

Sujet violent et dangereux : que faire ?

M. YAMOUL*, F. LABOUDI,
A. OUANASS

Résumé

La violence est une urgence absolue qui nécessite une intervention immédiate dans le but de maîtriser la situation et de réaliser le diagnostic étiologique. L'évaluation ainsi que la conduite à tenir face à un sujet violent et dangereux constitue une préoccupation clinique ancienne et complexe. Elle consiste, en accord avec la littérature scientifique, en une analyse rigoureuse et systématique des facteurs de risque de violence, une évaluation de l'état physique et mental du sujet et une maîtrise des moyens thérapeutiques nécessaires pour faire face à ces actes violents.

Mots clés : Dangereusité ; évaluation du risque ; contention

Violent and dangerous patient: what to do?

Abstract

The violence is an absolute emergency that requires immediate intervention in order to control the situation and make the etiological diagnosis. The assessment and handling of a violent and dangerous patient is an old and complex clinical area of concern. In keeping with the scientific literature, it consists of a rigorous and systematic analysis of the risk factors contributing to violence, an assessment of the patient's physical and mental state and a mastery of the therapeutic measures needed to deal with these violent acts.

Key words : Dangerousness; risk assessment; contention

Introduction

La dangerosité en psychiatrie est une question complexe et ancienne qui a contribué au fondement de la psychiatrie et à l'apparition des premières mesures thérapeutiques pour les malades mentaux [1]. Il convient, lorsque l'on parle de dangerosité, d'évoquer la notion de violence. En effet, la dangerosité est habituellement abordée comme risque de violence et, dans les études internationales, la dangerosité est étudiée sous l'angle des passages à l'acte violent ou des condamnations pour actes violents [2]. Elle est en rapport avec des formes de violence et d'agressivité mettant en danger la sécurité du sujet même ou représentant une menace pour autrui.

La dangerosité étant définie comme l'état dans lequel une personne est susceptible de commettre un acte violent, les cliniciens se sont intéressés par l'évaluation de cette dangerosité et la mise en place des moyens de prévention possibles. Elle peut être d'ordre criminologique et/ou psychiatrique. La pathologie mentale peut expliquer certains actes violents [3], mais elle ne conduit pas forcément à avoir une attitude dangereuse pour autrui ou pour soi-même, ce qui signifie qu'elle n'est pas l'apanage de la pathologie mentale. L'évaluation du risque de violence est aussi nécessaire pour décrypter des situations de crise, permettre la gestion de l'urgence violente et arriver à la définition d'attitudes adéquates pour répondre à cette urgence [4]. Il faut construire une réponse rapide et adaptée.

Face à un patient qui possède indéniablement des potentialités violentes ou agressives, comment faire pour préciser la réalité du risque ? À quel moment prendre des décisions lourdes de conséquences qui mettront en jeu notre responsabilité et conduiront, peut-être, à une intervention dans la réalité du patient ? Ce sont des enjeux cliniques essentiels souvent négligés ou traités seulement lorsque la situation déborde de toute part et met l'institution en péril [5, 6].

Le patient violent peut imposer une décision d'urgence ou nécessiter un apaisement institutionnel pour permettre une désescalade [7, 8]. Tout médecin peut être confronté à prendre en charge un malade dangereux d'où la nécessité de bien connaître la conduite à tenir devant cette situation.

Conduite à tenir devant un sujet violent et dangereux

Conditions d'examen du patient potentiellement violent (Tableau I)

Le patient violent est dangereux pour lui-même et pour autrui ; il ne doit pas fuguer ; il doit pouvoir bénéficier d'un examen clinique et biologique. La prise en charge du patient violent est immédiate. Elle est initialement relationnelle. L'abord du médecin est calme mais ferme.

Tableau I : Conditions d'examen du patient

- Le patient doit être accueilli dans un environnement calme, bien traitant, avec empathie et respect
- Le médecin doit se présenter, rassurer le patient et le séparer des stimuli pouvant augmenter sa violence [9]
- La communication et l'écoute sont fondamentales, en instaurant le dialogue avec l'interlocuteur agressif
- Le médecin doit garder toujours une distance de sécurité et se positionner systématiquement vers la sortie, porte ouverte tout en évitant de discuter, en tournant le dos au patient, en croisant les bras ou en se tenant trop près de lui
- Une évaluation rapide des risques encourus par la recherche du profil physique et mental du patient doit être faite [10]
- Une première évaluation de la gravité de la situation et du risque de passage à l'acte s'impose
- Il faut éliminer toute sorte d'arme ou d'objet dangereux
- Lorsque l'approche relationnelle est en échec, l'équipe médicale est amenée à recourir à une contention physique à laquelle il est souvent nécessaire d'associer une sédation [11, 12].

Interaction avec le patient

L'interaction avec le patient est fortement importante, elle joue un rôle important dans la prise en charge du patient violent.

L'établissement d'une véritable alliance thérapeutique est un élément qui contribue à la diminution de la dangerosité.

Il est nécessaire de :

- Se présenter et présenter le personnel présent ainsi que ses fonctions
- Ecouter et s'efforcer de garder le contact
- Ne pas chercher l'affrontement
- Respecter le territoire, rester à distance
- Eviter tout contact visuel intrusif
- Ne pas se montrer trop familier
- Poser des questions simples et favoriser un fonctionnement coopératif [13].

Examen du sujet violent et dangereux

Les principaux points de cet examen sont résumés dans le tableau II.

Recours à la contention physique

La contention physique est indiquée en dernier recours dans les situations où le patient et/ou son entourage sont mis en danger. C'est une mesure qui doit être limitée dans le temps et adaptée à l'état mental du patient. Elle est prescrite par le médecin après examen du patient, elle doit être également mentionnée dans le dossier médical et dans un registre spécifiquement établi à cet effet. Elle est sujette d'une surveillance stricte notamment de l'état somatique du patient et doit être faite dans le respect de l'intimité et la dignité du patient.

Une écoute bienveillante avec des tentatives pluriquotidiennes de créer un dialogue avec le patient sont primordiales et la mesure doit être enlevée dès que l'état du patient le permet [14, 15].

Tableau II: Examen du sujet violent et dangereux

Interrogatoire et l'examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Souvent possibles qu'après sédation voire contention ■ L'entretien permet de reconstituer avec le patient et sa famille l'histoire de ses troubles et d'évaluer son état clinique actuel ainsi que d'identifier les facteurs de risque de violence et de mettre en œuvre une évaluation clinique plus approfondie du risque de comportements violents. ■ Ils seront recherchés : <ul style="list-style-type: none"> - Les antécédents médicaux et psychiatriques - Les symptômes actuels - L'histoire de la maladie - Les antécédents de violence ou de comportements suicidaires - La prise du traitement et la réponse thérapeutique - La consommation, abus ou dépendance à des substances psychoactives - Les facteurs de risque particuliers
Examen somatique	Systématique devant tout patient souffrant de troubles mentaux. Il permet de : <ul style="list-style-type: none"> - Rechercher une confusion mentale - Evaluer : les fonctions cognitives, les constantes et l'état d'hydratation du patient
Examen psychiatrique	Permet de rechercher les symptômes actuels et les faire rentrer dans un cadre nosographique précis
Examens complémentaires	Demandés systématiquement : <ul style="list-style-type: none"> - NFS, ionogramme sanguin avec glycémie, urée, créatinine - Recherche de drogue dans les urines
Autres examens	Demandés en fonction de la symptomatologie afin de rechercher un trouble neurologique ou une autre maladie somatique

Place des psychotropes

Le traitement pharmacologique doit permettre un examen clinique et la suspension rapide de la contention. Un traitement par voie orale est préféré et ceci après accord du patient. La monothérapie est privilégiée dans la mesure du possible. Le choix de la molécule dépendra de l'effet souhaité :

- Une benzodiazépine sera utilisée, afin d'avoir une action sédatrice et anxiolytique
- Un antipsychotique, si on recherche une diminution de l'incidence des idées délirantes, en l'absence de risques cardio-vasculaires, la voie intramusculaire

sera envisagée avec la dose minimale efficace tout en évitant l'association de molécules [16].

Le diagnostic étiologique

Il apparaît clairement que les causes des états de violence sont multiples résultant de l'intrication de plusieurs facteurs dont la pathologie mentale (Tableau III).

Les troubles schizophréniques et les troubles de l'humeur constituent la majorité des diagnostics. Les causes toxiques ainsi que les troubles de personnalité sont également rapportés comme augmentant le risque de violence et de dangerosité.

Tableau III : Causes des états de violence

Etats accompagnés de trouble de conscience	Trouble lié à l'usage d'alcool ou d'autres substances psychoactives Il s'agit du facteur de risque le plus important dans la population générale (valide pour la population des malades mentaux). Etats de fureur épileptique Ils constituent un risque de conduites agressives parfois sauvages et dramatiques.
Etats dans lesquels il n'y a pas de troubles de conscience	Le délire paranoïaque Il est considéré comme un risque de violence important, nécessitant une compréhension fine et spécifique*. La schizophrénie Souvent la violence est rattachée à une maladie mentale majeure, en particulier la schizophrénie**. Les troubles de l'humeur La prévalence des actes violents est plus élevée chez les personnes ayant un trouble de l'humeur par rapport à celle de la population générale***. Les troubles de personnalité L'existence d'un trouble de personnalité sous jacent peut contribuer à l'apparition de la violence. Les personnalités borderline et antisociale sont les plus incriminées [13].

* Il est à noter que la paranoïa est peu représentée dans les études, du fait de son incidence faible et de la difficulté à obtenir la participation de ces patients à des projets de recherche.

** Les études ont montré que le risque de violence est 2 à 3 fois plus élevé chez les schizophrènes que celui de la population générale.

*** Dans l'étude princeps de Swanson et al. en 1990, les personnes souffrant de troubles bipolaires ou dépressifs avaient une prévalence de comportements violents supérieures à celle de la population générale.

Indications et modalités de l'hospitalisation

L'indication de l'hospitalisation en milieu spécialisé dépend de la pathologie psychiatrique, de la possibilité d'un traitement ambulatoire, du soutien de l'entourage ou la nécessité de séparation de celui-ci. Si l'hospitalisation est indiquée, elle peut être libre ou à la demande d'un tiers comme le prévoit la loi du Dahir du 30 avril 1959. La fugue engage la responsabilité médicale liée à un défaut de surveillance, notamment en cas de complication somatique, d'accident ou de suicide au sortir du service des urgences. En cas de fugue, le directeur ou son représentant et la famille doivent être avertis.

Le patient sera orienté vers un hôpital général lorsqu'une étiologie somatique est évoquée. Le transport médicalisé est souhaitable après sédation pour la surveillance du patient (constantes et comportement) durant le transport. Le patient sera hospitalisé dans un service psychiatrique si la clinique de la violence est en faveur d'une pathologie psychiatrique aiguë (bouffée délirante aiguë, épisode maniaque, poussée processuelle d'une schizophrénie, paranoïa, ...). Le traitement étiologique se fera en milieu spécialisé (hôpital général ou psychiatrique) en fonction de l'étiologie [17].

Conclusion

Le plus souvent il existe une intrication de différents facteurs accroissant la dangerosité et la violence des malades mentaux. Classiquement, certains troubles psychopathologiques sont plus susceptibles de violence que d'autres et peuvent être identifiés par l'entretien du patient et de son entourage ou à travers le comportement du patient. L'évaluation clinique de la dangerosité doit tenir compte de l'ensemble des facteurs identifiés par la littérature, mais également des renseignements cliniques. L'évaluation de la dangerosité peut être lourde de conséquences sur le plan clinique, pour le patient, les équipes de soins, mais aussi sur le plan médico-légal,

elle implique en revanche une attitude clinique rigoureuse, systématique et sémiologique ainsi qu'une approche multidisciplinaire afin de faire face à de telles situations.

Points essentiels

- La violence est une urgence absolue.
- L'intervention immédiate dans le but de maîtriser la situation est nécessaire.
- Le diagnostic étiologique de l'état de violence est primordial.
- Face à un patient violent et dangereux le recours à la contention physique s'avère parfois nécessaire.
- La pharmacothérapie à base de neuroleptiques ou benzodiazépines d'action rapide est soulignée.
- Une analyse rigoureuse et systématisée des facteurs de risque des actes violents est essentielle.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt.

Références

1. Senninger JL. Dangerosité. Étude historique. *Inf Psychiatr.* 1990;7:690-6.
2. Krug EG et al. Organisation mondiale de la santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : OMS;2002.
3. Klassen D, O'Connor WA. Predicting violence in schizophrenic and non-schizophrenic patients: A prospective study. *J Community Psychol.* 1988;15:217-27.
4. Monahan J. *The Clinical Prediction of Violent Behavior.* Washington, DC: Government Printing Office; 1981.
5. Monahan J. The prediction of violent behavior: Toward a second generation of theory and policy. *Am J Psychiatr.* 1984;141:10-5.
6. Rofman ES et al. The prediction of dangerous behavior in emergency civil commitment. *Am J Psychiatr.* 1980;137:1061-4.
7. Tardiff D. In: *A Model for the short-term prediction of violence potential in current approaches to the prediction of violence.* Washington, DC: American Psychiatric Press inc; 1989. p. 3-12.
8. B Gravier, Y Lustenberger. L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question. *Annales Médico Psychologiques.* 2005;163:668-80.
9. Les médicaments injectables pour l'agitation aiguë chez un adulte non coopérant. Une évaluation comparative quasi inexistante. *La Revue Prescrire* 2003;23:688-92.
10. Bourrier P, Derouet N, Saci S. Traitement de l'agitation de l'adulte en service d'urgence. Conférence de Consensus : "l'agitation en urgence (petit enfant excepté)". *JEUR* 2003;16:212-8.
11. Lavoie F. Consent, involuntary treatment, and the use of force in an urban emergency department. *Ann Emerg Med* 1992 ;21 :25-32.
12. Tesar GE. The agitated patients, part I: evaluation and behavioral management. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44:329-31.
13. Audition publique – Rapport d'orientation de la commission d'audition Dangerosité psychiatrique étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Mars 2011
14. Haute Autorité de Santé. Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie. Note de cadrage. En vue de la réalisation de fiches mémo. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2015.
15. National Institute for Health and Care Excellence. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline 10. Manchester:NICE;2015.
16. Guide méthodologique. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie. HAS. Septembre 2016
17. Guedj MJ, Mercuel A, Marcel JL, Caroli F. Conduite à tenir devant un malade agité aux urgences. *EMC* 2001;24(153) : B10.