

Et si on parlait de la violence?

Dr Catherine BOITEUX, psychiatre
Pôle 75G28
GHU Paris – Psychiatrie & Neurosciences

Conférence UNAFAM
10 mars 2025

- 
- 
- Introduction et Objectifs
 - Quelques Données sur la Violence
 - Représentations et Stigmatisation
 - A Propos de la Dangersité
 - Troubles Psychiques et Violence
 - Facteurs de Risque de la Violence
 - Mécanismes et Signaux d'alerte
 - Prévention et Gestion des crises
 - Traitements et Soutien

Objectifs de notre soirée, et si on parlait de la violence?!



Replacer la violence dans le contexte général et déconstruire les idées reçues sur la violence et sur violence ↔ troubles psychiques

Comprendre les mécanismes, identifier les facteurs de risque et les signaux d'alerte, se poser la question de la dangerosité

Identifier pistes et stratégies de prévention et de gestion de la violence

Identifier les ressources de soutien pour les aidants



Quelques Données sur la Violence

Définitions de la violence

Larousse: extrême véhémence, grande agressivité, grande brutalité dans les propos, le comportement

OMS

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.**

Cette définition inclut tout type et toute forme de violence, et ce, sans égard au milieu (école, travail, communauté, etc.) ou au stade de la vie.

Rend explicites les conséquences de la violence sur la santé physique et mentale de la personne qui la subit.

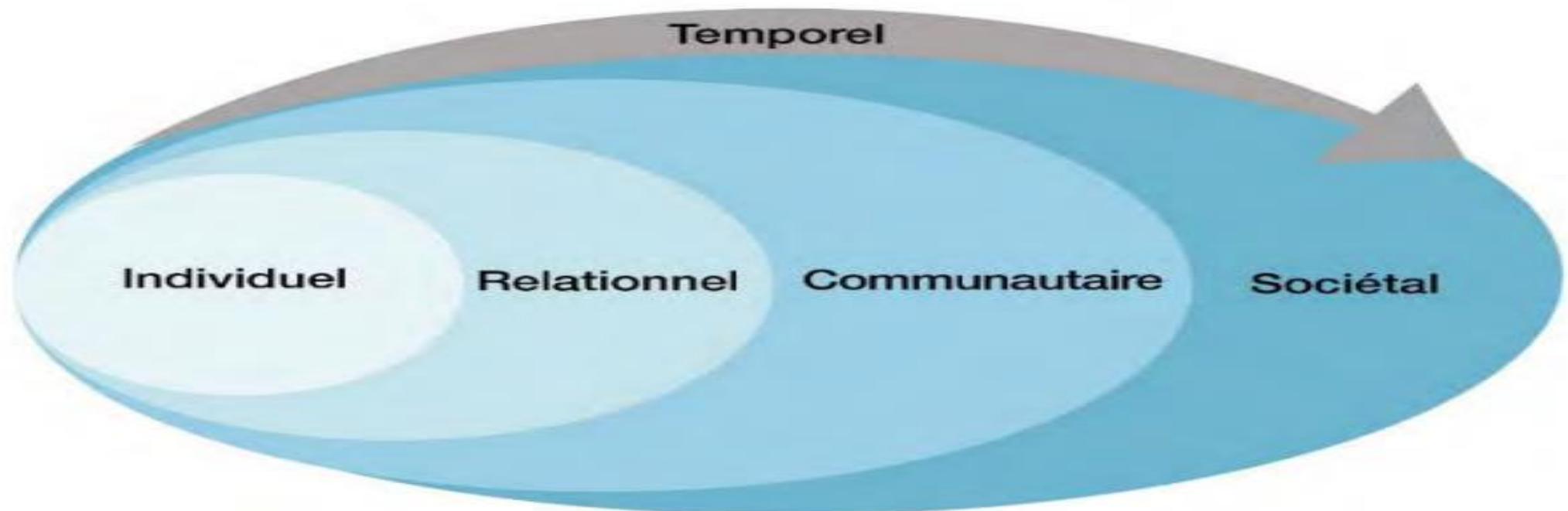
Selon la typologie proposée par l'OMS, **trois grandes catégories** :

1. la violence auto-infligée,
2. la violence interpersonnelle qui inclut autant la violence perpétrée par un proche que par un inconnu (nommé violence communautaire)
3. la violence collective qui peut être sociale, politique ou économique

Typologie, formes, facteurs de la violence selon l'OMS

| | |
|---------------------|--|
| Types de violence | En fonction : <ul style="list-style-type: none">❖ Du groupe envers qui la violence est dirigée (ex. : enfants, vieux, femmes, migrants, autochtones etc.)❖ De la nature de la relation entre les personnes impliquées, c'est-à-dire le lien entre elles (ex. : conjugale, relations amoureuses)❖ Du milieu dans lequel la violence survient (ex. : école, travail) |
| Formes de violences | Nature des actes violents (ex. : physique, sexuel, psychologique, verbal) |

Modèle écologique : niveaux de facteurs



Tentatives de théoriser la violence

Violence est un comportement et non une maladie

Décalage entre connaissances scientifiques et connaissances populaires sur la violence

Phénomène, comportement qui traverse les âges et les cultures, étudié par nombre de disciplines

☐ Philosophie

Réfléchit au sens de la violence alors que souvent la violence n'a pas de sens, même quand les causes sont nettes, elle n'ont pas de signification

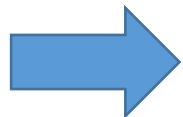
Mêle ou confond violence individuelle et violence d'Etat (extérieur = guerre, intérieur = répression)

☐ Histoire

Etudie la violence avec des résultats sur la compréhension et les causes mais limitées par le domaine qu'elle représente c'est-à-dire le passé

☐ **Sciences sociales**, identifient des causes qui sont limitées au champ social

☐ **Littérature**: a peut-être le mieux saisi les causes de la violence à travers les milliers d'histoires fictives mais plausibles, les faits sont inventés mais les affects sont vrais



Pas de théorie générale de la violence / données existantes dispersées



Données épidémiologiques générales



La violence tue 5 millions de personnes par an dans le monde

➤ 8% de la mortalité annuelle

soit 2x plus que le cancer du poumon

soit 3x plus que le diabète

soit 7x plus que le cancer du sein

400 000 à 450 000 homicide soit 1 homicide / minute dans le monde

Autres morts violentes: accidents, chutes, suicides

La violence est aussi **cause de handicap**

➤ Handicap physique et psychique

Après des siècles de baisse, les homicides ne régressent plus voir augmentent

1 000 homicides par an en France.

Vécu de violence pire que les chiffres / la perception de la violence dépasse son bilan factuel

Les supposées causes de la violence ... qui n'en sont pas

La violence ordinaire est toujours le fait d'une minorité d'individus

- **L'animal est violent:** violence le fait d'un petit nombre. Empathie, gestion du conflit et excuses existent dans le monde animal, notamment chez les primates
- **L'homme**, espèce violente: les hommes ne sont pas bons naturellement pour la violence mais il peuvent apprendre, *Randall COLLINS, sociologue*

Incompétence en terme de violence qui repose sur le schéma émotionnel qui se mobilise lors des confrontations: tension et peur ➡ difficultés à déclencher l'acte (une fois lancé par contre, l'homme est pris dans le rythme)

- **Sélection des plus forts:** aucun argument selon la théorie de l'évolution que la trajectoire ait sélectionné les plus forts parce que violents, au contraire
- Pas de **piste biologique ou génétique**

Causes de la violence

La violence ordinaire est toujours le fait d'une minorité d'individus

Expériences négatives:

1. dans l'enfance: enfance malheureuse, pauvreté, maltraitance, stress chronique, manque d'expériences positives, lacunes affectives, lacunes relationnelles (pas d'identification possible) etc.
2. chez l'adulte: pauvreté, promiscuité, inégalités, injustice, difficultés au travail, stress chronique etc.

Causes physiques: chaleur, changement climatique, bruit, alcool, plomb, offre de moyens violents

Causes culturelles:

1. Culture qui encourage l'honneur, l'agression comme indice de force et puissance
2. Culture qui renforce la violence comme preuve de virilité
3. Culture qui laisse les personnes avec un sentiment d'insécurité, d'absence de protection, qui soutient l'individualisme au détriment de la communauté

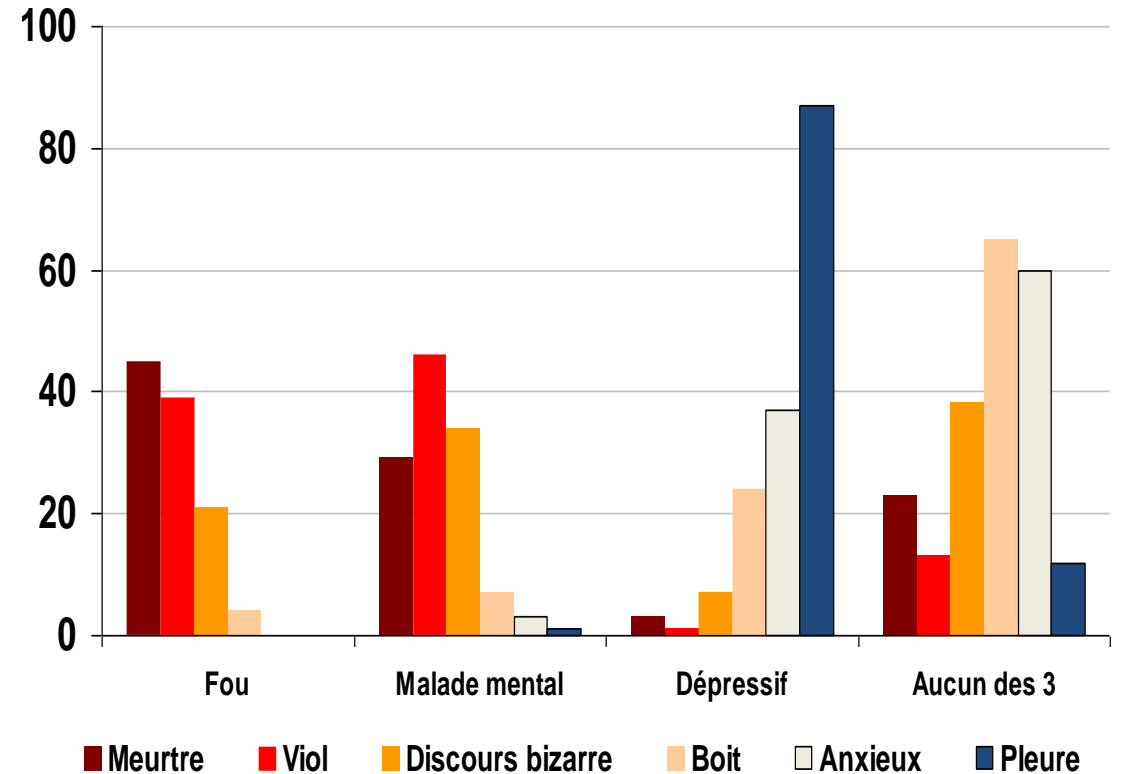
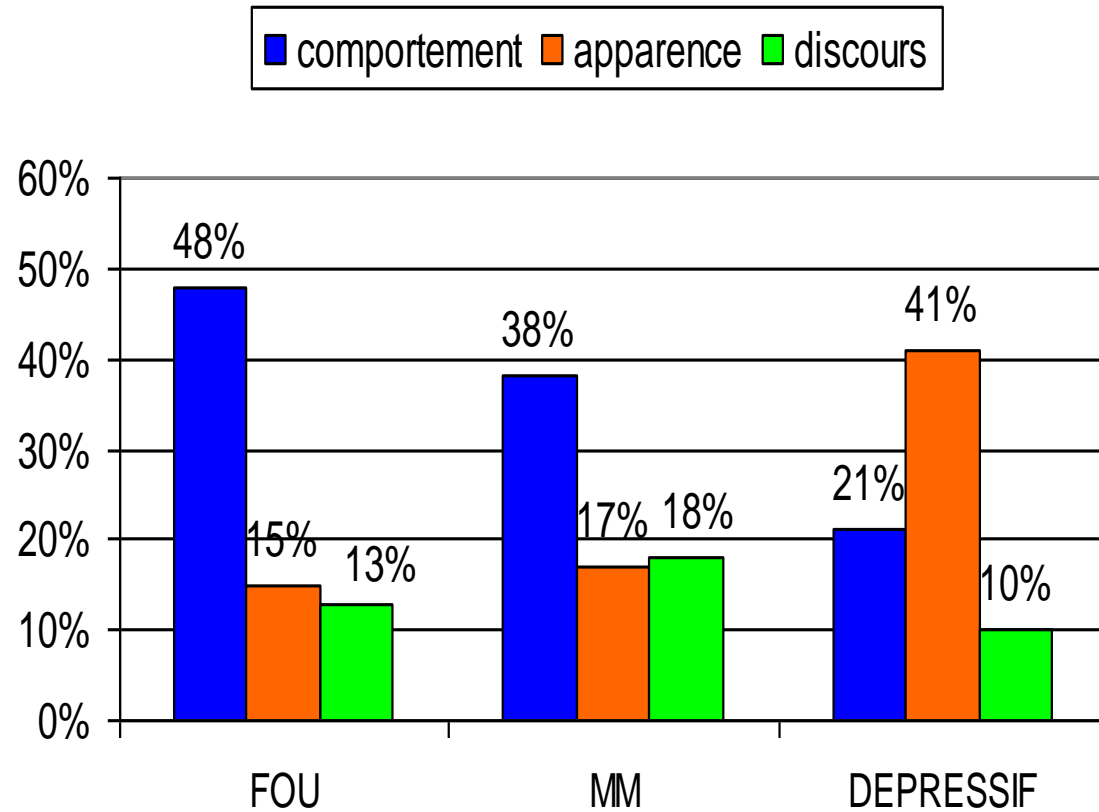


Représentations et Stigmatisation

SMPG: les mots pour le dire: variations culturelles des représentations

| | ALGER | Gde COMORE | MADAGASCAR | ILE MAURICE | NOUAKCHOTT | France METRO |
|------------------------|----------|------------|-------------|-------------|----------------|--------------|
| "FOU" | a perdu | déliné | nu | tête | fou | acte |
| | esprit | défaillant | saleté | esprit | agresse | danger |
| | seul | absurde | incapable | normal | à côté/anormal | norme |
| | raison | dérangé | bizarre | sain | habit/nu | réalité |
| | sale | | parler seul | raisonné | délirer | société |
| | | | | | | |
| "MALADE MENTAL" | fou | fou | fou | fatigue | perdu raison | cerveau |
| | malade | mémoire | délinant | mental | esprit | troubler |
| | esprit | conscience | déficient | alcool | diminuer | naissance |
| | tête | cerveau | inconscient | fou | mémoire | psychisme |
| | raison | | | | diable | defficient |
| | | | | | | |
| "DEPRESSIF" | problème | actes | triste | problème | mal à l'aise | noir |
| | triste | esprit | vie | vie | triste | nerf |
| | stress | paroles | victime | triste | problèmes | souci |
| | vie | geste | problème | souci | souffrir | gout |
| | nerveux | | malheur | stress | gêne | pleurer |

SMPG: les mots pour le dire: représentations en France métropolitaine



Idées reçues versus réalité

Idées reçues : Les troubles psychiques rendent dangereux

Réalité :

Seule une minorité des personnes concernées par des troubles présente des comportements violents

La majorité des violences dans la société n'est pas liée aux maladies psychiques

Les personnes concernées sont stigmatisées par la peur de la violence

Les personnes concernées par des troubles psychiques sont souvent victimes plutôt qu'auteurs de violence:

- 7 à 17 fois plus souvent victimes d'agressions verbales ou physiques que la population générale
- Seulement 3 à 5% des violences sont liées à un trouble psychique non traité
- 1 homicide sur 20 est commis par une personne avec trouble psychiatrique

Les personnes concernées sont stigmatisées ce qui induit certains facteurs favorisant la violence: isolement, rejet, expériences négatives



A propos de la Dangerosité

Concept de dangerosité ou de risque de violence : données contextuelles

Dangerosité

- ❑ notion complexe qui s'est développée à la fin du XIXe siècle (Garofalo 1885) et qui a repris de la vigueur dans les années 1980, en lien avec un **sentiment d'insécurité sociale, politique et juridique ressenti par un certain nombre de citoyens.**
- ❑ renvoie au caractère dangereux, le terme dangereux étant défini comme **ce qui constitue un danger.**

La dangerosité est une **perception subjective**, qui connaît des évolutions en fonction des temps et des lieux, au regard des exigences variables du droit pénal positif et des attentes de la société en termes de sécurité et de protection.

Fédération française de psychiatrie

Expertise psychiatrique pénale *(audition janvier 2007)*

Dangerosité psychiatrique:

- manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie

Réalité clinique connue de longue date

Dangerosité criminologique:

- Dangerosité prenant en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte .

Ces définitions de la dangerosité ne sont pas des définitions juridiques.



Comportements violents et psychiatrie





Ne concernent comme acteurs qu'une petite minorité de personnes souffrant de troubles psychiques.

Personnes concernées beaucoup plus fréquemment victimes de violences auto infligées ou infligées par autrui ou la société qu'acteurs

➤ **Prévalence des crimes violents envers les personnes concernées est 11,8 fois plus importante que dans la population générale.**

Les personnes souffrant de troubles psychiques ne sont que rarement impliquées dans une violence faite à des tiers

➤ tous types de violence confondus, 3 à 5 % seulement des actes violents seraient dus à des personnes souffrant de troubles mentaux



Troubles Psychiques et Violence



Quels troubles psychiques sont concernés (1)?



Schizophrénie en phase aiguë

- ❑ Délire, idées délirantes paranoïdes, envahissement hallucinatoire qui altèrent la perception de la réalité
- ❑ Impression ou illusion d'être menacé, injonctions hallucinatoires
- Réaction violente envers elle-même ou autrui .

Trouble bipolaire en phase aiguë

- ❑ En phase maniaque: comportements agressifs ou impulsifs en raison de l'irritabilité extrême, de la perte de contrôle de soi ou d'éventuels délires de grandeur .
- ❑ En phase dépressive: risque de gestes violents dirigés contre soi et parfois (rarement) contre les proches, notamment dans des scénarios tragiques de « suicide élargi ».

Un traitement et un suivi permettent à la très grande majorité des patients souffrant de ces maladies de ne pas présenter de dangerosité.

Dangerosité = maladie non traitée, mal suivie ou aggravée par d'autres facteurs (comme l'abus de substances).



Quels troubles psychiques sont concernés (2) ?



Trouble de la personnalité antisociale (psychopathie), associé à un taux plus élevé de comportements violents et criminels.

- Peu ou pas d'empathie et impulsivité élevée, absence de remords, froideur
- Favorise le passage à l'acte violent, indépendamment d'un trouble psychotique .

Trouble borderline

- Difficultés de reconnaissance et de gestion des émotions à l'origine d'une détresse émotionnelle extrême
- Colères intenses et des passages à l'acte impulsifs, parfois violents verbalement ou physiquement, surtout dans un contexte de relations interpersonnelles chaotiques

Autres troubles :

- Psychoses aiguës toxiques ou troubles délirants aigus (bouffées délirantes)
- Troubles neurocognitifs (démences)
- Confusion, perte de repère, incompréhension de l'environnement
- Agressivité



Facteurs de Risque de la Violence



Repérage des facteurs de risque



1. **Antécédents de violence** et de « troubles des conduites » dans l'enfance et l'adolescence

2. **Comorbidités psychiatriques**

Addictions : alcool et autres substances psychoactives

Aspects de personnalité psychopathique sous-jacents

3. **Troubles neuropsychologiques**

4. **Facteurs liés aux soins:**

Insight défaillant

Déni des troubles

Alliance thérapeutique : facteur de protection

Capacité à demander de l'aide

Suivi psychiatrique (accès aux soins, équipe référente, continuité du suivi)

5. **Facteurs propres aux symptômes** de la schizophrénie ou des troubles de l'humeur

Facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients ayant des troubles schizophréniques



| Facteurs généraux | Facteurs spécifiques |
|--|--|
| <p>Facteurs sociodémographiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Âge jeune < 40 ans - Genre masculin - Statut économique précaire - Faible niveau d'éducation - Célibat | <p>Diagnostic actuel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schizophrénies de forme paranoïde - Abus ou dépendance aux substances psychoactives - Personnalité antisociale comorbide (héboïdophrénie) |
| <p>Antécédents</p> <p>Antécédents personnels et familiaux judiciaires, de violence envers autrui ou d'incarcération</p> <p>Antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool</p> <p>Antécédents de « troubles des conduites » dans l'enfance ou à l'adolescence</p> <p>Antécédents de victimation</p> <p>Retard mental</p> | <p>Symptômes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Symptomatologie psychotique positive - Idées délirantes de persécution, de mégalomanie, de mysticisme, syndrome d'influence - Rêveries diurnes d'agresser autrui, idéation et pratiques perverses - Idées, fantasmes et propos de violence - Menaces écrites ou verbales évoquant un scénario de passage à l'acte en cours de constitution - Fascination pour les armes - Méfiance et réticence - Participation émotionnelle intense - Retrait social, émoussement affectif, désorganisation - Idées suicidaires - Symptomatologie dépressive - Dysfonctionnement frontal |
| <p>Facteurs contextuels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être victime de violence dans l'année - Divorce ou séparation dans l'année - Sans emploi dans l'année | <p>Facteurs liés aux soins</p> <ul style="list-style-type: none"> Défaut d'accès aux soins Incapacité à demander de l'aide Déni des troubles et faiblesse de l'insight Longue durée de psychose non traitée « Pseudo-alliance thérapeutique » Rupture du suivi psychiatrique Non-observance médicamenteuse Insuffisance du suivi au décours immédiat d'une hospitalisation |

Tableau 2. Facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients ayant des troubles de l'humeur

| Facteurs généraux | Facteurs spécifiques |
|---|---|
| <p>Facteurs sociodémographiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Âge jeune < 40 ans - Genre masculin - Statut économique précaire - Faible niveau d'éducation - Célibat | <p>Diagnostic actuel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trouble bipolaire type 1 > type 2 - Épisode dépressif caractérisé - Abus ou dépendance aux substances psycho-actives comorbide - Personnalité antisociale comorbide - État mixte - Épisodes dépressifs récurrents brefs |
| <p>Antécédents</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents personnels et familiaux judiciaires, de violence envers autrui ou d'incarcération - Antécédent d'abus ou de dépendance à l'alcool - Antécédent de « troubles des conduites » dans l'enfance ou à l'adolescence - Antécédents de victimation - Retard mental | <p>Symptômes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idées délirantes de ruine, de culpabilité, de grandeur ou mégalomaniaques ou idées délirantes non congruentes à l'humeur, persécution - Impulsivité, hostilité - Symptomatologie mélancolique - Idées suicidaires - Péjoration de l'avenir, incurabilité |
| <p>Facteurs contextuels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être victime de violence dans l'année - Divorce ou séparation dans l'année - Sans emploi dans l'année | <p>Facteurs liés aux soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - Défaut d'accès aux soins - Incapacité à demander de l'aide - Dénier des troubles et faiblesse de l'<i>insight</i> - Durée d'évolution avant le diagnostic - « Pseudo-alliance thérapeutique » - Rupture du suivi psychiatrique - Non-observance médicamenteuse - Insuffisance du suivi au décours immédiat d'une hospitalisation |



Facteurs de risque et déclencheurs



- ✓ Abus de substances (alcool, drogues, stupéfiants)
- ✓ Antécédents de violence (subies ou commises)
- ✓ Isolement social, précarité, stress intense
- ✓ Arrêt brutal des traitements médicamenteux
- ✓ Environnement insécure et/ou avec des facteurs physiques aggravant
- ✓ Environnement conflictuel
- ✓ Instabilité émotionnelle



Mécanismes et Signaux d'alerte

Phases d'escalade d'un comportement violent, phases 1 et 2

La violence est rarement instantanée mais elle émerge progressivement en suivant des phases

- ❑ Situation de départ, tension faible : stress, anxiété, frustration...
 - Si rien n'intervient pour l'apaiser, cette tension grandit.

Escalade de la violence en 5 phases

1- Phase de déclenchement (trigger)

- * Élément déclencheur soudain (remarque, reproche, événement imprévu etc.) ou insidieux (accumulation de stress, surcharge sensorielle dans l'environnement, fatigue, etc.).
- * Equilibre de la personne perturbé
- Possibilité d'arrêter la violence si identification du facteur déclenchant et neutralisation ou aide de la personne à le gérer

2- Phase d'escalade (agitation croissante)

- * Montée de la tension interne
- * Agitation, angoisse
- * Premiers signes extérieurs: irritation, colère
- Désamorçage possible par de pratiques de communication ou d'intervention apaisante.

Phases d'escalade d'un comportement violent, phase 3

3- Phase de crise (point culminant)

- ❖ Pic de la tension
- ❖ Perte du contrôle des réactions rationnelles
- ❖ Explosion de violence: cris, insultes, gestes agressifs, coups, etc.,
- Phase la plus critique, où la priorité devient la sécurité: mise en sécurité et éviter l'aggravation
- Communication verbale rationnelle très difficile



Phases d'escalade d'un comportement violent, phases 4 et 5



4- Phase de résolution/désescalade

- ❑ Epuisement
- ❑ Retour progressif dans la réalité
- ❑ Diminution progressive de l'agitation
- calme et écoute possibles, en étant vigilant quant à la sensibilité de la personne

5- Phase post-crise (dépression ou récupération)

- ❑ Retombée émotionnelle: abattement, honte, épuisement, regrets
- ❑ *Au contraire, dans le trouble de la personnalité psychopathique: absence de remords*
- dialogue apaisé, évaluation de la crise et des conséquences, reprise et/ou renforcement de l'accompagnement thérapeutique

Reconnaître les signaux d'alerte

Enjeu crucial: détecter les signes avant-coureurs indiquant qu'une tension est en train de se transformer en crise imminente.

La plupart des comportements violents sont précédés de signaux d'alerte observables.

- Verbaux** : hausse du ton, cris, injures, menaces, confusion
- Non-verbaux, langage corporel**: bras croisés serrés (attitude défensive), poings fermés ou crispés prêts à frapper, mâchoires serrées, respiration forte ou haletante, regard fixe, dur, posture agressive (se penche en avant, pointe du doigt...).
- Ou au contraire: air terrifié (yeux écarquillés, transpiration)
- Comportementaux** : gestes brusques, jets ou bris d'objets, déambulation, agitation
- Liés à l'état psychique**: propos sur la mort, la violence, propos délirants, intensification du délire, hallucinations auditives impératives, idées de ruine ou d'indignité pouvant s'étendre aux proches.
- Liés à l'abus de substances** : bouteilles vides, odeur d'alcool, shit ... , produits visibles...



Prévention et Gestion de Crise



Outils pour désamorcer une situation conflictuelle (1)



- **Garder son calme** : votre propre calme est communicatif. Etre posé, parler lentement, à voix basse et apaisante, sans crier. Prendre de profondes respirations
- **Environnement sécurisant** : réduire les stimuli stressants. Baisser le volume sonore : éteindre télé, radio, éloigner foule ou enfants présents . Moins il y a de chaos autour, mieux c'est. Dégager l'espace pour ne pas que la personne se sente piégée.
- **Distance et posture** : distance respectable (hors de portée de coup). Se mettre à sa hauteur, ne pas surplomber. Laisser une porte de sortie. Se tenir légèrement de biais plutôt que face-à-face direct (position moins confrontante).
- **Communication claire et simple** : discours clair et concis, phrases courtes, vocabulaire simple. Répéter calmement les messages importants



Outils pour désamorcer une situation conflictuelle (2)



- **Empathie et validation** : prise au sérieux ce que ressent la personne. Valider son émotion même si désaccord sur la cause. « Je vois que tu es vraiment très en colère/triste, je comprends que c'est dur ». Sans forcément approuver le comportement, comprendre le sentiment. Avoir de l'empathie ne signifie pas tout permettre, mais dans l'instant de crise, c'est prioritaire sur la logique.
- **Offrir de l'aide ou des solutions** : Poser des questions ouvertes montrant la volonté d'aider : « Qu'est-ce que je peux faire pour toi maintenant ? », « Qu'est-ce qui te ferait du bien ? ». Proposer une alternative concrète peut détourner de la violence : « Et si on allait marcher un peu dehors pour s'aérer ? ». Offrir un verre d'eau, suggérer de changer d'endroit peut également interrompre l'escalade en changeant le contexte.
- **Techniques de diversion** : changer de sujet momentanément ou utiliser l'humour doux peut désamorcer la tension. Faire appel à un souvenir positif, montrer une photo, ou parler d'un sujet neutre qu'ils aiment peut détourner l'attention
- **Encourager une pause** : Inciter la personne (et vous-même) à prendre un temps de pause. Par exemple : « On est tous les deux très énervés, on va se faire du mal en continuant. Si on s'asseyait en silence deux minutes, et on reprend après ? ». Ou proposez-lui d'aller s'isoler un moment dans un endroit qu'elle trouve apaisant.

Gestion de crise

Ce qu'il vaut mieux faire

Communication non violente (CNV)

Observation, Émotion, Besoin, Demande

1-décrire les faits sans jugement (« J'ai remarqué que... »)

2-exprimer le ressenti (« Je me sens inquiet/triste... »)

3-formuler le besoin sous-jacent (« parce que j'ai besoin de sécurité / respect»)

4-faire une demande concrète et positive plutôt qu'une exigence (« Pourrais-tu... ? »).

Parler en « je » au lieu de « tu » accusateur

Ecouter activement l'autre.

Ce qu'il vaut mieux éviter

- Sur réagir émotionnellement: crier, pleurer, paniquer
- Crier ou menacer
- Argumenter ou raisonner à chaud
- Critiquer ou humilier
- Avoir une attitude autoritaire ou paternaliste
- Mettre en place un contact physique inapproprié
- Avoir un contact visuel prolongé, appuyé
- Bloquer la sortie
- Parler avec quelqu'un d'autres et/ou employer la 3^{ème} personne

*Recommandations de la commission d'audition
Dangerosité psychiatrique :*

*Etude 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

RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION D'AUDITION: DANGEROUSITÉ PSYCHIATRIQUE : HAS / SERVICE DES BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES / MARS 2011

Recommandation n° 1. Il convient de savoir et faire savoir auprès des professionnels, des décideurs politiques et de la population que **les comportements de violence grave sont exceptionnels chez les personnes souffrant de troubles mentaux et qu'elles en sont plus souvent les victimes principales.**

Recommandation n° 2. Pour respecter la dignité des personnes en ne les réduisant pas à leur maladie, il convient de **bannir dans les médias et la communication au sens large** les termes de « schizophrène », de « malade mental dangereux », de « récidive », d'« évasion », etc. pour leur préférer les termes « personne souffrant de troubles schizophréniques », « moment de violence au cours d'une maladie mentale », « rechute », « sortie sans autorisation », etc.

Recommandation n° 3. **Bien que des facteurs de risque de violence aient été identifiés, aucun n'est absolu.** La présence de facteurs de risque ne doit pas faire perdre de vue que la violence s'inscrit dans l'histoire évolutive des troubles cliniques de la personne entre des périodes critiques et des périodes de stabilisation.

RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION D'AUDITION: DANGEROUSITÉ PSYCHIATRIQUE : HAS / SERVICE DES BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES / MARS 2011

Recommandation n° 4. Il convient d'interroger systématiquement les personnes souffrant de troubles schizophréniques ou de l'humeur sur leurs **antécédents de violence agie ou subie (type, cible, etc.) et de « troubles des conduites » éventuels.**

Recommandation n° 5. Les données de la littérature confirment que plus le nombre de comorbidités est important plus le risque de violence est élevé chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou de l'humeur est élevé. Il convient donc de **rechercher systématiquement les comorbidités** dans une approche globale et dynamique de la personne.

Recommandation n° 6. Il est nécessaire d'envisager systématiquement une **prise en charge globale des comorbidités** (abus ou dépendance à l'alcool ou à d'autres substances psychoactives et trouble de la personnalité de type antisocial), réalisée par une seule équipe ou par des équipes coordonnées.

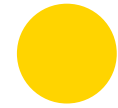
Recommandation n° 7. En raison du rôle majeur des substances psycho-actives dans l'excès de violence constaté chez les personnes souffrant de troubles schizophréniques ou de l'humeur, il est recommandé de **repérer systématiquement les consommations** par un examen clinique minutieux et, si besoin, des examens complémentaires sur signes d'appel, tant au cours du suivi que des situations de crise, en engageant une démarche de soins globale.

RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION D'AUDITION: DANGEROUSITÉ PSYCHIATRIQUE : HAS / SERVICE DES BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES / MARS 2011

Recommandation n° 8. Il est recommandé, en raison du manque de reconnaissance des troubles addictifs comorbides et de la stigmatisation des troubles mentaux, une **meilleure formation des professionnels et la généralisation de l'information du public sur l'impact des substances psycho-actives sur les actes de violence**, avec ou sans trouble psychiatrique comorbide.

Recommandation n° 9. La fréquente cooccurrence des conduites addictives et des troubles mentaux graves nécessite l'abolition des cloisonnements entre les structures de soins psychiatriques et addictologiques, ainsi que le renforcement de la coordination entre les différents professionnels dans un but de repérage, de prise en charge précoce individualisée et de mise en place d'actions de prévention. Il faut promouvoir les formations interdisciplinaires, temps fort de la prise de conscience de la réalité de terrain et de la diversité des champs d'exercice.

Recommandation n° 10. En milieu pénitentiaire, au-delà du repérage, du traitement et de l'organisation coordonnée des soins psychiatriques et addictologiques des personnes souffrant de troubles mentaux, il convient de préparer leur sortie et de les orienter vers les structures de soins au moyen des réseaux.



Conduite à tenir face à la violence émergente

Écouter le patient et garder le contact

- Ne pas chercher l'affrontement
- Rester à distance
- Éviter tout contact visuel intrusif
- Ne pas se montrer trop familier
- Se présenter comme quelqu'un qui n'a pas l'intention d'être offensif
- Ne pas attaquer directement les idées délirantes
- Poser des questions simples, chercher à coopérer avec le patient et non à le contrôler
- Ne pas hésiter à exprimer de l'anxiété
- Prévoir des portes de sortie, des moyens d'appeler à l'aide
- Faire intervenir un tiers extérieur qui modifie le contexte.



Mettre en sécurité le patient et son entourage

- Protéger les tiers
- Protéger le patient de l'accès à des objets potentiellement dangereux
- S'efforcer de canaliser les émotions des personnes présentes
- Évaluer si un tiers de l'entourage est ressenti comme perturbateur, et si un autre est perçu comme rassurant.

Si besoin, faire appel aux services de secours

Le plus souvent, c'est la famille ou l'entourage qui fait appel aux services de secours, mais le médecin traitant peut aussi demander l'intervention de partenaires comme :

- le Samu
- le service départemental d'incendie et de secours
- la police ou la gendarmerie, notamment en cas de patient armé : le code pénal autorise les professionnels de santé à déroger au secret professionnel lorsqu'un patient détient une arme ou manifeste l'intention d'en acquérir une.

Cette démarche enclenche une première évaluation psychiatrique qui débouchera sur une décision de prise en charge en ambulatoire ou à l'hôpital, avec ou sans consentement.



Les premiers recours: désescalade et la mise en sécurité face à une montée de violence

- ✓ écouter et s'efforcer de garder le contact
- ✓ ne pas chercher l'affrontement
- ✓ penser à se protéger et à protéger les tiers
- ✓ protéger le patient de l'accès à des objets potentiellement dangereux
- ✓ s'efforcer de canaliser les émotions des personnes présentes
- ✓ évaluer si un tiers de l'entourage est ressenti comme perturbateur, et si un tiers est perçu comme rassurant
- ✓ faire intervenir un tiers extérieur qui modifie le contexte

- ❖ respecter le territoire, rester à distance
- ❖ éviter tout contact visuel intrusif
- ❖ ne pas se montrer trop familier
- ❖ se présenter, verbalement et non verbalement, comme quelqu'un qui n'a pas l'intention d'être offensif
- ❖ ne pas attaquer directement les idées délirantes
- ❖ poser des questions simples et favoriser un fonctionnement coopératif et non de contrôle
- ❖ ne pas hésiter à exprimer de l'anxiété
- ❖ prévoir des portes de sortie, des moyens d'appeler à l'aide et un traitement approprié de l'épisode

Quel est le point de vue des patients et des familles sur la «dangerosité psychiatrique » ? Jean CANNEVA Président de l'UNAFAM

Les aidants de proximité (patients et proches) ont l'expérience de la « dangerosité psychiatrique »

Les personnes malades et leurs aidants de proximité savent parfaitement ce que peut signifier, à certains moments, la « dangerosité psychiatrique ».

La violence hétéro-agressive existe, même si elle est rare lorsqu'il existe un accompagnement adapté, y compris pour les proches. La seule possibilité de la violence provoque une peur dont il faut avoir le courage d'avouer l'intensité. Elle est liée à **l'imprévisibilité des comportements.** Des **formations spécialisées** sont nécessaires pour expliquer pourquoi et en quoi les personnes malades sont d'abord fragiles et ce qu'il faut faire pour prévenir les facteurs de risque. Du fait de leur fragilité, elles risquent en permanence la maltraitance et la stigmatisation. C'est bien le cas lorsque, face à des violences médiatisées qui paraissent inexplicables, le grand public se rassure en invoquant immédiatement les pathologies psychiatriques. Parler de « dangerosité psychiatrique » peut stigmatiser. **Le rapprochement entre les deux termes ne doit, en aucun cas, laisser penser qu'il existe un lien de nature obligée entre les pathologies en cause et la dangerosité hétéro-agressive.** Les associations spécialisées d'aidants de proximité ont appris à se former et à prévenir les facteurs de risque. **Parmi ceux-ci, trois situations leur paraissent déterminantes : l'isolement social, l'arrêt des traitements et la prise de substances addictives.**

Quel est le point de vue des patients et des familles sur la «dangerosité psychiatrique » ? Jean CANNEVA Président de l'UNAFAM

Les pathologies psychiatriques sont des pathologies de la liberté. Celle-ci est protégée par le législateur Les personnes malades vivent désormais dans 95 % des cas dans la cité. Les associations d'aidants de proximité peuvent témoigner du fait que l'arrivée des troubles crée une situation exceptionnelle par rapport au droit commun. Dans un contexte en partie imprévisible, la dangerosité existe mais n'apparaît pas prédictible au sens déterministe du terme. Il est vrai que le droit apporte des réponses adaptées à la complexité des situations. **Le législateur a, en effet, reconnu que les personnes dont les facultés étaient « altérées » ou « abolies » devaient d'abord être protégées. Il a créé, pour elles, des textes spécifiques concernant les mesures de protection juridique, les soins sans consentement ou la responsabilité pénale.** Ces textes imposent des règles qui vont, effectivement et à juste titre, au-delà du droit commun.

Quel est le point de vue des patients et des familles sur la «dangerosité psychiatrique » ? Jean CANNEVA Président de l'UNAFAM

Le rôle essentiel des aidants de proximité devrait être reconnu officiellement Après un temps d'apprentissage, les aidants de proximité deviennent capables de **détecter les situations à risque**. Ils sont les véritables acteurs de première ligne de la sécurité, c'est-à-dire les « veilleurs au quotidien » les mieux placés pour déclencher, le cas échéant, les procédures d'alerte et d'intervention des professionnels.

Les associations, qui les aident au quotidien, ne comprennent pas pourquoi les services qu'elles offrent ne sont pas systématiquement intégrés au dispositif d'accompagnement et aidés à concurrence de l'importance de leur rôle en matière de prévention. **Cette prévention a, en particulier, trois objectifs :**

- **maintenir, quoi qu'il arrive, un lien social ;**
- **s'assurer de la continuité des traitements ;**
- **et éviter, autant que possible, la prise de substances addictives.**

Pour ces associations, ces trois éléments constituent le socle de base du plan global qu'il convient de mettre en œuvre dans l'intérêt général.



Traitements
et
Soutien

Importance du cadre, des routines et du soutien familial

Prévenir la violence = installation d'un cadre de vie stable et rassurant pour la personne en souffrance psychique

- **Routines quotidiennes** : Mettre en place des habitudes régulières, des repères stables réduit l'anxiété liée à l'inconnu ou à l'imprévu. Les routines n'ont pas besoin d'être rigides, mais une certaine structure évite le chaos dans lequel les symptômes peuvent s'exacerber. Sommeil régulier, alimentation équilibrée et exercice physique sont des habitudes de base qui stabilisent l'humeur et diminuent l'irritabilité.
- **Règles claires et anticipations** : définir clairement ce qui est acceptable ou non en termes de comportement. Par exemple, poser la règle qu'insulter n'est pas acceptable, même en cas de colère, et discuter à tête reposée des alternatives (dire qu'on a besoin d'être seul plutôt que d'insulter). Ces règles doivent être discutées calmement hors des moments de crise. De même, anticiper un plan d'action en cas de signe d'escalade – qui sort de la pièce, qui appelle à l'aide, quelle pièce servirait de refuge – peut permettre d'agir vite et de manière coordonnée le moment venu.
- **Encourager l'expression des émotions** : environnement propice à la parole et l'expression des sentiments et émotions sans être jugé. Si le proche sait qu'il peut dire « Je ne me sens pas bien, je suis en colère contre... » et être écouté, il aura moins besoin de le manifester par des actes. Instaurer un rituel de discussion (par ex. tous les soirs, faire le point sur ce qui a été pénible ou bien dans la journée). Apprendre à communiquer autour des émotions et des symptômes.
- **Soutien et compréhension de la famille** : développer une attitude compréhensive, sans blâme ni jugement. Valorisez les progrès. Montrer que l'on sait que le trouble n'est pas de sa faute. Un climat affectif positif et encourageant réduit le stress.
- **Gestion partagée du stress** : aide à l'identification des stressors et à y faire face de manière saine. Par exemple, si les heures de pointe dans les transports le rendent agressif, voir s'il peut sortir à d'autres horaires ou l'accompagner. Si certaines discussions sont explosives (argent, etc.), choisir un médiateur ou un tiers pour en parler posément.
- **Implication du proche dans les décisions** : la personne concernée doit co construire les règles et routines. Elle peut rédiger son plan crise et le partager avec ses proches

Traitements et Approches Thérapeutiques

- Traitements médicamenteux
- Traitement non médicamenteux
- Psychoéducation
- Réhabilitation et insertion
- Plan de crise partagé
- Directives anticipées en psychiatrie
- Groupe de pairs et associations

Soutien aux Aidants

Des interventions prévues pour les proches

- Psychoéducation pour les proches : BREF, PROFAMILLE ...
- Plan de crise partagé
- Interventions familiales, thérapie systémique visant à désamorcer des dynamiques relationnelles problématiques visant à rétablir le dialogue
- Rencontres tripartites avec l'équipe de soins, la personne concernée et l'entourage
- Groupes de parole, de partage d'expérience

En tant que proche, ne rester pas seuls:

- ✓ Associations telles que l'UNAFAM
- ✓ Etre écouté, numéros d'écoute nationaux dédiés aux aidants (par ex. la Ligne nationale des aidants au 01 84 72 94 72)
- ✓ Dispositifs de répit pour éviter l'épuisement
- ✓ Avoir accès à de l'information: PSYCOM, HAS, Podcasts
- ✓ Soutien psychologique voir prise en charge d'un trouble psychique
- ✓ Aide sociale et juridique

Conclusion



Conclusion



La violence n'est pas une fatalité

L'entourage joue un rôle clé

Se former et demander de l'aide est essentiel

Prendre soin de soi en tant qu'aidant est tout autant essentiel

Merci de votre attention et de votre bienveillance!