

Un patient agressif dans mon service

Partie 2: Traitement et gestion du comportement agressif dans le contexte clinique

Sarah Schiebler, Thomas Müller

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UPD Bern

Quintessence

- L'identification des signes d'alerte précoces, l'évaluation du risque au moment de l'admission et la gestion professionnelle des comportements agressifs peuvent contribuer à limiter les dommages et à diminuer le risque de blessure chez les patients, les proches de patients et le personnel médical.
- Il ne faut pas hésiter à initier des mesures pharmacologiques et des mesures non médicamenteuses visant à accroître la sécurité en cas de violence et d'agression.
- En cas de comportement d'auto-agression et de comportement agressif envers autrui, un dialogue de crise et des mesures d'intervention de crises sont généralement assurés par un psychiatre et des mesures d'isolement et de contrainte sont mises en œuvre dans un service psychiatrique.
- En cas de mise en danger de soi-même et d'autrui dans le cadre d'un trouble psychique et/ou d'une intoxication, il peut être nécessaire d'ordonner un placement à des fins d'assistance et un internement dans une clinique psychiatrique sous l'escorte des secours et/ou de la police.
- La participation à des cours de gestion des agressions est particulièrement recommandée pour le personnel de psychiatrie et des centres d'urgence.

Introduction

Dans la deuxième partie de l'article «Un patient agressif dans mon service», nous fournissons un aperçu sur la manière de gérer un comportement agressif, sur son traitement et sur les aspects légaux relatifs au comportement de mise en danger de soi-même et d'autrui dans le contexte des soins stationnaires et ambulatoires.

Signes d'alerte précoces

De premiers signaux d'alerte peuvent apparaître quelques minutes avant une situation de violence grandissante et ils présentent les caractéristiques suivantes: attitude hostile, sujet parlant fort et vite, menaces verbales et injures, degré élevé d'activité désagréable, contact visuel figé, attitude et gestes menaçants, faible distance entre les personnes, violence à l'encontre d'objets, confusion, hallucinations et délire [1, 2].

Gestion des agressions

En théorie

Dans l'esprit du concept de communication non violente développé par Marshall Rosenberg, il convient de penser aux éléments suivants lors du contact avec un patient agressif dans le but d'établir une relation respectueuse: observer sans juger, faire preuve d'empathie envers soi-même et envers l'autre, prendre conscience de ses propres sentiments et les exprimer, formuler de façon claire et posée les demandes et les besoins [3]. En considérant les phases de l'acte agressif selon Breakwell, le meilleur moyen de prévenir ou d'atténuer une confrontation agressive consiste à établir un contact et à intervenir au cours de la phase de déclenchement et d'escalade précoce [4]. La désescalade peut alors se dérouler de la manière suivante:

1. Le patient exprime sa colère;
2. le médecin reconnaît le problème;
3. il exprime sa compréhension de la situation et tente de se mettre à la place du patient;
4. il explique les raisons pour lesquelles certaines revendications ne peuvent pas être satisfaites et
5. il fait une proposition de compromis.

L'évaluation du risque au moyen de questionnaires modifiés et d'échelles, qui peuvent être complétés par le personnel soignant et médical lors de l'admission du patient, constitue un autre instrument de prédiction du comportement agressif [5]. Par ailleurs, le personnel médical devrait régulièrement participer à des cours d'entraînement à la désescalade de l'agressivité [6].

Pharmacothérapie

D'une manière générale, il est recommandé que le traitement pharmacologique de l'agressivité pathologique vise plusieurs cibles (récepteurs dopaminergiques, récepteurs 5-HT, récepteurs GABA). Dans les études menées jusqu'à ce jour, les antipsychotiques atypiques ont montré des résultats concluants dans le traitement à long terme de l'agressivité, avant tout dans le cadre de maladies psychiatriques. Parmi ces substances figurent par ex. la clozapine et l'aripiprazole. La clozapine est utilisée dans le traitement des psychoses, particulièrement en cas de schizophrénie résistante. Dans ce contexte, la prise orale de clozapine a montré des effets bénéfiques sur le comportement agressif, avec de meilleurs résultats.

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



Sarah Schiebler


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

tats que pour d'autres antipsychotiques dans certaines études; de plus, des comportements agressifs s'observaient moins fréquemment en cas de traitement à long terme. L'aripiprazole, par le biais de son activité agoniste partielle sur les récepteurs 5-HT_{1A} et D₂, a montré des effets anti-agressifs et tranquilisants dans plusieurs études conduites avec des patients atteints de diverses affections psychiatriques (schizophrénie, autisme et trouble de la personnalité émotionnellement labile). Ces effets s'observaient à la fois en cas d'administration orale continue et d'administration intramusculaire en phase aiguë, avec un plus faible risque de diabète et d'effets indésirables cardiovasculaires. En outre, une association de clozapine et d'anticonvulsivants a produit des effets jugés favorables dans des cas particulièrement sévères et résistants de violence avec agressivité, à cette réserve près que des études en double aveugle doivent encore être réalisées pour confirmer ce résultat [7]. De nombreuses études sont également en faveur de l'utilisation de benzodiazépines, qui ont une action directe, mais aussi d'anticonvulsivants (par ex. valproate, phénytoïne, carbamazépine), qui, indirectement, augmentent la neurotransmission GABAergique et ainsi, peuvent provoquer une dépression du système nerveux central et une diminution des tendances agressives [8]. Dans une étude conduite avec des détenus, une diminution du nombre et de la sévérité des actes de violence a été observée sous traitement par phénytoïne chez les détenus qui faisaient preuve d'agressivité impulsive, mais pas chez ceux qui ne présentaient pas d'agressivité impulsive. Le traitement par lithium seul ou en association avec des anticonvulsivants ou des antipsychotiques atypiques a également montré des effets anti-agressifs concluants [7]. Dans une étude suédoise récente, qui a utilisé comme critère d'évaluation les actes de violence sévères chez des patients atteints d'affections psychiques, un plus petit nombre de crimes avec violence a été constaté chez les patients schizophréniques sous traitement antipsychotique; il est toutefois intéressant de noter qu'en cas d'association avec des médicaments stabilisateurs de l'humeur (tels que le valproate, la carbamazépine, le lithium, etc.), aucune diminution du risque de violence n'a été observée avec le temps. Par contre, chez les patients atteints de troubles affectifs bipolaires, l'utilisation d'antipsychotiques avec des médicaments stabilisateurs de l'humeur était corrélée à une réduction des actes de violence sévères [9].

En cas de psychose avec agitation, les antipsychotiques conventionnels (par ex. halopéridol) ou atypiques (par ex. olanzapine et rispéridone) sont souvent administrés par voie parentérale, en association avec des benzodiazépines. A ce sujet, une étude récente réalisée dans notre établissement a montré qu'après administration orale de l'un des trois antipsychotiques (halopéridol, olanzapine ou rispéridone) dans des conditions similaires, un apaisement s'observait rapidement, en l'espace de 2 heures. Concernant l'administration en monothérapie ou en association avec des benzodiazépines et/ou du bipéridène, aucune différence considérable n'a été constatée, mais une différence a été notée entre les sexes, avec une meilleure réponse au traitement chez les patients de sexe masculin [10].

En pratique: aux urgences et dans le service

A côté des institutions psychiatriques et des structures de soins communautaires, la plupart des agressions ont lieu dans des services d'urgences. Les agressions sont alors typiquement (env. 65% des cas) commises par de jeunes patients drogués [11]. Les déclencheurs directs potentiels de l'agressivité incluent de simples contacts, certains mots, de mauvaises nouvelles, une méconnaissance de la situation (en cas d'intoxication aux drogues ou d'exacerbation psychotique), la tentative du personnel de s'affirmer en mettant ses mains sur ses hanches et/ou une tentative de s'approcher du patient [1]. De longs délais d'attente peuvent être à l'origine d'une tension et d'une irritation, qui éclatent souvent sous forme d'agressions verbales à l'encontre du personnel d'accueil [11]. Il faut être attentif à la présence de signes annonciateurs (comme décrit ci-dessus), tenter d'établir le contact en s'adressant au patient par son nom, proposer au patient de changer de lieu (d'aller dans une pièce), lui proposer une place, poser des questions ouvertes («Qu'est-ce qui vous passe par la tête? Qu'est-ce qui vous énerve ou vous pèse en ce moment? Qu'est-ce qui pourrait vous aider à vous calmer?»), chercher les causes et les mobiles en posant des questions concrètes («Que voulez-vous dire exactement?»), adopter une attitude respectueuse, ouvrir ses mains, montrer ses propres sentiments et faire preuve de compréhension [1].

Côté environnement, il faut veiller à laisser les issues de secours ouvertes, supprimer les objets dangereux, faire évacuer les curieux et, en cas de patients intoxiqués à l'alcool, demander aux accompagnateurs (amis, parents) de quitter les lieux [11]. Dans les cas risqués, il convient de faire appel au service de sécurité et/ou à la police, ainsi qu'au service psychiatrique [6] (tab. 1 ) . Peu avant une explosion d'agressivité, certaines actions comme prononcer à voix forte le mot «stop» et tendre la main peuvent encore permettre d'interrompre le processus agressif. En cas d'explosion de violence, le médecin devrait quitter la salle d'examen et dans l'idéal, la verrouiller de l'extérieur en appuyant sur un bouton rouge. A ce moment-là, la salle d'examen se transforme en chambre d'isolement et le comportement agressif du patient en colère peut ainsi être dirigé contre lui-même et contre des objets, mais plus contre d'autres personnes. La présence d'un miroir sans tain permet au médecin de voir ce qui se passe dans la pièce sans courir de risque et sans être vu par le patient. Si le patient fait preuve d'un comportement d'automutilation, il est possible d'intervenir à tout moment. Des psychotropes sont utilisés dès lors que le patient agressif ne parvient pas à être calmé par le biais d'un dialogue de crise et de mesures de désescalade. En raison de son début d'action rapide, l'halopéridol (5 à 20 mg par voie parentérale) se prête bien pour la tranquillisation rapide, en particulier chez les patients intoxiqués à l'alcool ou aux drogues. Dans cette situation, l'utilisation de benzodiazépines est moins privilégiée étant donné que des doses souvent élevées doivent être administrées en raison du développement d'une tolérance et que des effets dépresseurs respiratoires communs peuvent détériorer l'état du patient [1]. Chez les patients psychotiques, le choix du médicament se porte généralement sur un antipsychotique que le patient avait déjà pris et auquel il avait bien ré-

pondu. Dans les cas difficiles, il peut également être nécessaire d'initier ou de maintenir une anesthésie [1]. Dans le cadre d'un syndrome démentiel, outre l'évitement des causes (par ex. trop faible niveau d'activité durant la journée, changement permanent de personnel soignant, pics de pression artérielle), l'halopéridol (0,5 à 1,5 mg) et la rispéridone (0,5 mg) sont également autorisés pour traiter les comportements agressifs et les symptômes psychotiques. Dans ce cas, il convient de tenir compte du risque accru d'effets indésirables extrapyramidaux, d'événements cérébrovasculaires et de mortalité, et d'en informer le représentant légal du patient. Dans ce cas de figure également, l'utilisation de benzodiazépines est moins appropriée en raison de l'augmentation potentielle des déficits cognitifs, des chutes et des fractures [12]. En cas de comportement agressif vis-à-vis de soi-même et d'autrui dans le cadre d'un trouble psychiatrique, l'indication d'un placement à des fins d'assistance doit

être vérifiée et le cas échéant, ordonnée par un médecin. Dans ce cas de figure, le patient doit, dans la mesure du possible, être informé du motif de son hospitalisation (en fonction de son degré de conscience de la maladie et du traitement), se voir expliquer ses droits et être interné à la clinique psychiatrique sous l'escorte de la police et des secours. Si le patient s'échappe du service des urgences et représente une menace pour lui-même et pour autrui, il convient d'avertir la police et de déposer un avis de mise en danger auprès de l'Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA).

A la division cellulaire de l'hôpital et à la clinique psychiatrique

Lors de l'admission, le personnel soignant et médical évalue généralement le risque de violence et d'agressivité au moyen de questionnaires et d'échelles (par ex. Brøset violence checklist modifiée) [5]. Par ailleurs, les événements agressifs qui se sont déjà produits peuvent être évalués à des fins statistiques en utilisant des échelles telles que la *Staff Observation of Aggression Scale-Revised* (SOAS-R) [13].

Isolement

Les services de soins intensifs en psychiatrie sont équipés de cellules de sécurité ou de chambres d'isolement. Ces locaux se caractérisent le plus souvent par des murs aux couleurs apaisantes, par des fenêtres équipées de barreaux à l'extérieur et par du mobilier en mousse; il n'y a ni couverts ni verres. Avant d'entrer dans la pièce, le patient doit se séparer des vêtements et des objets pouvant représenter un danger pour lui-même et pour autrui.

Mesure de contrainte

Tout d'abord, le patient doit être informé de la nécessité d'appliquer une mesure de contrainte. En règle générale, six à huit personnes sont impliquées dans sa mise en œuvre. Le patient peut faire l'objet d'une contention physique (patient attaché à 4, 5 ou 7 points différents) ou être enveloppé dans de grands draps desquels il peut se défaire après un certain temps. Ensuite, le patient reste dans la chambre d'isolement.

Médication forcée

Le patient devrait d'abord se voir proposer un traitement oral avant l'administration par voie parentérale. En cas d'administration de benzodiazépines et d'antipsychotiques, il convient d'être attentif à la survenue d'effets indésirables et des contrôles de la pression artérielle et du pouls, des ECG et des contrôles visuels doivent donc être réalisés régulièrement. En cas de développement d'effets indésirables extrapyramidaux (par ex. spasme pharyngé, spasmes oculaires, spasmes et mouvements dystoniques, dyskinésies), l'administration orale ou intraveineuse d'Akineton (bipéridène) peut s'avérer nécessaire. Les médecins qui administrent des médicaments ayant des effets dépressifs respiratoires doivent auparavant avoir suivi des cours de premier secours (réanimation cardio-pulmonaire, *immediate life support*). La mesure de contrainte et la médication forcée doivent être documentées par écrit. Après des interactions agres-

Tableau 1

Différentes indications d'un consilium psychiatrique en urgence.

Mise en place d'un dialogue de crise et/ou d'une intervention de crise si la situation menace de dégénérer ou face à une situation de stress psychosocial sévère

Évaluation du risque suicidaire (par ex. lorsque le patient exprime des idées et plans suicidaires, en cas d'automutilations à des fins suicidaires potentielles, en cas de disparités dans le récit du patient et/ou dans l'anamnèse de tiers, en cas d'indices de précédentes tentatives de suicide du patient, de membres de sa famille ou de proches)

Présence de symptômes psychiques (par ex. psychose, agitation) et survenue d'un comportement de mise en danger de soi-même et d'autrui immédiatement avant et/ou lors de l'admission/pendant l'hospitalisation

Tableau 2

Marche à suivre pratique et gestion d'un comportement agressif chez un patient aux urgences et dans le service.

Marche à suivre en cas de comportement agressif chez un patient

Détecter les signes d'alerte précoces

Faire preuve d'empathie et de compréhension, garder son calme

Mener un dialogue de crise, chercher des compromis

Demander aux visiteurs et aux personnes non concernées de sortir, faire de la place

Proposer de prendre un tranquillisant (par ex. Temesta 0,5 à 1 mg) et/ou de faire appel à un psychiatre à des fins de conseil

Faire appel à du personnel de sécurité, organiser une ronde de surveillance

Si la situation menace de dégénérer, faire appel à la police, pas d'héroïsme!

En cas de mise en danger de soi-même et d'autrui dans le cadre d'un trouble psychique et/ou d'une intoxication à l'alcool/aux drogues, convoquer un consilium psychiatrique; le cas échéant, il peut être nécessaire d'ordonner un placement à des fins d'assistance et de faire interner le patient dans une clinique psychiatrique sous l'escorte des secours et/ou de la police

En cas de comportement d'auto-agression, de comportement agressif envers autrui ou d'absence de conscience de la maladie et du traitement (par ex. refus des médicaments) dans le cadre d'un traitement psychiatrique stationnaire, un isolement et une mesure de contrainte peuvent s'avérer nécessaires en cas d'échec de l'intervention de crise

Après un acte agressif, aménager une possibilité d'entretien avec le patient et le personnel médical; le cas échéant, déposer plainte à la police

Proposer des examens médicaux et un suivi psychiatrique-psychothérapeutique aux personnes concernées

sives et des traitements forcés, la possibilité d'une réunion de débriefing devrait être aménagée pour le personnel clinique concerné ainsi que pour le patient. Cette séance a généralement lieu avec toutes les personnes concernées, le patient et le médecin traitant le lendemain ainsi que 10 à 30 jours après l'acte agressif et elle est consignée par écrit.

Démarches après un acte agressif

Des traumatismes corporels et psychiques et/ou un sentiment d'impuissance ou de détresse peuvent survenir dans le cadre d'une interaction agressive et par la suite, ces manifestations peuvent même persister et remplir l'ensemble des critères d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) [14]. En cas de blessures physiques, des examens médicaux (médico-légaux) devraient dans tous les cas être réalisés (par ex. analyses sanguines afin d'exclure des maladies infectieuses comme l'infection par le VIH et les hépatites, examens instrumentaux, photos à des fins de documentation, examens gynécologiques en cas de viol, etc.) et en cas de problèmes psychiques, un suivi psychothérapeutique devrait être proposé. Par ailleurs, il est recommandé de déposer plainte auprès de la police après un acte de violence (tab. 2 ↩).

Prévention primaire et secondaire

Parmi les mesures préventives figurent d'une manière générale les dialogues de crise et les interventions psychopharmacologiques, mais également l'instauration de mesures de sécurité avec surveillance vidéo et recours à du personnel de sécurité, l'implication de la police ainsi que l'affichage d'un avertissement mentionnant que les auteurs d'agressions s'exposent à des mesures juridiques [15]. Les inconvénients de telles mesures préventives peuvent être le recours excessif à des mesures de privation de liberté et l'usage de la violence par le personnel de sécurité et la police [6]. Par ailleurs, elles peuvent avoir des répercussions délétères sur la relation médecin-patient [16] et être à l'origine qu'un manque d'autoréflexion et de l'exclusion des patients incommodes [6]. Dans les grandes cliniques, des centres d'intervention de crise devraient être mis en place [11] et chaque pièce devrait être équipée d'un dispositif d'alarme [6].

En plus de traitements individuels spécifiques, les patients violents (par ex. violences conjugales) peuvent également se voir proposer des options thérapeutiques en groupes.

Les médecins et le personnel soignant ont la possibilité de suivre des cours de gestion des agressions, qui sont généralement assurés par des professionnels (en Suisse: formateur de l'association Netzwerk Aggressionsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen, NAGS). Ces cours abordent notamment les principes théoriques, les techniques de gestion contrôlée des agressions et violences, la communication et l'attitude à adopter, la gestion de la sécurité et l'identification de l'attitude personnelle et des aptitudes personnelles. Le personnel soignant de psychiatrie, les médecins-assistants et les médecins spécialistes travaillant en clinique psychiatrique ont l'obligation de suivre un cours de base et de participer régulièrement à des cours de formation continue. Les médecins d'autres disciplines devraient également

avoir la possibilité de pouvoir participer à des offres de formation. Par ailleurs, il est recommandé d'assurer régulièrement des supervisions afin de pouvoir discuter de situations de violence dans le contexte clinique et de comportements d'auto-agression et de comportements agressifs envers autrui de la part de patients [17].

Aspects juridiques

Capacité de discernement et capacité d'exercer les droits civils

La capacité de discernement et la capacité d'exercer les droits civils d'un individu peuvent être limitées dans le cadre d'un handicap mental, d'un trouble psychique ou d'un trouble sévère de la conscience (voir informations complémentaires dans le Code civil suisse du 10.12.1907, art. 16–19). Si, dans le cadre de l'hospitalisation d'un patient, la question de la capacité de discernement de ce patient se pose, cette question devrait être évaluée par le biais d'un examen psychiatrique réalisé par des experts.

Légitime défense et état de nécessité

La personne attaquée ou toute autre personne présente ont le droit de se défendre de manière adéquate contre une menace ou une attaque. En cas de défense excessive, qui peut se produire en raison d'un état d'excitation ou de saisissement causé par l'attaque, il est question de défense excusable. En cas d'acte punissable commis pour se préserver ou préserver autrui d'un danger imminent et impossible à détourner autrement menaçant la vie, l'intégrité corporelle, le patrimoine, etc., cet acte fait l'objet d'une sanction plus légère; si cet acte est jugé inacceptable, il s'agit d'un état de nécessité excusable (voir Code pénal suisse du 21.12.1937, art. 15–18, état: 1.1.2014).

Placement à des fins d'assistance

Dans le canton de Berne, tout médecin titulaire d'une autorisation d'exercer peut ordonner le placement à des fins d'assistance d'un patient pour autant que la personne concernée souffre d'un état de faiblesse lié à un trouble psychique (y compris addictions), à une déficience mentale ou à un grave état d'abandon et que seul un placement dans une institution appropriée permette de fournir à la personne concernée l'assistance ou le traitement dont elle a besoin en raison d'une mise en danger d'elle-même et/ou d'autrui. Les dispositions d'exécution du placement à des fins d'assistance varient en fonction des cantons.

Correspondance:

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

Références

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