

# Save THE DATE

## 2 oct 2018

AprEs-midi scientifique

Psychiatrie mEdico-lEgale  
Integrer science et pratique clinique

Résumé des présentations du congrès de l'IAFMHS 2018



Centre Hospitalier jean titeca  
11 rue de la Luzerne, Schaerbeek



13h30-17h



Gratuit, Places limitEes,  
Inscription obligatoire



[colloque.octobre2018@chjt.be](mailto:colloque.octobre2018@chjt.be)

AccrEditation mEdicale eN Ethique et  
Economie sera demandEe

Centre Hospitalier  
**JEAN TITECA**

ASBL-VZW



Avec le soutien de

**janssen**

PHARMACEUTICAL COMPANIES

OF *Johnson & Johnson*



# Programme temporaire



Le contre-transfert dans la pratique mEdico-lEgale.

En tant que soignants, nous sommes confrontés à la violence, des dynamiques antisociales, des patients fort perturbés et fort perturbants. Le contre-transfert, en tant qu'outil diagnostic et thérapeutique, a été peu étudié de manière empirique. Nous présenterons les résultats d'une étude scientifique sur les différences contre-transférentielles entre les équipes nursing et les psychologues/psychiatres, ainsi qu'entre les soignants hommes/femmes.

La cognition morale des patients mEdico-lEgaux.

Trop souvent, les patients médico-légaux sont dépeints par l'opinion populaire comme dénués de moralité ou de raison. A contrario, dans nos pratiques, nous observons qu'énormément de passages à l'acte sont motivés par l'injustice, l'honneur, la culpabilité, la loyauté, etc. Durant cet exposé, nous détaillerons les liens entre différents types de violence et la cognition morale, ainsi que l'impact de la cognition morale sur la dangerosité.

Les réintégrations à la prison.

Les allers tout comme les retours d'un patient à la prison font partie de la réalité médico-légale. Dans cet exposé, nous présenterons les pratiques et les chiffres internationaux en la matière. Nous comparerons le système belge aux pratiques relayées dans les publications internationales.

Safewards.

Nos unités de soins sont fréquemment charriées par des conflits qui résonnent entre patients et personnel soignant. Le modèle Safewards décrit toute une panoplie d'outils et de pratiques de communications à la fois simples et faciles qui permettent d'apaiser et d'enrayer les processus d'escalade et d'agressivité.

Centre Hospitalier  
JEAN TITECA

ASBL-VZW



Avec le soutien de

janssen

PHARMACEUTICAL COMPANIES

OF Johnson & Johnson



---

# FORENSIC PSYCHIATRY : HIGHLIGHTS OF THE 2018 IAFMHS CONGRESS IN ANTWERP



PRESENTATION N°1 :  
MODELES CLINIQUES ET  
SPECIFICITES DES TRAJECTOIRES  
DE SOINS SECURISEES AU NIVEAU  
INTERNATIONAL

# La psychiatrie médico-légale

3

« Spécialité de la médecine basée sur les connaissances détaillées de questions juridiques pertinentes du système civil ou pénal. Son objectif est le traitement des délinquants atteints de troubles mentaux (ou d'autres personnes nécessitant une prise en charge similaire) y compris l'évaluation et l'encadrement du risque et la prévention de la récurrence. »

(traduit de Gunn J Taylor, 2014)

# Les traditions légales

4

➤ Loi de tradition romaine (Roman Law)

Loi détaillée

Interprétation limitée

Souligne les éléments  
psychologiques

Principe de responsabilité  
essentiel

Evolution des processus  
lente...

➤ Loi de tradition anglo-saxonne (Common Law)

Approche pragmatique

Pouvoir discrétionnaire du  
Juge plus important

Souligne les éléments  
comportementaux

Principe de responsabilité  
non essentiel

Evolution des processus  
plus rapide...

# Les dispositions au niveau européen

5

Détention provisoire limitée  
(Irlande)

Expertise (collégiale) obligatoire  
(Suède)

PML avec structures spécifiques  
(Finlande)

Groupes cibles et Unités « Long  
stay » (P-B)

Nombreuses petites structures  
(Italie)

Services uniquement résidentiels  
(Slovénie)

Ratio de lits élevés (Allemagne)

Détention provisoire non définie  
(Autriche)

Expertise non obligatoire  
(Grèce)

PML au sein des prisons (France)

Fin de traitement légalement  
définie (Croatie)

Une structure centrale (Lithuanie)

Services résidentiels et  
ambulatoires (UK)

Ratio de lits faibles (Espagne)

# Recherche européenne: EU-VIORMED

6

The European study on risk factors for violence and forensic care : a multicentre project ([www.eu-viormed.eu](http://www.eu-viormed.eu))

Critères d'inclusion:

- Schizophrenia Spectrum Disorder (DSM-V)
- F/H 18-65 ans
- Intelligence dans la norme
- Habilité à donner un consentement éclairé

Critères d'exclusion:

- Trauma crânien cliniquement significatif
- Maladie vasculaire cérébrale ou neurologique

# Le modèle anglais : Historique - 1

7

- En Grande-Bretagne, le développement des soins sécurisés est lié à celui des services psychiatriques :
- 1850-1950 : développement des asiles comportant déjà des services sécurisés high/medium/low
  - 1950-1975 : programmes de réhabilitation (NLI!) avec ↓ lits en HP, ↑ lits en HG (et soins ambulatoires)
  - 1975-... : développement des MSU pour hommes (1995 pour les femmes)

# Le modèle anglais :

## Historique - 2

8

- 1983 : premier service médico-légal ambulatoire
- 1986 : première communauté thérapeutique
- 1987-2000 : première LSU et trajectoires de soins sécurisées (high > medium > low > rehab units ou ambulatoire spécialisé)
- 2000-... : fermeture des rehab units du secteur publique et émergence du secteur privé
- 2012 : the Schizophrenia Commission report (révèle le système dysfonctionnel impactant la qualité de traitement et propose des recommandations)

# Le modèle anglais : Réseau Qualité - 1

9

- Objectif : améliorer les pratiques des MSU et LSU en développant et publiant des standards communs
- Physical security
- Procedural security
- Relational security
- Safeguarding children and vulnerable adults
- Patient focus

# Le modèle anglais : Réseau Qualité - 2

10

- Family and friends
- Environment and facilities
- Patient pathway and outcomes
- Physical healthcare
- Workforce
- Governance

# Le modèle anglais : Réseau Qualité - 3

11

- Facteurs clés :
  - Prise en main par le personnel de terrain connecté aux responsables
  - Recommandations pratiques
  - Faire réseau
  - Vision stratégique
  - Accréditation valorisée
  - Benchmark

# Le modèle canadien (British Columbia) :

## Contexte

12

- Forensic Psychiatric Hospital
  - 190 lits (4.7 lits/100.000 p.) > 30 lits pour personnes en détention provisoire (remand)
  - 9 unités à sécurité variable (4 max, 4 medium, 1 min)
  - 346 admissions (2017) + 196 admissions (remand)
  - $\cong$  80% de trouble du spectre de la schizophrénie
  - $\cong$  60% de trouble lié à l'usage de substances
  - $\cong$  15% de trouble / traits de personnalité du cluster B
  - $\cong$  10% de trouble de l'humeur
  - $\cong$  10% de trouble neurocognitif

# Le modèle canadien (British Columbia) : Modèle historique - 1

13

Trajectoires cliniques sécurisées standards peu spécifiques...

remand → max → medium → min security

... déterminées par la sévérité des symptômes et les troubles du comportement

# Le modèle canadien (British Columbia) : Modèle historique - 2

14

- Menaces :
  - nombreux passages à l'acte
  - nombreux isolements
  - décision centralisée par un trio peu présent sur le terrain (case manager, psychiatre, assistant social)
  - manque de communication entre unités de soins
  - liste d'attente en augmentation

# Le modèle canadien (British Columbia) : Modèle historique - 3

15

## □ Opportunités :

Utilisation de stratégie managériale de changement permettant une nouvelle conception des soins :

- Focus : évaluation des besoins du patient
- Nouvelle structuration du modèle de soins (équipe interdisciplinaire et duo psychiatre / infirmier en chef)
- Développement de projets thérapeutiques spécialisés (philosophie de soins, objectifs, critères d'admission...)
- Protocoles de transfert
- Evaluation continue

# Le modèle canadien (British Columbia) : Nouveau modèle - 1

16

## □ Trajectoires cliniques sécurisées :

Monitoring via une cascade :

- modèle de soins adéquat
- demande de transfert
- comité central multidisciplinaire
- rapport d'évolution, évaluation du risk (START)
- réunion de transfert inter-équipes

# Le modèle canadien (British Columbia) : Nouveau modèle - 2

17

- Effets court / moyen terme identifiés :
  - diminution de 50% des isolements
  - diminution de >50% des agressions
  - programme de soins adéquat pour >95% des patients
  - durée moyenne de séjour en baisse

# Le modèle canadien (British Columbia) : Nouveau modèle - 3

18

Les modèles de soins ne sont pas statiques !  
Il est important de ne pas simplement  
faire ce que l'on a toujours fait...

# Le modèle allemand : Land de Hesse

## Quelques chiffres

19

- 77 hôpitaux / sections médico-légaux
- >10.000 patients internés
- >50% sont schizophrènes
- Condamnés : 7% sont incarcérés >5 ans
- Internés code 63 : 32% mean LoS >10 ans
- Internés code 64 (addiction) : mean LoS <2 ans
- Taux de rechute : 5-14% (code 63) ; 33-48% (code 64)
- Tendances (2008/14) : ↑ internés et LoS ; ↓ condamnés

# Le modèle allemand : Land de Hesse

## Contexte

20

Changement de la loi en 2016 afin de :

- maîtriser les coûts
- respecter les droits de l'Homme
- mettre en balance les droits de l'individu et la sécurité publique
- répondre à l'intérêt croissant de la population sur le sujet (faits divers médiatisés)
- se conformer aux principes de base du droit européen (proportionnalité)

# Le modèle allemand : Land de Hesse

## La proportionnalité

21

- ▣ toute mesure doit avoir un objectif légitime
- ▣ la mesure doit être indispensable pour atteindre cet objectif et de la manière la plus économe possible
- ▣ la mesure doit être adaptée à l'atteinte de l'objectif
- ▣ la mesure doit être raisonnable en comparaison à d'autres groupes similaires

# Le modèle allemand : Land de Hesse

## Conséquences

22

Afin que les décisions soient prises en fonction de considérations de transparence et d'avis critique, il y a lieu de tenir compte :

- de la sévérité du délit commis
- d'alternatives à l'internement en hôpital psychiatrique sécurisé
- d'alternatives à la poursuite du traitement en cours
- d'un encadrement des mesures coercitives et de privation de liberté
- d'une adaptabilité de la durée de séjour
- d'une expertise externe tous les 3/2 ans

# Le modèle allemand : Land de Hesse

## Impacts - 1

23

### Plan de traitement global

- Récolte de données clés (délit, diagnostic, risque tel qu'évalué)
- Besoins du patient et facteurs protecteurs
- Evaluation du risque
- Pronostic : réponse au traitement, cas prioritaire, risque de fugue, risque d'incident
- Evaluation de la durée de séjour
- Temporalité critique : sortie à  $<6$  ans,  $<10$  ans,  $>10$  ans
- Facteurs permettant la sortie

# Le modèle allemand : Land de Hesse

## Impacts - 2

24

### Expertise

- Il y a 6 fois plus d'expertises mais pas d'expert pour les réaliser
- Les diagnostics peuvent changer d'une expertise à l'autre
- Les patients attendent d'expertise en expertise sans que rien ne change au niveau de leur traitement

# Le modèle allemand : Land de Hesse

## Impacts - 3

25

### Séjour hospitalier

- Sortie anticipée ! (tout patient dont la durée de la mesure d'internement est équivalente à la durée de la peine pour les mêmes faits délictueux)
  - « High speed treatment » pour les patients admis sortant
  - Sortie des patients « long stay » (risque de récurrence selon le profil – pédophile !)
  - Augmentation du turnover

# Le modèle allemand : Land de Hesse

## Impacts - 4

26

### Réseau

- Manque de structure pour accueillir les groupes critiques (délinquants sexuels, déficients intellectuels et sorties anticipés)
- Suivi médico-psycho-social ambulatoire rapproché
- Augmentation des ruptures de suivi

---

# DISCUSSION



# L'influence de la cognition morale dans la violence liée à la psychose

Louis De Page & Pierre Titeca

2 Octobre 2018 - Après Midi Scientifique

[Louis.depage@chjt.be](mailto:Louis.depage@chjt.be)

- Relate le travail de Ken O'Reilly & Harry Kennedy (Dublin, Irlande)
- Plus philosophique qu'empirique, quoique ...

# Comment la violence est-elle expliquée par la science empirique?

- Transition de l'empirie à la clinique
  - Prédiction actuarielles, statistiques, ... (VRAG, STATIC, ...)
  - Facteurs de risques, psychopathie (HCR-20, PCL-R, ...)
  - Facteurs de protection (SAProF, GLM)
  - Niveaux de sécurité (adéquation patient-environnement, DUNDRUM)
  - ...
- Les aspects cliniques reprennent une place prépondérante

## VRAG (1990)

1. Vécu avec parents biologiques jusqu'à 16 ans
2. Problèmes à l'école primaire
3. Antécédents d'abus d'alcool
4. Etat civil
5. Antécédents criminels non-violents
6. Echec libérations conditionnelles
7. Age lors des faits
8. Atteinte de la victime
9. Victime féminine
10. Critères DSM trouble personnalité
11. Critères DSM schizophrénie
12. Score à la PCL-R

## HCR-20 (1994)

- H1. Previous violence
- H2. Young age at first violent incident
- H3. Instabilité relations
- H4. Emploi
- H5. Abus substances
- H6. M. mentale majeure
- H7. Psychopathie
- H8. Early maladjustment
- H9. Tr. personnalité
- H10. Echec supervision
- C1. Conscience morbide
- C2. Attitudes négatives
- C3. Symptômes MMM
- C4. Impulsivité
- C5. Unresponsive to treatment
- R1. Plans lack feasibility
- R2. Exposure to destabilizers
- R3. Lack of personal support
- R4. Non-compliance tmt
- R5. Stress

## SAProF (2007)

1. Intelligence
2. Attachement sécuritaire
3. Empathie
4. Habiletés d'adaptation
5. Maîtrise de soi
6. Travail
7. Activités de loisir
8. Gestion des finances
9. Motivation au tmt
10. Attitude envers autorité
11. Objectifs de vie
12. Médication
13. Réseau social
14. Relation intime
15. Soins professionnels
16. Conditions de vie
17. Contrôle externe

## DUNDRUM (2010)

- S1 Gravité gestes violents
- S2 Gravité torts auto-infligés
- S3 Imminence risque violence
- S4 Imminence risque suicide
- S5 Besoins psy légale spéc
- S6 Fugue et évasion
- S7 Contrôle des accès
- S8 Confiance public/victimes
- S9 Besoins complexes
- S10 Cpt établissement
- S11 Processus judiciaire
- P1 Emplacement actuel
- P2 Santé mentale
- P3 Prévention du suicide
- P4 Considérations humanitaires
- P5 Systémique
- P6 Priorisation judiciaire
- A1 Santé physique
- A2 Santé mentale
- A3 Drogues et alcool
- A4 Problèmes de comportement
- A5 Soins personnels et AVJ
- A6 Éducation, travail et passe-temps
- A7 Réseaux familiaux et sociaux
- R1 Stabilité
- R2 Introspection
- R3 Lien thérapeutique
- R4 Sorties
- R5 Risque dynamique
- R6 Sensibilités des victimes

# L'importance du délire dans le passage à l'acte criminel

- Connu depuis longtemps (e.g. Guiraud, 1931)
  - Mais le délire n'intervient pas pour tous les types de violences
  - Capacités de logiques maintenues, point de départ erroné
- "Délire~Violence" validé empiriquement (Fazel et al, 2009; Coid et al, 2013)
- Littérature scientifique: délire ~ violence  
Anatomie de cette relation est peu investiguée (O'Reilly et al, 2017).

# Types de violences (1/2)

- Violence expressive (ou réactive)

- Qui défend une valeur, réaction affective
- Souvent impulsive
- *Pt qui blesse des soignants en se débattant lors d'un isolement*
- *Pt qui veut tuer son frère pour l'empêcher de souffrir*
- *Bagarre*

64%

- Violence instrumentale

- Qui vise le plaisir, l'enrichissement, l'accomplissement
- Souvent avec une planification
- *(Tentative de) vol de voiture*
- *Pt qui s'exhibe aux abords d'une école*

36%

## Types de violences (2/2)

- Violence motivée par un but “égoïste” **46%**
  - Enrichissement personnel, plaisir, gains, ...
  - *Viol, vols avec violence, ...*
- Violence motivée par une conviction morale **54%**
  - *Terrorisme*
  - *Homicide motivé par la compassion, ...*

Violence instrumentale et à but personnel/égoïste

Violence expressive et à but personnel/égoïste

Violence morale et expressive

Violence morale et instrumentale

Vol simple  
Viol planifié

Vol avec violence

Coups et blessures

Terrorisme,  
homicide planifié,  
menaces, ...

29%

15%

46%

7%

Champ de cet exposé

Champ de l'internement

# « La moralité chez les fous? »

- Cliché populaire
- Les délires paranoïaques regorgent de thèmes moraux
- Par exemple: La férocité du surmoi, La logique du délire (Maleval, 2000)

# « Cognition morale »

- Le champs étudiant le jugement moral et la prise de décision (Greene, 2015).
- Cinq fondements moraux décrit par Haidt (2007)
  1. Bien vs. Mal/Tort
  2. Equitabilité vs. Injustice
  3. Loyauté vs. Traîtrise
  4. Autorité vs. Défiance
  5. Pureté vs. Dégradation/Souillure



*Délire de culpabilité*

*Persécution*

*Délire de jalousie*

*Mégalom, Insertion de pensées*

*Délire somatiques*

# Caractéristiques des cognitions morales

- Universelles  
*Indépendante des lois, usages ou traditions*
- Demandent une action  
*Par ex. l'injustice demande restauration*
- Transgressions morales sont punissables  
*Par ex. Homicide, viol, etc.*

# “La moralité arme le délire”

- « Morality weaponizes delusions »
- Légitimise, autorise, contraint à agir, ...
- Clive les affects contradictoire (ex. GL)
- Donne une suprématie, une impétuosité au cours des actions



# Implications sur le traitement & l'évaluation du risque

---

- Attention aux préoccupations morales
  - Pas forcément des hauts scores symptomatique PANSS
  - « Paranoïaque »
- Le patient a-t-il été convaincu, préoccupé ou absorbé par des questions morales? L'est-il encore? Y a-t-il une forme de prosélytisme?
- Quelle est l'ouverture aux avis contraire?
- Hypothèse en vogue: ↓capacité cognitive ~ ↑déficit cognition morale

# Semi-structured Interview of Moral Cognitions (SIMS)

- Interview/Evaluation du risque
- *Êtes vous préoccupé par le mal ou le tort qu'on peut vous faire? Par exemple, cela vous préoccupe-t-il plusieurs fois par jour? Qu'est-ce que cela vous fait? Ces pensées vous affectent-elles?*
- *Êtes vous actuellement préoccupé d'être traité injustement? Par ex, avez vous l'idée de devoir vous défendre contre une injustice qui vous est faite?*
- *Par rapport à ce sentiment d'injustice, pensez-vous qu'il est juste ou correct de vous défendre même si cela va à l'encontre du règlement ou de la loi? (Par ex: le règlement de l'hôpital ou les lois de ce pays)*

# Conclusions

- La simple inclusion de la MMM dans l'évaluation du risque est juste mais grossièrement insuffisante.
- Une partie de l'anatomie du lien "psychose-violence" se situe dans les raisonnements moraux qui sous-tendent le délire.
- La cognition morale est un médiateur clef dans la violence car elle "arme" le délire.



---

# FORENSIC PSYCHIATRY : HIGHLIGHTS OF THE 2018 IAFMHS CONGRESS IN ANTWERP



PRESENTATION N°3 :  
REINTEGRATION ET  
RESOCIALISATION AU DEPART  
DES UNITES DE SECURITE  
MOYENNE



# Le modèle anglais des MSU :

## Contexte

3

- 950 transferts de prison par an
  - Transfert urgent de condamnés (sentenced) / détention provisoire (remand)
  - Evaluation / Traitement contraint (Mental Health Act – Hospital order)
- Sorties
  - vers la communauté (community discharge)
  - vers la prison (prison remittal)
- ↑ 10% des réintégrations en 10 ans

# Le modèle anglais des MSU : Etude clinique

4

- ❑ Evaluation des facteurs associés aux patients qui transitent par les MSU
- ❑ 33 MSU en Angleterre et au Pays de Galle
- ❑ 3 volets :
  - Etude 1 (prospective) : resocialisation vs réintégration
  - Etude 2 (qualitative) : management par les psychiatres
  - Etude 3 (prospective) : follow-up réintégration (12 mois)

# Le modèle anglais des MSU :

## Volet 1 : resocialisation vs réintégration

5

- Comparaison sur une période de 6 mois entre les caractéristiques cliniques, criminologiques et de risque des patients resocialisés vs réintégrés

# Le modèle anglais des MSU :

## Volet 1 – Profil clinique et criminologique

6

	Réinsertion n=49	Réintégration n=92
Statut légal	Détention provisoire	Condamnés
Antécédents judiciaires	Peu nombreux	Nombreux
Type de délit	Faits moindres	Crimes
Diagnostic clinique	SMI 84% (psychoses 66%)	Trouble de personnalité 38% aucun diagnostic 7%
Durée de séjour	Longue (>24 mois)	Courte (<6 mois)
Histoire clinique		Admission préalable en MSU PA auto-agressif (P3A) P3A > admissions

SMI = Serious Mental Illness (trouble psychotique, bipolaire...)

Centre Hospitalier  
JEAN TITECA



ASBL-VZW

# Le modèle anglais des MSU :

## Volet 1 – Profil de risque

7

### Réinsertion (vs Réintégration)

HCR-20	Moindre pour C-R-Total
SAPROF	Moindre pour Facteurs « externes » Elevé pour Facteurs « internes », « Motivation » et pour le Total
PCL-SV	Moindre pour les sous-types « interpersonnel » et « déviance sociale » et pour le Total
MSRAG	Moindre pour les faits sérieux et avec recherche de gain (acquisitive)



# Le modèle anglais des MSU :

## Volet 1 – Profil final

8

	Réinsertion	Réintégration
HCR-20	Low Risk	High Risk
SAPROF	Facteurs de protection élevés	Facteurs de protection modérés
PCL-SV	Pas Psychopathe	Plutôt psychopathe Evaluation à poursuivre !
MSRAG	Risque faible de récidive	Risque élevé de récidive (acquisitive)

# Le modèle anglais des MSU :

## Volet 1 – Circonstances de réintégration

9

n = 92	Circonstances	
n = 80 (87%)	<b>Décision médicale</b>	
	n = 44 (48%)	Traitement complété
		n = 30 (32%) La peine est à terminer En attente du procès
		n = 6 (7%) Demande du patient
		n = 8 (9%) Autres
	n = 16 (17%)	Patient non adhérent
	n = 10 (11%)	Profil high risk
	n = 10 (11%)	Absence de SMI
n = 12 (13%)	<b>Décision judiciaire</b>	

# Le modèle anglais des MSU :

## Volet 3 – Accès aux soins si réintégration

10

- 40% SMI vs 40% PD (n=89)
- 94% SMI vs 78% PD sous médication psychotrope
  - 48% SMI vs 54% PD arrêt du TT
    - 100% SMI vs 93% PD concerne des antipsychotiques
- 73% suivi par une équipe spécialisée (MHIR – Mental Health Intensive Recovery service)
  - 88% jusqu'à leur sortie / durée du follow-up
- 25% suivi spécifique pour addiction
- 10% participation à un groupe de parole
- 2% suivi psychothérapeutique

PD = Personality Disorder

Centre Hospitalier  
JEAN TITECA

ASBL-VZW



# Le modèle anglais des MSU :

## Volet 3 – Réinsertion endéans l'année

11

<b>Transfert en MSU/HSU</b> <b>33%</b>	<b>Réinsertion communauté</b> <b>30%</b>
40% SMI vs 36% PD	49% SMI vs 17% PD
60% LoS MSU <6 mois	52% LoS MSU <6 mois
N/A	37% LoS prison <3 mois
86% MSU vs 14% HSU	N/A
N/A (probablement très élevé)	52% suivi par MHIR !
N/A	48% référés à CMHT

# Le modèle anglais des MSU : Research vs Terrain - Off the record...

12

- Absence de standardisation d'admission en MSU
- Décompensation en prison sans soins adéquats car liste d'attente en MSU
- Problèmes d'accès aux modules « addiction »
- Critères de maintien du suivi en MSU : diagnostic et « deserving of care »
- « Cultural shift » lié au coût de l'hospitalisation et la liste d'attente : réintégration + rapide (patients fragiles) et filtre des admissions (« gate keeping »)

# Le modèle anglais des MSU : Research vs Terrain - Off the record...

13

- Réintégration évite aux psychiatres de porter la responsabilité des risques de la réinsertion
- Réintégration et professionnalisme possible : concertation entre équipes + patient
- Mission des MSU questionnée vu le nombre de réintégration (mais impact du système judiciaire ?!)
- Les résultats montrent un système négligent qu'il faut améliorer

# Le modèle canadien des MSU : Réadmission après réinsertion - 1

14

- Etude prospective (follow-up = 12 mois)
- Première sortie définitive
- n=87
- H 84% / F 16%
- Age moyen = 36.4 ans
- Délit violent = 83%
- Schizophrénie = 82%
- Addiction (comorbidité) = 58%

# Le modèle canadien : Réadmission après réinsertion - 2

15

- 29% victimization
- 23% violence contenue
- 28% de réadmission ( $\geq 1$ )
- Latence moyenne = 4 mois (SD=3mois)
- Durée moyenne de séjour = 4 mois (SD=8.5mois)

Victimization = le délit fait une victime

Centre Hospitalier  
JEAN TITECA

ASBL-VZW



# Le modèle canadien : Réadmission après réinsertion - 3

16

## Circonstances :

- Décompensation psychiatrique (46%)
- Usage de substances (46%)
- Non adhérence (25%)
- Trouble du comportement (13%)
- Rupture du suivi (13%)

# Le modèle canadien : Réadmission après réinsertion - 4

17

## Facteurs prédictifs :

- Addiction
- HCR-20 : haut score et évaluation du Risk défavorable
- Longue durée du suivi par le « Review Board » (TAP)
- Longue durée du séjour initial en MSU
- Aucun effet de l'âge, du sexe, d'un trouble de la personnalité, du type de délit

# Le modèle canadien : Evolution après libération définitive - 1

18

- Etude rétrospective (follow-up = 12 mois post LD)
- n=60
- H 85% / F 15%
- Age moyen = 44.5 ans
- Durée moyenne de suivi (Review Board) = 7.6 ans
- Profil similaire à l'étude rétrospective (délit, diagnostic, ethnie)
- 20% de réadmission et 5% d'arrestation formelle

# DISCUSSION



# Le Contre-Transfert avec des patients medico-légaux

Après-midi scientifique CHJT

2 Octobre 2018

[Louis.depage@chjt.be](mailto:Louis.depage@chjt.be)

Louis DE PAGE, Benjamin THIRY, Marie BOULANGER, Bénédicte DE VILLERS, Thierry PHAM, Xavier SALOPPE, Patrizio DI VIRGILIO

**Le GTCSI Recherche est un groupe de recherche ouvert à tous!**

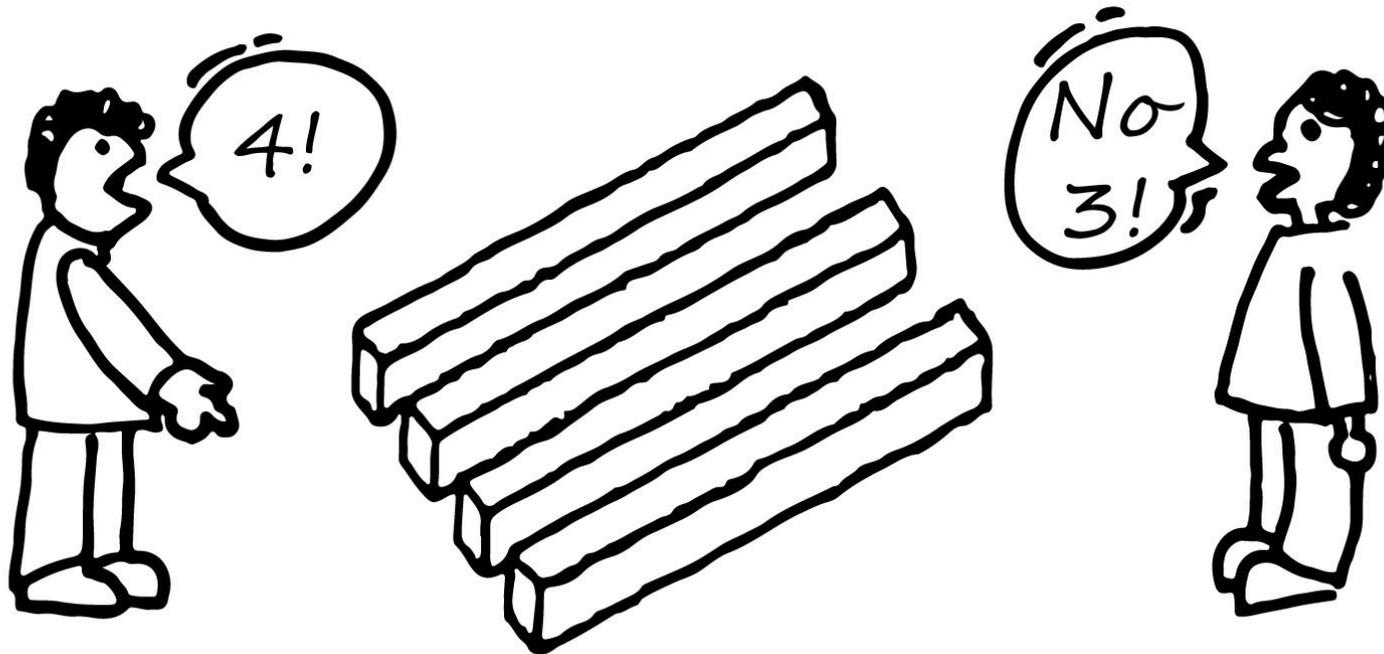
L'étude empirique du contre-transfert est sujette à énormément de biais.

Il s'agit ici d'études exploratrices, qui étayent des hypothèses.

Je remercie chaleureusement l'équipe Hegoa pour sa patience et son investissement.

# « Contre-transfert »

- La réaction du soignant au patient  
(conscient/inconscient, émotionnel/cognitive, psychique/comportementale, ...)



# Que sait-on déjà?

- Valeur thérapeutique et diagnostique
- Sans contrôle:
  - Acting-out (pugnitif ou coercition)
  - Exténue l'équipe → Burn-out
  - Réaction d'équipe → Clivages et disputes
  - Impacte l'évaluation du risque et la prise de décision
  - + Aveuglé par le CT positif ou séducteur

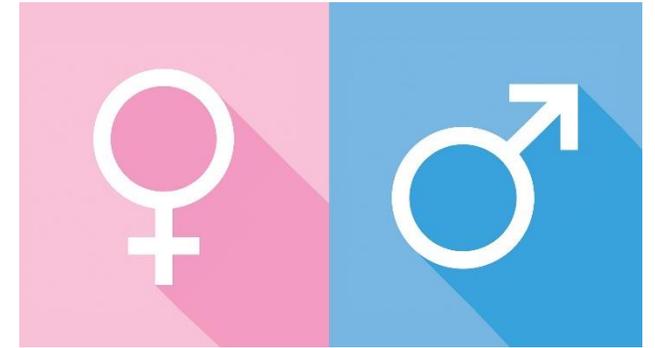


# Le CT en milieu médico-légal

- Crime de haine/sadique, absence de remords, incapacité d'attachement, prédation, ...
- CT négatif est prédominant (colère, hostilité, critique, ...)
- Personnalité > symptômes pour prédire le CT
- Différences H/F et liens avec l'expérience clinique

# Première étude

- Questionnaire de réponse émotionnelle du thérapeute  
(Therapist Response Questionnaire, Betan et al. 2005)
  - 41. *Je lui dis quand je suis fâché(e) sur lui/elle.*
  - 42. *J'ai le sentiment de vouloir le/la protéger.*
  - 43. *Je regrette certaines choses que je lui ai dites.*
  - 44. *J'ai le sentiment d'être méchant(e) ou cruel(le) envers lui/elle.*
  - 45. *J'ai des difficultés avec les sentiments qu'il/elle exprime.*
- Patients Internés, Mâles, Dx de psychose
- 45 Membres du personnel, 139 Protocoles
  - Femme vs. homme
  - Nursing vs. psychologues/psychiatres



# Résultats (1/4)

- Psychologues/Psychiatres vs. Nursing
  - ↑ CT Parental/Protecteur, Submergé/Désorganisé, Spécial/Surinvesti  
[effect sizes: souvent petits, parfois moyens]
- Femmes vs. Hommes
  - ↓ CT Spécial/Surinvesti
- Interactions:
  - Psychologues/Psychiatres femmes décrivent plus de CT Positifs/Satisfaisants que les hommes

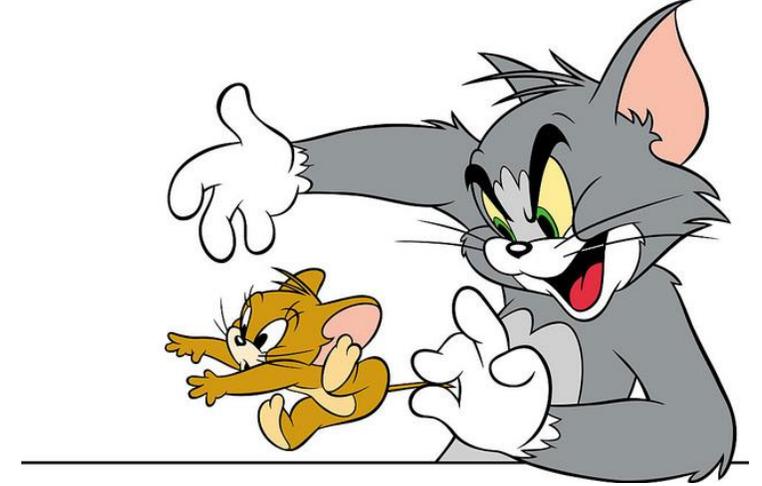


# Résultats (2/4)

- ↑ Année d'expérience ~ ↑ CT Hostilité/Maltraitant ( $r=.23, p<.01$ )
- Personnalité du personnel
  - ↑ Extraversion ~ ↓ submergé et surinvesti
  - ↑ Conscience (*Conscientiousness*) ~ ↓ submergé et surinvesti
- Diagnostic du patient:
  - Trouble de la personnalité ~ ↑ CT Hostilité/Maltraitant
  - Abus de substance → aucun impact

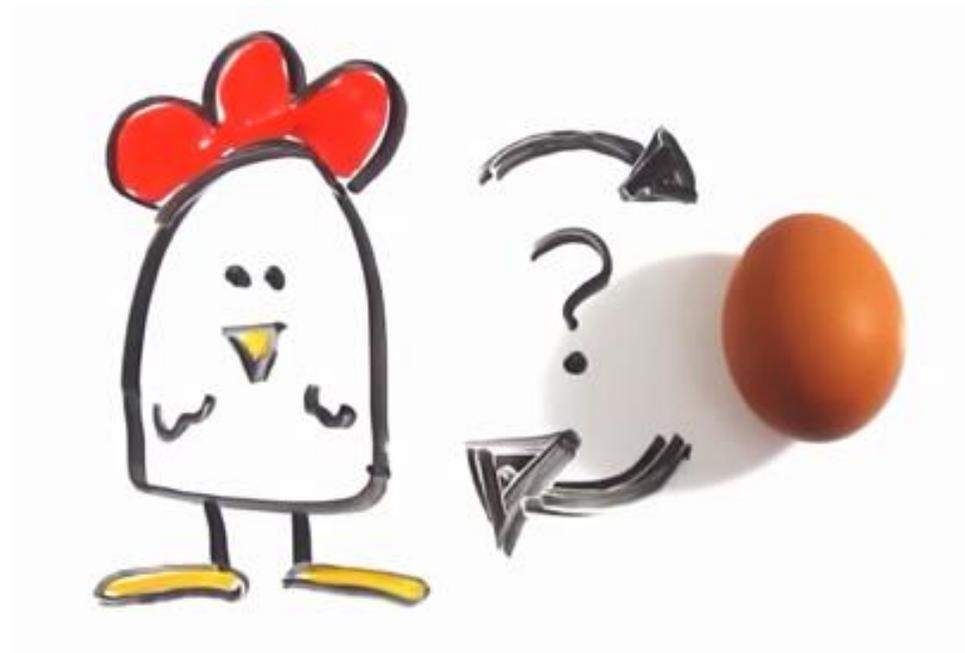
# Résultats (3/4)

- Antécédents de violence.
  - Atteinte à la personne
    - ~ ↓ Positif-Satisfaisant ( $F(1,127)=6.48, p=.01$ ).
    - Pour le nursing: ↑ CT Hostilité/Maltraitance ( $F(1,62)=7.7, p<.01$ )
- Age, Durée du traitement
  - Age patient → aucun impact
  - Durée du traitement
    - ~ Hostilité/Maltraitance ( $r=.20$  and  $r=.32, p<.01$ ).
    - ↓ Positif/Satisfaisant ( $r=-.21, p=.02$ ).



# Résultats (4/4)

- “Le patient est-il collaborant?”
  - ↓ hostilité/maltraitance ( $r=-.39^{**}$ )
  - ↓ impuissance/inadéquation ( $r=-.34^{**}$ )
  - ↓ submergé/désorganisé ( $r=-.29^{**}$ )
  - ↓ dés-engagé ( $r=-.19^*$ )
  - ↑ positif-satisfaisant ( $r=.28^{**}$ )
- Magnitude des corrélations
  - Nursing > Psychologues/Psychiatres
  - Femmes > Hommes



# Conclusions première étude

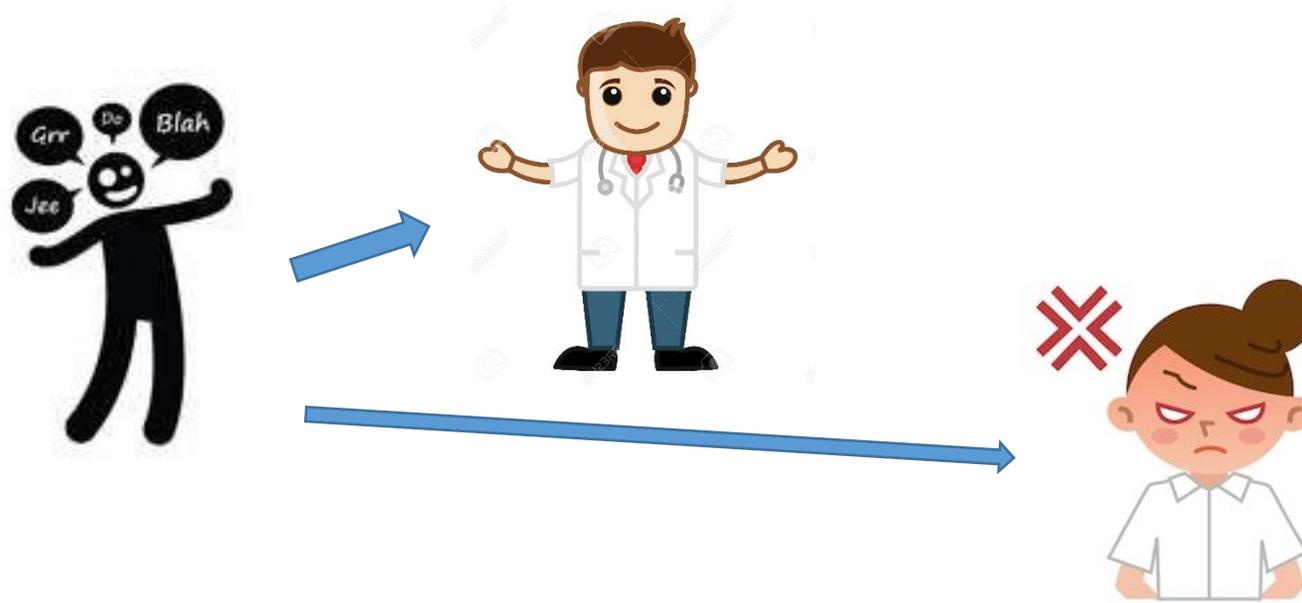
- Les variables médico-légales impactent le CT
  - ↑ CT Hostilité/Maltraitance
  - ↓ CT Positif/Satisfaisant
- Beaucoup de différences entre nursing et psychologues/psychiatres
- Moins de différences entre femmes/hommes



# Deuxième étude

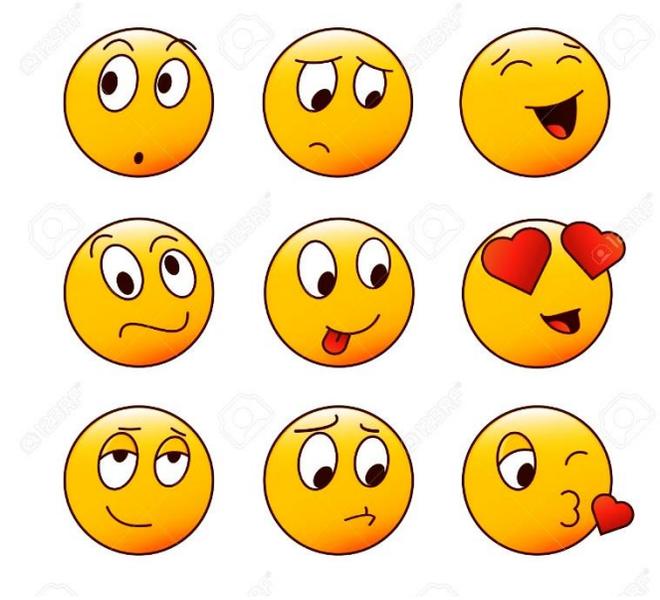
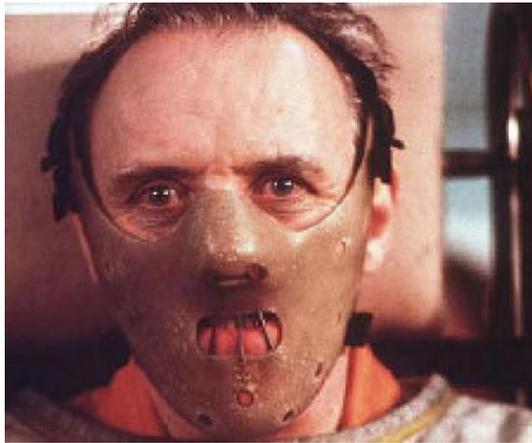
- Impact de la confidentialité des réponses
- Unité d'admission vs. unité de resocialisation
- Impact de la symptomatologie, les traits de personnalité antisociale, et de l'agressivité

# CT et symptomatologie?



- **NON**, aucun lien, ni du côté nursing, ni du côté psychologues/psychiatres

# CT et traits de personnalité antisociaux?

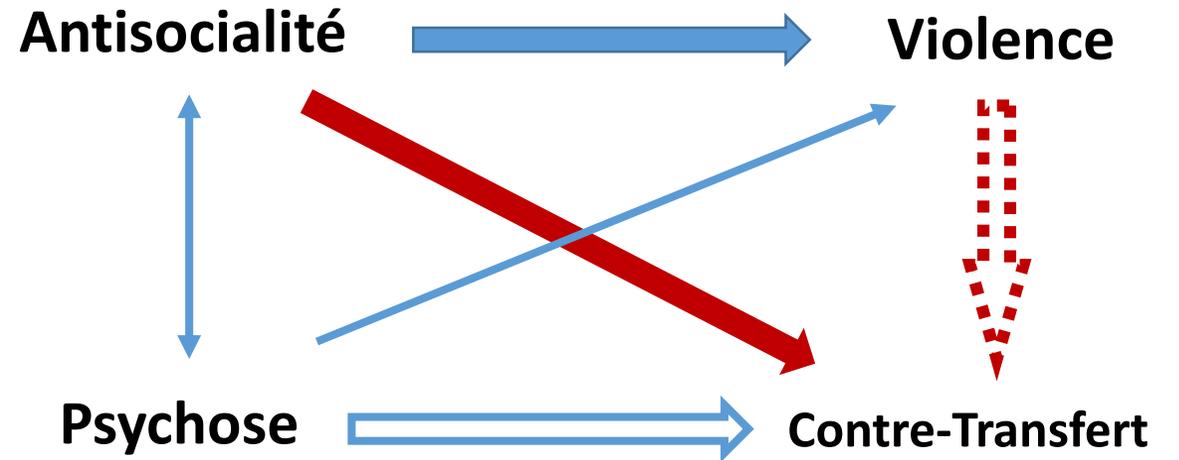


- **OUI**, ↑ CT Hostilité/Maltraitance  
↓ CT Positif/Satisfaisant

# CT et agressivité des patients?



Les premières analyses sont équivoques.  
En attente de plus de résultats.



# Conclusions

- Les premiers résultats sont cohérents avec la littérature internationale
  - Symptomatologie → Peu d'impact
  - Personnalité (antisociale) → Grand impact
- En attente de plus d'analyses pour l'influence de la violence sur le CT
  - Quel type de violence (relationnelle, physique, verbale, sexuelle, ...)?
- Lien entre CT et évaluation du risque? *Suite au prochain épisode*

