

Dans quel monde vivons-nous ? Dans quel monde travaillons-nous ? Les médias ne manquent pas de souligner que les services de santé doivent de plus en plus faire face à la violence, dans ses deux visages : violences dont sont victimes les soignants, mais aussi dans la prise en charge des patients en psychiatrie, par le recours plus fréquent aux pratiques d'isolement ou de contention. Qu'en est-il de ce climat de violence et comment l'interpréter, quelle lecture en faire sur le plan clinique et comment le prévenir en anticipant le processus de répétition parfois à l'œuvre chez certains patients ?

Le sujet est si préoccupant que la Haute Autorité de santé (HAS) et le *National Institute of Health and Care Excellence* (Nice) (son équivalent au Royaume-Uni) ont élaboré depuis une dizaine d'années des recommandations sur la prévention et la prise en charge de la violence en psychiatrie (1, 2, 3), avec comme propositions communes le choix de la prévention pour un moindre recours à l'isolement et à la contention.

VIOLENCES ET INCIVILITÉS

En psychiatrie, deux grands axes permettent de lutter contre les violences et incivilités :

- prévenir par un projet de soins cadré du petit nombre de patients qui répètent les actes agressifs ;
- et centrer les soignants sur les prises en charge relationnelles.

Dans ses rapports 2019, 2020 et 2021 (4), l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) apporte non seulement des éléments chiffrés des violences en milieu de santé mais aussi une réflexion sur les actes dont sont victimes soignants et soignés, à partir de signalements recueillis sur sa plateforme sur la base du volontariat des établissements. Les violences dans les unités de psychiatrie sont repérées comme les plus fréquentes : 19,4 % des signalements en 2019, 18 % en 2018, 21 % en 2016, versus 16 % aux urgences et 11 % en Ehpad. En 2020, le rapport souligne que les victimes sont pour 82 % les soignants, 10 % les patients

et 8 % les administratifs ; alors que les auteurs sont des patients dans 71 % de ces cas, des accompagnants (19 %) et des personnels (3 %).

Pour ce qui concerne les patients auteurs de violences, nous savons de longue date dans les travaux de la littérature internationale qu'une minorité est l'auteur d'une part importante des incidents violents.

Ainsi, dans l'étude phare australienne de Cathy Owen en 1998, sur 855 patients admis, 174 ont commis des actes de violence ; et parmi eux, 20 patients sont à l'origine de 70 % des violences (5). Bien connue des psychiatres hospitaliers, cette constatation incite à mettre en place, pour ces quelques patients qui peuvent déstabiliser l'institution, une prise en charge prioritaire très cadrée avec l'équipe de soins, et un parcours de soins très souvent réévalué. L'ONVS rappelle dans son rapport 2020 que le projet de soins doit être le « fil rouge » de la pratique soignante comme du projet médical, et le meilleur garant pour prévenir toute violence.

Toujours dans ce rapport, l'étude des motifs de la violence est lui aussi riche d'enseignements : on retrouve dans 59 % des incidents violents un problème relatif à la prise en charge du patient et notamment de disponibilité de l'infirmière, loin devant le délai d'attente (13 %) ou l'alcoolisation (11,6 %) et la prise de drogues (3,3 %). Ce constat confirme l'importance de centrer les soins infirmiers sur le travail relationnel en libérant l'infirmière des tâches administratives (6, 7).

POUR UNE RELATION HARMONIEUSE AUX USAGERS...

Dans leurs analyses, les rapports de l'ONVS avancent que l'extension des incivilités et des violences n'est pas propre au monde de la santé : tous les établissements qui accueillent du public – médico-sociaux, administratifs ou autres – mais aussi les domiciles des patients, en subissent. Pour l'ONVS, le dénominateur commun de ces actes est l'intolérance à l'insatisfaction, la frustration de l'attente, d'un refus, d'une contrariété, d'une incompréhension... Dans la recherche d'une écoute et d'une prise en compte immédiate, les « consommateurs de soins » sont animés de l'idée fondamentale qu'ils ont droit à ceux-ci sans attendre.

En 2002, la loi Kouchner (8) sur les droits du malade indique bien aux soignants qu'ils sont face à des « usagers » du système de santé, demandeurs de soins de



Jean-Louis SENON

Psychiatre des hôpitaux,
Professeur de psychiatrie, Université de Poitiers.

Si les mesures d'isolement et de contention ont augmenté ces dernières décennies, il faut relever qu'elles s'inscrivent dans un climat tendu, comme le montrent les chiffres des violences en santé et globalement dans la société contemporaine.

Coercitions en psychiatrie et **violence de la société**



qualité et sans discrimination. En psychiatrie, notons que ce ne sont pas des personnes délinquantes, confuses ou délirantes, qui sont le plus souvent auteurs de violences ou d'incivilités, mais tout un chacun quand l'angoisse de la maladie ou la peur des soins entre en jeu. Ainsi, l'ONVS montre que les incidents n'étaient en rapport avec un trouble psychique que dans 30 % des cas, 70 % étant liés à l'organisation institutionnelle. Dans la société actuelle où dès l'enfance, le respect de l'autorité, du cadre, de la loi, mais aussi de l'autre s'émousse du fait de la carence éducative, les personnels de santé – comme ceux qui sont en charge d'accueil – doivent adapter leur conduite en modulant autorité et fermeté envers l'utilisateur, à la recherche d'une relation harmonieuse, négociée et tolérante, base du consentement aux soins.

PRÉVENIR LES MOMENTS CRITIQUES

Dans ce contexte, « retravailler » la clinique est donc une démarche indispensable. Cette clinique en psychiatrie a été la grande oubliée dans la formation des infirmières mais aussi dans celle des médecins, très centrée sur le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) (9) et trop à distance de la psychopathologie, qui a pourtant fait l'essor de la psychiatrie française depuis Pinel, Esquirol, Falret, Delasiauve, Georget ou Lasègue... L'attention portée à l'évolution clinique du patient permet de le reconnaître en tant que tel (et non comme un malade perturbateur) et facilite le repérage des signes d'alerte, permettant de mieux anticiper ses réactions éventuellement violentes ; c'est particulièrement le cas pour les patients schizophrènes (10, 11).

Trois situations demandent une attention particulière pour prévenir la violence et le recours trop systématique à l'isolement et à la contention : les patients entrant dans la maladie, les personnes souffrant de schizophrénie et présentant aussi une ou des addictions, et celles évoluant vers une personnalité psychopathique.

– **Pour les patients entrant dans la maladie chronique**, imposant un accompagnement de toute la vie, le diagnostic et la prise en charge sont particulièrement complexes dans les premières années d'évolution de la maladie. Les rechutes, souvent par arrêt de traitement, sont nombreuses et on ne saurait les imputer au patient comme on ne stigmatise pas les jeunes adolescents

© Françoise Peslherbe.

diabétiques insulinodépendants, instables dans leurs injections d'insuline. Bien au contraire, il est important de prévenir ces rechutes par une attention particulière aux signes d'alerte et d'aller vers le patient en souffrance.

– **Les patients présentant des troubles schizophréniques** sont d'autant plus difficiles à prendre en charge que leur maladie les rend particulièrement **dépendants à toute substance**. Addicts à l'alcool, qui réactive leur violence, ils le sont surtout au cannabis, qui accélère souvent le cours évolutif de la psychose paranoïde et rend le délire plus expressif. Ces patients très dépendants posent le problème de la mise en place éventuelle d'une prise en charge associée psychiatrie et addictologie.

– Comme le souligne S. Hodgins (12), à l'audition publique de la HAS, la schizophrénie peut se développer sur une **personnalité psychopathique**, préexistant ou non à la pathologie dissociative. Ces patients (on parlait dans la clinique française d'héboïdophrénie) sont d'une prise en charge particulièrement ardue par leur impulsivité, leur instabilité, leur projectivité, et par la difficulté à les stabiliser via le traitement médicamenteux. Pour eux, un projet de soins cadré en priorité avec l'équipe s'impose, en relevant attentivement leurs antécédents. Il est important de ne pas les oublier, sinon, ce sont eux qui se rappellent à nous.

Pour tous ces patients difficiles, le travail collectif est indispensable, avec une supervision régulière rapprochant les équipes ambulatoires, de l'hôpital de jour, du centre d'activités thérapeutique à temps partiel et de l'intra. Le développement des soins dans la cité ne doit pas laisser pour compte ces patients difficiles, qui font le grand écart entre les institutions de soins et qu'il faut aller chercher pour éviter les ruptures de parcours : ils peuvent mettre à l'épreuve tout le secteur et favoriser les clivages parmi les soignants.

Pour tenter une application pratique des éléments ci-dessus, quelques recommandations peuvent être suggérées :

– Se centrer sur les patients qui habituellement et de façon répétitive posent

des problèmes aux soignants : travailler leur prise en charge en équipe avec une supervision clinique ;

– Répartir la disponibilité infirmière en la centrant sur les tâches relationnelles et psychothérapeutiques, en lien avec les psychologues et le psychiatre ;

– Soigner l'accueil, entre souplesse et contenance bienveillante, éclairé par le dossier du patient qui doit comporter les antécédents de violences et rester accessible à tous ;

– Travailler l'organisation institutionnelle et notamment les prises en charge thérapeutiques en atelier, déchargeant par séquences les unités d'admission qui cumulent les patients non stabilisés dans une proximité difficile, ce qui augmente les risques de violence au risque d'imposer le recours à la contention. Prévoir d'emblée des zones thérapeutiques à proximité des unités fermées ;

– Porter une particulière attention aux jeunes patients entrant dans une schizophrénie et envisager avec eux la prévention des rechutes, en particulier quand elles sont provoquées par l'arrêt des traitements ;

– Identifier les patients présentant une schizophrénie sur une personnalité psychopathique et travailler en équipes un parcours de soins cadré ;

– Repérer chez les patients schizophrènes ceux qui présentent des comorbidités addictives et mettre en place une prise en charge associée addictologie psychiatrie.

CONCLUSION

On ne peut pas regarder l'usage de la contention et de l'isolement sans prendre en compte le niveau des violences constatées dans les services de santé. Celles-ci traduisent une modification des rapports sociaux, avec plus d'incivilités chez les patients, avec lesquels il faut apprendre à créer de nouvelles relations, plus harmonieuses, sans affrontement, mais allant vers la recherche d'une alliance et d'un consentement aux soins, gage de leur qualité et durabilité...

1– Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie HAS, 2016, https://www.has-sante.fr/jcms/c_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie

2– Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10> violence hétéroagressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur, HAS, 2011, https://www.has-sante.fr/jcms/c_1069220/fr/dangerosite-psychiatrique-etude-et-evaluation-des-facteurs-de-risque-de-violence-hetero-agressive-chez-les-personnes-ayant-des-troubles-schizophréniques-ou-des-troubles-de-l-humeur

3– Violence and aggression : short term management in mental health, health and community settings, NICE, 2015, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>

4– Rapport 2020 disponible sur <https://www.onpp.fr/communication/actualites/actualites-ordinales/rapport-de-l-onvs-2020.html>

5– Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Repetitively violent patients in psychiatric units. *Psychiatr Serv* 1998; 49(11):1458-61.

6– Peek-Asa C, Casteel C, Allareddy V, Nocera M, Goldmacher S, Ohagan E, et al. Workplace violence prevention programs in psychiatric units and facilities. *Arch Psychiatr Nurs* 2009; 23(2):166-76.

7– Nijman H, Bowers L, Oud N, Jansen G. Psychiatric nurses' experiences with inpatient aggression. *Aggress Behav* 2005; 31 :217-27.

8– Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

9– DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, APA, MA Crocq et al (Trad.), Elsevier Masson, 2015.

10– Krakowski M, Czobor P, Chou JC. Course of violence in patients with schizophrenia : relationship to clinical symptoms. *Schizophr Bull* 1999; 25(3):505-17.

11– Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>; violence hétéroagressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur, HAS, 2011, https://www.has-sante.fr/jcms/c_1069220/fr/dangerosite-psychiatrique-etude-et-evaluation-des-facteurs-de-risque-de-violence-hetero-agressive-chez-les-personnes-ayant-des-troubles-schizophréniques-ou-des-troubles-de-l-humeur

12– S. Hodgins. Quelles sont les données de la littérature concernant la violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une psychopathie associée à une schizophrénie ou à un trouble de l'humeur?. *Dangerosité Psychiatrique*, HAS, *ibid.*

Résumé : Dans le contexte d'une augmentation des mesures d'isolement et de contention en augmentation, mais aussi plus globalement des actes de violence en psychiatrie, l'auteur interroge les nouvelles relations aux patients, dans une société en mutation.

Mots-clés : Contention – Institution – Isolement thérapeutique – Prévention – Projet de soins – Psychopathologie – Recommandation – Relation soignant soigné – Soin psychiatrique – Violence.