



L'actualité de la Psychiatrie Publique

Mai / Juin 2023

EDITO

Violence et dangerosité : paramètres majeurs de la pénibilité de la profession de psychiatres du service public

En ces temps de réforme des retraites et de recherche de restauration de l'attractivité professionnelle les psychiatres publics se doivent de trouver un critère discriminatif de la charge mentale, voire de la pénibilité de leur profession.

En effet , il est habituel d'évaluer la pénibilité des professions de médecin des hôpitaux sur la base de la permanence des soins .

Or, il est clair que sous le coup de la crise démographique, de la fermeture massive et excessive du nombre de lits et structures, la psychiatrie publique devient un véritable repoussoir pour les jeunes générations.

Deux paramètres majeurs sont le plus souvent mentionnés : la bureaucratisation de la profession avec la folie du nombre de certificats à produire dans le cadre des soins sans consentement (spécifiques à notre discipline) et, par ailleurs, les risques liés à la violence et à la dangerosité.

C'est ce deuxième paramètre : violence et dangerosité que nous abordons dans cette présente lettre de l'IDEPP.

Voyons donc ce qu'il en est.

La rédaction

La Psychiatrie publique face à la violence

Introduction

Jacques Glikman, Psychiatre hospitalier, GHU Paris.

Stéphane Bourcet, Psychiatre hospitalier, Vice-Président IDEPP

1. La dangerosité : « une notion complexe ».
2. Etat des lieux.
3. Analyse de la littérature
4. Un contexte actuel de crise avec pénurie de soignants et fermeture de lits et d'unités de soins.
5. Conclusions

La multiplication d'agressions de soignants ces dernières années et des faits récents nous amènent à vous proposer une réflexion sur la violence de certains patients, dans un contexte de pénurie soignante, de fermeture de lits et de structures de soins.

1) LA DANGEROUSITE : UNE NOTION COMPLEXE

La notion de dangerosité est une notion complexe, renvoyant aux théories positivistes du XIXe siècle (Garofalo 1885), en lien avec un sentiment d'insécurité sociale, politique et juridique ressenti par un certain nombre de personnes à cette époque. Cette notion a connu, et connaîtra vraisemblablement encore, des évolutions en fonction des lieux et des périodes historiques, en lien avec les exigences variables du droit pénal positif et de la protection de la société.

La dangerosité est classiquement abordée comme un risque de violence, c'est-à-dire d'acte par lequel s'exerce la force, qu'elle soit physique ou morale.

La violence doit être distinguée de l'agression, qui est une attaque violente contre les personnes ou les biens, de l'agressivité qui est une intention hostile sans acte agressif. Les définitions de la dangerosité sont nombreuses, avec une distinction essentielle entre dangerosité criminologique et psychiatrique.

La dangerosité criminologique

Le terme criminologique souligne la nécessité de prendre en compte les anomalies définissant la « personnalité criminelle » et les conditions du milieu capables de favoriser l'occurrence de l'infraction. La dangerosité doit donc être conçue comme un processus dynamique dont l'évaluation ne saurait se réduire à celle d'un individu.

Plusieurs définitions ont été proposées pour définir la dangerosité. Bénézech et al., considèrent la dangerosité criminologique comme « la capacité d'un individu ou d'un groupe à présenter un risque de violence et de transgression, physique ou psychologique, ou encore une disposition, dans un contexte donné, à passer à l'acte d'une manière violente ou transgressive », et Burgelin et al. considèrent la dangerosité criminologique comme « un phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes et les biens »

Ainsi, la dangerosité criminologique peut se définir comme la forte probabilité que présente un individu de commettre une infraction empreinte d'une certaine gravité contre les personnes ou les biens. La dangerosité criminologique ne peut pas être associée à un « état permanent » chez un individu car la dangerosité ne peut être déconnectée du contexte et des facteurs situationnels.

La dangerosité psychiatrique

Les différents rapports rendus ces dernières années définissent la dangerosité psychiatrique comme un risque de violence, et /ou de passage à l'acte lié aux symptômes d'un trouble mental, notamment au mécanisme et à la thématique de l'activité délirante. La notion de dangerosité psychiatrique s'applique le plus généralement aux troubles psychotiques (schizophrénie, psychose paranoïaque) et aux troubles de l'humeur sévères (épisode dépressif, trouble bipolaire).

La dangerosité des individus souffrant d'un trouble mental grave a longtemps été surévaluée, avec une peur de la population générale vis-à-vis des personnes souffrant de troubles psychotiques, notamment de schizophrénie.

2) ETAT DES LIEUX

Les déclarations spontanées d'incidents, hors du champ des pratiques médicales, par les établissements de santé et médico-sociaux en France sont collectées par l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS). Le rapport de 2014 de cet organisme indiquait que la psychiatrie apparaît, sur la base des déclarations d'incidents, comme le secteur le plus touché par les incidents violents (24 % des signalements en 2013 pour 3 012 signalements) devant les urgences et les services de médecine.

Le rapport de 2022 de l'ONVS fait état pour les années 2020 et 2021 de 19328 signalements pour 391 établissements déclarants parmi lesquels 82 % sont des signalements d'atteintes aux personnes (dont 21 % sont liées directement à un trouble psychique ou neuropsychique (TPN) et 18 % sont des signalements d'atteintes aux biens (dont 4 % sont liées directement à un TPN). Ce critère des violences dues à un TPN (altération totale ou partielle du discernement) présente un intérêt important dans l'analyse qu'en fait l'ONVS car il permet de ne pas les mettre sur le même plan que des violences dues à des comportements de délinquance ou d'incivisme.

Cependant, que les violences soient dues ou non à un TPN, les conséquences néfastes sont les mêmes sur les personnels de santé et sur les témoins.

Concernant les structures

En 2020-2021 Les cinq types de structures et d'unités déclarant le plus de violences sont :

- Psychiatrie (22,2%) 4 097 signalements d'atteintes aux personnes /946 atteintes aux biens dont 1339 (31,2%) liés à un TPN

- USLD/EHPAD (12,5%) 2 364 signalements d'atteintes aux personnes /255 atteintes aux biens dont 1176 (48,6%) liés à un TPN

- Urgences (12,2) 2 276 signalements d'atteintes aux personnes /361 atteintes aux biens dont 182 (7,7%) liés à un TPN

- Unité de soins (10,1%) 1 691 signalements d'atteintes aux personnes /477 atteintes aux biens dont 678 (34,9%) liés à un TPN

- Médecine (7,6%) 1 347 signalements d'atteintes aux personnes /277 atteintes aux biens dont 184 (12,5%) liés à un TPN

Concernant les victimes

En 2021, 34 550 victimes d'atteintes aux personnes et aux biens ont été recensées, soit : 29 214 victimes d'atteintes aux personnes et 5 336 victimes d'atteintes aux biens.

Parmi les victimes d'atteintes aux personnes, les « personnels » représentent 84% du total avec une subdivision de :

- 93,2% pour les personnels de santé dont médecins 8% (1 791), IDE 46% (10 577), AS et autres personnels soignants 46% (10 512) ;

- 6,8% pour les personnels administratifs (1 682). Les patients représentent 8% des victimes (2 422), les agents de sécurité 4% (1 194), autres 3% (804), les visiteurs 1% (229).

Concernant les auteurs

En 2021, 19 115 auteurs de violences aux personnes ont été recensés répartis ainsi : Patients 70,1% ; accompagnateurs et visiteurs 19,3% ; autres 6,4% ; personnels de santé 3,6% ; détenus 0,4% ; agents de sécurité 0,1%.

L'ONVS répertorie en quatre catégories les auteurs de violences :

- la violence de personnes aux comportements délinquants, personnes marginales ou dans un état second (sous emprise manifeste d'alcool ou de stupéfiants), qui agissent le plus souvent dans ce rapport de violence et de force très marqué.

- la violence de « M. et Mme Tout-Le-Monde » dont pâtissent tous les secteurs d'activité de la société rendant un service à la population, dont les établissements de santé.

- la violence de personnes souffrant d'un trouble psychique ou neuro-psychique (TPN) altérant de façon totale ou partielle le discernement.

- la violence par ou entre des professionnels (uniquement 3 % des violences signalées)

3) ANALYSE DE LA LITTÉRATURE.

La HAS dans son Guide méthodologique de septembre 2016 « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie » précise que dans d'autres pays, les rapports établis sur la base des événements déclarés font apparaître eux aussi la fréquence de la violence dans les services de psychiatrie.

Le NHS Protect montre que, sur 68 683 incidents déclarés, 47 184 concernaient des services prenant en charge des personnes ayant des troubles psychiques. Dans une enquête canadienne, 20,3 % des infirmiers psychiatriques déclarent avoir été agressés physiquement, 43 % menacés, 55 % agressés verbalement au cours de leur dernière semaine de travail.

Dans l'enquête « Santé et satisfaction des médecins au travail » (SESMAT), recueillie auprès de praticiens séniors (médecins et pharmaciens) exerçant des fonctions salariées dans des établissements de santé publics et privés, les psychiatres sont plus nombreux que les autres praticiens à se déclarer victimes de violences au moins mensuellement de la part des malades ou de leur famille (55,1 % vs 27,5 %).

Il ressort de la littérature que la période suivant l'admission d'un patient (le plus souvent en phase aigüe de décompensation) et l'hospitalisation de longue durée sont deux situations à risque élevé de violence.. Plusieurs études suggèrent que les services accueillant principalement des patients institutionnellement dépendants sont plus touchés que les autres par la violence.

Les données françaises non publiées (bilans d'observatoires de la violence par exemple) suggèrent fortement qu'en France aussi les incidents violents sont plus fréquents dans les services de long séjour psychiatrique et concernent souvent des patients en hospitalisation de longue durée.

Plusieurs auteurs ont étudié les facteurs susceptibles de favoriser la violence à l'hôpital. Ainsi Henk Njman propose trois types de facteurs pour comprendre le phénomène de violence lors des hospitalisations en psychiatrie :

- les facteurs « internes », c'est-à-dire les caractéristiques des patients : pathologies, âge, sexe, etc.
- les facteurs « externes » : environnement et cultures institutionnelles, architecture, flux et types de patients, temporalité (moment de la journée), formation et expérience des professionnels.
- les explications mettant l'accent sur l'interaction entre les personnes et la situation.

4) UN CONTEXTE ACTUEL DE CRISE AVEC PÉNURIE SOIGNANTE, FERMETURE DE LITS ET DE STRUCTURES DE SOINS

A Paris, le 28 janvier 2022, l'IDEPP et d'autres organisations représentant le secteur de la psychiatrie alertaient dans un communiqué de presse sur les départs massifs et sans précédent de médecins, et désormais de personnels soignants non médicaux, obligeant les établissements psychiatriques à fermer des lits, voire des unités entières.

Manifestement, la mesure de l'urgence et de la gravité de la situation de crise que connaît la psychiatrie publique dans notre pays est loin d'être prise en compte. Depuis plusieurs mois, le monde de la psychiatrie s'inquiète fortement d'une crise d'attractivité majeure qui a d'abord touché le personnel médical, avant de s'étendre au personnel non médical. Cette crise se manifeste au niveau de l'entrée dans la profession (psychiatres et soignants) et de la réorientation vers d'autres carrières ou modes d'exercices.

Ainsi, des praticiens quittent leurs établissements, aggravant ainsi une démographie médicale déjà en pénurie.

Cette situation entraîne la multiplication des fermetures de lits, voire d'unités entières, forçant à des restructurations particulièrement délétères pour la prise en charge des patients dans des conditions souvent très dégradées. Par ailleurs ce contexte de fermetures amène à la concentration de patients difficiles sur le plan comportemental et qui présentent des pathologies sévères dans une même unité de soin. Cette situation amène à accroître les risques de violence envers les soignants, comme en atteste les faits d'agressions récents avec des atteintes graves, voire très graves, sur le plan physique.

Au-delà de l'atteinte physique, l'impact psychologique est important et a été étudié. Ainsi, Ian Needham dans une synthèse de 27 études sur le retentissement psychologique des agressions chez les professionnels montre que les sentiments les plus fréquents chez les professionnels exposés à la violence sont l'anxiété, la peur, la colère, le sentiment de culpabilité, la perte de confiance dans leurs compétences professionnelles.

Une autre étude portant sur 224 professionnels victimes de violence a mis en lumière des symptômes de stress post-traumatique chez 56 % d'entre eux. Ces effets paraissent liés aux violences verbales comme aux violences physiques.

Des études françaises et de langue anglaise ont exploré le vécu des soignants victimes. Les professionnels touchés par les incidents ont souvent le sentiment d'être abandonnés par l'institution ou rendus responsables par le reste de l'équipe.

Les mécanismes de défense mis en place par les collectifs de travail face à ces événements ont été analysés dans plusieurs publications françaises : désignation de boucs émissaires, fascination, distorsion des communications.

Au-delà de ces risques de violence avérés il convient de rappeler un certain nombre de données :

- 2,7 % des actes violents sont commis par des personnes souffrant de troubles psychiatriques.
- 80 à 85 % des auteurs d'homicide ne souffrent pas de maladie mentale grave.
- les personnes atteintes de troubles psychiatriques dans la population générale sont 12 fois plus victimes d'agressions physiques.
- selon les études, 85% à 95% de la violence commise dans la communauté (hors institution) n'est rattachée à aucune affection psychiatrique.
- les passages à l'acte violents des patients psychiatriques ne concernent qu'un très petit nombre d'entre eux, répondant à des critères très spécifiques (défaut d'insight, mauvaise observance aux traitements, conduites addictives, etc.).

5) CONCLUSIONS

Si le risque zéro en matière de violence n'existe pas, l'expérience des professionnels, et des études approfondies montrent qu'il est possible, dans de bonnes conditions, de le réduire notablement.

Ainsi, il convient de disposer sur l'ensemble du territoire du nombre de lits nécessaire pour accueillir les patients en état aigus, des effectifs de professionnels correspondant aux besoins, de temps d'échanges et de synthèses intégrés dans les plannings, d'une stabilité des équipes, d'un accès aisé à la formation individuelle et en équipe notamment sur la gestion des risques spécifiques.

Le repérage des situations à risque, notamment les ruptures de prise en charge, la réflexion et l'intervention collective précoce et coordonnées face à des signes précurseurs, le debriefing collectif d'un incident, l'accompagnement des victimes, la prise en charge des auteurs, l'analyse collective rétrospective de tous les incidents correspondent à un ensemble de savoir-faire indispensables au travail institutionnel. Bien entendu la prévention et la prise en charge de la violence nécessitent un nombre de soignants plus important.

La violence subie par les soignants génère de nombreux impacts négatifs : coût humain en terme de personnel en souffrance, d'arrêts de travail, de difficulté de fidélisation, de difficulté de recrutement, de sentiment d'insécurité, de coût financier pour l'établissement et pour la société, de mise en danger de la mission de service public (accès aux soins et continuité des soins), de dégradation de la réputation et de l'image de l'établissement, de blessures physiques et d'atteintes psychologiques.

Ces considérations concernent bien entendu l'ensemble des spécialités susceptibles d'être confrontées à des phénomènes de violence.

Cette réalité quotidienne et cette pénibilité doivent désormais être impérativement prises en compte par nos tutelles dans le déroulement de la carrière et la rémunération des professionnels exposés à la violence, afin de reconstituer des équipes disposant des effectifs et des compétences indispensables pour assurer, dans de bonnes conditions de sécurité, des prises en charge de qualité.