique et pratique du soin psychiatrique utilisant de manière ordonnée à des fins psychothérapeutiques le lieu d'échanges et de rencontres où est accueilli et traité le malade. Ses principes sont issus, d'une part, de la reconnaissance de l'effet pathogène de l'asile dénommé hôpital psychiatrique en 1937 – qui avait conduit à l'écrasement de l'existence du malade – et d'autre part, de la reconnaissance de la singularité de la personne et de la subjectivité de la souffrance psychique (90).

L'exigence de justice fonde l'exercice de la médecine. Elle s'exprime à travers trois principes fondamentaux: autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, que des règles actualisent dans l'activité quotidienne. Elle impose des moments de réflexion philosophique, rétrospectifs, permettant d'analyser les principes en jeu dans l'expérience clinique et thérapeutique.

Il s'agit là des principes éthiques qui sous-tendent la psychothérapie institutionnelle.

Elle considère la maladie comme une expérience vécue par un sujet singulier et unique, pris dans sa culture et son histoire. Elle estime tout patient comme son semblable malgré ses différences, qu'elles soient liées à son mode d'hospitalisation (libre ou sans consentement), à sa catégorie diagnostique ou sociale. Elle tient compte de ces différences par l'intermédiaire du projet thérapeutique individualisé : il est signifié institutionnellement au patient qu'on attend de lui une intention collaboratrice, qu'il contracte une part de responsabilité.

Cette démarche, qui s'appuie sur la reconnaissance de la personne et la recherche de sa participation active, a sensibilisé les soignants du champ psychiatrique à la dimension proprement éthique du soin institutionnel (102). Son intérêt majeur pour le sujet et sa condition humaine induit une prise en considération de celui-ci dans une dimension globale : celle de son identité, de ses valeurs, de ses capacités d'action et aussi sous l'angle de son bien-être.

LA VIOLENCE DANS L'INSTITUTION

L'institution, si elle se fonde sur et/ou dans la violence, a aussi paradoxalement comme fonction de contenir, de donner sens, de transformer la violence qui la traverse. Cette violence, elle est tout à la fois violence du groupe, issue du groupe qui sous-tend le projet de l'institution, et violence projetée, fantasmée en lien avec les personnes accueillies dans l'institution, selon des modalités singulières fonction de la qualité propre de celles-ci (103). L'institution est un espace de projection privilégié ainsi que le note Fustier (104) :

« L'institution est essentiellement une machinerie inductrice, incitative ou provocatrice pour certains types d'internalisations ou de projections ».

À ce titre, l'institution est le lieu de tous les mouvements d'attaques destructrices, d'expression de la haine et, plus largement, de l'expérience de la mise à l'épreuve de l'objet ; elle a pour fonction d'accueillir et de contenir les formes les moins organisées de la vie psychique (ses parts archaïques, du point de vue des personnes accueillies et des professionnels) et se présente de ce fait comme un lieu de dépôt. Dans les cas où l'institution est en mesure de contenir ces parts archaïques violentes de la vie psychique (contention versus contenance), les processus de transformation peuvent se déployer (105) (106).

La psychothérapie institutionnelle permet à l'institution de jouer ce rôle de réceptacle tout en préparant les soignants à recevoir la violence et à la mentaliser, afin de rester dans le domaine du soin.

CONCLUSION

La nécessité de prendre en charge les comportements violents de nos patients dans l'institution est une situation fréquente, quels que soient la pathologie présentée et le lieu où l'épisode se déroule. Il n'existe pas de réponse unique. Bien au contraire il est nécessaire d'adapter cette prise en charge à chaque patient selon son histoire et le contexte où la violence survient, avec pour objectif premier sous-tendant toutes les décisions d'enrayer le processus de violence en protégeant le patient concerné, les autres patients et le personnel soignant, tout en créant une alliance thérapeutique.

La première étape, indispensable, est celle de l'évaluation du risque de violence, que nous réaliserons en utilisant une approche subjectiviste avec des entretiens semi-structurés, comme le recommande l'HAS, ce qui permettra de repérer les signes d'alerte annonciateurs de comportement violent et de rechercher les facteurs de risque de violence. Cette évaluation du

risque de violence nous permettra d'élaborer notre prise en charge en établissant, selon la nécessité clinique présentée, les différentes modalités de soin disponibles dans notre arsenal thérapeutique, tout en instaurant le dialogue avec le patient, étape dont nous ne pouvons nous passer, première pierre de l'édification de l'alliance thérapeutique.

Lorsque l'approche relationnelle associée à l'adaptation de l'environnement sont insuffisantes il convient de s'interroger sur l'indication à la mise en isolement, associée ou non à l'indication de mise sous contention, procédures qui toutes deux nécessitent des équipes formées, tant sur les modalités de la procédure et de la surveillance qui s'ensuit, mais également en ce qu'il s'agit d'actes thérapeutiques s'inscrivant dans le soin et délimités par un cadre légal.

La prescription d'un traitement médicamenteux a également une place prépondérante dans la prise en charge des comportements violents et doit respecter un certain nombre de recommandations de bon usage, en sachant qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de protocole unique et validé, et qu'il ne s'agit pas de recourir à une sédation systématique et méthodique. Au contraire la prescription doit s'adapter au cas spécifique que représente le patient, condition *sine qua non* pour être à la fois efficace et avec des risques limités, et ne pas mettre en péril l'alliance thérapeutique (par des effets indésirables ou une sédation excessive rompant la relation avec les soignants).

Enfin, au delà de cette description des modalités pratiques de la prise en charge des comportements violents, il convient de ne pas négliger l'aspect institutionnel qui englobe et reçoit la violence, sous-tendu par des principes éthiques fondamentaux (principes d'autonomie, de bienfaisance, de non malfaisance). La psychothérapie institutionnelle replace le patient en tant que sujet singulier et unique, pris dans sa culture et son histoire, qui doit autant que faire se peut collaborer à l'élaboration du projet de soins, et parallèlement permet aux soignants d'élaborer et de donner du sens lorsqu'ils sont confrontés à ces situations de violence, afin de rester thérapeutiques. Cependant nous verrons que cette psychothérapie institutionnelle est mise à mal dans le contexte qui est le nôtre.

PARTIE III- COMMENT LES INFLUENCES QUE SUBIT LA PSYCHIATRIE CONTEMPORAINE SE REVELENT-ELLES DANS LA PRISE EN CHARGE DES COMPORTEMENTS VIOLENTS?

Nous avons donc pu constater qu'il existait des points de tension dans nos pratiques, que les prises en charge des comportements violents proposées et appliquées ne sont pas seulement du soin mais sont influencées par des déterminants socio-médico-politiques. Nous allons tenter de mettre à jour en vue de clarifier ces diverses influences - en effet certaines influences sont visibles et connues, d'autres plus insidieuses; elles ont des liens multiples et réciproques, et toutes ne sont pas négatives loin s'en faut - en gardant pour objectif de nous recentrer au mieux sur des pratiques médicales, en redonnant une place au symptôme et au sujet qui le porte, et de nous affranchir s'il en est besoin des courants qui nous éloigneraient de l'humanisme et de la déontologie que nous souhaiterions tous mettre en avant dans notre pratique quotidienne.

III A/ ROLE DE LA POLITIQUE DE SECTORISATION

La psychiatrie de secteur, telle que nous la connaissons est l'aboutissement d'une politique de désinstitutionnalisation mise en place après la seconde guerre mondiale, initiée par le mouvement des désaliénistes. Cette politique sera également menée ailleurs en Europe et en Amérique du nord avec des évolutions bien différentes de la nôtre. En ce qui nous concerne, nous pouvons observer qu'elle a conduit à une réduction nette du nombre de lits d'hospitalisation complète de psychiatrie, avec la fermeture d'un grand nombre de structures, partiellement compensée par une augmentation du nombre de places d'hospitalisation partielle. Cette diminution globale du nombre de lit s'est accompagnée d'un très fort accroissement de l'activité des secteurs psychiatriques, avec une augmentation de 46 % des patients suivis en psychiatrie générale entre 1989 et 1997, données que nous retrouvons dans la littérature, entre autre dans le rapport Piel-Roelandt de 2001 (107). Or cette

fermeture des lits devait s'accompagner de l'ouverture de multiples structures extra-hospitalières en ville et donc au plus proche des patients, pour pouvoir accompagner le patient stabilisé dans sa réinsertion tout en poursuivant les soins.

Cependant cette politique de secteur observée après une cinquantaine d'années voit poindre un retard de la France comparé à ses voisins Européens en matière d'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général, mais aussi au niveau du développement des structures et des services d'accompagnement des personnes à l'extérieur (108) (109). Au sein même du pays, des disparités franches entre les secteurs psychiatriques sont relevées, concernant tant les moyens alloués (humains, financiers et matériels) que sur le plan de l'engagement dans l'atteinte des objectifs de la politique de sectorisation, notamment en terme de développement d'alternatives à l'hospitalisation temps plein (110) (107). Cette disparité peut en partie s'expliquer par un manque de moyens, nous renvoyant à la politique de finances publiques que nous aborderons plus loin.

A cela s'ajoute une modification de la démographie médicale qui a d'abord connu une augmentation du nombre de psychiatres de 1966 à 2000 avant de décroître progressivement, laissant apparaître une modification des données démographiques telle que l'équipement médical moyen d'un secteur de psychiatrie générale est passé de 7,02 équivalent-temps plein en 1991 à 6,4 en 1997 (données issues du *Livre Blanc de la Psychiatrie*).

Il y a donc moins de praticiens pour plus de patients avec une réduction des capacités d'hospitalisation, bien que les proportions soient variables entre les différents secteurs du territoire français. Ces changements rendent difficile pour les équipes une prise en charge de la violence: multiplicité des demandes, manque de moyen et de temps, sentiment d'échec ou d'impuissance sont des facteurs limitant pour une prise en charge la plus professionnelle et apaisée possible, considérant la souffrance des équipes et donc des psychiatres. Cette souffrance influencera nos réponses à la violence des patients, nous éloignant du soin qui nécessite une disponibilité et une confiance en nos pratiques et nos moyens. Pour preuve nous rappelons que les recommandations concernant la mise en isolement et en contention ont jugé nécessaire de préciser qu'elles n'étaient pas une mesure punitive ni un moyen de palier au manque de soignants en terme de nombre ou de disponibilité.

Une autre conséquence de la sectorisation est d'avoir ramené les patients dans la cité, objectif recherché initialement, mais ce qui est observé est que pour une part non négligeable de patients les conséquences sont négatives. Ceux-ci se retrouvent alors précarisés et désinsérés

socialement, favorisant une rupture avec les soins, et par ces biais, nous observons une exacerbation de la délinquance de ces patients, qui se retrouvent pris dans le système judiciaire. Nous reviendrons plus tard sur cette judiciarisation inappropriée, que nous pouvons également mettre en lien avec la médiatisation exacerbée à l'heure où la violence n'est plus tolérée dans cette même cité.

De cette rupture avec les soins nous voyons apparaître un phénomène que les auteurs ont nommé "le syndrome de la porte tournante" (111): un grand nombre de malades sortent rapidement après leur admission (ce qui est lié à la réduction du nombre de lits, aux thérapies plus efficaces, à la volonté de réinsertion sociale et familiale rapide avec une ré-autonomisation du patient) et retournent à l'hôpital peu après leur sortie, retour prématuré lié à des possibilités de réinsertion précaires, ainsi qu'à une large diffusion dans le public de produits psychodysléptiques conduisant à des rechutes précoces et multiples. Or ces patients, peu gratifiants et qui semblent échapper à toute tentative de traitement, sont assez mal « vécus » par les services et souvent rejetés, surtout lorsque le symptôme qu'est la violence apparaît.

III B/ RÔLE DE L'INTRODUCTION DU CONCEPT DE SANTE MENTALE

Nous évoquions précédemment l'augmentation de la demande et ainsi du nombre de patients dans les files actives qu'il nous semble à mettre en lien avec le concept de santé mentale. En effet ce concept de santé mentale, allié au terme de souffrance psychique fait s'élargir de façon considérable le domaine d'action du psychiatre, de même que cela accroît très fortement l'hétérogénéité des troubles que les praticiens ont à traiter (allant de troubles psychiatriques avérés à des difficultés rencontrées dans des domaines multiples et variés tels que la famille, le travail, le chômage).

De fait au delà du champ de la maladie, la psychiatrie est invitée à considérer le bien être (en passant par l'accomplissement personnel) : nous ne sommes donc pas dans une simple perspective thérapeutique mais bien dans le domaine d'une véritable philosophie politique et morale. Certains auteurs dont P. Hum (112) ont proposé de séparer des indicateurs de santé mentale en fonction de 3 dimensions séparées du concept de santé mentale: le premier groupe serait celui des indicateurs de protection et de vulnérabilité de la santé; le second regrouperait les indicateurs de maladie mentale en population spécifique (et qui rejoint la psychiatrie classique); enfin celui considérant la souffrance psychique en population générale, qui

rendrait nécessaire une définition et une description plus étendue de la souffrance. Il s'agit là d'un champ d'action où le psychiatre se trouve de plus en plus souvent interpellé, mais dont les réponses ne seraient pas seulement d'ordre psychiatrique ou sanitaire.

Selon P. Le Moigne (113) cette pensée de "*santé mentale positive*" entend favoriser l'accès à un bien-être inégalé et dériverait d'une psychologie du sujet qui a pris son essor dans les années 1960 (bien que découlant elle-même d'une histoire plus ancienne avec W. James le premier à la formaliser, l'un des fondateurs de la psychologie américaine) et qui "*a conduit à aiguiller une large part des revendications du mouvement des ex-patients, et a servi d'argument à la politique de désinstitutionnalisation ainsi qu'à la lutte contre le stigmatisme psychiatrique*". Cette psychologie du soi, en sus de sa volonté curative dans un aspect individuel, s'étendrait en "*aiguillon du changement social et d'une amélioration de la vie collective*".

Nous ne sommes donc pas dans une simple perspective thérapeutique mais bien dans le domaine d'une véritable philosophie politique, sociale et morale, ce qui rend ardu le travail du psychiatre sans oublier l'adaptation qui lui est indispensable suite à la modification de son rôle et à l'ajout de nouvelles missions. La multiplication des demandes, non seulement en nombre mais également en type de demande, renvoie de nouveau à la souffrance des soignants (en lien avec le manque de moyen et de temps, les sentiments d'échec ou d'impuissance) qui viendra influencer dans le sens d'une détérioration la prise en charge de la violence.

III C/ RÔLE D'UNE "PSYCHIATRISATION" EXCESSIVE

Cet élargissement du champ de la psychiatrie nous pose la question des limites de ce champ et celle de savoir si la réponse attendue par la société doit venir de notre spécialité ou si au contraire nous voilà engagés dans un rôle de régulation sociale. Certains auteurs tel que R. Rechtman pensent que la psychiatrie n'est plus l'auxiliaire de la justice à qui elle apportait une caution "scientifique" par le passé mais se range désormais du côté des malades, de ceux qui souffrent. La violence est un thème permettant de voir distinctement cette évolution. Dans nos sociétés contemporaines la figure de la violence s'est modifiée. D'autres formes se font jour et sollicitent de nouvelles modalités de régulation sociale, des formes plus domestique qui "*touchent la société non plus dans ses fondements collectifs mais dans sa*

capacité à réguler les interactions intimes entre les individus [...] La demande sociale s'exprime aujourd'hui à l'égard de la psychiatrie clinique dans sa capacité à répondre au quotidien à la souffrance des individus et à contribuer ainsi à la gestion de la violence" (114).

Mais il semble indispensable de ne pas basculer sur cet autre versant et de vouloir "psychiatriser" toutes les situations de souffrance - et de violence donc si on considère que cette violence apporte une souffrance à son auteur (hypothèse *sine qua non* pour apporter du soin aux auteurs de violence)- au risque d'une part d'accorder à l'ordre social un droit de regard supplémentaire sur la moralité des pensées (et où la psychiatrie apporterait une nouvelle fois une légitimité scientifique), et d'autre part d'exiger du praticien (et plus largement des équipes soignantes) un travail qui n'est pas le sien et qui s'éloigne du soin. Ces changements augmentant son vécu négatif et son niveau de souffrance, ce qui joue nous l'avons vu sur la prise en charge au quotidien des comportements violents.

La question de la délimitation du champ de la psychiatrie se pose également dans un autre domaine, sujet que nous ne développerons pas, celui de l'expertise psychiatrique où la justice d'une société contemporaine portée par ses peurs et son insécurité, sollicite l'expert bien au-delà de sa compétence de psychiatre en lui demandant d'élargir son approche à une analyse psychocriminologique.

III D/ RÔLE D'UNE "JUDICIARISATION" EXCESSIVE

Ce sujet nous amène à l'extrême opposé de ce que nous évoquions comme étant une psychiatrisation parfois excessive, à savoir la judiciarisation de certaines situations qui auraient du relever du soin. Les études rapportent une augmentation croissante du nombre de sujets souffrant de maladie mentale dans les lieux d'incarcération, conduisant d'ailleurs notre spécialité à revoir son offre de soin aux détenus en vue de répondre à la nécessité croissante. En sus de la création et du développement des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) nous pouvons citer la création d'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA). Cette criminalisation d'un certain nombre de nos patients a des conséquences non négligeables sur la prise en charge des comportements violents (1): les incarcérations sont assimilables à une rupture de soin avec le secteur et sont très fréquemment associées à un arrêt des thérapeutiques médicamenteuses, à des consommations de toxique ou de mésusage des psychotropes, sans compter l'effet néfaste et déstabilisant secondaire à l'incarcération elle-même (il est connu dans la littérature que l'incarcération peut à elle seule être pourvoyeuse de

primo décompensation psychiatrique chez des sujets présentant un terrain vulnérable ou de troubles réactionnels) qui sont des facteurs de risque de violence. Les antécédents d'incarcération dans l'histoire d'un patient ont un impact négatif sur leur prise en charge générale et plus spécifiquement sur celle des comportements violents.

Il est également fréquemment évoqué par l'opinion publique le désengagement de certains soignants, à différents niveaux, qui sachant l'éventualité d'une récidive d'incarcération laisseraient aux mains de la justice ceux qu'ils ne considèreraient plus comme des patients. Cela nous renvoie une fois encore à la question de ce qui relève ou non du champ de la psychiatrie, question qui prend tout son sens dans le cadre des comportements violents, car de cette incertitude naissent des pratiques inadaptées en face de la violence.

III E/ RÔLE DE LA MEDIATISATION ET DE LA STIGMATISATION

La médiatisation, influençant l'opinion publique, est indéniablement liée à cette judiciarisation et cette psychiatrisation inappropriées, mettant en lumière de façon partielle et partielle des "affaires" où des patients seraient impliqués, renforçant les peurs et le sentiment d'insécurité en faisant l'amalgame entre folie et violence. Ce traitement médiatique a un impact sur nos pratiques à travers la pression mise sur les épaules des soignants, renforçant leur vécu négatif. De la même manière, il découle une crainte de la responsabilité pénale chez les psychiatres qui peut faire obstacle à une évaluation et une prise en charge adaptée au patient dans une dimension de soin . La dimension médico-légale vient parfois faire écran et le sujet est alors considéré au prisme du risque, altérant directement la notion de soin qui doit prévaloir dans la prise en charge des comportements violents chez nos patients.

Le travail de mise en place de la sectorisation avait nécessité d'informer le public sur la maladie mentale, de tenter de remplacer les représentations négatives de la population concernant les patients et leur maladie pour permettre à ceux-ci de trouver une place au sein de la société et non plus de vivre en marge de celle-ci dans une institution. Ces changements ont pu être opérés en partie puisque la politique de désinstitutionnalisation a été portée par l'opinion publique à travers les décisions politiques prises en ce sens. Cependant cette prise de conscience atteint ses limites, comme nous avons pu le constater plus haut, la littérature rapportant une persistance de représentations négatives telles que l'association entre maladie mentale et dangerosité, ou encore avec l'inaptitude ou l'anormalité. De cela découle l'entretien

d'une stigmatisation ancienne mais qui perdure à l'égard des personnes souffrant de maladie mentale ainsi que de différents types de discrimination. En effet ce que nous montrent les différentes études traitant de la stigmatisation et de la discrimination de nos patients, c'est qu'ils ont des difficultés plus importantes à l'embauche, à l'accès au logement et sont donc largement touchés par les problèmes de précarité voire de pauvreté. Mais les conséquences sont aussi préjudiciables sur la mise en place de soins de bonne qualité, et peuvent affecter les relations interpersonnelles en touchant directement le patient et ses proches et en faisant obstacle à son intégration sociale (115) (116) (117) (118).

Ainsi donc cette discrimination vient altérer le recours aux soins et entraver les prises en charge proposées, tout en aggravant leur précarité et leur désinsertion sociale.

Or la précarité et la rupture de soins sont des facteurs de risque de violence, de même qu'ils favorisent le retour prématuré dans un contexte de crise à l'hôpital, où ces patients sont alors perçus comme difficiles et échappant aux soins, ce qui altère le regard soignant et donc l'accueil de leur violence lorsqu'elle survient.

III F/ ROLE DE LA POLITIQUE SECURITAIRE

Dans ce contexte de recrudescence de l'insécurité et de la peur du crime, les personnes souffrant de troubles mentaux sont donc facilement des boucs émissaires. Et ils seront également victimes de l'évolution vers une politique sécuritaire ou de "risque zéro" qu'amène ce contexte. Les textes de loi encadrant la psychiatrie ont évolué mais sont l'expression de deux courants opposés, l'un libertaire l'autre sécuritaire, mais qui semble pencher en faveur du courant sécuritaire. D'un côté le cadre légal insiste sur l'importance majeure du recueil du consentement qui doit primer, ainsi que sur le respect des droits du malade (dont l'information à lui fournir). Cependant de l'autre est constaté une facilitation de la mise sous contrainte et de la poursuite des soins ambulatoires sous contrainte ainsi que l'allongement de la peine en cas de reconnaissance de responsabilité atténuée, ou encore la rétention de sûreté pour les personnes souffrant de trouble mentaux si "*elles présentent une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité*" (loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté). Il y a donc un impact direct de cette politique sécuritaire sur la prise en

charge des comportements violents en cela qu'elle facilite le recours aux soins sous contrainte, cadre permettant le recours à la mise en isolement et/ou en contention.

Cette politique sécuritaire joue un rôle indirect sur la responsabilité pénale du psychiatre, la violence n'étant plus tolérée par notre société qui attend une réponse rapide et sévère qu'elle soit judiciaire ou médicale et demande des comptes aux acteurs de cette réponse, ce qui a là encore une influence sur la prise en charge des comportements violents de nos patients, lorsque la crainte d'une sanction pour le praticien le conduit à défavoriser le patient et sa liberté en vu de se protéger de conséquences pénales dans le cas où le patient commettrait un acte médico-légal.

De l'affrontement de ces deux courants de pensée, sécuritaire et libertaire, pourrait résulter des débats utiles sur la prise en charge des comportements violents et ainsi permettre de réfléchir à ce qu'implique toute décision de prise en charge et ainsi favoriser une réponse individualisée, spécifique à chaque patient et chaque situation, et éviter des protocoles déshumanisant et désobjectivant.

III G/ RÔLE DE LA POLITIQUE DE FINANCES PUBLIQUES

Une autre politique est à considérer comme facteur d'influence sur nos pratiques, celle de finances publiques.

En premier lieu la politique hospitalière de finances publiques qui a réduit les budgets et instauré le système de Recueil Médical d'Information Psychiatrique (RMI-P) et de tarification via des dotations annuelles de financement, dans une logique de résultats et non plus de moyens. Il en découle une réduction des moyens matériel et humain, alourdissant la quantité de travail des équipes soignantes avec un ratio soignant/soigné qui décroît. Cela amène les soignants à être confronté aux sentiments d'échec et d'impuissance qui altèrent leur capacités soignantes et donc les prises en charge.

Les temps d'hospitalisation doivent également être revu à la baisse dans cette optique de rendement imposé, corrélé à l'augmentation des demandes pour un nombre de lits réduit, et le problème causé par la violence peut être un motif de sortie de soin ce qui auparavant n'aurait pas été envisagé aussi facilement, les conditions de travail permettant moins aisément de gérer ces situations. Ces critères de rentabilité auxquels nous sommes désormais soumis entrent en compte dans nos décisions de soins et peuvent être défavorables à nos patients; nous pouvons

reprendre l'exemple d'une sortie prématurée et mal préparée favorisant le risque de rupture de soin et de précarisation.

Une réduction des budgets signifie par ailleurs diminution du nombre d'intervenants paramédicaux et sociaux, eux aussi garant d'une prise en charge de qualité par leur spécificité et le soutien apporté aux équipes, permettant la pluridisciplinarité essentielle à notre spécialité.

Cette diminution des budgets de fonctionnement implique enfin un accès limité aux formations continues à destination des soignants, pourtant élément indispensable pour de bonnes pratiques par l'acquisition de connaissances mais aussi en ce qu'elles peuvent être un espace pour la pensée dans l'institution: rencontrer d'autres soignants, évoquer et reprendre des situations difficiles, mettre en mot des ressentis, prendre en compte la souffrance... Cet espace peut être considéré comme du soin à destination des équipes soignantes et sa réduction entraîne un risque de majoration de leur souffrance celle-ci n'étant plus prise en compte et évacuée, à l'origine de l'altération des prises en charge.

Nous évoquons le manque de moyen matériel, en terme de quantité et de qualité, qui lorsqu'il est inadéquat ou absent peut s'avérer dangereux pour le patient et les équipes (par exemple le matériel de contention physique) mais il faut également évoquer le problème architectural.

La politique plus générale de finances publiques tend actuellement à aggraver la précarité globale de la population en terme de santé. Le patient se retrouve pris en étau entre les impératifs budgétaires des hôpitaux qui empiètent sur la prise en charge et le protocole de soins, mais aussi avec son propre budget ou les remboursements et les restes à charge qui augmentent. Le renoncement aux soins s'amplifie et la question de la prise en charge de sa santé mentale, en amont ou aval d'un comportement violent, est conditionnée à la possibilité financière de se soigner. Ces conditions contraignent régulièrement à un traitement dans l'urgence, en état de crise, qui met sous pression l'ensemble des soignants et participe à un climat de tension et de violence à l'intérieur même des établissements de soins.

III H/ RÔLE DES MODIFICATIONS DE LA PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE

Comme nous avons pu le voir, la psychothérapie institutionnelle sous-tendue par ses principes éthiques fait partie intégrante du soin prodigué aux patients, notamment pour le

sujet qui nous intéresse: le patient en proie à des comportements violents. Mais de nombreux auteurs viennent faire état de nouvelles difficultés dans la pratique de cette psychothérapie, difficultés qu'ils mettent en lien avec le contexte actuel de modification profonde de la psychiatrie. Parmi ces difficultés nous retrouvons le rapport inadapté aux neurosciences, l'altération du rapport aux soins par la question de la gestion financière et technique inhérente à la politique actuelle (politique de finances publiques mais plus généralement de Santé et de Justice).

Un premier lien est fait avec l'essor des neurosciences, qui ont aidé et accompagné la psychothérapie institutionnelle en apportant de nouveaux savoirs et qui en soit ne s'interposent pas dans la relation thérapeutique. Selon Cano (90) ce n'est pas le savoir scientifique qui est en cause mais le rapport au savoir. *"Le désir d'accéder à la connaissance du vrai, qui passe par le langage théorique et conceptuel, n'est pas en lui-même un facteur d'altération de la relation à autrui et participe même, indirectement, à l'éthique. Mais le rapport au savoir peut familiariser les individus à se rapporter à leurs semblables de manière objectivante. Le rapport à l'autre est dicté par une prétendue vérité qui s'intercale entre le patient et les thérapeutes, empêchant une authentique rencontre. Ce réductionnisme transforme la théorie en idéologie, suturant la relation à l'autre."*

Ce ne sont donc pas les neurosciences qui posent problème selon cet auteur, mais leur récupération pseudo-scientifique comme cause et finalité du soin psychiatrique. Cette position causaliste linéaire serait relayée par les laboratoires pharmaceutiques à l'appui de leur argumentation.

En sus Cano fait état d'une *"prévalence de la codification et de la mesure sur la relation humaine et thérapeutique qui envahit l'espace du soin. Le temps est organisé afin de devenir quantifiable ; il ne s'agit plus du découpage du temps et de l'espace par des événements produits dans une structure, qui donne du sens à la pensée et à l'action. Le travail est protocolisé selon un projet dit institutionnel imposé dans le cadre d'une technocratisation de l'hôpital sans questionnement sur la maladie mentale et les réponses à y apporter, et entravant l'initiative et la créativité des équipes. Des hiérarchies s'instaurent et se solidifient, des techniques de management apparaissent."* Il craint ainsi de voir apparaître une certaine sélection des patients pour des objectifs de productivité maximale, mettant le soin en seconde position derrière la rentabilisation de l'institution.

La psychiatrie est ainsi interpellée par le social dans la réponse aux fléaux sanitaires – tel le sida –, aux situations de catastrophes naturelles ou non, aux situations de précarité, d'exclusion, de violence. Or l'acte psychiatrique n'est pas de l'ordre de la bonne action. Il nécessite une théorie qui définisse un cadre et ce n'est que si la souffrance individuelle échappe à toute élaboration que le recours au soin psychique se pose. Dans le cas contraire, l'intervention psychiatrique ne relève que de la pertinence exclusive du principe de bienfaisance (révélé par l'émotion de compassion) à l'exclusion du principe d'autonomie (révélé par l'émotion du respect face à une personne estimée capable de surmonter sa vulnérabilité) et du principe de non-malfaisance (révélé par la crainte d'entraver les processus naturels de réorganisation) et donc ne respecterait plus les principes éthiques indispensables à la pratique psychiatrique. Le rôle de la psychiatrie serait du domaine de la régulation sociale. Ainsi la psychiatrie, et à travers elle la psychothérapie institutionnelle, traverse une crise identitaire du fait de son assignation à des fonctions de plus en plus contradictoires et éloignées de ce qui fonde la légitimité de son action, c'est-à-dire la prise en considération dans sa totalité d'un sujet souffrant de troubles psychiatriques comme être aspirant à introduire du sens dans sa vie. La démarche éthique peut être considérée comme globalement remise en cause : parfois le patient n'est pas au centre des finalités du soin. Par ailleurs, dans certaines situations où les principes éthiques sont en tension, la hiérarchisation privilégie le principe de bienfaisance en excluant parfois les principes d'autonomie et de non-malfaisance. Ainsi la dimension éthique du soin, à laquelle la psychothérapie institutionnelle avait sensibilisé les soignants, n'est plus implicite. La psychiatrie doit définir ou re-définir son champ de compétence et intégrer un questionnement éthique permanent autour de concepts qu'il faut aujourd'hui expliciter (119).

III I/ RÔLE DE LA MODIFICATION DE PROFIL DES SOIGNANTS

Anciennement existaient les infirmiers de secteur psychiatrique (ISP) dont la formation étaient essentiellement tournée vers la psychiatrie.

Depuis 1992 les infirmiers n'ont plus accès à une formation spécifique concernant la psychiatrie durant leurs études. Ils ne la découvrent qu'à travers un seul stage en Santé Mentale pour la mise en pratique, et à travers des cours théoriques répartis sur leurs années de formation. Puisqu'il n'existe plus de formation spécialisée pour exercer en psychiatrie le métier d'infirmier, tout infirmier en soins généraux peut donc en toute légalité venir travailler en psychiatrie sans avoir eu cette formation aujourd'hui disparue. Désormais toute véritable spécialisation passe par une démarche personnelle non obligatoire.

Il en découle une absence de préparation à la violence rencontrée en service de psychiatrie, une incompréhension majeure de ce qu'elle peut avoir de pathologique, ce qui rend difficile pour ceux-ci de mettre la notion de soin dans les prises en charge. Cette absence de formation est à l'origine de grandes difficultés, qui se majorent dans les périodes de conflits, ainsi que d'une souffrance importante lorsqu'ils se sentent en insécurité ou directement visés par ces passages à l'acte. L'absence de soutien théorique altère rapidement leur capacité soignante et leur capacité d'élaboration, conditions indispensables à la disponibilité psychique nécessaire pour recevoir la violence.

Or une équipe para-médicale en souffrance conduit à des dérives non thérapeutiques, lorsqu'elle ne peut être reprise par l'intermédiaire de la pluridisciplinarité, de la psychothérapie institutionnelle ou de la supervision.

A contrario la formation des futurs psychiatres s'est d'abord vue autonomisée de celle des neurologues, s'inscrivant dès 1968 comme spécialité médicale à part entière, puis en 1984 par la création du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) la formation spécialisée se répartira en formation hospitalière au cours des stages et en formation universitaire au cours de séminaires de formation théorique. L'obtention du DES comprend outre la validation de 8 semestres et des modules théoriques, la soutenance de la thèse et la réalisation d'un mémoire de fin d'études.

Cette spécialisation de la formation des psychiatres qui permet d'aborder le vaste champ de la psychiatrie allant des sciences humaines, de la sociologie et de la psychologie aux sciences biologiques, tout en restant une spécialité médicale, permet d'aborder le sujet des comportements violents dans sa complexité, en rapport étroit avec le patient porteur de ce symptôme et pris dans sa globalité. Cette formation qui se poursuivra par ailleurs tout au long de la carrière du praticien.

CONCLUSION

Les objectifs de ce travail étaient de chercher à déterminer s'il existait encore aujourd'hui d'autres déterminants que la volonté de soin dans la pratique psychiatrique actuelle, de les mettre à jour et de les décrire.

Nous avons pu constater qu'en effet comme par le passé de nombreux déterminants socio-médico-politiques étaient à l'oeuvre et venaient influencer notre pratique, comme l'étude des comportements violents et de leurs prises en charge ont pu nous le montrer.

La politique de sectorisation telle qu'elle existe actuellement avec des inégalités notables entre les secteurs et des moyens mis en oeuvre insuffisants corrélée à une réduction nette du nombre de lits d'hospitalisation et une démographie médicale en baisse est l'un de ces déterminants. Parallèlement la politique actuelle de finances publiques entretient ces difficultés par la réduction nette des budgets tant matériel qu'humain, tout en demandant aux praticiens d'orienter leur pratique vers plus d'efficience et de la considérer sous l'angle de la rentabilité. Le concept de santé mentale est un autre de ces déterminants, en ce qu'il fait s'accroître notablement le champ de compétence du psychiatre allant au delà du domaine de la maladie mentale mais considérant dorénavant le bien-être du sujet.

La question de l'élargissement du champ de compétence du psychiatre est à l'origine d'une psychiatrisation excessive de la violence, celle-ci n'étant pourtant pas synonyme de maladie mentale loin s'en faut. La pathologie psychiatrique est un facteur de risque de passage à l'acte violent mais il en existe de nombreux autres.

A l'inverse, faisant suite à une législation sécuritaire, de nombreux patients se retrouvent incarcérés rompant ainsi pendant un temps avec le système de soins classique, ce qui a rendu nécessaire de développer le système de soins psychiatrique en milieu carcéral. S'ajoute à cela l'effet néfaste secondaire à la détention elle-même et l'impact négatif des antécédents d'incarcération sur l'histoire de la maladie d'un patient et sur sa prise en charge future.

La médiatisation telle que nous l'observons aujourd'hui entretient l'amalgame entre pathologie psychiatrique et violence et majore chez les praticiens la crainte de la responsabilité pénale tout en renforçant la discrimination envers les personnes souffrant de pathologie

psychiatrique. Cette discrimination vient altérer le recours aux soins et entraver les prises en charge proposées, tout en aggravant la précarité et la désinsertion sociale de nos patients.

Or la précarité et la rupture de soins sont des facteurs de risque de violence notables.

La psychothérapie institutionnelle sous-tendue par ses principes éthiques fait partie intégrante du soin prodigué aux patients mais subit actuellement de nombreuses difficultés telles le rapport inadapté aux neurosciences ainsi que l'altération du rapport aux soins par la question de la gestion financière et technique inhérente à la politique de finances publiques et de Justice actuelle. La démarche éthique est régulièrement remise en cause et rend nécessaire de reprendre le questionnement éthique tout en l'intégrant à la redéfinition des champs de compétence du psychiatre et des équipes soignantes.

Enfin le profil des soignants a beaucoup évolué, allant dans le sens d'une spécialisation adaptée pour les psychiatres tandis que les infirmiers se retrouvent sans formation spécifique concernant la psychiatrie et ainsi fragilisés lorsque la violence survient.

Une fois tous ces déterminants mis à jour, de même que les interactions qu'ils entretiennent entre eux, il est nécessaire de nous recentrer au mieux sur la volonté de soin qui nous anime et de s'affranchir des influences qui nous éloigneraient de cet objectif ainsi que de l'humanisme indispensable à notre pratique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Amad A, Fovet T. Itinéraires de patients souffrant de troubles psychiatriques en prison : passé, présent et devenir après l’incarcération.
2. LOVELL A. Rapport de la comission “ Violence et Santé Mentale”. Travaux préparatoires à l’élaboration du plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Paris: ministère de la Santé et des Solidarités; 2005.
3. DUBREUCQ JL, JOYAL C, MILLAUD F. Risque de violence et troubles mentaux graves. 2005;163(10):852–65.
4. COMBALBERT N, FAVARD A.M, BOUCHARD M.A. Trouble mental et criminalité : revue critique des recherches épidémiologiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2001 Sep;159(7):487–95.
5. Bourgeois ML, Bénézech M. Dangersité criminologique, psychopathologie et comorbidité psychiatrique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2001 Sep;159(7):475–86.
6. FAZEL S, GULATI G, LINSELL L. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2009;
7. HODGINS S. The major mental disorders: New evidence requires new policy and practice. *Can Psychol.* 1996;(37):95–111.
8. KRAKOWSKI M, VOLAVKA J, BRIZER D. Psychopathology and violence: a review of litterature. *Compr Psychiatry.* 1986;27:131–48.
9. Vandamme M-J. Schizophrénie et violence : facteurs cliniques, infracliniques et sociaux. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2009 Oct;167(8):629–37.
10. CITROME L, VOLAVKA J. Management of violence in schizophrenia. *Psychiatr Ann.* 2000;30:41–52.
11. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève; 2002.
12. FREUD S. Au delà du principe de plaisir. 1920.
13. SENNINGER JL, FONTAA V. Psychopathologie des malades dangereux. DUNOD. 1966.
14. POSTEL J, POSTEL M. Esquirol et la monomanie homicide. *Société Fr Hist Médecine.* 1988 avril;
15. FOUCAULT M. Déviance et société. L’évolution de la notion d’“individu dangereux” dans la psychiatrie légale. 1981.

16. WIDLOCHER D. D'une question préliminaire. Le fait criminel est-il un fait psychopathologique ? Ellipses. Paris; 1997. p29-30 p.
17. COLIN M. Définition de l'état dangereux. Etudes de criminologie clinique. MASSON. Paris; 1963.
18. GRAVIER B, LUSTENBERGER Y. L'évaluation du risque de comportements violents: le point sur la question. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2005;(163):668–80.
19. BENEZECH, et al. Criminologie et psychiatrie. Encyclopédie médico-chirurgicale (Psychiatrie). 2002. p. p15.
20. SENNINGER JL. Dangereusité, étude historique. Inf Psychiatr. 1990;(66):689–96.
21. AMBROSI A. L'évaluation de la dangereusité: de quels dangers s'agit-il? Dangereusité et vulnérabilité en psychocriminologie. Villerbu. Paris; 2003.
22. ARCHAMBAULT JC., MORMONT C. Déviances, délits et crimes. Masson. Paris; 1998.
23. Fédération française de psychiatrie Haute autorité de Santé. Expertise psychiatrique pénale. Paris: ministère de la Santé et des Solidarités; 2007 Jan.
24. Haute Autorité de Santé. Rapport d'orientation de la commission d'audition Dangereusité 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. 2011 Mar.
25. MANN JJ. The Neurobiology of suicide. Nat Med. 1998;4(1):25–30.
26. JOLLANT F, LAWRENCE NS, OLIE E, O'DALY O. Decreased activation of lateral orbitofrontal cortex during risky choices under uncertainty is associated with disadvantageous decision-making and suicidal behavior. Neuroimage. Neuroimage. 2010;51(3).
27. KIEHL, BATES, LAURENS. Brain potentials implicatetemporal lobe abnormalities in criminal psychopaths. J Abnorm Psychol. 2006;115(3).
28. JOYAL C, PUTKONEN, BOULAY. Violent persons with schizophrenia and comorbid disorders: a functional magnetic resonance imaging study. Schizophr Res. 2007;91(3).
29. HOPTMAN MJ, ARDEKANI, BUTLER PD. DTI and impulsivity in schizophrenia: a first voxelwise correlational analysis. NEUROREPORT. 2004;15(16).
30. KUMARI, DAS, TAYLOR. Neural and behavioural responses to threat in men with a history of serious violence and schizophrenia or antisocial personality disorder. Schizophr Res. 2009;110.
31. NAUDTS, HODGINS S. Schizophrenia and violence.a search for neurobiological correlates. Curr Opin Psychiatry. 2006;19(5).

32. SOYKA M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *Br J Psychiatry*. 2000;176.
33. ASBERG, TRASKMAN, THOREN. 5-HIAA in cerebrospinal fluid: a biochemical suicide predictor? *Arc Gen Psychiatry*. 1976;33:1193–7.
34. VAN PRAGG. Mécanismes sérotoninergiques et comportement suicidaire. *Actes Médecine Interne Psychiatr*. 1989;6:17–20.
35. VOLAVKA J. The neurobiology of violence: an update. *Neuro-Psychiatry Clin Neurosci*. 1999;11(3).
36. EHRENKRANZ, BLISS, SHEARD. Plasma testosterone: correlation with aggressive behavior and social dominance in man. *Psychosom M*. 1974;36:469–75.
37. Combalbert N, Bret-Dibat J-L, Favard A-M. Intérêts et limites de l'approche biologique pour l'étude des comportements agressifs. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2002 Nov;160(9):640–8.
38. Postel J, Quérel C. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Dunod; 2012.
39. Hochmann J. *Histoire de la psychiatrie*. Paris: Presses universitaires de France; 2011.
40. Michel Foucault. *histoire de la folie à l'âge classique*. 1972.
41. jean wier. *de l imposture et tromperie des diables*. 1570.
42. Erasme. *Eloge de la folie, 1509*. Garnier-Flammarion. 1964.
43. *discours de la méthode*. Renée Descartes. 1637.
44. Phillippe Pinel. *traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale , ou la manie*. 1801.
45. La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.
46. La circulaire du 25 juillet 1985 consacre au niveau légal la sectorisation psychiatrique.
47. R Semal, JJ Revillion. A propos de l'intégration des soins psychiatriques dans la ville, évaluation d'une structure d'hospitalisation à domicile sur un secteur de psychiatrie adulte. *Annales médico-psychiatriques*; 2006.
48. Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2001*. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2001.
49. Ministère de La Santé. *plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008*.
50. ministère du travail de la santé et de l'emploi. *plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*.
51. Michèle Funk, imane Benradia, Jean-Luc Roelandt. Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale. *Inf Psychiatr*. 90(2014/5):100.

52. ministère du travail de la santé et de l'emploi. Arrêté du 20 décembre 2011 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement. 2011.
53. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Arrêté du 20 décembre 2011 modifiant l'arrêté du 22 février 2008 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique. 2011.
54. SEBBANE D. "Être" psychiatre: clichés, réalités et perspectives. Résultats d'une enquête nationale française menée en 2013 sur la stigmatisation de la profession. université Lille 2; 2014.
55. Stigmatisation, précarité et troubles psychiques - La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale - 16 [Internet]. [cited 2014 Dec 18]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/doc-distant/univ-lille2.fr/science/article/pii/B9782294712043500163>
56. J-L Roelandt, A Caria, M Anguis, Benoist M, B Bryden, L Defromont. la santé mentale en population générale: Resultats de la première phase d'enquête 1998-2000. Inf Psychiatr. 2003 Dec 1;867-78.
57. Roelandt J-L, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. L'Encéphale. 2010 Jan;36(3):7-13.
58. Senon J-L. Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice. L'Évolution Psychiatr. 2005 Jan;70(1):117-30.
59. JL Senon, C Manzanera, M Humeau, L Gotzamanis. États dangereux, délinquance et santé mentale : représentations, insécurité et peurs sociétales comme sources de la stigmatisation des malades mentaux. Inf Psychiatr. 83(2007/8):76.
60. Senon J-L, Manzanera C. Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médicologiques actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique ? Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2005 Dec;163(10):870-7.
61. Tassone-Monchicourt C, Daumerie N, Caria A, Benradia I, Roelandt J-L. Etats dangereux et troubles psychiques : images et réalités. L'Encéphale. 2010 Jan;36(3):21-5.
62. Loi n°7443 sur les aliénés du 30 juin 1838. Loi Esquirol p. 490.
63. Loi n° 90-527 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. SPSX8900129L.
64. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). JORF 5 mars 2002 p. 4118.

65. LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (1). JORF n°0155 p. 11705.
66. Rossini K, Casanova P, Verdoux H, Senon J-L. Des lois de soins sans consentement à l'évolution de la responsabilité en psychiatrie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2014 Nov;172(9):766–71.
67. VIRRIOT-BARRIAL. La responsabilité du psychiatre dans sa mission d'évaluation de la dangerosité. *Rev Générale Droit Méd.* (46).
68. Millaud F, Dubreucq J-L. Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2005 Dec;163(10):846–51.
69. HARRIS, RICE, QUINSEY. Violent recidivism of mentally disordered offenders : The development of a statistical prediction instrument. *Crim Justice Behav.* 1993;20:315–35.
70. QUINSEY, HARRIS, RICE, CORMIER. Violent offenders: Appraising and managing risk. *Am Psychol Assoc.* 1998;
71. GARDNER, LIDZ, MULVEY, SHAW. Violent offenders: Appraising and managing risk *American. J Consult Clin Psychol.* 1996;(64):602–9.
72. MONAHAN, STEADMAN, APPELBAUM. Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *Br J Psychiatry.* 2000;176:312–9.
73. WEBSTER, DOUGLAS, EAVES, HART. HCR-20: Assessing risk violence. Version 2. *Ment Health Law Policy Inst.* 1997;
74. WEBSTER, MARTIN, BRINK, MIDDLETON. Short-term assessment of risk and treatability (START). *Forensic Psychiatr Serv Comm.* 2004;
75. Baratta A, Morali A, Halleguen O. La vérité sur l'expertise post-sentencielle : évaluation clinique contre échelle actuarielle. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2012 Mar;170(2):96–8.
76. Horn M, Vaiva G, Dumais A. Prise en charge médicamenteuse des agitations aux urgences : recommandations théoriques et études des pratiques. *Presse Médicale.* 2015 Jan;44(1):20–6.
77. Ministère de l'Emploi et de la solidarité. CIRCULAIRE N° DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000 relative a la prévention et a l'accompagnement des situations de violence. décembre, 2000.
78. ANAES. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. 1998 juin.
79. Circulaire Veil. Circulaire no 48 D.G.S./SP3/ du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux. 1993 juillet.

80. Comité européen pour la Prévention des tortures et traitements inhumains et dégradants. Article 41, rapport du Comité européen pour la Prévention des tortures et traitements inhumains et dégradants. 1997.
81. ministère des Solidarités, de la santé et de la Famille. conférence de consensus: Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité. Paris; 2004 Nov.
82. FRIARD. L'isolement en psychiatrie: séquestration ou soin? MASSON. PARIS; 2002.
83. Cano N, Boyer L, Garnier C, Michel A, Belzeaux R, Chabannes J-M, et al. L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. L'Encéphale. 2011 May;37:S4–S10.
84. PEPIER I. A propos de l'utilisation des chambres d'isolement dans l'institution psychiatrique. FACULTE DIJON; 1992.
85. MEEHAN, VERMEER, WINDSOR. Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. J Adv Nurs. 2000 février;(31):370–7.
86. MARTINEZ, GRIMM, ADAMSON. From the other side of the door : Patient views of seclusion. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1999;37(33):13–22.
87. WADESON, CARPENTER. Impact of the seclusion room experience. J Nerv Ment Dis. 1976;163(5):318–28.
88. Comité d'Organisation des Conférences de Consensus. Conférence de Consensus : « L'agitation en urgence (petit enfant excepté) ». 2002 décembre.
89. PALAZZOLO J. Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie. Masson. Paris; 2002.
90. Cano N. Fondements éthiques de la psychothérapie institutionnelle. L'Encéphale. 2006 Apr;32(2):205–12.
91. FRIARD. Attacher n'est pas contenir. Santé Ment. 2004;86:16–26.
92. TOUZET. pour une éthique de la contention. Santé Ment. 2004;86:54–7.
93. Moylan LB. Physical restraint in acute care psychiatry: a humanistic and realistic nursing approach. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2009 Mar;47(3):41–7.
94. Prinsen EJD, van Delden JJM. Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? J Med Ethics. 2009 Jan;35(1):69–73.
95. Palazzolo J, Chignon JM, Chabannes JP. [The use of therapeutic isolation and confinement in psychiatry. A prospective study]. L'Encéphale. 1999 Oct;25(5):477–84.
96. Rochet T, de Villard R. La contention et l'isolement de l'adolescent violent : entre légalité et légitimité. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2002 Nov;50(6-7):453–7.

97. Guivarch J, Cano N. Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques. *L'Encéphale*. 2013 Sep;39(4):237–43.
98. Passamar M, Tellier O, Vilamot B. L'agitation psychomotrice, la sédation médicamenteuse et l'urgence psychiatrique chez le patient psychotique. *L'Encéphale*. 2011 Dec;37(6):448–56.
99. THOMAS P. La prise en charge de l'agitation dans les épisodes psychiatriques aigus de la schizophrénie. *Encéphale*. 2006;(32):12–3.
100. PASSAMAR M. Sédation et urgences psychiatriques. *Urgence Prat*. 2008;(91):17–9.
101. DAUMEZON, KOECHELIN. Psychothérapie française institutionnelle contemporaine. *Port Psiquiatr*. 1952;4(4):271–312.
102. HORASSIUS, KRESS. Éthique et psychiatrie. Livre blanc de la psychiatrie. Montrouge; 2003.
103. Roman P. La violence dans la clinique des liens institutionnels. L'institution et la violence [Internet]. Elsevier; 2014 [cited 2015 Jan 29]. p. 11–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294740169000048>
104. FUSTIER. Le travail d'équipe en institution. DUNOD. Paris; 2000.
105. KAËS. Réalité psychique et souffrance dans les institutions. L'institution et les institutions. DUNOD. Paris; 1987.
106. Roman P. Les figures de l'institution et la transformation de la violence. L'institution et la violence [Internet]. Elsevier; 2014 [cited 2015 Jan 30]. p. 89–137. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294740169000024>
107. Eric Piel, Jean-Luc Roelandt. De la psychiatrie vers la santé mentale. 2001 juillet.
108. Magalie Coldefy. L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences. *Quest Déconomie Santé*. 2012 Oct;(180).
109. François Chapiro. trente ans après: la révolution psychiatrique Italienne en perspective. *L'Évolution Psychiatr*. 2008 mai;
110. Magalie Coldefy, Philippe Le Fur, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousques. Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France: des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. *Quest Déconomie Santé*. 2009 aout;(145).
111. Castro B, Bahadori S, Tortelli, Ailam L, Skurnik N. Syndrome de la porte tournante en psychiatrie en 2006. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2007 May;165(4):276–81.
112. Pierre Hum. Quels indicateurs pour quelle santé mentale. 2009 Sep;(264).
113. Philippe Le Moigne. La santé mentale comme philosophie politique. La psychologie du soi et le progrès social. *L'Évolution Psychiatr*. 2012 Nov 10;(79 (2014) 683-695).

114. Rechtman R. Quelques aspects de la gestion psychiatrique de la violence. *Homme Société*. 2000;138(4):55–62.
115. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. [Prevalence of trauma-related disorders in the French WHO study: Santé mentale en population générale (SMPG)]. *L'Encéphale*. 2008 Dec;34(6):577–83.
116. Daumerie N, Vasseur Bacle S, Giordana J-Y, Bourdais Mannone C, Caria A, Roelandt J-L. La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. *L'Encéphale*. 2012 Jun;38(3):224–31.
117. Giordana J-Y. Les conséquences de la stigmatisation sur les proches du malade et sur son environnement. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale* [Internet]. Elsevier; 2010 [cited 2014 Dec 18]. p. 25–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294712043500059>
118. canneva J. La stigmatisation des personnes ayant des troubles psychiques. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale* [Internet]. Elsevier; 2010 [cited 2014 Dec 18]. p. 193–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294712043500217>
119. Cano N. Pratiques psychiatriques et perspectives éthiques. *Éthique Santé*. 2009 Mar;6(1):3–10.

AUTEUR : Nom : BRANCOURT

Prénom : JULIE

Date de Soutenance : 22 MAI 2015

Titre de la Thèse : ANALYSE D'UNE PSYCHIATRIE SOUS INFLUENCE A LA LUMIERE DE LA PRISE EN CHARGE DES COMPORTEMENTS VIOLENTS

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : DES Psychiatrie

Mots-clés : Psychiatrie, influence, violence

Résumé :

La psychiatrie en tant que spécialité médicale à part entière subie des influences diverses et multiples, qui la font évoluer au sein de notre société. Nous nous sommes attachés dans ce travail à étudier ces influences, telles qu'elles étaient par le passé et telles que nous les constatons aujourd'hui, cherchant par là même à les identifier ainsi que leurs effets sur notre pratique quotidienne.

Pour ce faire nous avons choisi d'observer les comportements violents et leurs prise en charge qui sont un juste reflet de cette pratique et des influences qui pèsent sur elle.

Après avoir justifié le choix de la prise en charge des comportements violents comme reflet de ces influences, nous avons défini les comportements violents et les notions d'agressivité, d'agitation et de dangerosité qui lui sont associées. La violence a été également distinguée de la pathologie psychiatrique elle-même, bien qu'un lien les unisse, à savoir que la pathologie psychiatrique est un facteur de risque de violence, comme il en existe de nombreux autres que nous avons pu citer.

A travers un historique de la prise en charge des comportements violents nous avons pu constater qu'il existait bien de nombreuses influences et déterminants venant jouer un rôle dans nos pratiques en sus de la volonté de soin.

Une fois ce contexte posé nous avons pu étudier plus précisément la psychiatrie contemporaine et la société dans laquelle elle s'inscrit et évolue faisant émerger les diverses influences venant modifier nos pratiques comme la sectorisation, le concept de santé mentale, la politique actuelle de finances publiques et celle liée à la législation, la responsabilité pénale du psychiatre qui en découle et enfin la stigmatisation et la médiatisation. Ces pratiques ont elle-mêmes été étudiées ensuite, telles les différentes modalités de prise en charge des comportements violents qui existent de nos jours et leurs limites : l'instauration du dialogue, la mise en contention, en isolement, les thérapeutiques médicamenteuses et plus généralement la psychothérapie institutionnelle.

En dernier lieu nous avons cherché à mettre à jour en vue de clarifier ces diverses influences - en effet certaines influences sont visibles et connues, d'autres plus insidieuses; elles ont des liens multiples et réciproques, et toutes ne sont pas négatives loin s'en faut - en gardant pour objectif de nous recentrer au mieux sur des pratiques médicales, en redonnant une place au symptôme et au sujet qui le porte, et de nous affranchir s'il en est besoin des courants qui nous éloigneraient de l'humanisme et de la déontologie que nous souhaiterions tous mettre en avant dans notre pratique quotidienne.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA, Monsieur le Professeur Renaud JARDRI, Monsieur le Docteur Benjamin WEIL