

Conduite à tenir devant un état dangereux

Dr SEGHIR

I. Introduction-Définition

La dangerosité psychiatrique a été définie comme un « risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental et notamment au mécanisme et à la thématique délirante » ou comme une « manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale »

La dangerosité n'est pas une caractéristique innée du sujet. De nombreux éléments interviennent dans son apparition. La connaissance des facteurs de risque permet son évaluation selon des critères objectifs.

II. Evaluation de la dangerosité

Il s'agit d'estimer le risque de comportements violents, pour un individu donné, dans un contexte donné et selon un temps donné.

A. Les facteurs de l'évaluation de la dangerosité

1. Les facteurs prédisposants

Ce sont les éléments capables de renforcer les comportements violents : marginalisation, impulsivité, consommation excessive d'alcool ou d'autres substances, la perte de l'accès aux soins ou la rupture thérapeutique. Violences passées, subies ou agies par le sujet. La précocité des actes violents et leur sévérité ainsi que l'exposition à des maltraitances et à des modèles familiaux perturbés.

2. Les facteurs contextuels

Ce sont les éléments déclencheurs et facilitateurs du passage à l'acte : présence d'armes, accès à la victime, atteinte à l'estime de soi, évènements de vie marquants, alcoolisation aigue, etc.

3. Les facteurs cliniques

Les plus décrits sont la schizophrénie, les délires paranoïaques, la présence d'hallucinations, le trouble bipolaire, l'abus de substance, les troubles de la personnalité, notamment la personnalité antisociale.

4. Les facteurs de protection

Pondèrent le risque évalué. Parmi ces facteurs, on note un environnement social solide, des liens relationnels forts, l'investissement des figures d'autorité, l'investissement de la scolarité et une bonne alliance thérapeutique.

B. L'évaluation du risque

- **Le risque immédiat**, qui s'impose dans l'instant et souvent dans l'urgence
- **Le risque à court terme** (d'une semaine à un mois), dont l'évaluation permet l'élaboration d'une prise en charge à brève échéance
- **Le risque à long terme**, qui pose la question du pronostic.

Deux méthodes d'évaluation actuelles :

- **La méthode actuarielle**, issue de l'approche objectiviste, utilisée notamment aux USA et Canada. L'objectif est la prédiction d'une dangerosité future la plus précise possible en s'appuyant essentiellement sur une probabilité statistique.
- **La méthode fondée sur un jugement clinique**, issue de l'approche subjectiviste, notamment en France. Se base sur des critères relevant de l'appréciation du clinicien. Permet une adaptation individuelle, à chaque situation clinique.

III. Cadres nosographiques

A. Les psychoses

- **La confusion mentale (Delirium)** : devant l'onirisme terrifiant
- **La bouffée délirante (trouble psychotique bref et trouble schizophréniforme)** : devant le délire, l'automatisme mental et l'agitation psychomotrice.
- **La schizophrénie** : devant l'agitation psychomotrice, les impulsions paradoxales, et l'hétéroagressivité particulièrement envers la mère.
- **La paranoïa (trouble délirant)** : devant la forte charge affective liée aux délires passionnels et les états dépressifs majeurs liés au délire sensitif.

B. Trouble bipolaire et troubles de l'humeur

- **L'accès maniaque** : notamment avec des caractéristiques psychotiques, l'agitation psychomotrice intense et le déchainement sexuel.
- **L'accès mélancolique (trouble dépressif majeur)** : devant le risque suicidaire

C. Les troubles anxieux

Les troubles obsessionnels compulsifs : devant les décompensations dépressives et les obsessions impulsives, mais le passage à l'acte est rare.

D. Les troubles de la personnalité

- Les états limites : devant les états dépressifs sévères.
- Les déséquilibres psychopathiques : devant l'impulsivité et la facilité du passage à l'acte.
- La personnalité histrionique : devant les tentatives de suicide de chantage.

E. Les états déficitaires

- Les arriérations mentales : devant la suggestibilité, l'impulsivité et l'irritabilité.
- Les démences : devant les troubles du jugement, l'agitation psychomotrice et le délire de préjudice.

F. L'épilepsie

L'épileptique peut développer des troubles du caractère avec accès de colère explosifs et des agitations psychomotrices forcées.

IV. Démarche face à un malade dangereux

A. L'hospitalisation

- Est nécessaire pour tout malade présentant un potentiel dangereux.
- Permet la surveillance médicale et comportementale du malade et la mise en route du traitement.
- Si nécessaire se fera sur le mode d'une hospitalisation d'office.

B. Législation de l'hospitalisation d'office

Articles 152 à 156 du code de la sante 18-04 :

Le médecin psychiatre de l'établissement peut requérir une hospitalisation d'office au terme ou au cours d'une hospitalisation en service ouvert, d'une mise en observation, d'une hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'une mise en observation d'office.

La décision d'hospitalisation d'office est prise par arrêté du wali pour une durée de 6 mois maximum qui peut être renouvelée.

La décision de sortie est demandée au wali par le médecin traitant.

C. Le certificat médical de dangerosité

« Je soussigné, Dr, psychiatre, sur la demande faite par ... (nom, prénom du demandeur du certificat) et après avoir examiné Mr (Nom, prénom, date et lieu de naissance, n° de carte d'identité du patient), certifie qu'il est atteint d'une maladie mentale se manifestant par... (décrire les symptômes sans porter de diagnostic), le rendant dangereux pour lui-même, l'entourage et la sécurité public. J'estime dans ces conditions qu'il y a nécessité de placer Mr ... Dans un établissement spécialisé régi par la loi ou lui seront assuré les soins nécessaires à son état. »

D. Les critères de sortie de l'hôpital

- La bonne évolution clinique sous traitement.
- La précision d'un diagnostic.
- Le retour de l'autocritique.
- La discipline thérapeutique.
- La bonne prise en charge socio-familiale.