Un patient agressif dans mon service

Partie 1: Théorie, épidémiologie et physiopathologie du comportement agressif

Sarah Schiebler, Thomas Müller
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UPD Bern

Quintessence

- Un médecin sur deux est victime de violence au cours de sa carrière professionnelle.
- Le personnel médical en formation, les employés de sexe féminin ainsi que les professionnels travaillant en psychiatrie et dans les centres d'urgence encourent le plus grand risque de violence.
- Il existe des facteurs de risque extrinsèques et intrinsèques de comportement violent de patients ou de leurs proches à l'égard du personnel médical.
- Certains troubles systémiques, neurologiques et psychiatriques (y compris intoxication à l'alcool/aux drogues) ainsi que certains traitements médicamenteux peuvent s'accompagner d'un comportement agressif.
- Sur le plan neurobiologique, il s'agit d'un déséquilibre au niveau du système du cortex frontal, du gyrus cingulaire antérieur et de l'amygdale.
- Les conséquences de l'acte de violence s'étendent de problèmes physiques et psychiques chez la victime jusqu'à des changements permanents de personnel, des problèmes de recrutement et une course aux armements dans les institutions concernées.
- Il est recommandé d'adopter une «politique de tolérance zéro» vis-à-vis de la violence dans le domaine médical et de participer à des cours de gestion des agressions.

Introduction

Imaginez-vous qu'il est 3 h du matin et que l'équipe soignante vous appelle parce qu'un patient âgé «disjoncte», jette des objets autour de lui et est devenu encore plus agressif suite aux tentatives du personnel de le calmer. Avant l'opération, il était totalement normal. Les médecins sont tôt ou tard confrontés à une telle situation ou à une situation semblable. L'enjeu consiste à s'assurer qu'aucun dommage ne soit causé au patient ou au personnel.
La première partie de cet article fournit un aperçu de la phénoménologie, des théories, de l'épidémiologie, des conséquences et des causes du comportement agressif dans le domaine médical. La deuxième partie se penche sur la gestion des agressions dans le contexte clinique.
La connaissance des tenants et aboutissants du comportement agressif aide précisément à mieux pouvoir évaluer les situations évoquées et est finalement profitable aux patients et au personnel médical.

Sarah Schiebler

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt financier ou personnel en rapport avec cet article.

Phénoménologie du comportement agressif

Le comportement agressif désigne un comportement offensif déclenché par des affects, qui vise à accroître la puissance de l'agresseur ou à diminuer la puissance de l'agressé. Les éclats de voix et injures du début laissent place à des attaques verbales, à une dispute, à un comportement dénigrant avec absence de coopération et, finalement, à la détérioration d'objets et à des attaques physiques avec coups et blessures. Dans le pire des cas, des objets sont utilisés comme des armes, jusqu'à aboutir à une tentative d'homicide ou au décès de la victime. Les personnes agressives sont en proie à une agitation psychomotrice; elles font peur aux autres personnes. Le comportement peut être ouvertement hostile, mais il peut aussi être masqué [1]. Lorsque le comportement est intentionnel, c.-à-d. planifié, il s'agit d'un comportement délictueux; ce cas de figure sera uniquement abordé de façon marginale dans les lignes qui suivent. L'agressivité décrit la propension à agir de manière agressive et elle est modulée par différents facteurs d'influence, qui sont expliqués plus en détails dans la suite de l'article.

Théories de l'agression: qu'est-ce qui se cache derrière l'agression?

Des définitions et explications de l'agression (ou de termes similaires tels que la fureur et la colère) nous proviennent déjà de l'Antiquité, notamment d'Aristote dans l'*Ethique à Nicomaque* ou de Sénèque dans *De ira*. «Colère» (μῆνις) est même le tout premier mot de la littérature européenne, vu que l'*Iliade* débute par la colère d'Achille. A partir de 1920, Sigmund Freud présenta une conception dualiste de la vie pulsionnelle, en introduisant deux groupes de pulsions dans son ouvrage «Au-delà du principe de plaisir»: les pulsions de vie et les pulsions de mort. La pulsion de mort (Thanatos) décrit une propriété d'autodestruction naturelle inhérente à l'être humain et peut, en interaction avec la pulsion de vie (Eros), être extériorisée sous la forme d'une agression visant la destruction d'objets [2]. En 1939, John Dollard a émis l'hypothèse selon laquelle le comportement agressif résulterait toujours de situations frustrantes. Pour ce faire, il se serait appuyé sur différentes études scientifiques (notamment de Hovland & Sears). Son hypothèse l'a amené à émettre les principes suivants: plus le désir centré sur l'objectif inaccessible est fort, plus les obstacles s'opposant à l'atteinte de l'objectif convoité sont importants et plus le nombre d'évènements frustrants est élevé, plus le comportement agressif est prononcé [3]. Albert Bandura, dans sa théorie de l'apprentissage social, a expliqué que le com-

Dans cet article, les termes «patient» et «médecin» désignent à la fois la forme masculine et féminine.

portement agressif s'apprend en observant d'autres personnes (parents, personnes du même âge, héros de film, etc.) et qu'il est ensuite imité en particulier lorsque le comportement s'est révélé attractif et qu'il a fait l'objet de récompenses [4].
Dans la littérature scientifique anglophone, en plus du terme «comportement agressif» («aggressive behavior»), le terme «violence» est aussi souvent utilisé dans le cadre de la maladie et des traitements. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la violence comme l'«utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès» [5]. En se basant sur de nombreuses descriptions de cas, Glynis Breakwell a élaboré un modèle composé des cinq phases typiques d'un acte agressif: phase de déclenchement, phase d'escalade, phase de crise, phase de plateau ou rémission et phase de dépression [6].

Fréquence et facteurs de risque du comportement agressif dans la médecine

Dans le contexte médical, le comportement agressif peut être dirigé contre n'importe qui. Les principales victimes sont néanmoins le personnel soignant et les médecins, notamment ceux travaillant dans des centres d'urgence et des services de soins psychiatriques aigus. Par ailleurs, un taux élevé d'actes agressifs sont dirigés contre les médecins de famille. Une étude de la *British Medical Association* réalisée en 1995 a montré qu'env. 55% de tous les médecins étaient victimes de violence physique et verbale au cours de leur carrière professionnelle [7]. Le nombre de cas non recensés est élevé car bon nombre d'agressions ne sont pas déclarées par manque de temps ou par honte. D'après une étude allemande, la probabilité d'être tué sur le lieu de travail serait la plus élevée pour les psychiatres, après les chauffeurs de taxi, les vendeurs et les policiers [8]. Les individus principalement visés par la violence physique sont les salariés avec peu d'expérience, les médecins en cours de spécialisation, le personnel de psychiatrie et les femmes, qui sont victimes d'agressions et d'abus sexuels [9, 10]. Le contexte culturel joue également un rôle. Ainsi, les médecins-assistants en Turquie subissent aussi des violences verbales et parfois physiques de la part de leur supérieur hiérarchique direct [11]. Une étude menée au Koweït a rapporté que les agressions physiques prenaient parfois des proportions graves, avec dans certains cas des employés étranglés ou menacés par des armes [12]. Une étude indienne a décrit que des agressions massives avaient été commises à l'encontre du personnel hospitalier par des proches de patients décédés à l'hôpital. Seule l'introduction d'une menace de sanction pénale correspondant à 3 années d'emprisonnement a permis de réduire le nombre d'agressions [13]. Une étude canadienne confirme que les actes de violence ne sont pas uniquement commis par des patients ou des proches de patients, mais également par des collègues [14]. La même étude montre que le risque d'être victime de violence est le plus élevé en psychiatrie, suivie des services d'urgence et des unités de soins intensifs. Une étude japonaise a révélé que les dermatologues et les ophtalmologues encouraient également un risque accru d'agression [15]. Il a par ailleurs été montré que le personnel soignant était d'une manière générale exposé à un plus grand risque de violence que les médecins [16].
En faisant abstraction des causes de comportement agressif liées à des maladies spécifiques, il existe différents facteurs prédictifs d'un comportement agressif à l'encontre du personnel médical. D'une manière générale, les données existantes indiquent un risque accru de comportement agressif chez les patients de sexe masculin âgés de <35 ans, chez les personnes issues d'une ethnie minoritaire du pays en question et chez les patients les plus démunis [1]. Cette dernière catégorie vaut du moins pour les pays occidentaux car au Japon, montrer sa colère est plutôt considéré comme un privilège et indique un statut social élevé [17]. Les expériences d'apprentissage semblent jouer un rôle dans les comportements agressifs, ce qui signifie que l'agresseur s'attend à obtenir gain de cause en ayant recours à la violence, même dans une situation médicale critique [1]. Les patients peuvent devenir violents par manque de confiance envers le médecin et parce qu'ils sont insatisfaits du traitement, par ex. parce que certains médicaments ne leurs sont pas prescrits, parce que certains tests diagnostiques ne sont pas réalisés ou parce que les symptômes persistent malgré le traitement [18]. Les médecins et le personnel médical qui pratiquent les interruptions de grossesse sont davantage victimes d'actes de violence que la moyenne [8]. Les proches de patients peuvent devenir violents lorsqu'ils ne sont pas d'accord avec le traitement retenu par le personnel médical, par ex. lorsque celui-ci décide de ne pas réanimer un patient ou de procéder à l'internement obligatoire d'un patient contre la volonté de ses proches [1]. Le fait que les patients ou les proches de patients aient déjà commis des violences par le passé constitue un facteur de risque [19]. Des délais d'attente trop longs ou le refus d'un traitement peuvent déclencher un comportement agressif [20]. Le refus de traitement peut à nouveau déclencher un acte de violence chez les patients qui avaient déjà été violents par le passé [21]. Le créneau horaire de prédilection des comportements agressifs s'étend de 18 h à 7 h du matin [7].
D'une manière générale, la position de force attribuée aux médecins et au personnel médical peut susciter chez les patients et leurs proches des sentiments d'impuissance et ainsi déclencher un comportement agressif [22]. La «théorie de la vitre brisée» soutient que tolérer de petits actes de violence ouvre la porte à des incivilités plus importantes, ce qui appuie une «politique de tolérance zéro» [14]. Outre cette «politique de tolérance zéro» vis-à-vis de la violence, il est également recommandé de suivre des cours afin d'apprendre à gérer correctement la violence. D'après les auteurs d'une étude réalisée en 2012, aucun programme n'a néanmoins produit un effet durable (c.-à-d. persistant plus de 3 mois) à ce jour [16].

Conséquences des agressions pour les victimes

Selon une étude réalisée en Grande-Bretagne, env. 1 médecin sur 11 est mis en arrêt maladie de façon temporaire après une agression. Parmi les conséquences typiques

Tableau 1
Causes possibles du comportement agressif et diagnostics différentiels en cas d'agressivité (modifié d'après Pajonk et al., 2008 [1] et complété).

Causes pharmacologiques	Substances à action anticholinergique (par ex. antidépresseurs tricycliques, bipéridène, antipsychotiques faiblement puissants) Réactions paradoxales en cas de prise d'hypnotiques et de sédatifs Corticoïdes, stéroïdes anabolisants Antibiotiques, anti-infectieux, antipaludiques Antihypertenseurs
Causes psychiatriques	Intoxications à l'alcool ou aux drogues, particulièrement en cas d'état d'ivresse compliqué et pathologique Symptômes de sevrage, délire et *craving* en cas de dépendance existante (par ex. dépendance à l'alcool, aux benzodiazépines et aux opiacés) Syndrome psycho-organique aigu et délire dans le cadre de diverses affections sous-jacentes, en cas de prise de certains médicaments (par ex. agents chimiothérapeutiques) ou après des opérations Psychoses schizophréniques (en particulier formes catatoniques et hallucinatoires-paranoïdes) Manies, état mixte, syndrome de dépression agitée Réaction aiguë au stress dans le cadre de crises psychosociales majeures Troubles anxieux et paniques Patients avec troubles de la personnalité (par ex. trouble de la personnalité émotionnellement labile, dyssociale et schizotypique) Troubles de l'attention et hyperactivité Troubles du comportement social avec conduite oppositionnelle chez les enfants
Causes neurologiques	Démence Lésions du système limbique (par ex. en raison d'un traumatisme cranio-cérébral, d'une ischémie ou d'une hémorragie) Maladies cérébrales infectieuses-inflammatoires (par ex. rage, encéphalite à *Herpes simplex*) Tumeur cérébrale et processus vasculaires cérébraux Processus atrophique cérébral et dépôts dans les ganglions de la base (par ex. en cas de chorée de Huntington et de maladie de Wilson) Etats crépusculaires épileptiques Oligophrénie
Causes systémiques/ endocriniennes	Hyperthyroïdie Hypoglycémie Hypoxie Maladies auto-immunes Porphyrie Syndromes paranéoplasiques Insuffisance hépatique et rénale

des actes de violence figurent le stress, les troubles du sommeil, l'agoraphobie et les troubles dépressifs. Outre le taux plus élevé de maladie, une diminution de la conscience professionnelle et un changement de personnel plus fréquent s'observent également [7]. Une étude japonaise a démontré qu'env. 8,2% des membres du personnel qui avaient été victimes de violence physique étaient par la suite en proie à un trouble de stress post-traumatique. Ce phénomène peut encore être exacerbé, en particulier en psychiatrie, lorsque le personnel fait l'objet de *stalking* (traque furtive) de la part d'anciens patients [15]. Suite à une violence récurrente, le personnel se laisse gagner par la frustration et la démotivation, avec pour conséquence des problèmes de recrutement, particulièrement dans les secteurs où le risque de violence est élevé [21]. Par peur et par doute d'être une victime potentielle de violence, des mesures préventives de défense peuvent être mises en place, par ex. le recours à des agents de sécurité présents durant la consultation médicale (effet «Bowling for Columbine»). Cela peut également être interprété comme une sorte de course aux armements, au moyen de laquelle le personnel tente de remédier à une menace par une contre-menace, ce qui ne constitue néanmoins pas une stratégie de résolution efficace sur le long terme et risque de détériorer la relation médecin-patient [20].

Survenue d'agressions non pathologiques

Comme mentionné ci-dessus, il convient de faire la distinction entre les agressions planifiées et les agressions impulsives. Par le biais d'une agression planifiée, l'agresseur tente d'obtenir ou de satisfaire certains besoins; il peut s'agir de faits juridiquement pertinents. Le comportement agressif impulsif, quant à lui, résulte souvent de variables de la personnalité et d'états pathologiques. Ces actes impulsifs s'accompagnent souvent de symptômes autonomes; la colère et la peur ne sont pas des manifestations inhabituelles. Toutefois, l'agression peut uniquement être qualifiée de pathologique si elle semble inappropriée dans la situation en question. Il est intéressant de noter que la prévalence vie-entière des actes de violence s'élève à 7,3%; chez les personnes de plus de 18 ans, 50% des hommes et 25% des femmes sont concernés. Il existe également des risques génétiques, des études conduites avec des jumeaux ayant montré une concordance comprise entre 44 et 72% [23].

Physiopathologie du comportement agressif

De manière très simpliste, le comportement agressif résulte d'un déséquilibre au niveau du système du cortex

frontal, du gyrus cingulaire antérieur et de l'amygdale; la violence est déclenchée selon un mode «bottom-up» par une impulsion provenant du système limbique et, en cas de mécanismes de contrôle «top-down» insuffisants, elle est exprimée. Parmi les exemples figurent les afférences erronées ou incomplètes, comme en cas de difficultés auditives, ce qui peut être à l'origine d'erreurs d'interprétation et donc, finalement, de peur et de violence. D'une part, une désinhibition du cortex frontal et d'autre part, une activation du système limbique peuvent être à l'origine d'affections médicales [23]. Un bel exemple de la littérature est celui de Phineas Gage, un ouvrier des chemins de fer ayant vécu au XIX^{e} siècle. Lors de travaux à l'explosif, son orbite gauche et son cortex préfrontal gauche ont été traversés de bas en haut par une barre de fer. Par la suite, l'ouvrier faisait preuve d'un comportement inconvenant, comme l'a décrit son médecin, John Harlow – mais uniquement 20 ans après l'accident. Cette anecdote a fourni de premiers renseignements quant à la fonction du cortex préfrontal [24, 25]. En cas de maladies psychiatriques, comme le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H), en cas de psychoses ou de troubles de la personnalité, différents mécanismes entrent en jeu au niveau des zones frontales, limbiques et striatales du cerveau et ces mécanismes peuvent être impliqués dans le développement d'un comportement agressif [23]. Des études translationnelles sont parvenues à identifier des indices supplémentaires suggérant le lien entre une dysfonction du circuit central de régulation de la sérotonine et un comportement agressif [26]. Fait intéressant, une étude avec mesure de la valeur de prolactine a permis de trouver une corrélation inverse entre l'agressivité impulsive et la réponse de la prolactine à l'administration d'agonistes sérotoninergiques chez des patients atteints d'un trouble de la personnalité borderline. Plus particulièrement, la réponse était la plus faible chez les patients qui avaient été victimes de certains traumatismes durant leur enfance (abus sexuels, maltraitances) [27]. En raison de l'action anti-agressive constatée de certains antipsychotiques, qui modulent entre autres certains récepteurs de la sérotonine (5-HT), un grand rôle a été attribué aux récepteurs 5-HT2A dans les processus neurobiologiques intervenant dans le développement d'un comportement agressif [26]. Par ailleurs, dans une étude de Rosell et al., il a été possible, par le biais d'examens d'imagerie, de mettre en évidence une disponibilité accrue de récepteurs 5-HT2A dans le cortex orbito-frontal (COF) de patients présentant des troubles de la personnalité et un comportement agressif. En se basant sur d'autres études observationnelles, les auteurs conjecturent que la disponibilité modifiée des récepteurs 5-HT2A, qui modulent la régulation du rapport signal-bruit, sont à l'origine de perturbations dans le COF, altérant ainsi l'interprétation des stimuli menaçants [28]. Des études ayant évalué les modifications au niveau du métabolisme dopaminergique central ont montré d'une part, que la consommation de substances psychoactives, comme des amphétamines ou de la cocaïne, était associée à un risque accru d'agressivité et, d'autre part, que la prise d'halopéridol, par le biais de son effet modulateur sur les récepteurs D2/D1 centraux, produisait plutôt une action tranquillisante [26]. Dans des études génétiques qui ont tenté de déterminer pourquoi certains enfants maltraités se développaient différemment (comportement antisocial, agressivité et délinquance) et d'autres non, un lien a été mis en évidence entre certains polymorphismes du gène codant pour la monoamine oxydase A (MAO-A) qui intervient dans la dégradation de neurotransmetteurs (sérotonine, noradrénaline et dopamine) et la survenue significativement plus fréquente de tendances violentes et de personnalités antisociales. Les personnes qui avaient été victimes de maltraitances particulièrement sévères durant leur enfance présentaient une plus faible activité de la MAO-A [29]. Par ailleurs, l'étude d'une famille néerlandaise dont les membres de sexe masculin faisaient preuve d'un comportement anormal, généralement impulsif et agressif, a identifié un défaut génétique sur le chromosome X, qui était à l'origine d'un déficit isolé en MAO-A et était responsable des symptômes incluant un léger retard mental et un comportement agressif et impulsif. Cette mutation au niveau du gène de la MAO-A et les symptômes qui en résultent sont aujourd'hui connus sous le nom de «Brunner syndrome» dans la sphère anglophone [30].

La famille des récepteurs de l'acide γ-aminobutyrique (GABA) semble jouer un rôle dans le développement d'un comportement agressif dans la mesure où certains groupes (avant tout récepteurs GABA-A) et sous-unités des récepteurs sont modulés en cas de consommation de substances, telles que les benzodiazépines ou l'alcool. Les processus, le plus souvent inhibiteurs, peuvent causer des troubles, par ex. au niveau de la reconnaissance de situations angoissantes et menaçantes (système de détection des situations angoissantes/menaçantes), qui peuvent se traduire par des réactions de mise en danger de soi et d'autrui. Sur le plan thérapeutique, il convient de signaler que les benzodiazépines peuvent réduire l'agressivité dans la plupart des cas, grâce à leurs propriétés anxiolytiques et sédatives [26, 31]. Dans des études, les récepteurs du N-méthyl D-aspartate (NMDA) et du glutamate se sont révélés être des récepteurs cibles potentiels pour les médicaments utilisés pour traiter les comportements agressifs, comme le valproate, et ils gagnent ainsi en importance dans le traitement des comportements agressifs, et dans une moindre mesure dans leur physiopathologie [26].

Autres causes du comportement agressif, facteurs modulateurs

Il convient de faire la distinction entre les facteurs déclenchants exogènes et endogènes. Les facteurs déclenchants exogènes peuvent être une menace réelle ou, en présence d'un trouble psychiatrique, une menace illusoire. Face à une menace, les êtres humains peuvent réagir par la fuite ou la stupéfaction ou encore adopter une attitude agressive comme contre-réaction. Parmi les facteurs modulateurs de ces réactions, la prise de certaines substances, des facteurs génétiques et des expériences personnelles acquises ou apprises peuvent jouer un rôle (tab. 1) [1]. Par ex., la consommation d'alcool est à l'origine d'une libération immédiate de dopamine au niveau central, ce qui peut avoir une influence considérable sur la capacité de planification, de contrôle et de concentration via une perturbation fonctionnelle du cortex préfrontal et sur la gestion des stimuli menaçants et des situations difficiles sur le plan émotionnel via une désinhibition des processus limbiques. En cas d'abus d'alcool chronique, il se produit une régulation négative des récepteurs D2, des

dysfonctionnements au niveau du circuit de régulation des récepteurs 5-HT et, en cas de tabagisme concomitant, des altérations neurotoxiques au niveau du système GABAergique, ce qui pourrait expliquer une sensibilité accrue aux stimuli anxiogènes et algogènes. Peuvent alors apparaître une sensibilité accrue aux stimuli, des perceptions erronées de dangers supposés, qui peuvent être favorisées par des phénomènes hallucinatoires survenant par ex. dans le cadre d'une hallucinose alcoolique, ainsi que des comportements impulsifs ou agressifs inappropriés, qui peuvent aboutir à une mise en danger de soi et d'autrui [31, 32]. Par ailleurs, la théorie de l'apprentissage part du principe que des comportements agressifs s'observent bel et bien avant tout chez les jeunes dont l'objectif principal est de devenir agressif sous l'emprise de l'alcool [32]. Différentes substances psychoactives, de par leur action intrinsèque, déclenchent directement un comportement agressif. Parmi ces substances, il convient tout particulièrement de citer les nouvelles substances comme les cannabinoïdes synthétiques (plus connus sous le nom de «spice») et les cathinones synthétiques («legal high» ou «sels de bain»). Une revue réalisée en 2014 révèle que la consommation de cannabinoïdes synthétiques donne lieu à une agitation dans 19 à 41% des cas et à un comportement agressif dans jusqu'à 3% des cas. En cas de consommation de cathinones synthétiques, un état d'agitation a été constaté dans 50 à 80% des cas et un comportement agressif a été constaté dans jusqu'à 57% des cas [33]. Par ailleurs, en cas prise de benzodiazépines, qui sont habituellement indiquées en cas d'anxiété, d'états d'excitation et d'agitation psychomotrice, des comportements agressifs et hostiles pouvant aller jusqu'à des accès de colère s'observent paradoxalement dans de rares cas [34, 35]. En cas de traitements à long terme, en plus du développement d'une tolérance (cas de figure fréquent), des manifestations de sevrage avec agitation psychomotrice et excitation peuvent également survenir [26]. Une étude américaine a évalué le rapport entre les traitements médicamenteux et les actes malveillants et violents dirigés contre autrui qui avaient été déclarés à la *Food and Drug Administration* (FDA) comme effet indésirable. Il est ressorti de cette étude qu'en cas de traitement médicamenteux par la substance de sevrage tabagique varénicline (suivie des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine fluoxétine et paroxétine), des évènements violents étaient consignés relativement fréquemment [36].

Un risque exacerbé de comportement agressif ne s'observe pas uniquement pour les substances psychoactives, mais également pour une série d'autres médicaments. L'administration de corticoïdes peut par ex. donner lieu à des troubles affectifs, le plus souvent caractérisés par un syndrome maniaque accompagné de symptômes psychotiques et d'agressivité [37]. Dans le cadre de traitements antibiotiques, antihypertenseurs et antipaludiques, de la nervosité, de l'irritabilité et plus rarement, des réactions agressives ont été observées (cf. Compendium Suisse des Médicaments: effets indésirables). Il convient également de citer les substances délirogènes qui, par le biais d'effets indésirables anticholinergiques, peuvent justement déclencher un état délirant avec comportement agressif chez les patients âgés [38]. Pour les états délirants survenant dans le cadre d'un syndrome de sevrage (par ex. en cas de dépendance à l'alcool, aux benzodiazépines ou aux opiacés), de différentes maladies sous-jacentes (par ex. infections, perturbations métaboliques, carences vitaminiques, maladies cardio-pulmonaires, insuffisance rénale ou hépatique) ou à la suite d'interventions chirurgicales, des impulsions agressives s'observent fréquemment en plus du comportement hyperactif [31, 38, 39]. Différentes maladies neurologiques et systémiques peuvent s'accompagner de perturbations psychiques et notamment d'un comportement agressif [1]. Dans le cadre des affections démentielles, une étude réalisée à Taïwan a révélé que les patients souffrant de démence vasculaire présentaient des symptômes dépressifs plus fréquents et une agressivité significativement plus élevée que les patients atteints de la maladie d'Alzheimer [40].

Enfin, les comportements agressifs ne sont pas rares dans le cadre des troubles psychiatriques au sens étroit. A cet égard, il convient de considérer les variables ou les troubles de la personnalité. En cas de trouble de la personnalité dyssociale, le seuil d'inhibition relatif au comportement agressif est bas et il est le plus souvent associé à des valeurs morales insuffisantes. Il est intéressant de noter que chez les auteurs de violences en prison, un trouble de la personnalité dyssociale est diagnostiqué chez 47% des hommes et chez 21% des femmes [23]. Une instabilité émotionnelle dans le cadre de troubles de la personnalité borderline peut s'accompagner d'un comportement agressif. Un comportement agressif s'observe aussi typiquement en cas de troubles schizophréniques, en particulier lorsqu'un patient se sent suivi ou menacé ou lorsqu'il méconnaît des situations et des personnes [41]. D'après une étude de Fazel et al., le risque de commettre des actes de violence n'était guère augmenté chez les patients schizophrènes (rapport de cotes 1,2). Ce risque était nettement accru en cas d'abus de substance concomitant. Par contre, le risque de mise en danger de soi-même était fortement augmenté chez les patients schizophrènes [42]. Des actes d'agression à l'encontre de soi-même et d'autrui sont également possibles en cas de troubles affectifs, de troubles anxieux et de réactions au stress [1].

Chez les enfants, il convient par ex. de citer les troubles de l'attention et les troubles du comportement social avec conduite oppositionnelle, qui sont à l'origine de réactions agressives, de non-respect et de violations de règles et, dans le dernier cas de figure, également de comportements agressifs à l'encontre de personnes, d'animaux et d'objets, allant jusqu'à un comportement délinquant. Ils sont souvent associés à des troubles dépressifs, ce qui s'explique en partie par des processus psychodynamiques (rejet des parents, rejet par les jeunes du même âge) [43].

Correspondance:
Prof. Thomas Jörg Müller
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Murtenstrasse 21
CH-3010 Bern 10
mueller[at]puk.unibe.ch

Références
La liste complète des références numérotées est disponible sous www.medicalforum.ch.