Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2008 Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 7 avril 1988)

Présentée et soutenue publiquement
le 23 septembre 2008 à Poitiers
par **Melle Mélanie VOYER**

Dangerosité psychiatrique : l'état de la question

Réflexions autour d'une meilleure prévention et prise en charge de la violence physique des malades mentaux

Composition du jury

Président : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Membres :
Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRÉ
Monsieur le Professeur Daniel MARCELLI
Monsieur le Docteur Michel SAPANET

Directeur de thèse :
Monsieur le Docteur Nicolas LAFAY

REMERCIEMENTS

Nous tenons, en premier lieu, à exprimer notre reconnaissance à **Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON,** à **Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRE,** à **Monsieur le Professeur Daniel MARCELLI et** à **Monsieur le Docteur Michel SAPANET** qui nous ont fait l'honneur de juger cette thèse.

Nous adressons nos vifs remerciements à **Monsieur le Docteur Nicolas LAFAY** qui nous a fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail et qui, par son accompagnement et ses conseils précieux, a permis à cette recherche d'aboutir. Nous tenons à lui exprimer notre sincère reconnaissance.

Nos remerciements vont également à **Monsieur TARADE**, responsable de la direction des soins du Centre Hospitalier Henri Laborit, ainsi qu'à son service pour leur contribution au recensement des patients à inclure dans notre étude.

Toute notre gratitude au **Docteur Marie LEBEAU**, médecin légiste et de santé publique, pour ses conseils avisés concernant la méthodologie de l'étude et les interprétations statistiques.

A **mes parents et à ma sœur,** pour leur accompagnement et leur soutien précieux tout au long de mes études ; cette thèse leur est particulièrement dédiée.

A **Yves**, pour ses conseils, son soutien.

A mes amis et proches pour leurs encouragements.

SOMMAIRE

INTRODUCTION……2

PARTIE I – MALADIE MENTALE ET DANGEROSITE……..5

I LE LIEN ENTRE PSYCHIATRIE ET CRIMINOLOGIE.....6

I.1 LE CONCEPT DE « DANGEROSITE » 6
I.1.1 Dangerosité criminologique 6
I.1.2 Dangerosité psychiatrique 8

I.2 APPROCHE HISTORIQUE ET THEORIQUE DU LIEN ENTRE MALADIE MENTALE ET DANGEROSITÉS. 8
I.2.1 Pinel et la manie 8
I.2.2 La monomanie et l'entrée de la psychiatrie dans le champ pénal 10
I.2.3 Le système asilaire et le rôle de la psychiatrie dans la défense sociale 14
I.2.4 Des « maladies mentales » à la responsabilité pénale partielle 17
I.2.5 La question de l'origine des maladies mentales et de la criminalité. 21
I.2.6 De la démence à l'état mental pathologique, apport des aliénistes allemands. . 24
I.2.7 Vers la compréhension de l'acte criminel 27
I.2.8 La psychiatrie de la fin du XX^{ème} siècle et du début du XXI^{ème}. 28

I.3 LA CRIMINALISATION DE LA MALADIE MENTALE. 29
I.3.1 Un sentiment d'insécurité 29
I.3.2 De la prise en charge sanitaire à la prise en charge judiciaire 31

I.4 LA DANGEROSITE DES MALADES MENTAUX, UNE RÉALITÉ ? DONNÉES EPIDÉMIOLOGIQUES ACTUELLES. 34
I.4.1 Données épidémiologiques générales 34
I.4.2 Données épidémiologiques spécifiques. 70
I.4.3 Synthèse des résultats 76

II **LA PREVENTION DE LA DANGEROSITE DES MALADES MENTAUX** 78

II.1 CONNAISSANCE ET EVALUATION DU RISQUE DE DANGEROSITE DES MALADES MENTAUX. 78
II.1.1 les facteurs de risque de dangerosité des malades mentaux 78
II.1.2 Psychopathologie du passage à l'acte violent du malade mental 130

II.1.3 Les méthodes d'évaluation du risque de dangerosité des malades mentaux . 143

II.2 LA PREVENTION DE LA DANGEROSITE DES MALADES MENTAUX 157
II.2.1 La Prise en charge psychiatrique et la prévention de la dangerosité 157
II.2.2 La prise en charge judiciaire de la dangerosité des malades mentaux 176
II.2.3 La prévention sociale de la dangerosité des malades mentaux 196

PARTIE II- ETUDE DES ACTES DE VIOLENCE PHYSIQUE DE PATIENTS PRESENTANT DES TROUBLES MENTAUX, HOSPITALISÉS, A L'ENCONTRE DE SOIGNANTS

I **CONTEXTE DE L'ETUDE ET PRESENTATION GLOBALE** 199

II **OBJECTIFS DE LA RECHERCHE** 199
II.1 OBJECTIFS GENERAUX 199
II.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES 199

III **MATERIEL ET METHODES** 200
III.1 DEFINITION DES TERMES UTILISES 200
III.2 SCHEMA D'ETUDE, POPULATION ETUDIEE ET SITE CONCERNE 200
III.3 INCLUSION DES PATIENTS 201
III.3.1 Critères d'inclusion 201
III.3.2 Critères d'exclusion 201
III.4 PRESENTATION DE LA GRILLE DE LECTURE 201
III.5 RECUEIL DES DONNEES, SAISIE ET TRAITEMENT STATISTIQUE. 202

IV **RESULTATS ET ANALYSE** 203
IV.1 DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES 203
IV.1.1 Données générales et personnelles 203
IV.1.2 Situation socioprofessionnelle 204
IV.1.3 Situation médico-légale 205

IV.2 ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES 206
IV.2.1 Antécédents personnels de pathologie psychiatrique 206
IV.2.2 Antécédents personnel d'éthylisme chronique ou d'abus de toxique 207
IV.2.3 Suivi psychiatrique avant l'hospitalisation actuelle 207
IV.2.4 Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie 208
IV.2.5 Antécédents de traitement psychotrope 208

IV.2.6 Antécédents familiaux psychiatriques 208

IV.3 LE PASSAGE A L'ACTE VIOLENT 208
IV.3.1 Les antécédents de violence 208
IV.3.2 Reconstitution synoptique du passage à l'acte VIOlent 211
IV.3.3 La victime 216

IV.4 LA PRISE EN CHARGE DU PASSAGE A L'ACTE 216
IV.4.1 Approche clinique du patient ayant commis un passage à l'acte violent 216
IV.4.2 Approche thérapeutique 223

IV.5 DEVENIR ET ORIENTATION APRES L'HOSPITALISATION 223
IV.5.1 Etat 223
IV.5.2 Orientation psychiatrique après la sortie du C.H.H.L 224

V DISCUSSION 225
V.1 DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 225
V.1.1 Les patients violents : une prédominance de sujets d'age moyen 225
V.1.2 La violence des malades mentaux en milieu hospitalier : l'absence de différence entre les hommes et les femmes. 226
V.1.3 Un faible niveau scolaire et l'absence de travail 226
V.1.4 Une prédominance de sujets célibataires et sans enfants 227
V.1.5 Des patients sous mesures de protection juridique 227

V.2 LES ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES 228
V.2.1 Des antécédents de suivi et d'hospitalisation mais des ruptures thérapeutiques fréquentes 228
V.2.2 L'Absence d'antécédents d'abus d'alcool ou de drogue 228
V.2.3 Peu d'antécédents d'infractions 229

V.3 LE PASSAGE A L'ACTE 229
V.3.1 Des antécédents de violence physique en dehors de l'hôpital sont fréquemment retrouvés 229
V.3.2 Les antécédents de violence à l'encontre des soignants 230
V.3.3 Un petit nombre de patients est à l'origine de multiples agressions physiques 230
V.3.4 Un délai entre le passage à l'acte et l'admission soit court soit très long 231
V.3.5 Des moments particuliers pour le passage à l'acte 231

V.3.6 La chambre comme lieu privilégié de passage à l'acte 232
V.3.7 Un événement déclenchant retrouvé dans la plupart des cas 232
V.3.8 Un passage à l'acte impulsif 233
V.3.9 Un acte de violence à l'encontre le plus souvent d'une seule personne. 234
V.3.10 Les infirmières sont plus souvent la cible des violences 234
V.3.11 Des violences aux conséquences physiques peu sévères 235

V.4 LA CLINIQUE DU PASSAGE A L'ACTE 235
V.4.1 Une Hospitalisation pour passage à l'acte hétéro-agressif mais une majorité d'hsopitalisation libre au moment du passage à l'acte 235
V.4.2 Des angoisses massives au moment du passage à l'acte 236
V.4.3 Une sur-représentation des psychoses déficitaires 237
V.4.4 L'association très fréquente à des troubles neurologiques et des déficits cognitifs 239
V.4.5 Des troubles de la personnalité peu fréquemment décrits 239
V.4.6 La psychose comme structure de personnalité associée au passage à l'acte 240
V.4.7 Un Faible insight associé au passage à l'acte violent 240

V.5 LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE 240
V.5.1 Des patients sous traitement psychotrope avant le passage à l'acte 240
V.5.2 Un repérage par les soignants d'un état d'agitation sans réelLe anticipation . 241
V.5.3 L'utilisation de la sédation et de l'isolement comme réponse à la violence physique 242
V.5.4 Des patients toujours hospitalisés et des réhospitalisations pour violence 242

V.6 SYNTHESE DE LA DISCUSSION 243

VI CRITIQUES DE LA RECHERCHE 244

VII PREMIERES CONCLUSIONS ET PROPOSITIONS 246

CONCLUSION 248

ANNEXES 251

TABLES DES ILLUSTRATIONS 264

BIBLIOGRAPHIE 267

RESUME ET MOTS CLES 289

« L'aliéné est celui, qui, par sa pensée, ses actes, sa conduite, se montre « Autre » que ceux qui l'entourent[1]. » (DUPRE.E)

[1] DUPRE E. Définition médico-légale de l'aliéné : leçon d'ouverture du cours de psychiatrie. In « *Clinique des maladies mentales, Institut de médecine légale de Paris* » J Gainche, Paris, 1904 : p10.

INTRODUCTION

Les personnes atteintes de troubles mentaux ont toujours dérangé et fait peur. On se protégeait d'elles soit par la moquerie lorsqu'il s'agit de « simples d'esprit » soit quand la « folie » devenait insupportable, en les enfermant dans des asiles.
Elles étaient considérées, et elles le sont toujours, comme des personnes qu'il fallait mettre à l'écart de la société, du fait de comportements qui pouvaient perturber la sérénité des autres et troubler l'ordre public.

Mais les malades mentaux sont-ils vraiment dangereux ? Voilà une question à laquelle il semble que la société ait déjà trouvé une réponse.

Le sujet de la dangerosité des malades mentaux est à la croisée des chemins entre psychiatrie et criminologie, entre santé et justice.

La psychiatrie du 19ème siècle a tenté de les libérer de leurs chaînes mais il semble que ces dernières années, les politiques pénales soient de plus en plus restrictives de liberté en ce qui concerne ces malades.

Une telle attitude est–elle justifiée ? Les malades mentaux sont-ils réellement plus dangereux que les citoyens ordinaires? Et si tel est le cas, existe-t-il des facteurs augmentant le risque de comportements violents ? Et de quels moyens de prévention disposons-nous? Toutes ces questions semblent essentielles, pour nous, soignants, qui considérons avant tout que ces individus sont des malades avant d'être des délinquants.

Après avoir parcouru dans une perspective historique, le lien entre psychiatrie et criminologie, nous examinerons les différents travaux publiés sur la maladie mentale et la dangerosité afin de rechercher l'existence d'un lien entre les troubles mentaux et le risque de violence.
Nous nous intéresserons ensuite aux facteurs de risque de comportements violents chez les individus présentant des troubles mentaux, et aux moyens d'évaluation du risque de violence. Puis nous étudierons les moyens de prise en charge et de prévention des comportements violents des individus malades mentaux, à la fois psychiatriques et judiciaires.

Par ailleurs, nous présenterons, dans un deuxième temps, une étude sur les actes de violence physique de patients hospitalisés en psychiatrie, à l'encontre de soignants, afin de mettre en évidence l'existence de caractéristiques particulières à cette violence. Nous

tenterons, à partir de notre réflexion, d'apporter quelques éléments de compréhension, à la fois cliniques et psychopathologiques mais également en termes de prise en charge.
Enfin, nous tenterons de formuler quelques propositions qui pourraient permettre d'améliorer la prévention de la violence des malades mentaux, au sein de l'institution, mais également à l'extérieur.

PARTIE I

MALADIE MENTALE ET DANGEROSITE

I LE LIEN ENTRE PSYCHIATRIE ET CRIMINOLOGIE

I.1 LE CONCEPT DE « DANGEROSITE »

Le concept de dangerosité est né au XIX^{ème} siècle dans un contexte de défense sociale et de volonté de protection de la population contre le crime. Au début du XXème siècle, la dangerosité d'un individu renvoyait à des « habitudes délinquantes » et donc aux nombres d'infractions commises.

Il n'existe pas de définition de la dangerosité. Ce terme comprend trois inductions : la réponse pénale qu'implique le constat du danger, la recherche d'une cause pour tenter de l'éradiquer et le constat des conséquences pour rendre justice à la victime[2].
La définition de ce qu'est un individu « dangereux » se modifie selon les valeurs changeantes de la société. Pour PRATT[3], cela démontre que le concept de dangerosité est une construction sociale plutôt qu'une entité ontologique. Initialement, l'évaluation de la dangerosité d'un individu répondait aux principes du droit pénal classique ; plus le nombre de crimes était important, plus la sentence était sévère. Après les années 1970, c'est plutôt le genre de crime qu'un individu pourrait commettre dans le futur, plutôt que le nombre de crimes perpétrés antérieurement, qui présente un intérêt dans la détermination de la dangerosité.

La notion complexe de dangerosité comporte actuellement deux acceptions, criminologique et psychiatrique.

I.1.1 DANGEROSITE CRIMINOLOGIQUE

La dangerosité criminologique peut faire l'objet de plusieurs définitions. Toutes sont néanmoins fondées sur des critères identiques[4] :

- L'absence de pathologies psychiatriques.
- L'existence d'un risque de récidive ou de réitération d'une nouvelle infraction empreinte d'une certaine gravité.

Les définitions formulées par plusieurs auteurs sur la dangerosité criminologique font toutes référence à la probabilité de commettre une infraction contre les personnes et les biens.

---

[2] GRAVIER B., LUSTENBERGER Y. L'évaluation du risque de comportement violents: le point sur la question. *Ann Med Psychol*. 2005;163:668-680.
[3] PRATT J.Dangerosité, risque et technologie du pouvoir. *Criminologie.* 2001 ;34 :101-121.
[4] RAPPORT de la mission parlementaire de JP GARRAUD. Réponses à la dangerosité.

Pour DEBUYST, c'est « la probabilité que présente un individu de commettre une infraction (..) contre les personnes et contre les biens ».
La commission Santé-Justice[5] a, quant à elle, défini 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 ».
Pour certains auteurs, il ne convient pas de parler de la dangerosité d'un individu mais d'évoquer plutôt un « état » de dangerosité. Pour BOURGEOIS et BENEZECH[6], cet état de dangerosité correspond à un « *Etat, situation ou action, dans lesquels une personne ou un groupe de personnes font courir à autrui ou aux biens, un risque important de violence, de dommage ou de destruction* ». Ils distinguent l'état dangereux permanent (trait) et l'état dangereux imminent (état).

Par contre, ni la loi pénale française ni la jurisprudence ne définissent véritablement le concept de criminel dangereux. Pour COCHE, « *Au sens du droit criminel, les délinquants dangereux sont exclusivement ceux risquant fortement de commettre une nouvelle infraction pénale*[7] ».
La détermination législative de « l'état dangereux » des auteurs d'infraction pénale s'opère aux moyens de présomption de dangerosité ou de présomption d'innocuité. Cette présomption de dangerosité repose en partie sur des critères légaux comme la « nature » de l'acte commis (torture, acte de barbarie, infractions révélant une délinquance habituelle ou professionnelle), les « mobiles particuliers » (terrorisme, racisme, homophobie..), les « modes opératoires » (présence d'une arme, empoisonnement), la « qualité » des victimes (enfants, personnes vulnérables), la concomitance et la corrélation d'infractions et le passé pénal.
Car, il n'existe, selon le rapport GARRAUD[8], aucune méthode actuellement susceptible d'être totalement fiable dans le repérage de ce qu'on appelle « l'état dangereux ». Les députés, auteurs du rapport sur le traitement de la récidive des infractions pénales, concluent en effet que *« l'appréciation de la dangerosité et de la mesure de probabilité de commission d'une infraction constitue un exercice particulièrement délicat qui doit néanmoins être mis en œuvre au travers d'une méthodologie pluridisciplinaire associant des expertises psychiatriques, médico-psychologiques et comportementales du condamné car aucun secteur de la médecine ou du domaine social ne saurait rester étranger à la criminologie. ».*

---

[5] RAPPORT de la commission Santé-Justice présidée par BURGELIN JF. *Santé, justice et dangerosités: pour une meilleure prévention*. Ministère de la Justice et de la Santé.
[6] BOURGEOIS M., BENEZECH M. Dangerosité criminologique, psychopathologique et comorbidité psychiatrique. *Ann. Med Psychol.* 2001; 159:475-486.
[7] COCHE A. *La détermination de la dangerosité des délinquants en droit français*. Presse Universitaire de Marseille. 2005 : p24.
[8] RAPPORT de la mission parlementaire de JP GARRAUD. *Réponses à la dangerosité*.

I.1.2 DANGEROSITE PSYCHIATRIQUE

La dangerosité psychiatrique est, quant à elle, une manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale.
La commission Santé-Justice[9], en 2005, a défini la dangerosité psychiatrique comme « un risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental et notamment au mécanisme et à la thématique de l'activité délirante ».
SENNINGER[10] parle de « dangerosité pathologique » qui concerne le malade mental considéré comme dangereux, qui présente une probabilité de passage à l'acte agressif.
Pour AMBROSI[11], « l'état dangereux » correspond à un « risque psychologique, c'est-à-dire un état où la prise de décision impulsive est imminente et dont se dégage l'impression d'un « juste avant » l'effondrement psychique.

I.2 APPROCHE HISTORIQUE ET THEORIQUE DU LIEN ENTRE MALADIE MENTALE ET DANGEROSITES.

Le lien entre psychiatrie et justice prend racine dès la création de la psychiatrie. La place de l'aliéné dans les prisons, la question de sa responsabilité ont fait évoluer à la fois la clinique psychiatrique et la réponse pénale apportée. Il est intéressant de se pencher sur l'origine de ce rapport entre justice et psychiatrie qui fournit un éclairage sur la situation actuelle, sur la question de la violence et de la dangerosité des malades mentaux et celle de l'évolution de la réponse psychiatrique et/ou pénale.
De tout temps, le malade mental a fait peur « En face d'un aliéné, le sujet sain d'esprit éprouve instinctivement un sentiment d'insécurité et une réaction de défense qu'éveille l'apparition d'un étranger, d'un ennemi[12] ».

I.2.1 PINEL ET LA MANIE

La psychiatrie en tant que discipline est née au XIXème siècle avec Pinel et la mise en place de l'observation, de la classification des aliénations mentales et du traitement moral.
PINEL, dans son *«Traité Médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* », souligne la confusion et la multiplication des symptômes que l'on trouve sous le titre général

---

[9] RAPPORT de la commission Santé-Justice présidée par BURGELIN JF. *Santé, justice et dangerosités: pour une meilleure prévention*. Ministère de la Justice et de la Santé
[10] SENINGER JL. Les trajectoires psychopathologiques de la dangerosité. *In « Dangerosité et vulnérabilité en psychocriminologie* ». L'Harmattan, Paris, 2003.
[11] AMBROSI A. L'évaluation de la dangerosité : de quels dangers d'agit-il ?. *In VILLERBU « Dangerosité et vulnérabilité en psychocriminologie »*. L'Harmattan, Paris, 2003.
[12] DUPRE E. Définition médico-légale de l'aliéné : leçon d'ouverture du cours de psychiatrie. P 11

« d'aliénation ». Il écrit : « *quelquefois, c'est la perception ou l'imagination, qui éprouvent une altération manifeste, sans émotion intérieure ; d'autres fois, les fonctions de l'entendement se conservent dans leur intégrité et l'homme est impérieusement dominé par une activité turbulente (avec ou sans délire) ; parfois, nous avons affaire à un état de démence qui se caractérise par une désorganisation morale, c'est-à-dire que les idées et les émotions intérieures naissent sans aucun rapport avec les objets extérieurs ; ou finalement, nous avons une privation plus ou moins absolue d'idées et d'émotions, qui sera celle de l'idiotisme.* »

Pinel définit ainsi cinq catégories d'aliénations mentales : la mélancolie ou délire exclusif, la manie avec délire, la manie sans délire, les démences, l'idiotisme.

Dans ces catégories, la manie est l'aliénation qui a le plus de lien avec la dangerosité et la criminologie. Pinel l'a beaucoup décrite « *Dans la manie sans délire, il n'y a aucune altération sensible dans les fonctions de l'entendement, la perception, le jugement, l'imagination, la mémoire. ; mais il y a perversion dans les fonctions affectives, impulsions aveugles à des actes de violence, ou même à une fureur sanguinaire, sans qu'on puisse y assigner aucune idée dominante, ni aucune illusion de l'imagination qui soit la cause déterminante de ces funestes penchants* ». Il existe, selon lui, des signes physiques préalables à la crise maniaque comme une « *ardeur brûlante dans les intestins »,* une *« chaleur qui se propage à la poitrine, au col, à la face, avec un coloris plus accusé »* puis *« L'affection gagne le cerveau »* alors *« l'aliéné est dominé par un penchant sanguinaire irrésistible et s'il peut saisir un instrument tranchant, il est porté à sacrifier avec une sorte de fureur la première personne qui s'offre à sa vue* [13]». Chez ces patients souffrant de manie sans délire, il n'existe pas d'idées délirantes dominantes et les crises maniaques peuvent être entrecoupées de périodes où le sujet est calme, adapté.

L'importance du travail de Pinel dans l'histoire de la psychiatrie, en dehors de cette ébauche de classification, vient de son apport dans la prise en charge et le traitement des aliénés. Pour lui, les aliénés, qu'ils soient délirants ou non, doivent être pris en charge dans les asiles pour y être soignés *« Les aliénés qui, jusqu'alors ont été traités beaucoup plus en ennemis de la sécurité publique qu'en créatures dignes de pitié doivent être soignés dans des asiles spéciaux.* ». Même s'ils ont, du fait d'une manie sans délire, commis un acte pénalement condamnables, « *loin, d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante*».

Il propose donc que les aliénés, ayant commis des actes pénalement répréhensibles ou non, soient pris en charge à l'asile et puissent bénéficier à la fois de traitements « physiques » qui varient selon l'état du patient et d'un traitement « moral » dont il décrit les modalités.

---

[13] PINEL P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Richard, Caille et Ravier, Paris, 1801 : p 152

Pour le maniaque, par exemple, il doit être enfermé dans un lieu obscur *« pour éviter toute impression propre à agir sur ses sens et qui pourrait l'agiter »;* puis si l'agitation a diminué, il peut se promener dans un endroit clos *« en le contenant simplement par un gilet de force, si l'on craint qu'il ne commette un acte de violence ou qu'il ne se blesse lui-même »,* enfin *« au déclin de la maladie, on augmente de plus en plus la liberté de mouvements ». « C'est surtout dans les intervalles de raison que le traitement moral doit marcher de front avec les autres moyens physiques qu'on met en usage.* » Ce traitement moral décrit par Pinel consiste en une « *bienveillance affectueuse avec le malade, à être envers lui d'une justice sévère, à le punir de ses écarts et de ses fautes par privations mais à revenir aussitôt aux voies de douceur et condescendance. Un état de manie peut guérir, pourvu qu'on accorde, dès qu'il est possible, une liberté illimitée à l'intérieur de l'hospice* ».

I.2.2 LA MONOMANIE ET L'ENTREE DE LA PSYCHIATRIE DANS LE CHAMP PENAL

ESQUIROL (1772-1840), élève de Pinel, va ajouter une nouvelle catégorie d'aliénations mentales, la monomanie. Il situe les monomanies dans le prolongement des passions. La monomanie « *cette espèce de folie, dans laquelle le délire est partiel, présente tous les signes qui caractérisent les passions, le délire du monomaniaque est exclusif, fixe et permanent, comme les idées de l'homme passionné*[14] »

Pour ESQUIROL, dans la monomanie, la folie et l'état normal coexistent chez un même individu. Il établit une classification des monomanies : « *tantôt le désordre intellectuel est concentré sur un seul objet, ou sur une seule série d'objets circonscrits ; les malades partent d'un principe faux, dont ils suivent sans dévier le raisonnement et dont ils tirent des conséquences légitimes qui modifient leur affection et les actes de leur volonté ; hors de ce délire partiel, ils sentent, raisonnent et agissent comme tout le monde. Il s'agit alors de monomanie intellectuelle* ». Tantôt « *les malades ne déraisonnent pas mais leur affection, leur caractère sont pervertis ; par des motifs plausibles, par des explications bien raisonnées, ils justifient l'état actuel de leurs sentiments et excusent la bizarrerie, l'inconvenance de leur conduite, c'est ce que j'appelle la monomanie affective* ». Tantôt « *finalement la volonté est lésée : le malade, hors des voies ordinaires, est entraîné à des actes que la raison ou le sentiment ne déterminent pas, que la conscience réprouve, que la volonté n'a pas la force de réprimer ; les actions sont involontaires, instinctives, irrésistibles ; c'est la manie, sans délire, ou la monomanie instinctive*.[15] »

Une deuxième catégorisation des monomanies sera liée à l'objet du délire : l'érotomanie, la kleptomanie, la pyromanie et la monomanie homicide. Les troubles du comportement qui résultent de ces délires sont à prendre en charge par les médecins et c'est pour cela qu'il a

[14] ESQUIROL. 1838 a : 198.
[15] ESQUIROL E. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Tome II*, JB. Baillière, Paris, 1838.

fallu décrire et expliquer de façon précise ces comportements « déviants » qui entrent dans le champ de la psychiatrie. Par exemple, les monomanies homicides présentent deux formes bien distinctes : « *La monomanie homicide est un délire partiel, caractérisé par une impulsion plus ou moins violente au meurtre. Quelquefois, le monomaniaque est mu par un motif inavoué et déraisonnable, toujours il offre des signes suffisants du délire partiel de l'intelligence ou des affections (..) l'homme est privé de la liberté morale, il est monomaniaque, il est fou. Dans d'autres cas, le monomaniaque homicide ne présente aucune altération appréciable de l'intelligence ou des affections. Il est entraîné par un instinct aveugle, par quelque chose d'indéfinissable qui le pousse à tuer*[16]». « *Lorsque le monomaniaque a accompli son désir, il n'a plus rien dans la pensée, il a tué, tout est fini pour lui, le but est atteint. Après le meurtre, il est calme, ne cherche pas ordinairement à se cacher*. »[17]

Pour ESQUIROL, qui défendait la monomanie homicide face à ses détracteurs, « les différences entre les monomaniaques homicides et les criminels sont trop tranchées, les ressemblances entre ces monomaniaques et les aliénés trop prononcées pour qu'on puisse confondre les monomaniaques et les criminels[18] ». Son but était d'éviter que des personnes présentant une altération de la volonté ne soient punies par la justice. « Si le meurtre dépend d'une impulsion plus forte que sa volonté, il n'y a plus de libre-arbitre. Puisqu'il y a délire, il n'y a plus de liberté morale et le meurtrier n'est plus responsable[19] ».

On retrouve ce but chez GEORGET, défenseur lui aussi de la monomanie homicide : « Il est probable qu'auparavant, on prenait la plupart des infortunés qui en était affecté pour de grands coupables, et qu'on les envoyait à l'échafaud[20] » .

Pour lui, les preuves de l'existence d'une entité nosographique nommée monomanie homicide ne fait aucun doute « les faits publiés sur ce sujet sont autant de preuves convaincantes de l'existence d'une maladie mentale qui ôte à l'homme sa liberté, et le porte à commettre des actes répréhensibles, à répandre le sang de ses semblables, guidé seulement par un penchant furieux, ou par des motifs imaginaires. Il existe une monomanie homicide et cet état doit être pris en considération par les magistrats et les jurés.[21] » Et il avance alors, la nécessité d'une <u>expertise psychiatrique pour évaluer la responsabilité</u> pénale de tout criminel.

C'est là l'un des enjeux majeurs du développement du concept de monomanie, cette aliénation sans délire occasionnant des passages à l'acte médico-légaux, et qui nécessite le

---

[16] ESQUIROL E. Tome II, 1838, p. 793.
[17] ESQUIROL E. Tome II, 1838, p. 838.
[18] ESQUIROL E. Tome II, 1838, p. 839.
[19] ESQUIROL E, Tome II, 1838, . p. 841.
[20] GEORGET. Quelques considérations médico-légales sur la liberté morale. *Archives générales de médecine*. 1825 ;1(8) : 317-383.
[21] GEORGET. Discussions médico-légales sur la folie ou l'aliénation mentale. *Archives générales de médecine.* 1826 ;1(10) :497-556.

recours aux aliénistes lors d'un procès pénal pour que soit faite la différence entre un aliéné et un criminel.

L'article 64 du Code Pénal de 1810 définissait en effet qu'*«Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action.* ». Il était donc nécessaire de d'établir si un individu ayant commis un crime ou un délit présentait une aliénation mentale au moment du passage à l'acte et si tel était le cas, cette personne ne pouvait être reconnue responsable de ses actes et condamnée. La loi pénale française prévoyait que « *tout homme frappé de fureur, de démence et d'imbécillité est considéré comme irresponsable* ». Cette description vague permettait donc d'insérer également des maladies mentales telles que la monomanie. Mais comme il s'agissait d'un trouble mental qui, pour les magistrats et le public, ne s'imposait pas, le savoir dont le médecin était dépositaire s'avérait indispensable pour l'application de la loi[22].

Pour Elias REGNAULT, avocat au bureau de Paris, la différence à faire entre état de folie et normalité était affaire de bon sens, et dans la mesure où un homme était capable de raisonner, il ne pouvait être considéré comme irresponsable, alors que pour les aliénistes, la monomanie était justement une lésion de la volonté rendant l'individu incapable de maîtriser son comportement sans que l'exercice de l'intelligence ne soit atteint et sans que le malade ne puisse raisonner comme n'importe quel homme. Pour BIERRE DE BOISMONT « *le médecin est le seul juge compétent, apte à décider en dernier ressort, si un acte incriminé en justice est le produit de la passion ou la conséquence d'une maladie nerveuse qui trouble la raison, d'une manière permanente ou transitoire et à certaines périodes d'évolution du mal, fait éclater des tendances malfaisantes, irrésistibles*[23] »

Les recherches concernant les pathologies mentales à risque criminel vont être au centre de nombreux travaux d'aliénistes de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle avec la création de la branche médico-légale de la psychiatrie. D'autres entités nosographiques dans la lignée de la manie sans délire de Pinel ou des monomanies sont décrites. TRELAT, par exemple, parle de « Folie Lucide[24] ». Les aliénés lucides peuvent se retrouver dans les différentes catégories de folie. « *Les imbéciles et les faibles d'intelligence sont lucides, les satyres, les nymphomanes, les monomaniaques, les érotiques, les jaloux sont communément lucides, ainsi que les dipsomanes dans leurs moments de rémission, les dissipateurs, les orgueilleux, les méchants, les kleptomanes, les suicidaires et un certain nombre d'inertes et de maniaques* ».

---

[22] DEBUYST C. Les savoirs psychiatriques sur le crime. In DEBUYST C, DIGNEFFE F., LABADIE JM, PIRES A : « *Histoire des savoirs sur le crime et la peine* ». De Boeck Université, Bruxelles, 2007: p 257.

[23] BRIERRE de BOISMONT. Exposé des travaux du Dr Morel sur la médecine légale des aliénés. *Ann. d'hygiène publique et de médecine légale*. 1874 ;2(41) :184-197.

[24] TRELAT U. *La folie lucide : étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société*. Paris, A. Delahaye 1861.

LASEGUE en 1875 [25]définit différentes catégories d'aliénés poussés au meurtre : celui qui agit conformément à ses convictions délirantes et se considérant dans le cas de légitime défense, va au devant d'un assassinat dont il serait victime. Celui, faible d'esprit, qui croit être insulté, menacé par un tiers et « qui *obéit à l'instinct brutal, frappe, tue sans être arrêté par une délibération intérieure au dessus de ses forces intellectuelles. ».* Mais *« Il existe des types de folie d'un diagnostic plus complexe et qui fournissent au meurtre l'appoint le plus considérable. Le délire est intermittent, il apparaît par crises plus ou moins prolongées et ne laisse pas de traces durant les intervalles. De ce nombre sont les folies toxiques et au premier rang, l'alcoolisme aigu. Le malade sous l'influence de l'empoisonnement alcoolique aigu, est pris d'entraînements soudains qui le portent à l'assassinat ou au suicide. Les affections cérébrales déterminent des attaques encore moins durables, avec tendance impulsive au meurtre ; tel est le cas de certains délires aigus et de l'épilepsie. L'épileptique frappe sans raison, il tue pour tuer et ne semble même pas avoir été dominé par la pensée de nuire. ». Une dernière classe de malades, poussés au meurtre par une violence irrésistible et passagère sans autres perversions physiques ou psychiques constatables durant l'accès, sans troubles caractérisés de l'intelligence après la crise (...) obéissent à des impulsions limitées. Chaque fois que la crise se répète, elle a lieu sous la même forme, avec les mêmes appétits et les mêmes aboutissants. (...) Elles diffèrent des crises épileptiques par un caractère essentiel, les malades n'ont pas perdu connaissance, ils se souviennent. (...) L'impulsion consciente s'exprime tout d'abord par une pensée obsédante, (...) l'accès propulsif aboutit presque toujours à un crime ou un délit inexplicable. L'aliéné n'était animé ni par une passion, ni par un intérêt, et le hasard seul a désigné sa victime. Le crime et la violence accomplis, on ne retrouve que des indices incertains. Pendant la crise, (l'aliéné) a perdu son libre arbitre pour subir une impulsion maladive ».*

Ce développement d'entités nosographiques pouvant expliquer des passages à l'acte criminel et la volonté de certains aliénistes «*de revendiquer pour la maladie mentale le crime lui-même*. »[26]et d'établir ainsi contre le pouvoir judiciaire une zone de contrôle vont être au cœur des débats opposant magistrats et médecins.

Les magistrats craignent « de voir transformer en simple acte de folie, les attentats des grands criminels.[27] ».

Mais pour GEORGET, cette question ne se pose pas car « le crime n'est pas un acte de folie. Celui qui commet un meurtre par intérêt, pour voler ou pour se venger, n'est pas dans le même cas que celui qui devient homicide par un dérangement accidentel de ses facultés mentales, sans aucun motif d'intérêt (…) c'est en confondant des choses si dissemblables

[25] BLANCHE, BERGERON, LASEGUE. Du délire par accès avec impulsion homicide. *Archives générales de médecine*. 1875. ;6(25) : 5-22.
[26] FOUCAULT M. *Le pouvoir psychiatrique*. Ed Seuil, Coll Hautes Etudes, Paris, 2003 : p 249.
[27] GEORGET. Discussions médico-légales sur la folie ou l'aliénation mentale. *Archives générales de médecine.* 1826 ;1(10) :497-556

qu'on arrive à l'absurde conclusion, ou d'excuser tous les crimes comme étant des actes de folie, ou de les punir tous, même lorsque l'acte est le résultat de l'aliénation mentale ».

I.2.3 LE SYSTEME ASILAIRE ET LE ROLE DE LA PSYCHIATRIE DANS LA DEFENSE SOCIALE

La mise en place du système asilaire, avec la loi de 1838, a constitué pour les juges à la fois une garantie pour le groupe social (compte tenu de la « dangerosité » que ces sujets présentent) et une zone dans laquelle le psychiatre pouvait exercer sa maîtrise face à cette catégorie de délinquants jugés irresponsables. *« L'aliéné est un sujet qui, sous une influence morbide, commet des actes étranges, non motivés pour ceux qui l'observent, dangereux pour lui-même et pour les autres, et qui, de ce fait, est justiciable des mesures de protection que lui assurent les lois, vis-à-vis de lui-même et de la société*[28] ».

Cette loi du 30 août 1838 définit les modalités d'internement et des conditions d'assistance aux internés pauvres. Elle distingue deux classes d'aliénés, ceux dont l'état d'agitation compromet l'ordre public ou la sûreté des personnes et ceux dont la folie est inoffensive. Les aliénés considérés comme dangereux peuvent être hospitalisés d'office (article 18 à 24 de la loi) alors que les autres ont la possibilité d'un placement volontaire.
Pour réaliser un internement d'office, il fallait une demande de la famille ou de l'autorité et un certificat d'au moins deux médecins qui n'étaient pas parents au second degré, ni attachés à l'asile où l'individu sera enfermé. Ce certificat devait établir le « diagnostic de folie, la nécessité d'un traitement et de la séquestration ». Aux termes de cette loi, quelqu'un qui était interné avait son prix de pension payé à l'intérieur de l'asile par le département ou la collectivité locale dont il était originaire. La collectivité locale se trouvait donc responsable financièrement de ceux qui étaient placés. Pour qu'une collectivité locale accepte et soutienne l'internement d'une personne, il fallait non seulement que le médecin garantisse qu'il était malade, qu'il n'avait pas de moyens, mais également qu'il était *dangereux*. L'institution est tout d'abord le lieu où le traitement se met en place, ensuite celui où s'exerce le pouvoir médical, et aussi un lieu symbolique où s'affirme l'objectif d'une prise en charge de la maladie mentale (comme la prison traduit la prise en charge du délinquant)[29].
Dans le milieu institutionnel, ce qui apparaît comme première vertu est l'isolement. Cette ségrégation des aliénés constitue une mesure de défense contre le danger qu'ils représentent.

---

[28] DUPRE E. Définition médico-légale de l'aliéné : leçon d'ouverture du cours de psychiatrie. p 15
[29] DEBUYST C. Les savoirs psychiatriques sur le crime. In DEBUYST C, DIGNEFFE F, LABADIE G., PIRES A : « *Histoire des savoirs sur le crime et la peine* ». De Boeck Université, Bruxelles, 2007: p240.

ESQUIROL indique que la première raison de l'enfermement est la sûreté du sujet, celle de sa famille et la sauvegarde de l'ordre public[30]. Néanmoins, cet isolement constitue également l'un des axes principaux du traitement des maniaques ou des monomaniaques. Il *« consiste à soustraire l'aliéné à toutes ses habitudes, à l'éloigner des lieux qu'il habite, à le séparer de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs, à l'entourer d'étrangers, à changer sa manière de vivre »*. En effet, les médecins pensent que les causes de la folie et notamment de la manie ou de la monomanie résident dans des stimuli du milieu extérieur, l'isolement permettant ainsi d'y remédier, en éloignant l'aliéné de ce qui a été déterminant dans le déclenchement du délire.

Si l'isolement est important dans le traitement de certains aliénés, la question s'est aussi posée de la prise en charge des malades « dangereux » à l'intérieur du système asilaire et de la nécessité d'un traitement particulier, différent de celui des autres aliénés.
Il n'existe pas en France, au XIX^{ème}, de régime particulier pour ces aliénés délinquants. Certains médecins mettent en garde contre la dangerosité de ces individus et réclament, par exemple, la séquestration perpétuelle pour les monomaniaques qui ont exécuté leur projet homicide. Certains psychiatres français apprécient le modèle anglais où les aliénés dangereux sont enfermés dans une section spéciale de l'asile ou dans des asiles sécurisés aptes à accueillir les « fous criminels ».
Pour BRIERRE DE BOISMONT, si les aliénés sont considérés comme non responsables dans le cadre d'un crime, « La société n'a pas moins le droit de réclamer leur séquestration ; leur mise en liberté pouvant causer un préjudice notable aux autres. (..) Nous croyons que leur séquestration peut avoir pour base la durée des peines qu'ils encourraient, s'ils n'étaient pas reconnus aliénés [31] ».
Pour FOUCAULT[32], la notion de danger devient la notion nécessaire pour faire passer un fait d'assistance en phénomène de protection. Le danger est cet élément tiers qui va permettre de déclencher la procédure d'internement et d'assistance. De plus en plus, les médecins citent des cas prouvant que les aliénés et les idiots sont dangereux. JULES FALRET (1824-1902) dans « *Des aliénés dangereux* » souligne « *les dangers de tout ordre que pourraient faire courir à eux-mêmes ou à la société les idiots et les imbéciles au même titre que les aliénés* ». BOURNEVILLE dira en 1894 « *il n'y a pas de semaines que les journaux ne nous rapportent des exemples de crimes ou de délits commis par des idiots, des imbéciles ou des arriérés* » et en 1895[33] « *L'anthropologie criminelle a démontré qu'une grande proportion*

[30] ESQUIROL E. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiéniques et médico-légal. Tome II. JB Baillière, Paris, 1838.
[31] BRIERRE de BOISMONT. De la nécessité de créer un établissement spécial pour les aliénés vagabonds et criminels. *Annales d'Hygiène publique et de médecine légale*. 1846 ;1(35) : 396-412.
[32] FOUCAULT M. *Le pouvoir psychiatrique*. Ed Seuil, Coll Hautes Etudes, Paris, 2003 : p217.
[33] BOURNEVILLE DM. *Assistance, Traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés.* Alcan, Progrès médical, 1895 : p148

des criminels, des ivrognes invétérés et des prostitués est en réalité des imbéciles de naissance qu'on n'a jamais cherché à améliorer ou à discipliner ».
DUPRE cite « les attentats à la pudeur, à l'honneur, à la propriété et à la vie d'autrui qui sont chaque jour commis par des aliénés laissés en liberté. (...) Les agénésiques et les déments, caractérisés par leur faiblesse mentale, ont surtout besoin d'assistance pour eux-mêmes (...) les déséquilibrés et les délirants vis-à-vis desquels s'imposent, le plus souvent, des mesures défensives, représentent des malades plus dangereux qu'incapables et qui, moralement, sont des nuisibles irresponsables et pratiquement des antisociaux[34] ».

Si les aliénés sont des individus dangereux, il est nécessaire de se protéger d'eux. La création des asiles et la possibilité de séquestration de ces malades sont une solution à ce problème, mais des critiques s'élèvent chez les aliénistes concernant l'application de l'article 64 du Code Pénal et l'irresponsabilisation des aliénés criminels.
ROGUES DE FURSAC insiste sur le fait que les aliénistes doivent non seulement établir l'existence de troubles psychiques chez un délinquant mais qu'il est également important qu'ils assurent un rôle de défense sociale. « *J'estime en effet que l'expert n'a le droit de déclarer irresponsable un individu que s'il peut proposer des mesures d'ordre médical suffisantes pour assurer la défense sociale, soit en modifiant au moyen d'une thérapeutique appropriée le psychisme du sujet, soit en l'internant dans ue asile d'aliéné, avec la certitude que son état mental permettra de l'y conserver aussi longtemps que persistera chez lui un état dangereux*. »
Pour GEORGET en 1825, ce nouveau code pénal présentait des lacunes. En effet, en « acquittant un individu pour cause de folie, le tribunal criminel ne peut prononcer ni son interdiction ni sa séquestration ; le droit en appartient exclusivement au tribunal civil et à l'autorité municipale. Il nous serait convenable que la sentence d'acquittement pour cause de folie fût en même temps un jugement d'interdiction ; que le tribunal criminel fût investi du droit d'ordonner la séquestration de l'accusé pour un certain nombre d'années, après lequel, les juges civils viendraient de nouveau examiner l'état de ses facultés[35] ».
Pour éviter que ces aliénés criminels reconnus irresponsables ne se retrouvent trop rapidement en dehors de l'asile ou en prison, par peur de leur relaxe, les psychiatres et criminologues proposent la création d'asiles spéciaux destinés aux aliénés criminels.
Si Lombroso critique la présence des aliénés criminels dans les prisons, il évoque également la difficulté à les maintenir dans des asiles traditionnels : *« la présence de ces malheureux dans les maisons de peine est une offense au sens moral (..). On ne peut d'ailleurs ni les soigner ni les surveiller convenablement, faute de locaux et d'une discipline adaptée* (…). *Leur envoi dans les asiles d'aliénés donne lieu à d'autres inconvénients, ils y apportent tous*

[34] DUPRE E. Définition médico-légale de l'aliéné : leçon d'ouverture du cours de psychiatrie. In *Clinique des maladies mentales, Institut de médecine légale de paris*, Paris J Gainche, 1904 : p 26
[35] GEORGET. 1825 Ibid.

leurs vices, il s'y font apôtres de sodomie, de fuite et de rébellion, de vols au préjudice de l'établissement et des autres malades qu'ils épouvantent par leurs manières sauvages et obscènes[36] ». Lombroso milite donc pour la mise en place d'asiles spécifiques pour accueillir les fous criminels car *« juridiquement reconnus et ne glissant plus entre les mailles du code, sous de fausses dénominations, ces asiles peuvent seuls faire cesser cet éternel conflit entre la justice et la sûreté sociale, qui se renouvelle toutes les fois qu'il s'agit de juger ces malheureux, dont on ne peut préciser avec certitude s'ils furent poussés au crime par une impulsion morbide ou par la seule perversité de leur âme.* ».

D'autres, comme E. DALLY, jeune médecin, vont plus loin dans la volonté de défense de la société contre ces individus dangereux. En 1863, lors d'une discussion à la société médico-psychologique sur la responsabilité morale des criminels, il propose de dissocier la responsabilité morale et la responsabilité légale car, que le criminel soit ou non responsable de ses actes ne change pas le fait qu'il constitue un danger pour la société et cela seul suffit à fonder l'intervention de la justice. Face à ces « dangers sociaux », Dally propose d'une part la création d'asiles d'incurables pour les grands déments, d'autre part, la mise définitive hors d'état de nuire des pires meurtriers par la réclusion perpétuelle ou dans certains cas par la peine de mort[37].

Ainsi en 1840, un quartier réservé « aux malades difficiles à soigner et sujets à se livrer à des actes de violence » est créé à l'asile St Robert, près de Grenoble, en 1876, un quartier pour les aliénés condamnés est annexé à la maison centrale de GAILLON, et en 1890, un quartier pour les aliénés criminels verra le jour à Bicètre.

I.2.4 DES « MALADIES MENTALES » A LA RESPONSABILITE PENALE PARTIELLE

Si FALRET reconnaît la dangerosité des aliénés, il ne défend pas la conception du délire et celle de la monomanie définies par ESQUIROL et parle même de défaut d'observation. «*C'est une des causes pour lesquelles, dans l'étude des aliénations partielles, existe et se perpétue la doctrine de l'unité du délire, de la monomanie, doctrine si erronée sous le rapport de la science, et si funeste au traitement et à la médecine légale des aliénés, puisqu'elle assimile la folie à la passion extrême, et ne permet d'établir entre elles aucune ligne de démarcation* [38]». Pour lui, le délire est essentiellement caractérisé par la « *perte de la conscience de son état* » et peut ainsi se retrouver dans beaucoup d'affections fort diverses. Il récuse la notion d'aliénation mentale unique, et défend l'existence d'entités morbides distinctes formées de symptômes, qui s'associant, formeront un syndrome.

---

[36] LOMBROSO C. *Le crime, causes et remèdes.* Paris, Schleicher frères, 1899 : p486

[37] MUCCHIELLI L**.** Criminologie, hygiénisme et eugénisme en France (1870-1914) : débats médicaux sur l'élimination des criminels réputés incorrigibles. *Revue d'histoire des sciences humaines*, 2000 ; 2 : 57-89

[38] FALRET JP. Mémoire sur la folie circulaire. *In : Bulletin de l'Académie nationale de médecine,* 1853-54 ;19:p 386.

En 1851, il introduit la notion de forme circulaire des maladies mentales , où l'individu peut à certains moments ne pas présenter de troubles de la raison. Puis en 1854, il parle de folie circulaire[39] qui « *n'est pas une variété, mais une véritable forme d'aliénation mentale. Nous l'appelons du nom de folie circulaire, parce que les malheureux malades qui en sont affectés passent leur existence dans un cercle continuel de dépression et d'excitation maniaque, avec un intervalle de lucidité, qui d'ordinaire est assez court, mais qui quelquefois peut avoir une longue durée*. *La constatation de la folie circulaire sera utile dans certains cas de médecine légale, par exemple juger si un malade a commis pendant un accès un acte que le juge est appelé à apprécier dans un intervalle lucide* ».

MOREAU DE TOURS, membre du cercle d'Esquirol, défend lui aussi l'existence des différentes entités de maladies mentales.

CHARCOT en 1882 décrit une entité, l'hystérie, pourtant connue depuis l'antiquité, mais pour laquelle ni Pinel ni Esquirol n'avaient montré d'intérêt. Pour ESQUIROL, cette pathologie n'était qu'un simple trouble mineur ou une complication de la folie. Pour CHARCOT, l'hystérie n'était pas non plus une variété de folie complète mais une « demi-folie ». Pour DUPRAT[40] (1899), « *L'hystérie est bien une maladie de la personnalité, elle consiste en une affirmation incessante de la faiblesse du caractère abdiquant en faveur de l'instabilité pathologique*».

Ces demi-folies sont nommées communément dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, « névroses » ou « maladies nerveuses ». Ces formes « intermédiaires » d'aberration mentale sont distinguées des folies complètes ou maladies mentales. La neurasthénie est, elle aussi, considérée comme une demi-folie, pouvant concerner toutes les couches de la population. Elle est caractérisée par la timidité de la conduite, l'irritabilité nerveuse, les craintes morbides, les illusions naissantes.

La création d'entités distinctes composant « les maladies mentales » et de catégories diagnostiques avec les délires chroniques, aigus, partiels, cycliques, nécessite d'autant plus une connaissance spécialisée et la compétence des psychiatres pour les dépister. Le premier avocat général MERVILLE soutient l'intervention des aliénistes dans les procès :« *La folie raisonnante ou lucide ne se trahit généralement ni par la fureur ni par le déraisonnement ; pour la découvrir, les médecins eux-mêmes ont quelquefois besoin de plusieurs mois, de plusieurs années, d'un examen attentif, et l'étude en est parfois d'autant plus difficile que le maniaque sait, en général, dissimuler très habillement la lésion intellectuelle dont il est atteint. (…) Le fou lucide sait parfois dissimuler sa folie, mieux que ne le pourrait faire l'avocat le plus habile et le plus ingénieux*[41] *».* DUPRE, dans sa leçon d'ouverture sur la définition médico-légale de l'aliéné, définit la classe des délirants qui devraient être amenés devant le médecin légiste : « *Les hallucinés et les paranoïaques sont,*

[39] FALRET JP. 1853-54. Ibid
[40] DUPRAT GL. *L'instabilité mentale, essai sur les données de la psychopathologie*. Alcan, Paris, 1899.
[41] BRIERRE DE BOISMONT. 1874 . Ibid

par la nature même de leur affection, exposés à des réactions défensives ou agressives les plus dangereuses, pour autrui et pour eux-mêmes ; ils réclament, par conséquent, des mesures précoces et prolongées de sauvegarde et de protection qu'on ne peut appliquer qu'avec le régime de l'internement. Les délirants aigus, avec agitation, inconscience, hallucinations multiples, impulsions violentes, ou quand l'état d'aliénation relève d'une névrose comme l'épilepsie, ou d'une intoxication comme l'alcoolisme, doivent également être surveillés de si près que le plus souvent, leur place est à l'asile.[42] ».

La psychiatrie de la fin du XIX^{ème} siècle différencie donc, dans sa nosographie, les fous et les demi-fous en fonction de l'intensité du délire, s'il est total ou partiel, posant alors la question de la responsabilité pénale des demi-fous ou des folies lucides et d'une responsabilité pénale partielle. Pour certains, l'aliéné est responsable de ses actes s'ils ont lieu en dehors des moments de délire, d'autres désirent qu'ils soient punis comme tout criminel. Enfin d'autres, tout en leur reconnaissant une responsabilité partielle, considèrent qu'ils ne peuvent qu'être enfermés dans les lieux appropriés, les asiles.
Pour BIERRE DE BOISMONT en 1863[43], il faut examiner « s'il existe une responsabilité limitée, partielle ou proportionnelle (...) et quelles sont les mesures préservatrices que la société peut prendre à l'égard des aliénés de cette catégorie ». « L'irresponsabilité est admise par tout le monde pour les délirants généraux, les maniaques agités, incohérents, les mélancoliques apathiques, muets, stupides, les monomanes rapportant tout à leur idée fixe, les déments simples ou avec paralysie générale, les idiots, les crétins. Les difficultés commencent avec les délires partiels ou monomanies, dans lesquels les malades ne délirent que sur un ou sur un petit nombre d'objets et paraissent bien raisonner sur les autres».
Pour le Dr. BELLOC (médecin chef de l'asile de Rennes)[44], il ne faut pas affirmer qu'une seule idée raisonnable chez un accusé lui laisse la responsabilité de ses actes et qu'une seule idée déraisonnable décharge l'accusé de toute responsabilité. BIERRE DE BOISMONT pose donc la question : «*l'acte incriminé a-t-il été commis par un fou et s'il l' a été, dans quelles limites la société peut-elle lui en demander compte*?». Pour cet auteur «*l'aliéné atteint d'un délire partiel, d'une folie raisonnante ne saurait être rendu responsable des actes dont il est accusé, tant qu'il est sous l'influence de son mal* (...) *sa responsabilité ne saurait néanmoins être contestée dans les intervalles lucides véritables, mais dans ce cas, nous sommes d'avis que la responsabilité doit être mitigée par la considération des anciens accès ; l'individu qui a subi l'étreinte de la folie a droit à l'indulgence*».

[42] DUPRE E. 1904. Ibid. p 22.
[43] BRIERRE DE BOISMONT A. De la responsabilité légale des aliénés. *Annales.d''hygiènes publique et de médecine légale*. 1863 ;2(20) :328-401.
[44] BELLOC. De la responsabilité morale chez les aliénés. *Ann Med Psychol.* 1861: 26-28.

La question de la responsabilité des malades mentaux devient donc plus complexe, et l'évolution des concepts juridiques avec l'école néo-classique qui propose une responsabilité morale graduée définissant des peines individualisées va entraîner une modification des lois relatives aux malades mentaux. Déjà la révision du code pénal en 1832 avait introduit les circonstances atténuantes.

La circulaire CHAUMIE, de 1905, fait suite aux différents débats qui ont traversé la psychiatrie du XIX^{ème} siècle au sujet du délire partiel et délire total, fou et demi-fou, responsabilité ou irresponsabilité.

Cette circulaire enjoint aux procureurs généraux de demander aux juges d'instruction de compléter la mission d'expertise confiée aux experts en matière criminelle. Ils doivent toujours se prononcer sur l'article 64, mais dans les cas où le prévenu n'aurait pas été en état de démence au moment de l'action, les experts ont à rechercher si «*l'examen psychiatrique ne révèle point chez l'accusé des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer, dans une certaine mesure, sa responsabilité* ». Cette circulaire introduit donc une nouvelle catégorie de délinquants malades mentaux : les criminels anormaux mentaux non irresponsables[45]. Mais la circulaire ne dit pas de quel établissement, hôpital ou prison, ces délinquants malades mentaux reconnus responsables, dépendront.

Certains aliénistes reprochent à l'atténuation de responsabilité d'aboutir à une atténuation de la peine car ces courtes peines « *vont à l'encontre de la défense sociale, lorsqu'elles visent des déséquilibrés dangereux et récidivistes. C'est un procédé déplorable pour eux, dangereux pour la société. La place de ces dégénérés, plus infirmes que malades, déclarés irresponsables ou de responsabilité atténuée, n'est ni à l'asile, ni à la prison, qui se les renvoient parfois mais dans des établissements spéciaux, asiles de sûreté pour psychopathes dangereux*[46] »

Ces auteurs s'appuient vers les années 1930 sur le projet de loi belge de défense sociale, à l'égard des anormaux. Cette loi vise à assurer la défense sociale à l'égard des anormaux et des déséquilibrés délinquants et l'application d'une peine indéterminée. Il ne s'agit plus de punir l'individu pour une faute qu'il a commise, mais de trouver la sanction « adéquate » à sa pathologie propre, de lui imposer une mesure ou un traitement apte soit à le mettre hors d'état de nuire soit à le normaliser ou à le réadapter à la société. Le mouvement de défense sociale se fait le porte-parole d'une justice criminelle qui distribue les tâches entre le juriste et le psychiatre, appelés chacun à concourir à une défense efficace contre les individus estimés dangereux, de manière à garantir la stabilité sociale.

---

[45] SENON J.L., MANZANERA C. Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuelles sur l'expertise psychiatrique pénale. *Ann Med Psychol.* 2006 ;164 :818-827.

[46] CHARPENTIER R. Chronique. L'expertise psychiatrique devant la juridiction criminelle et la défense sociale contre les anormaux. *Ann Med Psychol.* 1930;01:289-320.

En France, à l'asile de Villejuif, une section spéciale pour aliénés dangereux est créée. Elle accueille des «déséquilibrés insociables, des fous lucides de Trélat, des fous moraux de Pritchard, des maniaques sans délire de Pinel, réunis sous la dénomination de demi-fous par le Pr Granet, d'invalides moraux par le Pr Mairet, d'aliénés vicieux par M. Colin ».

Certains aliénistes[47] vont même plus loin en proposant «un dépistage précoce» des aliénés dangereux afin de permettre un internement rapide. Ils prennent pour exemple un patient, atteint d'une psychose systématisée progressive qui a débuté par du délire jaloux, avec ensuite, l'apparition d'hallucinations générales et sensorielles et d'un délire de persécution avec menace à l'aide d'une arme sur ses persécuteurs. Pour CHARUEL et HAURY, «*Il apparaît nettement comme un persécuté dont les réactions pouvaient devenir d'un moment à l'autre des plus dangereuses* ». Ces auteurs se demandent si l'on doit *« attendre que l'individu nettement reconnu aliéné, non seulement par des personnes compétentes mais aussi par la notoriété publique, ait accompli un acte répréhensible ou dangereux pour que soient prises à son égard les mesures en vue de son internement*.». Ils citent l'article 26 du nouveau projet de loi DUBIEF sur le régime des aliénés qui parle de placement d'office dans les établissements d'aliénés de toute personne dont le maintien en liberté compromettrait en raison de son état d'aliénation, la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques, sa propre sûreté ou sa guérison ».

I.2.5 LA QUESTION DE L'ORIGINE DES MALADIES MENTALES ET DE LA CRIMINALITE.

Si la psychiatrie du début du XIX^{ème} siècle s'est principalement centrée sur son positionnement comme discipline scientifique, la psychiatrie de sa seconde moitié est marquée par la théorie positiviste qui pense que tout comportement humain est déterminé et doit être étudié sous le regard du milieu, de l'hérédité et des tendances innées.

Deux concepts vont se développer chez les aliénistes français, la notion *d'instinct* d'une part et la notion de *dégénérescence* d'autre part.

« L'instinct est un élément à la fois naturel dans son existence, mais anormal, chaque fois qu'il n'est pas maîtrisé (...). La dégénérescence est l'effet d'anomalie produit sur l'enfant par les parents et en même temps, l'enfant dégénéré, c'est un enfant anormal dont l'anomalie est telle qu'elle risque de produire, dans un certain nombre de circonstances déterminées et après un certain nombre d'accidents, la folie[48]. »

C'est MOREL, élève de Falret, qui écrira un « traité des dégénérescences[49] » en 1857. Pour lui, « l'homme créé primitivement avec le type physique et moral le plus parfait que comportait sa nature, a été soumis successivement à des causes physiques et morales qui

[47] CHARUEL. HAURY. Un aliéné en liberté : nécessité d'une protection sociale contre ces aliénés dangereux. *Archives de l'anthropologie criminelle*. 1912 :191-207

[48] FOUCAULT M. « *Le Pouvoir psychiatrique* ». Ed Seuil, Coll Hautes Etudes, Paris, 2003 :p 220.

[49] MOREL BA. *Traité des dégénérescence physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine, et des causes qui produisent ces variétés maladives*. 1857. Paris, JB Baillière.

l'ont fait dévier plus ou moins de ce type primitif (...). A côté des races qui représentent une déviation naturelle du type primitif de l'humanité, il existe également des races maladives, qui se produisent sous l'influence de causes analogues, et qui aboutissent à ces types fixes et irrémédiables dégénérés au physique et au moral, qui viennent peupler nos maisons centrales et les asiles (...). La dégénérescence morale entraîne le développement de certaines tendances mauvaises, ou malfaisantes, qui font de ces individus des être pervers et dégradés au moral comme au physique, les poussent à des actes nuisibles ou dangereux qui les font considérer comme coupables, alors qu'ils n'ont qu'une liberté morale très incomplète, et les font diriger sur les maisons centrales et les prisons, en attendant qu'une observation plus attentive les fasse enfin placer dans le seul endroit qui leur convienne, c'est-à-dire les asiles d'aliénés.[50] ». Pour lui « la notion exacte de l'aliéné au point de vue juridique et même au point de vue médical se déduit de la nature des actes involontaires, irréfléchis qui peuvent être perpétrés, d'une manière fatale, irrésistible, sous l'influence d'un état maladif de l'organisme ou de la période d'évolution d'une affection nerveuse bien caractérisée. L'état maladif est donc l'élément essentiel qui distingue la passion de la folie, l'erreur volontaire librement acceptée dans son origine et ses conséquences, de l'erreur imposée par les illusions, les hallucinations, les sensations maladives, et les autres phénomènes névropathiques qui égarent l'intelligence, pervertissent les sentiments et subjuguent la volonté. Le criminel sait ce qu'il veut, il n'agit pas d'une façon insolite, en s'isolant du monde extérieur. Il cherche au contraire à réussir par fas et nefas, mettant au profit de sa passion et de ses instincts pervers toutes les ressources de son mauvais génie, utilisant d'une manière astucieuse, réfléchie, préméditée, l'intelligence et les mauvaises passions de ceux dont il doit faire ses complices. C'est là ce que les véritables aliénés n'ont jamais pu faire ; isolés qu'ils sont du monde extérieur par leur maladie qui affaiblit leur intelligence et les rend les tristes victimes d'une fatalité aveugle. Les instincts dépravés, les tendances dangereuses de ces malades sont le produit de névroses transformées dues souvent à une source héréditaire ».

Le but de MOREL est de mettre en place des mesures préventives, administratives ou médicales, destinées à «arrêter les progrès des causes dégénératrices (...) et faire remonter lentement et progressivement de génération en génération, les êtres les plus dégradés vers le type primitif de l'humanité. ».

FALRET, lui, évoque une discontinuité entre le normal et le pathologique. Il existerait à la source du délire une modification organique inconnue, mais il serait également important de prendre en compte les phénomènes psychiques des aliénés.

[50] BRIERRE de BOISMONT. 1874.Ibid

Pour LOMBROSO, certains aliénistes « ont compris qu'il n'y avait pas une seule mais de nombreuses espèces de délinquants et que si quelques unes étaient irrémédiablement condamnées à la déperdition, dans d'autres, au contraire, le délit n'était qu'un court météore, déterminé par l'occasion, la passion ou la maladie.

Il explique certaines maladiess par l'atavisme « les idées délirantes des paranoïaques reproduisent bien souvent beaucoup des sentiments normaux chez les sauvages et les enfants. On peut en dire autant de la folie morale et de la criminalité ; elles (...) dérivent de la dégénérescence épileptoïde en passant bien souvent par l'atavisme.[51] ».

De plus, il existe même, chez les fous-criminels, des formes « que l'on pourrait appeler hypertrophie du crime, (..), les fous criminels sont presque toujours des épileptiques larvés ou des criminels nés, sur lesquels se sont greffées la mélancolie et la monomanie, grâce à cette tendance naturelle des différentes formes psychiatriques à s'enchevêtrer ensemble sur le terrain malsain de la dégénérescence. ».

Les aliénistes français sont donc également sous l'influence de l'école italienne d'anthropologie criminelle et recherchent l'existence de particularités physiques caractéristiques chez les aliénés à tendance homicide. L'anthropologie criminelle repose sur deux principes : la criminalité est une anomalie de l'espèce ayant des caractéristiques physiques et psychiques propres et déterminées et l'anomalie de la criminalité est un phénomène de régression. L'anthropologie criminelle distingue les délits naturels qui sont un déni de l'altruisme, essentiellement faire à son semblable un mal physique ou moral, ou bien s'emparer de sa propriété et les délits des juristes qui sont en lien avec le code pénal de l'époque. La criminalité correspond à la perversion d'un instinct, c'est-à-dire à la perversion d'un phénomène psychique fixé par l'hérédité, et ayant une base organique, nerveuse, qui lui sert de substratum et est nécessairement défectueuse. Les individus ayant commis de grands crimes présentent des stigmates physiques et psychiques de la criminalité, plus marqués que chez les autres criminels.

CAMUSET[52], médecin de l'asile de Bonneval, en 1893 a examiné des aliénés ayant commis des homicides et en comparant les mesures anthropométriques à celles retrouvées par Lombroso pour les hommes criminels (exagération de la grande envergure, gracilité, capacité crânienne en dessous de la moyenne, front peu élevé, sinus frontaux très développés, cheveux épais..). Il a retrouvé que *« pris individuellement, les aliénés à tendance homicide ne reproduisent pas fréquemment le type du criminel homicide avec tous ses caractères. Pris dans leur ensemble, c'est-à-dire étudiés sur le type commun moyen tiré des descriptions particulières de tous les sujets de la série, et comparés aux aliénés*

[51] LOMBROSO C. *Les conquêtes récentes de la psychiatrie : conférence lue à l'Assemblée Générale du Congrès international de médecine de Moscou*. Turin, Bocca frères, 1898.p 13

[52] CAMUSET.L Les aliénés à tendance homicide présentent ils des particularités physiques caractéristiques ?. *Annales Med Psychologiques*. 1893 ;18 : 198-249.

ordinaires et aux individus normaux, ils se rapprochent beaucoup plus que ces derniers du criminel homicide de l'école italienne. ».

Les criminels sont, à cette époque, séparés en deux classes, les criminels d'habitude et les criminels occasionnels. Les criminels d'habitude sont des « récidivistes ». Ce phénomène de récidive est, pour ENRICO FERRI[53] « *en partie lié à des facteurs sociaux, mais a cependant une cause biologique évidente, puisque avec les mêmes systèmes pénitentiaires, il y a des libérés qui récidivent et d'autres qui ne récidivent pas*». Il répartit les criminels en cinq catégories: les criminels fous, les criminels nés, les criminels par habitude acquise, les criminels d'occasion et les criminels de passion. Certains criminels aliénés ne peuvent plus être distingués des vrais criminels nés. « *Ce sont les individus, atteints de cette forme d'aliénation, qui a eu tant de noms, depuis l'imbécillité morale de Prichart jusqu'à la folie raisonnante de Verga, Folie morale, illustrée par les travaux de Mendel, Maudsley..(...) et qui, avec l'absence ou atrophie du sens moral ou social et l'intégrité apparente de l'intelligence, n'est justement que la condition psychologique fondamentale du criminel-né.».*

I.2.6 DE LA DEMENCE A L'ETAT MENTAL PATHOLOGIQUE, APPORT DES ALIENISTES ALLEMANDS.

Parallèlement à la nosographie psychiatrique française qui se développe au cours du XIX^{ème} siècle, de nouvelles entités cliniques sont décrites par les aliénistes allemands. KRAEPELIN définit la démence précoce avec quatre formes principales : la démence précoce simple, la catatonie, l'hébéphrénie et la démence paranoïde.

La démence paranoïde est caractérisée par un « affaiblissement intellectuel de nature démentielle, se développant rapidement et s'accompagnant parfois, pendant un temps assez long, d'erreurs sensorielles et d'idées délirantes variables dépourvues de tout caractère systématique.

Il décrit également la paranoïa et la définit comme un système d'idées délirantes bien organisé, qui persiste longtemps, sans modifications notables, et qui n'aboutit pas à la démence. Il existe une conservation de la lucidité, de l'ordre dans la pensée, la volonté et les actes mais l'adhésion au délire est inébranlable. Parmi ces paranoïas, il évoque la paranoïa quérulente ayant comme trait particulier l'idée de préjudice légal et la nécessité de lutter à outrance contre l'injustice présumée. La folie maniaco-dépressive comprend d'un côté le domaine de la folie périodique et circulaire et de l'autre la manie simple.

Les « personnalités psychopathiques » sont, pour KRAEPLIN, exemptes de tout trouble et restent les mêmes pendant toute la vie. Dans ce groupe figurent : le « criminel-né » avec un émoussement moral congénital, les « instables » avec un affaiblissement de la volonté

[53] FERRI E. *La sociologie criminelle.* Ed Rousseau, Paris,1893.

marquant leur vie entière, le « menteur », le « charlatan pathologique » et les « pseudo-quérulents ».

BLEULER en 1911 parle de schizophrénie et en distingue quatre formes principales : la schizophrénie simple, la catatonie, l'hébéphrénie et la forme paranoïde. Les troubles élémentaires de la schizophrénie sont au nombre de 3 et visent des modifications des fonctions psychiques essentielles c'est-à-dire l'idéation, l'affectivité et la volonté. La pensée devient vague, imprécise, et pèche par rapport aux exigences de la réalité. La sphère affective s'immobilise, devient figée et rigide. Concernant la volonté, le trouble caractéristique est constitué par l'ambivalence[54]. Dans les symptômes cliniques de la schizophrénie, Bleuler évoque également des troubles de la conduite, mais qu'il situe plutôt dans les symptômes secondaires. Pour lui, l'héboïdophrénie fait partie intégrante des psychoses schizophréniques, dans le sous-groupe des schizophrénies simples. Alors que les autres entités cliniques se caractérisent par des symptômes évocateurs d'un état psychotique, l'héboïdophrénie se caractérise uniquement par des troubles des conduites, comme ceux que peuvent présenter des sujets qui ne sont pas fous. C'est KAHLBAUM, en 1889, qui avait le premier définit l'héboïdophrénie, avec l'idée que certains patients aux comportements asociaux présentaient en réalité une forme clinique de psychose. Il l'avait décrit comme une forme mineure d'hébéphrénie, intermittente et de meilleur pronostic, sans évolution déficitaire, mais avec la coexistence de troubles du comportement social pouvant aller jusqu'à des actions criminelles.

BLEULER, dans son étude de la schizophrénie, subit l'influence des découvertes de Freud, avec l'introduction dans la psychopathologie de la schizophrénie des notions du complexe et du contenu de la psychose ainsi que celles de l'autisme. Néanmoins, la schizophrénie repose pour lui sur une base organique.

KRETSCHMER en prenant pour point de départ la schizophrénie de Bleuler introduit la notion de schizoïdie. La schizoïdie embrasse toutes les particularités de comportements qui peuvent être considérées comme prédispositions aux troubles de nature schizophrénique.

A côté des maladies psychiatriques « caractérisées » se développe la notion de « caractères », prodromes au développement des certaines démences.

ANTHEAUME et MIGNOT en 1907 (cités par Heuyer[55]), dans leur étude sur la période médico-légale prodromique de la démence précoce, rapportent trois observations de sujets chez qui la maladie avait débuté par une phase de délinquance ayant duré plusieurs années, les troubles intellectuels n'étant apparus que plus tard. Pour HEUYER, les caractéristiques essentielles des troubles du caractère du début de la démence précoce sont leur apparition

---

[54] SOCIETE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE. Démence précoce, schizophrénie, schizoïdie. *Ann. Med Psychol.*1926 ;1 :253-266.

[55] HEUYER MG., SERRIN. Les troubles du caractère au début de la démence précoce. *Ann. Med Psychol.* 1930;2:90-110.

à l'adolescence, avec une transformation de la conduite à l'égard de la famille et du milieu social. L'adolescent prend «*tout à fait l'aspect d'un bourreau domestique, il harcèle, menace, s'irrite, bat*» et à côté de cette «hostilité familiale», il ajoute des réactions antisociales (fugue, vol) et des perversions sexuelles.

D'autres troubles du caractère, constitutionnels ou acquis, sont décrits à cette période.

Les perversions instinctives, qui seraient constitutionnelles et se manifesteraient dès la première enfance avec une malignité, une tendance active à faire le mal pour le mal, un besoin réfléchi et prémédité de faire souffrir par des paroles et des actes avec sournoiserie et adresse, une mythomanie, la dissimulation et le mensonge. De plus tous les actes du pervers sont utilitaires.

Les troubles du caractère des épileptiques, où, dans ses réactions contre les personnes, l'épileptique se montre irritable, coléreux, violent *dans ses propos et dans ses gestes.* La constitution cyclotymique se manifesterait parfois, par des « impulsions brusques paroxystiques à commettre des délits, notamment des fugues, des vols, encadrées par un état d'instabilité, d'agitation ».

La psychiatrie de la fin du XIX^{ème} et du début du XX^{ème} siècle est donc marquée par la multiplication des entités nosographiques et la recherche de l'étiologie de ces maladies.

Cet élargissement de la clinique psychiatrique a des impacts sur les liens avec la justice. Là où l'aliénation mentale permettait assez simplement de déterminer une irresponsabilité pénale, la multiplication des catégories diagnostiques psychiatriques et le caractère cyclique de certaines d'entre elles rendait plus difficile la détermination de l'état psychique de l'accusé au moment de l'acte.

La conception du terme de démence et sa définition comme état permettant de définir l'irresponsabilité pénale des malades mentaux paraît au XXème siècle trop extensive aux aliénistes, du fait de l'avancée des classifications nosographiques.

Au cours de la première partie du XX^{ème} siècle, la psychiatrie médico-légale va donc osciller entre les tentatives de lier l'état dangereux à un diagnostic précis et le maintien d'une conception (la démence) mettant déjà l'accent sur les failles des capacités cognitives[56].

En 1933, la société médico-psychologique propose de remplacer le terme de démence par « état mental pathologique qui rend incapable au moment de l'acte d'en apercevoir le caractère immoral ou injuste et de se déterminer en conséquence». Au sens médico-légal, le terme de démence englobe non seulement les états d'affaiblissement intellectuel, mais les états d'arriération profonde, les délires, tous les états dans lesquels le sujet n'a pas la conscience lucide de sa personne ni du milieu dans lequel il se trouve, et ne peut décider raisonnablement de ses actes.

[56] SCHWEITZER M.G., PUIG-VERGES N. Psychiatrie médico-légale et méthode psychopathologique au cours de la première partie du XXe siècle. *Ann Med Psychol.* 2002 ; 160 : 755-759.

Si le terme de démence reste pour les magistrats la référence en terme d'irresponsabilité, les aliénistes et les experts vont, au cours du XX^{ème}siècle, limiter l'irresponsabilité pénale à quelques diagnostics. Durant la première partie de ce siècle, l'article 64 sera surtout accordé aux personnes souffrant d'épilepsie, de délire systématisé paranoïaque, et de schizophrénie.

I.2.7 VERS LA COMPREHENSION DE L'ACTE CRIMINEL

A cette époque, les aliénistes vont également se concentrer sur la recherche de la compréhension de l'acte, car des crimes peuvent être commis à la suite de chocs affectifs, en dehors de tout état pathologique. Pour DE GREEF[57], la psychiatrie criminelle doit pouvoir « *déceler aussitôt que possible la morbidité de telle manifestation symptomatique*» et «*en pénétrer à la fois le sens et le fonctionnement* ». Pour cet auteur, par exemple, « le sentiment d'injustice subie » joue un rôle dans la propension au passage à l'acte délinquant. « *On est frappé, lorsqu'on entre en contact avec l'âme des criminels, du rôle qu'a joué dans leur préparation au crime le sentiment d'avoir subi une injustice, sentiment, qui a leurs yeux, légitimait leur réaction et même l'expliquait* ».

Le développement d'approches psychodynamiques centrées sur la mise en évidence de l'intentionnalité de l'acte, de la motivation, de la participation inconsciente intervenant dans la dynamique de l'acte va pousser des auteurs à privilégier de nouvelles entités cliniques telles que la « personnalité perverse», « la personnalité criminelle », la « psychopathie »[58] ou les « névroses de caractères ».

Le développement de la psychanalyse dans cette même période va permettre une approche psychopathologique du criminel. FREUD, en 1906, sera même invité à prendre la parole à l'Université de Vienne sur une question de criminalistique, à savoir la possibilité d'identifier l'auteur d'un crime à l'aide de la méthode associative.

En 1915, FREUD écrira un essai sur « Les criminels par conscience de culpabilité ». A la suite de la lecture de Dostoïevski, Freud repose la question de la signification inconsciente du crime, avec une problématique centrée sur l'acte en sa fonction transgressive et en relation avec le complexe paternel. Il relève deux traits essentiels du criminel: l'égoïsme sans limite et la tendance fortement destructrice. Le premier trait renvoie à un narcissisme « illimité » ; le type narcissique étant orienté vers l'autoconservation, il ne ressent pas de tension entre le Moi et le Surmoi, le surmoi paraissant comme inexistant, poreux. Le second trait souligne une tendance à l'annihilation de tout ce qui s'oppose à la réalisation des désirs et des buts.

La « personnalité criminelle » définie par Pinatel (1960) est caractérisée par quatre traits particuliers qui sont identiques chez tous les délinquants « graves ». Ces traits sont l'égocentrisme, la labilité, l'agressivité et l'indifférence affective. Pour cet auteur, ces traits

[57] DE GREEF E. Du sentiment d'injustice subie en pathologie criminelle. *Ann. Med. Psychol.* 1935 ;1 :361-384.
[58] SCHWEITZER M.G., PUIG-VERGES N. 2002. Ibid.

sont l'accentuation de traits « normaux » et entre délinquants et non-délinquants, il n'y a pas de différence de nature, mais bien une différence de degré et de niveau.
Quant à la psychopathie, elle est proche de la « perversion instinctive » de Dupré, apparentant le psychopathe à une espèce de délinquant ou de criminel. En 1931, lors de l'Assemblée de la société suisse de Psychiatrie[59], M. SAUSSURE évoquait le problème des délinquants psychopathes et la nécessité de créer des établissements spéciaux pour leur traitement car ils *« ne se trouvent à leur place, ni dans les asiles, ni dans les annexes psychiatriques des prisons qui ne suffisent ni à la répression, ni à la guérison* ». M. MORGENTHALER insistait, quant à lui, sur la nécessité de « *rééducation* » du criminel, avec un « *traitement spécial des délinquants juvéniles qui demande avant tout des mesures prophylactiques* » et la mise en place de méthodes psychothérapeutiques.

Les « Névroses de caractères » sont des types de névrose où le conflit défensif ne se traduit pas par la formation de symptômes nettement isolables, mais par des traits de caractère, des modes de comportement, voire une organisation pathologique de l'ensemble de la personnalité. Il s'agit plus d'une description psychanalytique renvoyant aux troubles du comportement.
Pour BERGERET, le caractère constitue le témoignage visible de la structure de base de la personnalité. Il décrit les traits de caractère paranoïaque présentant deux caractéristiques principales: la projection narcissique et la défense antihomosexuelle passive. Les traits de caractère «narcissique» peuvent se voir sur n'importe quelle structure de personnalité (organisation limite ou fixe du MOI). Bergeret décrit, dans ces caractères narcissiques, les caractères psychasténique et psychopathique par exemple.
BERGERET évoquera également les «maladies du caractère» ou «organisation caractérielle» qui, touchant les personnalités infantiles et très narcissiques, comprendraient les personnalités antisociales, les caractères chaotiques, les déviations sexuelles, les personnalités prépsychotiques.

I.2.8 LA PSYCHIATRIE DE LA FIN DU XX^{EME} SIECLE ET DU DEBUT DU XXI^{EME}.

La psychiatrie médico-légale reste un champ de réflexion important avec de nombreuses études ces 20 dernières années autour de la folie et du crime, des facteurs de risque de passage à l'acte chez les malades mentaux.
Le domaine des troubles graves du comportement semble dépendre de moins en moins des délires chroniques, mais se référer plutôt à des organisations pathologiques de la personnalité.

[59] ASSEMBLEE DE LA SOCIETE SUISSE DE PSYCHIATRIE. Berne. 29-30 août 1931. Les délinquants psychopathes. *Ann. Med. Psychol.* 1931;2 :477-480.

Les classifications des troubles mentaux ont évolué mais l'on retrouve des critères médico-légaux comme critères diagnostiques de certaines pathologies et de certains troubles de la personnalité.
Si la psychopathie n'existe pas dans les classifications internationales, sa définition clinique persiste sous forme de regroupements d'items qui en font un trouble de la personnalité. Dans le DSM –IV, il s'agit de la personnalité antisociale (F 63.2) et de la personnalité Borderline (F 60.31). Dans la CIM-10, il s'agit de la personnalité dyssociale (F60.2) et de la personnalité émotionnellement labile (F 60.3) avec deux sous-types : le type impulsif (F 60.30) et le type borderline (F 60.31).
La commission d'audition de l'HAS du fait de la persistance de l'utilisation du terme de psychopathie dans la pratique clinique française a néanmoins donné une définition de ce trouble de la personnalité, mais a proposé de la nommer « personnalité limite à expression psychopathique ». Cette personnalité est caractérisée par trois défaillances : une défaillance narcissique (renvoyant aux notions d'état limite ou de personnalité borderline), une défaillance de maîtrise comportementale et une défaillance du contrôle émotionnel.

De plus, le XX^{ème} siècle a été marqué par l'introduction de la thérapeutique médicamenteuse, avec les neuroleptiques qui ont permis le rémission des symptômes des patients psychotiques avec une possibilité de réinsertion sociale et de stabilisation de la maladie. Si une personne atteinte de trouble mental, comme la schizophrénie, commet une infraction criminelle, la possibilité qu'elle soit consécutive à un délire n'est plus certaine, du fait de l'existence de traitements permettant une rémission des symptômes. Il n'existe donc, à l'heure actuelle, plus aucune entité clinique qui entraîne automatiquement une irresponsabilité pénale.

I.3 LA CRIMINALISATION DE LA MALADIE MENTALE.

Les avancées réalisées durant le XX^{ème} siècle, sur la compréhension du passage à l'acte violent, sur la connaissance des maladies mentales et leur prise en charge thérapeutique, n'ont pas totalement permis de déstigmatiser le malade mental et de limiter la présence d'individus souffrant de troubles mentaux sévères au sein des prisons.

I.3.1 UN SENTIMENT D'INSECURITE

Les sociétés contemporaines connaissent une demande de protection sociale grandissante. Les dangers contre la vie deviennent de plus en plus insupportables, ils semblent être de plus en plus nombreux et de plus en plus intolérables. Cette mutation de la société vers une tolérance quasi nulle envers tout signe de violence et la médiatisation des actes violents

facilitent l'émergence d'émotions négatives telles que la peur et le sentiment d'insécurité[60]. Le criminel peut être n'importe qui, le danger peut provenir de gens par ailleurs ordinaires, et le risque est donc « imprévisible ». Le sentiment d'insécurité ressenti par la population, la peur de l'autre, un autre différent parce qu'il est plus facile de penser que celui qui tue ne peut être que « fou », entraînent la stigmatisation du malade mental qui est vécu comme tellement différent qu'il en devient menaçant. Aux Etats-Unis, une enquête réalisée en 1984, auprès de 1500 citoyens, a mis en évidence que pour 61% des personnes interrogées « une personne diagnostiquée comme schizophrène est plus susceptible de commettre un crime violent qu'une personne normale » et en 1993, 57% des adultes américains interrogés pensent que les personnes malades mentales sont plus susceptibles de commettre des actes violents[61]. En France, la stigmatisation de la maladie mentale comme à risque de violence est la même. Selon une enquête IPSOS parue en 2002[62], la schizophrénie est synonyme de violence chez 16% des personnes interrogées, et de troubles du comportement pour 6%.

La perception du public concernant la dangerosité des malades mentaux est importante pour deux raisons. La première est que ces croyances induisent des politiques pénales et policières au travers desquelles la société tente de contrôler les comportements des individus présentant des troubles mentaux.

La seconde raison est que ces croyances sur la violence potentielle des malades mentaux déterminent les modes d'interactions avec ces individus perçus comme malades mentaux. Link et al.[63] (1986) ont mis en évidence que les personnes pensant que les malades mentaux pouvaient être dangereux avaient des attitudes rejetantes envers ces personnes et ne voulaient avoir aucun contact avec eux, entraînant une forme de ségrégation des malades mentaux. Cela correspond finalement au processus « d'étiquetage » défini par Lambert et Beckert où la société fabrique des délinquants par ségrégation, étiquetage et accentuation, et le coté pervers de cette situation, la réaction de la communauté renforçant les comportements qu'elle juge comme « déviant ». La déviance n'est que « *le produit d'une transaction effectuée entre un groupe social et un individu, qui aux yeux du groupe a transgressé une norme* ». Le seul fait d'être stigmatisé comme « déviant » a des conséquences considérables sur la vie sociale future de l'individu.

---

[60] PRZYGODZKI-LIONET N., NOEL Y. Individu dangereux et situations dangereuses: les representations sociales de la dangerosité chez les citoyens, les magistrats et les surveillants de prison. *Psychol Française*. 2004 ;49 :409-424.

[61] MONAHAN J., ARNOLD J. Violence by people with mental illness : a consensus statement by advocates and researchers. *Psychiatric Rehabiliation Journal*. 67- 70.

[62] QUINTIN P., KLEIN P., CARRIERE P. L'image de la schizophrénie et des patients schizophrènes auprès du grand public. *Enquête IPSOS. Nervure IV*. 2002.

[63] LINK BG., CULLEN FT. Contact with the mentally ill and perceptions about of how dangerous they are. *J Health Soc Behav*. 1986;27:289-302.

Les demandes des citoyens de protection contre ces dangers ont entraîné des attentes dans le champ pénal, avec une intensification de la législation sur la dangerosité au cours des deux dernières décennies.

I.3.2 DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE A LA PRISE EN CHARGE JUDICIAIRE

La politique pénale évolue en fonction de la société, elle constitue une politique publique orientée par l'état en fonction du contexte idéologique et économique et en interaction avec les mouvements sociaux.

L'hypothèse de la criminalisation des personnes atteintes d'un trouble mental a été suggérée par ABRAMSON. La criminalisation de la maladie mentale désigne le phénomène de prise en charge, par le système de justice criminelle, de personnes dont la caractéristique principale est de souffrir de problèmes de santé mentale.

Cette criminalisation fait suite, en partie, aux phénomènes de désinstitutionnalisation et de fermeture des lits psychiatriques qui ont eu cours à partir des années 1970 dans la plupart des pays anglo-saxons et européens, mais également à une évolution de législations (concernant le droit de la personne et du patient psychiatrique et un accroissement par exemple, des conditions nécessaires pour procéder à une hospitalisation sous contrainte[64] mais également les législations sur les personnes dangereuses).

La fermeture des lits d'hôpitaux et les politiques sociales mettant moins d'argent dans les programmes d'aides aux démunis et de logements (dans le sillage de la thèse de C. MURRAY selon laquelle l'aide financière aux démunis sans insertion est responsable de l'accroissement de la pauvreté et d'une délinquance favorisée par l'inactivité) ont entraîné la mise à la rue ou une précarisation importante des personnes, déjà fragiles, souffrant de troubles mentaux. Cette précarisation et désinsertion sociale favorisent la rupture de soins et ainsi la délinquance des malades mentaux. Aux Etats-Unis, 25 à 33% des sans-abri présentent des troubles mentaux. A la suite des politiques de fermeture des grands hospices publics aux Etats-Unis, le nombre de patients dans les asiles est passés de 559 000 en 1955 à 60 000 en 1995.

Tableau 1 - Evolution du nombre de lits psychiatriques aux Etats-Unis (Lamb et Weinberger, 2005[65])

Année	**1955**	**2000**
Nombre de lits	559000	59403
Population des Etats-Unis	165 000 000	273 600 000

[64] LABERGE D., MORIN D., LANDREVILLE P. Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale: le modèle de l'urgence psychosociale justice*. Criminologie*. 2000 ;33 :81-107.

[65] LAMB HR., WEINBERGER LE. The shift of psychiatric inpatient care from hospitals to jail and prisons. *J. Am. Acad. Psychiatry Law*. 2005;33:529-534.

Lits/ 100 000 personnes	339	22

Ces patients qui devaient, théoriquement, à la suite de la fermeture des lits d'hospitalisation, être pris en charge sur un mode ambulatoire dans des « centres communautaires » se sont retrouvés sans suivi psychiatrique, par carence de financement public ne permettant pas le développement suffisant de structures de soins. De plus, la diminution du nombre de lits, dans les services de moyenne et longue durée, a eu un impact important sur un certain nombre d'individu présentant des troubles mentaux et qui nécessitaient ce type de prise en charge. Ces individus n'étant pas capable de s'adapter à une vie dans la communauté requièrent donc fréquemment des hospitalisations en service d'admission aiguë. Le résultat est une surpopulation dans les services publics de psychiatrie, du fait du nombre de lits très limités et une nécessité pour les équipes soignantes de faire sortir précocement des patients nécessitant encore des soins, voire même de refuser des patients.

La « désinstitutionnalisation » des malades mentaux s'est donc traduite par leur « réinstitutionnalisation » dans le secteur pénal[66]. Les services de police, intervenant souvent en premier lieu, lorsqu'un patient, du fait de son comportement, « trouble l'ordre public », ont eu de plus en plus de difficultés à trouver des places pour ces malades et c'est alors le système judiciaire qui les a pris en charge.

LABERGE et al.[67] se sont interrogés sur les conséquences de cette prise en charge par la justice des patients malades mentaux. A court terme, ces personnes sont emprisonnées. L'incarcération peut entraîner la perte du logement, des rares biens et des difficultés accrues pour l'obtention de l'aide sociale. Le fait d'avoir un casier judiciaire peut constituer un obstacle dans une diversité de situations (emploi, logement). A long terme, les patients, s'ils ont été condamnés à une peine avec sursis, peuvent, du fait de leur pathologie, ne pas respecter les termes de leur liberté provisoire et risquent alors une condamnation plus sévère et l'escalade de mesures restrictives de liberté.

Cette augmentation de la prise en charge des malades mentaux par la justice, du fait de la désinstitutionnalisation et du durcissement des politiques pénales, entraîne, dans les établissements pénitentiaires, une augmentation du nombre de détenus souffrant de troubles mentaux. Les maisons d'arrêt s'imposent comme le principal lieu d'accueil d'une population marginalisée pour une part du fait de troubles mentaux et se substituent ainsi aux structures sanitaires d'hospitalisation. Tous les pays industrialisés constatent une accumulation ce fait.

Aux Etats-Unis, les données collectées par le département de la justice en 2005 montrent que le pourcentage de prisonniers présentant des troubles mentaux sévères va de 7 à 16%.

[66] WACQUANT L. *Punir les pauvres*. Agone, Marseille, 2004.

[67] LABERGE D., MORIN D., LANDREVILLE P. Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale: le modèle de l'urgence psychosociale justice. *Criminologie*. 2000 ;33 :81-107.

Et le Treatment Advocacy Center suggère, d'après des études, qu'approximativement 10% des prisonniers présentent une maladie mentale grave, donc qu'environ 218 000 individus malades mentaux sont incarcérés dans des établissements pénitentiaires[68].

[68] TREATMENT ADVOCACY CENTER. Criminalization of individuals with severe psychiatric disorders. 2007. http: www.treatmentadvocacycenter.org.

I.4 LA DANGEROSITE DES MALADES MENTAUX, UNE REALITE ? DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES ACTUELLES.

I.4.1 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES GENERALES

Il existe trois types d'approche pour déterminer si une relation existe entre troubles mentaux et les comportements violents. Premièrement, les études de la prévalence de la violence chez les individus présentant un trouble mental et qui reçoivent un traitement dans une structure de soins. Deuxièmement, les études sur la prévalence de troubles mentaux chez les individus ayant commis des actes violents et ayant eu un contact avec le système judiciaire criminel. Troisièmement, des études de prévalence, à la fois de troubles mentaux et de comportements violents en dehors du système psychiatrique et judiciaire.

La première approche s'appuie sur différents types de recherche: les études rétrospectives de patients admis dans les services psychiatriques, les études de suivi de patients à la sortie de l'hôpital psychiatrique, les études de cohorte rétrospectives, et les études prospectives de suivi de cohortes de naissance.

La stratégie d'échantillons utilisés implique des biais qui introduisent certaines limitations pour l'interprétation et la généralisation des résultats. Lorsque les patients psychiatriques sont concernés, il est possible d'estimer le taux de violence avant l'hospitalisation, durant le traitement et à la sortie de l'hôpital. Les données concernant la violence avant l'hospitalisation sont facilement biaisées parce que le comportement violent est l'une des raisons principales des hospitalisations. Le même biais peut aussi entraîner une sur-estimation de la violence, lorsque l'étude porte sur des malades mentaux hospitalisés. A contrario, si certains patients sont considérés comme à risque de violence, la prise en charge hospitalière peut diminuer le risque actuel qu'ils commettent de nouveaux actes violents. Enfin, lorsque les patients sont sortants de l'hôpital, il est également bon de rappeler que s'ils sont capables de sortir, c'est qu'ils ne sont plus considérés comme violents.

La seconde approche qui s'appuie sur la prévalence de troubles mentaux chez les individus ayant commis des infractions présente également des biais. Il semble, par exemple, que les individus présentant un trouble mental sont plus fréquemment interpellés par la police lorsqu'ils commettent une infraction. Mais, d'un autre coté, il est également évident que dans certains cas, la police n'arrête pas les patients psychiatriques. Les malades mentaux ne sont pas forcément incarcérés, mais plutôt hospitalisés, particulièrement si les infractions ne sont pas sérieuses. Quand dans la plupart des cas la violence est modérée, il y a une possibilité majeure de biais lorsque les chercheurs se concentrent uniquement sur les auteurs d'infractions ayant été arrêtés car en fait, nous ne savons pas avec certitude si les individus

présentant des troubles mentaux sont plus ou moins susceptibles d'être arrêtés et emprisonnés que les auteurs d'infractions ne présentant pas ces troubles. L'une des voies possibles pour éliminer le biais de violences non détectées est de se concentrer sur les violences les plus sérieuses comme les homicides. Le taux d'homicides est considéré comme un indicateur du taux de violence générale. Mais, même si l'on se concentre uniquement sur les homicides, un pourcentage notable d'auteurs d'homicides reste non connu. Aux Etats-Unis par exemple, 30% de tous les auteurs d'homicides n'ont jamais été appréhendés.
Les études sur la communauté semblent être une solution à ces problèmes de biais.

I.4.1.1 Étude sur la prévalence de la violence chez les patients psychiatriques vivant dans la communauté.

TARDIFF[69] (1984) a suivi tous les patients admis sur une période d'1 an ½ dans la clinique « Payne » et sur 2 ans dans une autre clinique privée « Weschester ». Il a inclus dans l'étude tous les patients ayant eu un comportement agressif à l'encontre d'autrui. 784 patients ont été admis à Payne ; 9,8% des hommes et 5,9% des femmes avaient commis un acte de violence. Sur les 819 patients de Westchester, 15,5% des hommes et 10,5% des femmes en avaient commis un. Dans la plupart des cas, l'agression avait eu lieu juste avant l'admission à l'hôpital. Les hommes schizophrènes paranoïdes ou non, et les hommes maniaques sont surreprésentés dans le groupe de patients violents. Pour les femmes, il n'existe pas de différence significative de diagnostic entre les femmes violentes et non violentes.

BINDER et MC NIEL[70] (1988) ont recherché, chez 253 patients hospitalisés dans une unité fermée pour décompensation aigüe, la prévalence de la violence dans les deux semaines précédant l'hospitalisation. Sur les 253 patients, 34,4% étaient schizophrènes (n=87), 18,2 % présentaient un état maniaque (n=46) et 47,4% avaient un autre diagnostic : dépression (n=19), autres psychoses (n=11), état paranoïde (n=8)). La prévalence de la violence physique envers autrui était de 21% dans les deux semaines précédant l'hospitalisation. Dans cette étude, 26,4% des patients schizophrènes et 30,4% des patients maniaques avaient été violents envers autrui dans les deux semaines avant l'hospitalisation. Ces auteurs concluent que les schizophrènes et les patients maniaques durant la période précédant l'hospitalisation sont à haut risque de comportements agressifs par rapport aux patients ayant un autre diagnostic.

---

[69] TARDIFF K. Characteristics of assaultive patients in private hospitals. *Am J Psychiatry*. 1984;141:1232-1235.
[70] BINDER RL., McNIEL DE. Effects of diagnosis and context on Dangerousness. *Am J Psychiatry.* 1988 ;145 :728-732.

LINDQVIST et ALLEBECK,[71] en 1990, ont comparé 644 schizophrènes hommes et femmes à la population générale en utilisant comme marqueur l'existence d'un dossier criminel pour acte violent envers autrui : 8,7% des schizophrènes ont, dans leur étude, un dossier criminel pour acte violent envers autrui contre 3,3% dans la population générale. Le taux de crimes chez les hommes schizophrènes est environ le même que dans la population générale masculine, mais il est deux fois plus important chez les femmes schizophrènes (13%) que dans la population générale féminine (entre 5 et 10%).

Par contre, le risque d'infractions violentes est 4 fois plus important chez les schizophrènes que dans la population générale, mais la violence rencontrée est presque exclusivement d'une sévérité peu importante, il s'agit dans la plupart des cas d'agressions, de menaces ou de violence contre des officiers (95%). Le risque de commettre une infraction violente contre la vie et la santé est multiplié par 2,7 par rapport à la population générale, mais il s'agit là encore d'agressions de faible intensité. Pour ces auteurs, les hommes schizophrènes ne commettent pas plus d'infractions criminelles que la population générale masculine, par contre chez les femmes, l'existence d'un trouble schizophrénique augmente par deux le risque d'infraction criminelle.

SWANSON et al.[72], en 1990, dans l'étude ECA, ont étudié la prévalence de la violence chez 10059 des patients présentant des troubles psychiatriques. Ils ont recherché la violence avouée envers autrui dans l'année antérieure. La prévalence à un an de la violence est de 3,7%, tous troubles psychiatriques confondus .

Sur 282 patients présentant une dépression majeure, 11,68% ont présenté un comportement violent l'année précédente. Sur les 30 patients maniaques ou bipolaires, 11,02% ont présenté un comportement violent. La prévalence de troubles affectifs est donc trois fois plus fréquente chez les patients ayant été violents (9,37%) que chez ceux qui ne l'ont pas été (2,95%).

Douze pour cent des patients schizophrènes rapportent un comportement violent dans l'année passée. Sans abus d'alcool ou de drogue, le risque de comportements violents est plus faible, avec seulement 8,4% de patients schizophrènes violents, le risque d'être impliqué dans un incident violent est multiplié par 4,1 par rapport à la population générale. Par contre, en cas d'abus de substance associé à la schizophrénie, le pourcentage de patients schizophrènes violents passe à 30,3%.

Dans cette étude, les patients présentant uniquement un trouble anxieux ont un risque de violence quasiment identique à la population générale (2,37 vs 2,05%), par contre, en cas d'association de troubles anxieux et d'abus de substance, le pourcentage de patients

[71] LINDQVIST P., ALLEBECK P. Schizophrenia and crime. A longitudinal Follow Up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry.* 1990;157:345-350.

[72] SWANSON JW., HOLZER CE., GANJU VK., JONO RT. Violence and psychiatric disorder in the community : evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hosp Community Psychiatry*, 1990 ; 41(7) :761-770.

violents passe à 20,25%. Seulement 3,4% des patients présentant un trouble affectif ont été violents l'année passée ; si ce trouble est associé à un abus de substance, le pourcentage de patients violents est de 29,19%. Sur les 533 présentant un trouble d'abus de substance seul, 21,30% ont présenté un comportement violent l'année précédente.
La multiplication du nombre de co-morbidités diagnostiques augmente significativement le risque de comportements violents de manière linéaire. L'association d'un abus de substance, d'une dépendance à l'alcool et de la présence d'au moins un diagnostic psychiatrique augmente substantiellement le risque de violence. Les auteurs concluent que les citoyens ont plus de chance d'être agressés par un patient alcoolique que par un patient schizophrène n'ayant pas de dépendance à une drogue.
Les résultats de cette étude permettent de dire que :

- La prévalence de la violence est 5 fois plus importante chez les patients qui remplissent les critères diagnostiques pour un trouble de l'axe 1 du DSM-III que les personnes ne remplissant pas les critères.
- La prévalence de la violence est remarquablement similaire chez les personnes présentant une schizophrénie, une dépression majeure ou une manie/trouble bipolaire.
- La prévalence de la violence chez les personnes présentant un diagnostic d'alcoolisme est 12 fois celle de personnes ne recevant aucun diagnostic, et la prévalence de la violence chez les individus présentant un diagnostic d'abus de drogue est 16 fois celle des personnes sans diagnostic psychiatrique.

SWANSON et HOLZER[73] rappellent que d'après les données de l'étude ECA, 90% des personnes présentant un trouble mental (excluant l'abus de substance) n'ont jamais été violents selon leurs propres dires. Néanmoins, la maladie mentale semble être un facteur de risque, modeste, de comportement violent. Chez les individus ayant uniquement un trouble mental (schizophrénie ou trouble de l'humeur, sans abus de substance) si on les compare à ceux qui n'en ont pas, l'odds ratio pour la violence est de 3,7. De plus, la violence attribuable aux malades mentaux est inférieure à 5%.

HODGINS en 1992[74], dans une étude réalisée sur une population de 82 hommes présentant des troubles mentaux sévères, retrouve 14,6% de cas de violence sur la base de dossier criminel contre 5,7% dans la population générale. Le ratio de cote pour la violence associée aux troubles mentaux sévères n'est que de 1,7 sans l'abus drogue alcool, mais les différents troubles mentaux ne sont pas considérés séparément.

---

[73] SWANSON JW., HOLZER CE. Violence and ECA data. Hosp Community Psychiatry. 1991;42:954-955.
[74] HODGINS S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. Arch Gen Psychiatry. 1992;49:476-483.

LINK, ANDREWS et CULLEN[75] (1992), ont comparé les dossiers officiels et les comportement violents auto-rapportés de patients présentant des troubles mentaux et des individus (n=400) n'ayant jamais été traités, vivant dans le même quartier. Sur les 232 patients inclus dans cette étude, 33,6% présentent une dépression sévère, 19,4% une schizophrénie, 10,3% un trouble psychotique autre. Ces patients ont été divisés en différents groupes : ceux ayant eu un seul contact avec la psychiatrie dans l'année précédant l'étude, ceux ayant eu des contacts répétés et ceux ayant eu un antécédent de contact avec la psychiatrie, mais n'ayant pas eu de traitement dans l'année précédant l'étude.

La prévalence vie entière de comportements violents, d'après les dossiers officiels, est de 1% pour les individus n'ayant jamais été suivis en psychiatrie, de 2,4% pour les patients ayant été hospitalisés une fois dans l'année précédant l'étude, de 5,8% pour les patients ayant eu des contacts répétés avec la psychiatrie durant l'année précédente et de 5,4% pour les patients ayant déjà eu des contacts avec la psychiatrie, mais non traités depuis un an.

Concernant le type de violence, 28,6% des patients ayant eu des contacts répétés avec la psychiatrie ont utilisé une arme.

Les trois groupes de patients ont donc une forte prévalence de comportements violents, parfois, 2 à 3 fois supérieure aux individus n'ayant jamais été traités. Pour ces auteurs, si le statut socio-économique et l'environnement jouent un rôle dans les comportements violents, ces variables n'expliquent pas complètement l'association entre l'état mental de l'individu et les comportements dangereux. Ces auteurs retrouvent que le niveau de symptômes psychotiques peut expliquer la différence de prévalence de comportements violents entre les patients présentant des troubles mentaux et les individus vivant dans la communauté. Ces auteurs concluent qu'il existe un risque de comportements violents et illégaux plus élevé chez les patients présentant des troubles mentaux que dans la population générale et même lorsque les facteurs démographiques et personnels sont pris en compte, une différence significative persiste entre les patients et le groupe de personne jamais traité. L'association entre le statut mental du patient et les comportements violents est, selon ces auteurs, remarquablement forte et ne correspond donc pas à un artefact.

STEADMAN et al[76]. (1994), dans l'étude Mac Arthur, ont étudié la prévalence de la violence avant l'admission à l'hôpital psychiatrique et pendant 6 mois après la sortie. Sur 146 personnes suivies pendant six mois, 26,7% rapportent au moins un incident de violence (frapper quelqu'un :15,8%, menacer avec une arme : 5,5%, utiliser une arme 5,5%). Lorsque la violence n'est plus seulement auto-rapportée, mais rapportée par une personne proche du patient, la prévalence de la violence après la sortie de l'hôpital passe de 26,7% à 33,6%.

---

[75] LINK BG., ANDREWS H., CULLENT FT. The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *Am. Sociol Review.* 1992 ;57 :275-292.

[76] STEADMAN HJ., MONAHAN J., APPELBAUM PS., GRISSO T., MULVEY EP. Designing a new generation of risk assessment research. In Monahan J., Steadman H "*Violence and Mental Disorder."* Chicago. Chicago Press. 1994: p 297-318

MODESTIN et AMMAN (1995, cités par Eronen et al[77], 1998) ont étudié la prévalence d'infractions violentes chez des patients admis à l'hôpital psychiatrique de Berne et l'ont comparée à un échantillon de population vivant dans la même région. Ils ont trouvé une augmentation par 3 à 4 fois du risque de commettre une infraction avec violence pour les patients masculins schizophrènes .

TARDIFF et al.[78] (1997) ont évalué la fréquence de la violence chez des patients deux semaines après leur sortie de l'hôpital. Les patients étaient auparavant interrogés sur leur antécédent de violence, puis la violence durant l'hospitalisation était notée par les soignants et enfin la violence deux semaines après la sortie était auto-rapportée par les patients. Soixante des 430 patients interrogés deux semaines après leur sortie avaient présenté un comportement de violence physique contre autrui depuis leur hospitalisation. Les patients qui avaient été violents dans le mois précédant l'admission à l'hôpital avaient 9 fois plus de risques d'être violents dans les deux semaines suivant la sortie comparativement aux patients qui n'avaient pas été violents avant leur hospitalisation. De plus, on constate que les patients qui ont été violents avant leur hospitalisation sont à risque de récidive sur la même personne.

SWANSON et al[79].(1997), ont étudié la prévalence de comportements violents à partir des données de deux études. Dans le groupe de l'étude « Triangle », constitué d'une cohorte de 169 personnes présentant des troubles mentaux, la prévalence à 1 an de comportements de violence contre autrui est de 16,2% et dans l'étude ECA, elle est de 17%. 49,1% des patients de l'étude « Triangle » rapportent un comportement de violence dans la période des 5 ans de l'étude et 45,3% dans l'étude ECA rapportent des actes de violence depuis l'âge de 18 ans.

STUEVE et LINK (1997[80]) dans une étude épidémiologique chez des jeunes adultes en Israël (n=2678) ont mis en évidence que chez les individus souffrant de troubles psychotiques (Schizophrénie, troubles schizoaffectifs, psychose non spécifiée et épisode dépressif majeur avec psychose) le risque relatif de comportements violents est de 3,3 pour une rixe et de 6,6 pour l'utilisation d'une arme. Par contre, le risque de violence pour les autres troubles mentaux (dépression sans symptômes psychotiques, troubles anxieux et phobie) n'est pas significativement plus élevé par rapport à la population générale. Il existe une très légère augmentation du risque de violence pour les troubles affectifs. Pour ces auteurs, il existerait un lien entre certains troubles psychiatriques et un comportement

---

[77] ERONEN M., ANGERMEYER MC., SCHULZE B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998 ;33 :S12-S23

[78] TARDIFF K., MARZUK P., LEON A., PORTERA L. A prospective study of violence by psychiatric patients after hospital discharge. *Psychiatric Serv.* 1997;48:678-681.

[79] SWANSON J., ESTROFF S., SWARTZ M., BORUM R., LACHICOTTE W.et al. Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity and lack of treatment. *Psychiatry.* 1990;60:1-22.

[80] STUEVE A., LINK BG. Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatric Quaterly*. 1997;68:327-342.

violent, principalement les troubles psychotiques et les troubles bipolaires. De plus, cette association ne serait pas seulement due à la co-morbidité d'abus de substance et de troubles de la personnalité antisociale. La violence pourrait être influencée par des facteurs sociaux, comme une faible éducation.

VOLAVKA et al.[81] (1997), ont travaillé sur une population de 531 schizophrènes, hommes et femmes. Environ 10% des patients atteints de schizophrénie vivant dans un pays développé rapportent avoir déjà agressé physiquement une autre personne au cours de leur vie ; dans les pays en voie de développement, ce taux dépasse 30%. Il est d'autant plus important que la misère est présente ; les risques d'agression des schizophrènes sont significativement associés à l'âge (personne jeune), au statut socio-économique, au bas niveau de scolarité et à la consommation d'alcool.

STEADMAN et al.[82], en 1998, ont étudié les caractéristiques et la prévalence de la violence envers autrui chez 1136 hommes et femmes présentant des troubles mentaux et ayant nécessité une admission à l'hôpital en les comparant avec 549 hommes et femmes résidant dans le même quartier mais ne présentant pas de troubles mentaux.

La violence était recherchée par des entretiens toutes les dix semaines pendant un an avec le patient, par un entretien avec un proche, et par les enregistrements de la police et de l'hôpital. Il n'y a pas de différence significative dans la prévalence de la violence entre les patients et les habitants du même quartier en absence d'abus de substance. L'abus de substance augmente significativement le niveau de violence que ce soit chez les patients ou les habitants du quartier ne présentant pas de troubles psychiatriques, mais cette violence augmente significativement plus chez les patients. Les auteurs remarquent qu'en se basant uniquement sur les rapports de la police ou de l'hôpital, la prévalence à un an de la violence pour tous les patients pris en charge est de 4,5%. En utilisant les trois sources d'informations indépendantes (patient, proches et registres) la prévalence est 6 fois plus importante (27,5%). La prévalence de la violence à 1 an est de 17,9% pour les patients présentant un trouble mental sévère sans abus de substance, de 31,1% pour les patients avec un trouble mental sévère et abus de substance et de 43% pour les patients présentant un trouble de la personnalité avec abus de substance. Les patients violents le sont avant tout envers des membres de leur famille ou des amis et passent à l'acte dans leur maison ou celle de leur famille. Ces auteurs ont également remarqué que le plus fort risque de passage à l'acte violent se situe dans les vingt premières semaines après la sortie de l'hôpital.

---

[81] VOLAVKA J., LASKA E., BAKER S., MEISNER M., CZOBOR P., KRIVELEVICH I. History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. Analyses based on the WHO study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Br J Psychiatry*. 1997;171:9-14.

[82] STEADMAN HJ., MULVEY EP., MONAHAN J., ROBBINS PC., APPELBAUM PS., GRISSO T., et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55:393-401.

SWANSON et al.[83] (1999) ont étudié la prévalence de comportements violents, à partir des dossiers, de la violence auto-rapportée à l'encontre d'autrui et d'informations des proches chez 331 patients présentant des troubles psychotiques ou troubles de l'humeur et hospitalisés sous contrainte. Cette étude a montré que la moitié des patients avait présenté un comportement violent dans les 4 mois précédant l'hospitalisation. 18% des patients avaient commis un acte de violence majeure incluant l'utilisation d'une arme mais sans lésions causées (12%), l'utilisation d'une arme avec lésions (3%) et des lésions physiques sans utilisation d'une arme (2%).

HODGINS et al.[84](1999), dans une étude de suivi de sur 2 ans après la sortie de l'hôpital de 30 hommes présentant des troubles affectifs majeurs (18 bipolaires et 12 EDM) et de 74 hommes schizophrènes, ont retrouvé que ceux ayant des troubles affectifs étaient 2 fois plus condamnés pour une infraction criminelle que les patients schizophrènes durant la période de suivi. La proportion de patients condamnés durant la période de suivi est la même pour les individus bipolaires et dépressifs (6 sur 18 et 4 sur 12). De plus, 30% des patients ayant un trouble affectif ont été condamnés pour un crime violent contre seulement 10% des schizophrènes. Comparés aux individus ayant une dépression majeure, ceux ayant un trouble bipolaire ont tendance à commettre plus d'infractions non-violentes durant la période de suivi. Chez les sujets présentant un trouble affectif, le risque de ne pas être condamné pour des infractions criminelles décroît de façon marquée après 18 mois, ce qui n'est pas le cas pour les individus schizophrènes.

APPELBAUM et al.[85], en 2000, dans l'étude Mac Arthur, ont estimé la prévalence de la violence chez des patients après leur sortie de l'hôpital et ont trouvé que 9% des patients schizophrènes avaient été violents dans les 20 semaines suivant la sortie de l'hôpital. La prévalence d'actes violents était de 19% chez les patients présentant une dépression et de 15% chez les patients bipolaires, de 25% chez les patients ayant uniquement un trouble de la personnalité et de 29% chez ceux ayant un trouble d'abus de substance. La violence était mesurée à partir de sources multiples, toutes les dix semaines pendant un an.

MULLEN et al.[86](2000), ont étudié les registres criminels de deux groupes de patients schizophrènes, sur la vie entière et sur les dix ans qui ont suivi leur première admission à l'hôpital. Un groupe a été admis pour la première fois en 1975, avant la

---

[83] SWANSON J., BORUM R., SWARTZ M., HIDAY V. Violent behaviour preceding hospitalisation among persons with severe mental illness. *Law Hum Behav*. 1999;23: 185-204.

[84] HODGINS S., LAPALME M., TOUPIN J. Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: a 2-year follow-up. *J Affect Disord*. 1999;55:187-2002.

[85] APPELBAUM PS., ROBBINS PC., MONAHAN J. Violence and delusions : data from Mac Arthur violence risk assessment study. *Am J Psychiatry*. 2000 ;157 :566-572.

[86] MULLEN P., BURGESS P., WALLACE C., PALMER S., RUSCHENA D. Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet*, 2000; 355:614-617.

désinstitutionnalisation, le second groupe en 1985, lorsque les soins dans la communauté étaient devenus la norme. Chaque patient était apparié à un témoin.
Ces auteurs ont trouvé que les patients schizophrènes (n= 631) étaient plus fréquemment condamnés, au moins une fois pour une infraction, à l'exception des agressions sexuelles, que les sujets contrôles. La prévalence de la violence vie entière est de 11,1% pour les patients schizophrènes et de 1,6% pour le groupe témoin. Le risque relatif d'infraction sur la vie entière pour les patients schizophrènes est de 3.5 en 1975 et de 3 en 1985. Ce risque relatif est plus élevé en ce qui concerne les infractions violentes, avec un risque relatif sur la vie entière en 1975 de 7.9 et de 6 en 1985. En cas d'association avec un abus de substance, le risque de violence est majoré d'un facteur 9.7. Chez les hommes, il existe plus d'infractions dans le groupe de 1985 que dans celui de 1975, mais il existe également une augmentation de la délinquance dans le groupe témoin.
La plupart des patients schizophrènes n'ont pas de condamnations dans les 10 ans qui suivent la première hospitalisation, et seulement 3.4% ont une condamnation pour violence. Les patients schizophrènes débutent habituellement leur carrière criminelle et connaissent le plus grand nombre de leurs condamnations avant leur première admission en psychiatrie. La schizophrénie serait donc à l'origine d'une majoration du risque de violence dans un facteur 7 et l'abus de substance augmente ce lien.
Comparés à la population générale, les deux groupes ont significativement plus de risques d'être condamnés pour toutes les catégories d'infractions criminelles, excepté les infractions sexuelles. Ceux qui présentent une co-morbidité avec un abus de substance sont accusés d'un grand nombre d'infractions. L'augmentation du nombre de condamnations dans le groupe de 1985 comparativement à celui de 1975 semble refléter une augmentation générale des infractions pour les sujets du même âge, sexe et lieu de résidence. De plus, la mise en place d'une prise en charge en ambulatoire n'est pas marquée par une modification significative des niveaux de condamnations des patients schizophrènes.

SWANSON et al., en 2002,[87] ont cherché à évaluer la prévalence et les facteurs de risque de violence chez des patients présentant des troubles mentaux. Ils ont étudié un échantillon de 802 patients, dont 65% d'hommes présentant des troubles mentaux et recevant un traitement à l'hôpital ou en ambulatoire dans quatre états. L'échantillon était composé de 44,8% de schizophrènes, 19,5% de troubles schizo-affectifs, 16,9% de troubles bipolaires, 11,3% d'épisodes dépressifs majeurs, selon les critères du DSM-IV. 45,4% présentaient également un abus de substance. La violence était recherchée dans l'année précédente et était définie comme toute agression physique causant des lésions physiques à autrui, ou

[87] SWANSON et al., The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *Am J Public Health*, 2002, 92 (9) : 1523-1531.

comme l'utilisation d'une arme blanche pour menacer ou blesser quelqu'un ou comme une agression sexuelle. Swanson trouve une prévalence de la violence à un an de 12,6%.
Les facteurs de risques associés à un comportement violent retrouvés dans cette étude sont le fait de ne pas avoir de logement (OR=4,37), d'être confronté à un environnement violent (OR=1,86), l'abus de substance (OR=4,32), l'âge précoce du début des troubles (OR=2,37), le fait d'avoir été hospitalisé en psychiatrie l'année précédente (OR=2,12), et d'avoir été victime de violences physiques répétées tout au long de sa vie (OR=12,87). Le statut marital ou la vie en concubinage sont également associés à un risque de violence proche du niveau significatif (OR=2,08). Pour cet auteur, le fait d'être confronté à un environnement quotidien violent, l'abus de substance et les antécédents de victimisation joueraient un rôle très important dans le risque de violence des patients présentant des troubles mentaux et l'association de ces trois facteurs augmente le risque de façon très importante, de près de 30%. La violence des patients présentant des troubles mentaux serait donc multifactorielle.
Les biais existant dans cette étude sont nombreux. Il n'existe pas de groupe témoin ne présentant pas de troubles mentaux et permettant une comparaison. La sélection de patients présentant des troubles mentaux atténue l'effet de certaines variables démographiques. De plus, il est difficile de savoir l'ordre temporel entre violence et troubles mentaux.

WALSH et al[88] (2002), dans une revue sélective de la littérature, sur l'épidémiologie de la violence et de la schizophrénie, concluent que la plupart des études confirment une association entre la violence et la schizophrénie, mais que la proportion de crimes violents attribuables à des schizophrènes est inférieure à 10%.

ROBBINS et al[89](2003), en utilisant les données de l'étude Mac Arthur, ont étudié la prévalence de la violence (violence physique avec blessure, agression sexuelle et utilisation d'une arme) chez des patients présentant des troubles mentaux, pendant l'année qui a suivi leur sortie de l'hôpital. La proportion d'hommes ayant été violents au moins une fois durant la période de 1 an est de 29,7% et celle des femmes est de 24,6%. La majorité des actes violents survient dans les 20 semaines suivant leur sortie de l'hôpital Si l'on associe les actes d'agressions n'ayant pas entraîné de blessures physiques, la prévalence à un an de comportements de violence et autres actes d'agression est de 58,8% pour les hommes et 61,6% pour les femmes.

[88] WALSH E., BUCHANAN A., FAHY T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry.* 2002;180: 490-495.
[89] ROBBINS PC., MONAHAN J., SILVER E. Mental disorder and gender. *Law Human Behavior*. 2003 ;27 :561-571.

Dans l'étude de HODGINS et al.[90], en 2003, sur 112 patients schizophrènes ou schizo-affectifs, environ 10% ont été violents durant les douze mois suivant leur sortie de l'hôpital, mais 69% d'entre eux avaient déjà un dossier criminel pour violence envers autrui et 62% présentaient un abus d'alcool.

Dans une autre étude en 2004, HODGINS et MULLER[91] ont examiné 232 hommes présentant des troubles schizophréniques pris en charge à l'hôpital psychiatrique général ou légal. Les données ont été collectées à partir des dires des patients, des membres de la famille et des dossiers officiels. Ils ont comparé 158 hommes présentant des troubles schizophréniques ayant été pris en charge en psychiatrie légale à 74 hommes schizophrènes pris en charge en psychiatrie générale.
Plus de ¾ des patients (77.8%, n=123) hospitalisés en psychiatrie médico-légale ont été préalablement hospitalisés en psychiatrie générale au moins une fois avant de commettre l'infraction qui a entraîné l'hospitalisation médico-légale avec une moyenne de 5.6 admissions. Sur les 74 patients de psychiatrie générale, 24% ont une condamnation pour au moins une infraction criminelle. 13% ont commis cette infraction avant leur première hospitalisation et 11% l'ont commis après leur première admission. Sur les 123 patients médico-légaux ayant été préalablement hospitalisés en psychiatrie générale, 39,8% (49) ont commis leur première infraction avant la 1ère admission à l'hôpital général et 17.1%(21) après cette première admission. Les 43.1% (53) restant ont commis leur première infraction criminelle quelque temps après leur première admission à l'hôpital général et cette infraction a entraîné leur hospitalisation en psychiatrie médico-légale. .
Après leur admission en psychiatrie générale, les 49 patients médico-légaux ayant été condamnés pour une première infraction avant la 1ère hospitalisation, ont commis 59 infractions avec violence et 195 infractions sans violence.
Les comportements violents avaient été le fait de 39,8% des patients hospitalisés en psychiatrie légale et de 10,8% des patients hospitalisés à l'hôpital général, avant leur première admission à l'hôpital psychiatrique général. Après leur première admission à l'hôpital psychiatrique général, 49 patients avaient commis une agression violente ayant entraîné leur placement en psychiatrie légale.

WALSH et al[92] (2004) ont suivi 271 patients schizophrènes pendant deux ans. La prévalence de la violence physique durant cette période est de 25%.

---

[90] HODGINS S., HISCOKE UL., FREESE R. The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. *Behav Sci Law*. 2003;21:523-546.
[91] HODGINS S., MULLER-ISBERNER R. Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. *British J Psychiatry*. 2004; 185:245-250/
[92] WALSH E., GILVARRY C., SAMELE C., HARVEY K., MANLEY C et al. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophrenia Research*. 2004;67:247-252.

SOYKA et al.[93] (2004) ont recherché les condamnations criminelles sur un temps de 7 à 12 ans après leur sortie de l'hôpital de 1705 patients schizophrènes qui avaient été hospitalisés entre 1990 et 1995 à Munich. Les registres criminels indiquent un total de 702 condamnations, mais sur ces 702 cas, une diminution de responsabilité a été obtenue pour 414 cas. Un total de 224 patients, soit 13,1% a été condamné durant la période de 7 à 12 ans suivant leur sortie de l'hôpital, 3% ont été emprisonnés, 7,8% ont été condamnés à de la prison avec sursis et 2,8% ont été hospitalisés sous contrainte dans un hôpital psychiatrique légal. Le taux d'infractions avec violence est de 2,6% (n=45) dans le groupe de patients condamnés pour infraction avec lésions physiques (68 cas). Cinq cas de meurtre ou tentative de meurtre sont rapportés. Ces auteurs concluent qu'il existe un nombre significatif de condamnations pour délinquance mineure, mais également pour des infractions plus sérieuses incluant les agressions physiques et les meurtres ou tentatives de meurtre chez des patients schizophrènes après leur sortie de l'hôpital.

WALLACE et al.[94](2004), dans une étude australienne portant sur 2861 patients schizophrènes hommes et femmes, retrouvent que le diagnostic de schizophrénie est associé à un risque de violence significativement plus élevé que celui de la population générale lorsque l'âge, le sexe et le lieu de résidence sont pris en considération. Les patients schizophrènes sont impliqués plus fréquemment que la population générale dans des infractions criminelles avec violence (8,2% vs 1,8%). L'abus d'alcool ou de drogues est responsable pour une large part de cette augmentation. Un nombre important de condamnations criminelles est trouvé chez les patients présentant un trouble d'abus de substance (68,1% contre 11,7% chez ceux sans abus de substance) mais le lien demeure significatif pour la schizophrénie prise isolément.
Ces auteurs indiquent que les sujets schizophrènes sont 3 à 6 fois plus susceptibles d'être condamnés pour une infraction avec violence que la population générale et que 6 à 11% des infractions avec violence seraient attribuables à des personnes schizophrènes. Les hommes souffrant de schizophrénie sans trouble de la consommation d'alcool ou autres drogues risquent 2,5 fois plus que les hommes de la population générale de faire une agression. Cinq personnes atteintes de schizophrénie ont été accusées de meurtre, soit un taux nettement plus élevé que celui de la population générale en Australie (soit 1 pour 572 patients contre 1,2 pour 100 000).

[93] SOYKA M., MORHART-KLUTE V., SCHOECH H. Delinquency and criminal offenses in former schizophrenic inpatients 7-12 years following discharge. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2004 ;254 :289-294.
[94] WALLACE C., MULLEN E., BURGESS P. Criminal offending in schizophrenia over 25-year period marked by desinstitutionalization and increasing prevalence of co-morbid substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2004 ;161 :716-727.

Pendant quatre ans, ECONOMOU et al[95] (2005) ont suivi une cohorte de 51 patients schizophrènes, qui bénéficiaient d'un programme ambulatoire de suivi associant traitement médicamenteux et approche psychosociale. Au début de la prise en charge, la prévalence de comportements violents sur un an (gifler, donner un coup de poing, utiliser une arme) est de 7,9% .

MODESTIN et WUERMLE[96], en 2005, ont étudié 282 hommes schizophrènes et 261 hommes présentant un trouble affectif (troubles bipolaires ou dépression), tous ayant été pris en charge à l'hôpital de Berne. Un groupe de comparaison est sélectionné dans la population générale. Pour tous les patients, l'abus d'alcool et de drogue est évalué.
L'abus de substance est diagnostiqué chez 49% des patients présentant des troubles schizophréniques et chez 54% des patients présentant des troubles affectifs. 34 % des patients schizophrènes et 42 % des patients présentant des troubles affectifs ont une condamnation criminelle. Cinq pour cent des patients schizophrènes et environ quatre pour cent des patients présentant des troubles affectifs ont été condamnés pour crime violent. Pour ces auteurs, la proportion de patients présentant des troubles mentaux qui ont été condamnés est environ deux fois plus importante en cas d'abus de substance. (50%vs26%). Néanmoins, les patients schizophrènes même en absence d'abus de substance commettent des crimes violents significativement plus fréquemment que les sujets contrôles de la population générale.

SWANSON et al.[97] étudient, en 2006, la violence de 1410 schizophrènes, hommes et femmes, dans les 6 mois précédant l'investigation.
Ils trouvent une prévalence à 6 mois de 19,1% de comportements violents avec 3,6% de comportements de violence grave. La violence grave est une agression avec blessure, avec utilisation d'une arme ou une agression sexuelle. Ils insistent sur le fait que, si les symptômes positifs sont associés aux violences mineures comme majeures, les symptômes négatifs ainsi que la marginalisation sont à risque de violences mineures. Les violences mineures sont associées à un abus d'alcool ou de drogues et à des facteurs interpersonnels et sociaux. Les violences majeures sont associées à des symptômes psychotiques ou dépressifs, des troubles du comportement dans l'enfance et une victimisation. La violence serait selon ces auteurs multifactorielle, associant facteurs cliniques et socio-économiques.
Les restrictions de cette étude sont la sélection des patients, les 1ers épisodes psychotiques et les patients réfractaires au traitement en ayant été exclus.

---

[95] ECONOMOU M., PALLI A., FALLOON I. Violence, misconduct and schizophrenia : outcome after four years of optimal treatment. *Clinical Pratice and Epidemiology in Mental Health*. 2005 ;1: 1-6.
[96] MODESTIN J., WUERMLE O. Criminality in men with major mental disorder with an dwithout comorbid substance abuse. *Psychiatry Clin Neurosciences*. 2005;59:25-29.
[97] SWANSON JW., SWARTZ MS., VAN DORN R., ELBOGEN E., WAGNER R et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2003;63: 490-499.

DEAN et al.[98] (2006) se sont intéressés à la prévalence d'agressions physiques dans la communauté chez 304 femmes présentant des troubles psychotiques (53.9% de troubles schizo-affectifs, 30% de schizophrénie, 8.9% de troubles bipolaires, et 5.9% de troubles psychotiques non spécifiés). La prévalence d'agressions physiques à 2 ans a été estimée à 17%. L'information sur la violence a été obtenue à partir d'entretiens avec les patientes, d'entretiens avec les soignants ou de l'analyse du dossier médical.

HODGINS et al.,[99] en 2007, ont comparé le devenir de 248 hommes présentant des troubles schizophréniques (150 pris en charge par l'hôpital psychiatrique légal et 98 par l'hôpital psychiatrique général) durant une période de deux ans après leur sortie de l'hôpital. Les patients étaient évalués à la fin de la prise en charge et 4 fois durant les deux ans. Les patients schizophrènes suivis en psychiatrie légale avaient, pour beaucoup, échoué dans leurs études supérieures, avaient présenté des comportements antisociaux au moment de l'adolescence et avaient été condamnés pour des infractions violentes et non-violentes.
A la fin de la prise en charge et durant la période de suivi, les patients de psychiatrie générale montrent un niveau plus élevé de symptômes positifs et négatifs que celui des patients de psychiatrie légale et plusieurs d'entre eux ont présenté des comportements agressifs envers autrui (29% vs 12%). Le taux de comportements agressifs chez les patients sortant de psychiatrie générale est de 18% la première année et de 22% la seconde année. Il est de 10% la première année et de 8% la deuxième année pour les patients de psychiatrie légale. Les comportements agressifs sont associés à des symptômes positifs (OR= 1.20) et des troubles de la personnalité antisociale (OR=4,46). Le niveau de ré-hospitalisation est identique dans les deux groupes et est en lien avec le niveau de symptômes positifs et la non-compliance au traitement. Pour ces auteurs, la prise en charge en psychiatrie légale est associée à un bas niveau de comportements agressifs dans les deux ans suivant la fin de la prise en charge. L'approche médico-légale qui inclut l'évaluation et le management du risque de violence aussi bien que le traitement des symptômes de la schizophrénie mène à un meilleur devenir des patients que celui des patients de psychiatrie générale. L'approche thérapeutique de la psychiatrie générale centrée exclusivement sur le traitement de la schizophrénie sans attention aucune pour l'évaluation et la gestion du risque de violence est associée à un niveau élevé de symptômes et de comportements agressifs.

---

[98] DEAN K., WALSH E., MORAN P., TYRER P., CREED F. et al. Violence in women with psychosis in the community: prospective study. *British J Psychiatry*. 2006; 188:264-270.
[99] HODGINS S., et al. A comparaison of general adult and forensic patients with schizophrenia living in the community. *International J. of Forensic Mental Health*. 2007 ; 6 (1) : 63-75p.

FAZEL et al.,[100] (2006), ont fait une étude pour déterminer l'impact des maladies mentales graves sur les crimes violents. Ils ont étudié les registres d'admission à l'hôpital de tous les patients et ont sélectionné deux groupes : les patients ayant le diagnostic de schizophrénie et les patients ayant un autre diagnostic de psychose (troubles schizo-affectifs, manie avec symptômes psychotiques...). Ils ont également étudié les registres criminels et ont retenu les crimes violents, c'est-à-dire les homicides et tentatives d'homicide, les agressions aggravées (causant des dommages importants) et les crimes sexuels. Sur tous les patients présentant un trouble mental sévère, 6,6% ont eu une condamnation pour violence contre 1,8% dans la population générale. Ceux ayant un trouble mental sévère représentent 21 119 inculpations individuelles pour crime violent (3,2 crimes violents par individu avec un trouble mental sévère condamné) comparativement aux 303264 inculpations pour crime violent dans la population générale (2,3 crimes violents par individu condamné dans la population générale). 19,4% des patients ont été condamnés à plusieurs reprises pour 15,6% de la population générale. Le risque de commettre un crime violent si l'on présente un trouble mental sévère est multiplié par 3,8 et il est plus important chez les femmes que chez les hommes

Les auteurs ont mis en évidence, sur une période de 13 ans, une proportion de 45 crimes violents commis pour 1000 habitants. En comparaison, 215 crimes violents ont été commis pour 1000 patients avec des troubles mentaux.

Le risque attribuable à une population donnée correspond pour ces auteurs à la différence de taux de crimes violents entre la population générale et les individus ne présentant pas de trouble mental sévère. Ce risque attribuable est de 2,4 pour les patients avec un trouble mental sévère. La fraction de risque imputable à une population est la proportion de crimes violents dans la population générale qui peut être attribuée à des patients présentant une maladie mentale sévère. Cette proportion est de 5,2%. Ce risque est plus important chez les femmes que chez les hommes. Pour les femmes âgées de 25 à 39 ans c'est un risque de 14% et pour les femmes de plus de 40ans, il est de 19% .Le risque de commettre un crime violent si l'on est schizophrène est multiplié par 6,3 et pour les autres psychoses, il est multiplié par 3,2. Le nombre de crimes violents est de 328 pour 1000 schizophrènes et de 173 pour 1000 patients présentant une autre psychose.

Les auteurs concluent que le taux de crimes violents commis par des patients présentant un trouble mental sévère est 1 pour 1000 habitants tous les 5 ans et que les patients présentant un trouble mental sévère commettent 1 crime violent sur 20.

Dans une autre étude, HODGINS et al. (2007)[101] ont étudié les comportements violents et la victimisation auto-rapportés ainsi que les dossiers criminels de 205 patients hospitalisés présentant des troubles psychiatriques sévères. Ils ont mis en évidence que dans les 6 mois

[100] FAZEL S, GRANN M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J. Psychiatry*. 2006 ; 163 (8) : 1397-1403

[101] HODGINS S., ALDERTON J., CREE A., ABOUD A., MAK T. Aggressive behaviour, victimisation and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation. *Br J. Psychiatry*. 2007 ;191 :343-350.

précédents, 49% des hommes et 39% des femmes avaient présenté des comportements violents, 57% des hommes et 48% des femmes avaient été victimes d'une agression. De plus, 47% des hommes et 17% des femmes avaient été condamnés au moins une fois pour un crime violent.
Pour ces auteurs, les comportements agressifs et la victimisation sont fréquents chez les personnes présentant des troubles mentaux sévères nécessitant d'être hospitalisés. Le niveau de crime violent est plus important que dans la population générale.

SOYKA M et al.[102] (2007) ont déterminé la prévalence d'actes criminels postérieurs à la prise en charge à l'hôpital de patients schizophrènes en relevant leur dernier rapport d'hospitalisation et l'enregistrement dans le registre national criminel allemand. Ce registre contient toutes les condamnations pour des crimes violents et non-violents.
L'échantillon initial comprenait 1662 patients (685 hommes et 977 femmes). Trente-huit (2.3%) de ces patients étaient déjà enregistrés dans le registre national des crimes avant l'admission à l'hôpital et 0.5% d'entre eux avaient commis des crimes violents. 169 patients (10.2%) ont commis un acte criminel durant la période de suivi. Le registre fait état d'un total de 878 condamnations pour ces patients, le taux moyen de crimes commis étant de 5.2. Dans ces condamnations, 94 sont des crimes violents (agression physique contre autrui) qui ont été perpétrés par 62 patients. (3.73%). Dans cinq cas, il s'agit de tentative de meurtre, d'homicide involontaire ou de meurtre (commis par trois patients). Sept de ces crimes violents sont des agressions sexuelles.

COLASANTI et al[103]. (2007), en Italie, ont étudié la violence lors de la prise en charge de patients en phase aiguë, durant une période de 12 mois. Les comportements agressifs survenus la semaine précédant l'admission ont été évalués rétrospectivement.
Les résultats de cette étude montrent une prévalence élevée de comportements agressifs et violents dans la semaine précédant l'hospitalisation (45% et 30%). Les troubles de la personnalité sont associés à un plus grand nombre d'agressions que les troubles psychotiques, les femmes ayant tendance à commettre plus d'auto-agressions que les hommes. Ces auteurs ont trouvé que les meilleurs facteurs corrélés avec une agression avant une hospitalisation sont un haut score à l'échelle BPRS, et avec la violence, un haut score BPRS et l'abus de drogue. La prévalence de l'abus de substance est de 27,9% sur tout l'échantillon et de 29% en co-morbidité avec un trouble psychotique. La cocaïne est la drogue la plus fréquemment consommée. Chaque diagnostic connaît une augmentation du risque d'auto-agression en cas d'abus de substance associé. Par contre, il n'a pas été trouvé

[102] SOKYA M..,GRAZ C., BOTTLENDER R., DIRSCHEDL P., SCOECH H. Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2007; 94:89-98.
[103] COLASANTI A. NATOLI A. MOLITERNI D., ROSSATTINI M., DE GASPARI IF., MAURI MC. Psychiatric diagnosis and aggression before acute hospitalisation. *Eur Psychiatry,* 2007 :1-8.

d'interaction entre le diagnostic psychiatrique et l'abus de drogue, et la co-morbidité d'abus de substance n'a pas d'effets significatifs sur l'agression verbale, l'agression contre les objets ou l'agression contre autrui.

Les études comparant les patients atteints de troubles mentaux vivant dans la communauté à la population générale retrouvent une augmentation du risque de comportement violent et d'infraction avec violence chez les individus présentant des troubles mentaux. Le risque de condamnation pour un acte de violence envers autrui est multiplié par 3 ou 4 en cas de trouble mental sévère (Hodgins et al. 1992 ;1996). Néanmoins, en absence de co-morbidité d'abus d'alcool, le risque de condamnation pour acte de violence envers autrui n'est plus multiplié que par 1,7 par rapport à la population générale (Hodgins, 1992).
L'association entre augmentation du risque de violence et trouble mental est principalement retrouvée pour la schizophrénie. Le risque de comportement violent est augmenté entre 4 et 10 fois selon les études chez les patients schizophrènes par rapport à la population générale, mais en absence de co-morbidité d'abus de substance, le risque de passage à l'acte violent n'est pas supérieur aux autres pathologies psychiatriques et est multiplié environ par deux.

I.4.1.2 Etude de la prévalence des troubles mentaux et de la violence sur une étude longitudinale de cohorte avec suivi de naissance

HODGINS [104](1992), dans l'étude prospective longitudinale d'une cohorte de naissance suédoise de 15117 personnes, a trouvé que, les hommes présentant un trouble mental majeur avaient 2,5 fois plus de risque d'être condamnés pour une infraction criminelle et 4 fois plus de risque d'être condamnés pour une infraction avec violence., que les hommes ne présentant pas de trouble mental ou de handicap intellectuel. Les femmes présentant un trouble mental sévère ont 5 fois plus de risque qu'une femme sans trouble mental d'être condamnées pour une infraction et 27 fois plus de risque d'être condamnées pour infraction avec violence. Ces sujets commettent beaucoup d'infractions sévères durant leur vie. Le comportement criminel apparaît, dans la moitié des cas, avant l'âge de 18 ans. Les hommes présentant un handicap intellectuel sont trois fois plus à risque de commettre une infraction que les hommes sans handicap intellectuel, et 5 fois plus à risque de commettre une infraction avec violence. Les femmes présentant une déficience intellectuelle ont 4 fois plus de risque de commettre une infraction et 25 fois plus de risque de commettre une infraction avec violence que les femmes sans déficience intellectuelle. Hodgins conclut donc que les

[104] HODGINS S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime: evidence from a birth cohort. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1992;49:476-483.

patients présentant des troubles mentaux et ceux présentant une déficience intellectuelle sont plus à risque de comportements délinquants et d'infractions avec violence.
Mais dans cette étude, il n' y a pas de différenciation entre les schizophrènes, les troubles bipolaires, les états paranoïaques et les autres psychoses et il n'est pas possible d'obtenir les odds ratio pour un trouble mental spécifique.

TIIHONEN et al [105](1997) ont examiné le risque quantitatif de comportement criminel associé aux troubles mentaux. Ils ont, pour cela, étudié une cohorte de naissance en 1966 de 12058 individus qu'ils ont suivis pendant 26 ans. Les recherches ont commencé pendant la grossesse et les données sur les caractéristiques familiales des sujets, leur développement physique et psychique, leurs habitudes de vie, la morbidité psychiatrique et les enregistrements criminels ont été évalués à différents moments. La prévalence de crimes violents chez les hommes sans troubles mentaux est de 7% (387 sur 5285). Sur les 5636 hommes, 351 ont un diagnostic psychiatrique et 86 un trouble mental majeur. Sur 503 hommes délinquants, 116 (23%) avait un diagnostic psychiatrique et 62% (72 sur 116) de ces sujets ont commis leur premier crime avant d'être diagnostiqués comme ayant un trouble mental. Sur les 165 individus ayant commis une infraction criminelle violente, 11 (7%) sont psychotiques.
Sur les 51 sujets schizophrènes de la cohorte, 10 (19.6%) ont au moins une condamnation pour une infraction criminelle (OR= 3) dont 7 (13.7%) pour un crime violent (OR=7.2). 15 de ces sujets schizophrènes ont une co-morbidité d'abus de substance. 27% d'entre eux ont commis des infractions avec violence, comparés à 8% sans abus d'alcool.
Sur les 7 sujets présentant un trouble schizophréniforme, deux ont au moins une condamnation pour une infraction criminelle (OR= 4.1). Pour les troubles de l'humeur avec symptômes psychotiques, sur les 6 sujets, un a été condamné au moins une fois pour un crime violent (OR=8,8).
Le risque pour un individu présentant une schizophrénie d'être condamné pour un crime violent est 7 fois plus important que pour un individu ne présentant pas de trouble psychiatrique. Le risque d'infractions criminelles est 4 fois plus important chez les sujets schizophrènes chez qui il existe une co-morbidité d'abus de substance, par rapport aux sujets schizophrènes sans abus de substance. De même, le risque d'infractions avec violence est plus important chez les hommes schizophrènes avec co-morbidité d'abus de substance, mais ce risque est également plus élevé chez les hommes schizophrènes sans abus de substance, par rapport aux hommes sans troubles mentaux.
Cependant, les limites de cette étude apparaissent bien : seuls sept patients schizophrènes dans cette étude avaient un dossier criminel pour violence.

---

[105] TIIHONEN J., ISOHANNI M., RASANEN P., KOIRANEN M, MORING J. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern finland birth cohort. *Am J Psychiatry.* 1997;154:840-845.

RASANEN et al.[106],1998, dans une étude de suivi de 26 ans d'une cohorte de naissance en Finlande (11017 personnes) ont retrouvé que les hommes abusant d'alcool et présentant une schizophrénie avaient 25.2 fois plus de risque de commettre un crime violent que les hommes sans troubles mentaux. Le risque de commettre un crime violent est multiplié par 3.6 pour les patients schizophrènes sans abus d'alcool par rapport à la population générale et par 7.7 pour les autres psychoses. Aucun des patients schizophrènes sans abus d'alcool n'a récidivé, alors que le risque de récidive criminelle chez les sujets schizophrènes et alcoolo-dépendants est multiplié par 9.5.

ARSENEAULT[107] (2000) a étudié la prévalence, l'année précédente, de la violence chez 961 jeunes adultes qui constituent 94% de la population totale de la cohorte de naissance. Les individus ayant les critères diagnostiques de dépendance à l'alcool, de dépendance à la marijuana et de troubles du spectre de la schizophrénie ont respectivement 1.9, 3.8 et 2.5 fois plus de risque que les sujets contrôles d'être violents. Pour ces auteurs, tous les individus présentant des troubles mentaux et vivant dans la communauté ne sont pas à risque de violence. Chez les adultes jeunes, le lien entre troubles mentaux et violence est limité à trois diagnostics : la dépendance à l'alcool, la dépendance à la marijuana et les troubles du spectre de la schizophrénie. Les individus présentant au moins l'un de ces trois troubles constituent 1/5 de la cohorte, mais représentent la moitié des individus ayant été condamnés pour des actes violents. Parce que chacun de ces trois diagnostics constitue en lui-même un facteur de risque de violence, le fait qu'un individu présente au moins deux de ces diagnostics augmente le risque de violence de 8 à 18 fois, par rapport aux individus ne présentant aucun trouble. Ces auteurs concluent que ces résultats doivent avoir des implications pour la prise en charge et la prévention de la violence et qu'il faut se concentrer sur ces trois facteurs de risque.

BRENNAN et al[108], en 2000, ont relevé toutes les arrestations pour violence et les hospitalisations pour troubles mentaux dans une cohorte de naissance suivie jusqu'à l'âge de 44 ans. Ils se sont intéressés à l'existence de dossiers criminels pour violence envers autrui. L'échantillon est composé de 173 668 hommes et 162 322 femmes. Environ 2% des hommes de la cohorte ont été hospitalisés pour un trouble mental majeur et ont commis 10% des crimes violents perpétrés par tous les hommes de la cohorte. 2.6% des femmes de la

---

[106] RASANEN P., TIIHONEN J., ISOHANNI M., RANTAKALLIO P., LEHTONEN J., MORING J. Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26 year follow up study of an unselected birth cohort. *Schizophrenia Bull.* 1998;24(3):437-441.

[107] ARSENEAULT L., MOFFITT T., CASPI A., TAYLOR P., SILVA P. Mental disorders and violence in total birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:979-986.

[108] BRENNAN PA., MEDNICK SA., HODGINS S. Major Mental disorders in a total birth cohort: results from a Dunedin study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:979-988.

cohorte ont été hospitalisées pour trouble mental et sont responsables des 16% de crimes violents commis par les femmes de la cohorte.
2.7% des hommes sans troubles mentaux, 11.3% des patients schizophrènes (OR=4.6), 5.2% des patients présentant un trouble affectif avec symptômes psychotiques (OR=2) sont auteurs d'un crime violent. Brennan et al. concluent que les résultats de l'étude supportent l'hypothèse que les troubles mentaux majeurs sont associés à une augmentation du risque d'arrestation pour violence. Chez les hommes ayant un trouble mental, le plus grand risque de violence est observé chez ceux présentant un syndrome cérébral organique, et en ce qui concerne les femmes, chez celles présentant une schizophrénie. Les hommes ayant un trouble affectif sans abus de substance ont plus de risque que les hommes sans diagnostic psychiatrique de commettre un geste violent au sein de la communauté. En revanche, les hommes atteints de schizophrénie sans abus de substance sont près de trois fois plus à risque et ont été arrêtés pour violence dans 7 % des cas. Lorsque le statut civil, le statut socio-économique des parents, les troubles de la personnalité et l'abus de substance sont pris en considération, le ratio de cote pour violence est de 1,9 chez les patients atteints de schizophrénie. Pour ces auteurs, seule la schizophrénie est associée à une augmentation du risque de crime violent chez les hommes et les femmes.

Les études de prévalence de la violence et de troubles mentaux sur un suivi de cohorte de naissance retrouvent que le risque de condamnation pour violence est multiplié par 4 en cas de trouble mental sévère chez les hommes et par 27 chez les femmes. (HODGINS, 1992[109]).
La schizophrénie multiplie par 7 le risque de condamnation pour acte de violence (TIIHONEN et al. 1997[110]). En cas d'association d'une schizophrénie avec abus d'alcool, le risque de commettre un crime violent est multiplié par 25 par rapport à la population générale (Rasanen et al. 1998[111]).
En cas d'absence de co-morbidité d'abus de substance ou d'alcool, un patient schizophrène a 2 à 3 fois plus de risque de commettre une infraction avec violence qu'une personne ne présentant pas de trouble mental. (Rasanen et al., 1998 ; Brennan et al., 2000[112])

[109] HODGINS S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime: evidence from a birth cohort. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1992;49:476-483.
[110] TIIHONEN J., ISOHANNI M., RASANEN P., KOIRANEN M, MORING J. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern finland birth cohort. *Am J Psychiatry.* 1997;154:840-845
[111] RASANEN P., TIIHONEN J., ISOHANNI M., RANTAKALLIO P., LEHTONEN J. et al. Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26 year follow up study of an unselected birth cohort. *Schizophr Bull.* 1998;24(3):437-441
[112] BRENNAN PA., MEDNICK SA., HODGINS S. Major Mental disorders in a total birth cohort: results from a Dunedin study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:979-988

I.4.1.3 Prévalence des taux de condamnations criminelles chez des patients psychiatriques.

Le taux d'arrestations des malades mentaux est assez élevé depuis les années soixante. Un certain nombre d'études américaines a montré que la proportion de patients malades mentaux arrêtés est plus importante que dans la population générale.

MULVEY et al.[113] (1986) notaient que le taux d'arrestations de patients présentant des troubles mentaux était en augmentation ces dernières années.
WESSELY et al. [114](1994) ont comparé entre 1964 et 1984 les taux de condamnations criminelles chez ces sujets schizophrènes et des patients non psychotiques. Les hommes schizophrènes sont deux fois plus susceptibles que les hommes présentant un autre trouble mental d'être condamnés pour violence. Le rate ratio pour une infraction avec violence chez les hommes schizophrènes est de 3.8. Les femmes schizophrènes sont également plus susceptibles d'être condamnées pour un crime violent que les contrôles. Le taux de condamnations est augmenté chez les femmes schizophrènes comparées aux autres catégories de troubles mentaux pour toutes les catégories d'infractions (rate ratio=3.3). Les sujets schizophrènes sont plus à risque d'être condamnés que les autres troubles mentaux. Par rapport à la population générale, la schizophrénie, seule, multiplie le risque de condamnation par 1,4.

MODESTIN et AMMANN[115] (1996) ont étudié la prévalence (vie entière) de comportements criminels dans une population de patients schizophrènes : un total de 282 patients, divisés en trois sous-groupes (troubles schizophréniformes, schizophrénie aiguë ou schizophrénie chronique). Le même nombre de sujets contrôles a été trouvé dans la population générale, apparié par sexe, âge, statut marital et niveau socioprofessionnel. Le comportement criminel a été évalué à partir du casier judiciaire. Ces auteurs n'ont pas retrouvé de différence significative du taux de condamnations criminelles entre les patients et le groupe contrôle. Par contre, il existe des différences significatives lorsque l'on prend en compte le type de crime commis. Les patients ont 5 fois plus de risques d'être condamnés pour des crimes violents, 2 fois et demie plus de risques pour des crimes contre les biens, et environ 3 fois plus de risques de commettre des crimes en lien avec la drogue. Lorsque les sous-groupes de patients sont pris séparément, des différences significatives existent. Les patients présentant un trouble schizophréniforme sont plus susceptibles de commettre un crime

[113] MULVEY EP., BLUMSTEIN A., COHEN J. Reframing the research question of mental patient criminality. *Int J Law Psychiatry*. 1986;9:57-65.
[114] WESSELY SC., CASTLE D., DOUGLAS AJ., TAYLOR PJ. The criminal careers of incidents cases of schizophrenia. *Psychol. Med*. 1994;24(2);483-502.
[115] MODESTIN J., AMMANN R. Mental disorder and criminality: male schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1996;22(1):69-82.

contre les biens (OR= 5,30) ou en lien avec la drogue (OR=6,55). Les patients ayant une schizophrénie aiguë sont plus susceptibles d'être condamnés pour des crimes violents (OR=3,86) et contre les biens (OR=2,34). Les patients présentant une schizophrénie chronique ne diffèrent du groupe contrôle seulement parce qu'ils sont moins susceptibles de commettre des infractions routières (OR=0,34). Le taux de criminalité chez les schizophrènes ne dépend donc pas seulement du type d'infraction, mais aussi de l'état d'évolution de la maladie qui contribue au comportement criminel indépendamment des facteurs socio-économiques.

WALLACE et al[116]., en 1998, ont étudié le lien entre les condamnations à la haute cour de Victoria entre 1993 et 1995 et l'histoire psychiatrique en fonction des contacts avec les services psychiatriques publics.

Un contact avec la psychiatrie a été retrouvé chez 25% des délinquants, mais les troubles de la personnalité et les abus de substance comptent le plus dans cette relation. La schizophrénie et les troubles affectifs sont également surreprésentés, particulièrement quand ils sont associés à un abus de substance.

Ils ont mis en évidence que l'abus de substance est en grande partie responsable de l'élévation du risque pour les actes violents et les homicides quant il est associé à la schizophrénie et aux troubles affectifs chez les hommes.

Cependant, les risques de violence, incluant l'homicide, demeurent significativement élevés même sans troubles de consommation alcool-drogues. Un homme atteint de schizophrénie sans abus de substances risque 7 fois plus de réaliser un meurtre qu'un homme de la population générale. Il est important de noter que ce taux est plus élevé que celui observé chez les hommes ayant un trouble d'abus de substances sans schizophrénie.

Le risque annuel d'infractions avec violence est de 1 :1100 en cas de schizophrénie sans abus de substance alors qu'il est de 1 :140 en cas d'association entre schizophrénie et abus de substance. L'association entre schizophrénie et abus de substance a été retrouvée seulement pour les infractions de type incendie criminel (OR= 33,3) et les infractions liées aux drogues (OR=9,5) . Pour les troubles affectifs, cette association est significative en ce qui concerne les infractions à la propriété (OR=25,1) et les infractions liées aux drogues (OR=17,6).

Bien que 97% des personnes atteintes de schizophrénie ne commettent pas d'homicide, le risque annuel en Australie pour les patients masculins est d'un pour 3000 alors que, dans la population générale, il oscille entre 1,0 et 1,4 pour 100 000. Les individus atteints de schizophrénie sont donc surreprésentés parmi les meurtriers (7,2%). Ces auteurs concluent néanmoins que le risque de crimes sérieux commis par une personne présentant un trouble

[116] WALLACE C., MULLEN P., BURGESS P., PALMER S., RUSCHENA D. et al. Serious criminal offending and mental disorder. Case Linkage study. *Br J Psychiatry*. 1998;172:477-484.

mental est faible et que cela ne doit pas justifier pour ce groupe une augmentation de la coercition.

I.4.1.4 Prévalence des troubles mentaux chez les auteurs d'homicide

Le geste violent le plus extrême, l'homicide, représente un cas particulier. Il s'agit d'un acte rare dont la fréquence varie d'un pays à l'autre. Dans les pays industrialisés, le taux d'homicide est compris entre 1 et 5 pour 100 000 habitants. Le risque qu'un individu commette un meurtre varie donc de 0,001 à 0,005%. On estime que les troubles mentaux graves seraient responsables de 0,16 cas d'homicide pour 100 000 habitants, soit un taux de 0,00016% .

BENEZECH ET ADDAD[117] (1982) ont étudié les dossiers de 109 psychotiques (101 hommes et 8 femmes) auteurs d'homicides, hospitalisés dans 4 UMD . Parmi ces patients, 40% étaient schizophrènes (dont 2/3 de paranoïdes), 20 % paranoïaques, 15% étaient atteints de psychoses infantiles et d'héboïdophrénie, 13% de bouffées délirantes aiguës, 5% de psychose hallucinatoire chronique, 2% étaient maniaco-dépressifs.

TAYLOR ET GUNN'S (1984, cités par ERONEN, 1998[118]) ont mis en évidence que parmi les détenus condamnés pour homicide dans une prison à Brixon, 11% étaient schizophrènes alors que la prévalence de la schizophrénie dans la même région était de 0,4%.

LINDQVIST[119] (1986) dans une étude sur tous les individus ayant commis un homicide dans le Nord de la Suède entre 1970 et 1981 (n=64) a trouvé que 53% souffraient d'un trouble mental majeur et parmi eux, 22% étaient également alcooliques ou présentaient un trouble de la personnalité.

GOTLIEB ET AL. (1987, cités par ERONEN ET AL., 1998) ont étudié tous les auteurs d'homicide à Copenhague sur une période de 25 ans : 20% des hommes et 44% des femmes étaient diagnostiqués comme psychotiques. Leurs résultats indiquent que lorsqu'une psychose est présente, le risque d'homicide est multiplié par 6 pour les hommes et par 16 pour les femmes. Chez les individus présentant une psychose, 41% des hommes et 13% des femmes souffraient également d'un trouble d'abus de substance. La plupart des

---

[117] BENEZECH M., ADDAD M. L'homicide des psychotiques en France. *Ann Med Psychol*. 1983 ;141 (1) :101-106.

[118] ERONEN M., ANGERMEYER MC., SCHULZE B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998 ;33 :S12-S23

[119] LINDQVIST P. Criminal homicide in Northern Sweden 1970-1981 : Alcohol intoxication, alcohol abuse and mental disease. *Int J Law Psychiatry*. 1986 ;8 :19-37.

victimes étaient de la même famille chez les auteurs présentant un trouble psychotique alors qu'elles étaient étrangères à la famille chez les non-psychotiques.

COTE ET HODGINS[120] (1992) ont mis en évidence que 35% des détenus ayant commis au moins un homicide présentaient un trouble mental majeur. Chez les malades mentaux ayant commis un homicide, 83% avaient une histoire d'abus ou de dépendance à l'alcool et 64% à une drogue.

Cinq études scandinaves ont permis une investigation sur l'ensemble des cas d'homicides d'une population donnée.

ERONEN[121] dans l'une des premières études en 1995 a étudié les expertises psychiatriques de 127 femmes auteurs d'homicide en Finlande sur une période de 13 ans. Il a mis en évidence que les femmes ayant commis un homicide avaient 10 fois plus de risque que la population générale d'être schizophrènes (OR=10.8) ou d'avoir un trouble de la personnalité (OR = 12.3).
Les troubles présentant le plus de risque de passage à l'acte homicide dans cette étude sont l'abus/dépendance d'alcool (OR = 48.8) et la personnalité antisociale (OR=71.9). Ces auteurs concluent que les troubles mentaux paraissent avoir une relation statistique avec le comportement d'homicide, dans des pays où le taux de criminalité est faible. Ces données confirment également que chez les femmes, le passage à l'acte homicidaire est associé à la schizophrénie. Néanmoins, les femmes restent responsables d'une très faible partie des homicides.

ERONEN et al.[122], (1996), ont étudié 693 finnois auteurs d'homicide représentant 70% de tous les homicides et ont estimé que 6% étaient schizophrènes, 2% souffraient d'autres types de psychoses, aucun ne présentait de troubles maniaques et 33% avaient des troubles de la personnalité. Les résultats de cette étude indiquent que la schizophrénie augmente le risque d'homicide par 8 chez les hommes et par 6,5 chez les femmes. La personnalité antisociale multiplierait le risque d'homicide par 10 chez les hommes et par 50 chez les femmes. Les troubles affectifs, les troubles anxieux, la dysthymie et le retard mental ne seraient pas associés à une augmentation significative du risque d'homicide.

---

[120] COTE G., HODGINS S. The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *Int J Law Psychiatry*. 1992;15:89-99.
[121] ERONEN M. Mental disorder and homicidal behavior in female subjects. *Am J Psychiatry* 1995;152:1216-1218.
[122] ERONEN M., HAKOLA P., TIIHONEN J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53:497-501.

ERONEN et al[123]. (1996), dans une autre étude, ont trouvé 93 auteurs d'homicide présentant une schizophrénie sur les 1423 personnes arrêtées pour homicide sur une période de 12 ans. Le calcul d'Odds Ratio a révélé que le risque de commettre un homicide était 10 fois plus important chez les patients schizophrènes des deux sexes par rapport à la population générale. La schizophrénie sans association d'alcool augmente le risque d'homicide par 7, mais chez les patients schizophrènes avec un alcoolisme, ce risque est multiplié par 17.
Dans une autre étude sur les facteurs de récidive d'homicide, ERONEN ET AL.[124] ont mis en évidence que la schizophrénie multipliait le risque de récidive homicidaire par 25 chez des personnes condamnées pour homicide, mais ce résultat est à prendre avec prudence car l'échantillon ne comptait que 36 récidivistes dont 4 schizophrènes.

Tableau 2- Risque d'homicides chez des individus masculins souffrant de troubles mentaux comparés à la population générale masculine. (Eronen et al. 1996)

Diagnostic	Taux pour cent	Odds ratio
Trouble anxieux	1,5	0,3
Dysthymie	1,4	0,6
Retard mental	1,2	1,2
Episode dépressif majeur	3,0	1,6
Schizophrénie sans alcoolisme	3,7	7,2
Schizophrénie et troubles schizophréniformes	6,4	8,0
Alcoolisme	39,2	10,7
Personnalité antisociale	11,3	11,7
Schizophrénie et alcoolisme	2,9	17,2

TIIHONEN et al [125](1996) ont étudié le risque d'homicide chez des patients sortis d'un hôpital psychiatrique médico-légal, sur une période de 14 ans. Ce risque a été comparé avec celui d'un groupe contrôle. Au total, 1476 meurtres ont été commis en Finlande entre 1980 et 1991. La police a identifié 1428 auteurs dont 1302 hommes et 121 femmes. Sur les 1428 auteurs d'homicides, 86 sont diagnostiqués comme présentant un trouble schizophrénique. Le risque pour un schizophrène de commettre un homicide est multiplié par 9,8 comparé à la population générale. Ces auteurs ont mis en évidence que le risque de commettre un homicide chez les patients sortis de l'hôpital psychiatrique légal est plus de 50 fois celui de la population générale durant une période de 7-8 ans, et qu'il est multiplié par 300 au cours de la première année.

[123] ERONEN M., TIIHONEN J., HAKOLA P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull*. 1996;22:83-89.
[124] ERONEN M., HAKOLA P., TIIHONEN J. Factors associated with homicide recidivism in a 13-year sample of homicide offenders in Finland. *Psychiatr Serv*. 1996;47:403-406.
[125] TIIHONEN J., HAKOLA P., ERONEN M., VARTIANEN H., RYYNANEN OP. Risk of homicidal behavior among discharged forensic psychiatric patients. *Forensic Sci Int*. 1996;79:123-129.

WALLACE[126] en 1998 dans son étude sur les condamnations à la haute cour de justice a mis en évidence que sur 91 patients schizophrènes condamnés, 11 l'étaient pour homicide. La proportion d'homicides commis par des individus schizophrènes est de 7,2%. Il a trouvé que les patients schizophrènes étaient 10 fois plus à risque de condamnation pour homicide que la population générale, et que les patients présentant un trouble affectif avaient un risque de condamnation pour homicide multiplié par 5. Ce risque est multiplié par 7,1 chez les patients schizophrènes sans abus de substance, mais par 28,8 en cas de co-morbidité d'abus de substance. Cette augmentation du risque est également présente dans les troubles affectifs, le risque de condamnation pour homicide étant multiplié par 4,4 sans abus de substance et par 17,45 en cas d'association d'abus de substance.
Néanmoins le risque d'homicide par un patient schizophrène est très faible. Annuellement, il est approximativement de 1 :3000 pour les hommes et de 1 :33000 pour les femmes.

TAYLOR et GUNN [127], en 1999, ont étudié le nombre de patients présentant des troubles mentaux condamnés pour homicide en Angleterre et Pays de Galles entre 1957 et 1995. Ils ont trouvé une faible fluctuation du nombre de malades mentaux ayant commis un homicide sur les 38 années étudiées avec une diminution progressive de 3% par an . En 1957, la proportion de malades mentaux parmi les auteurs d'homicide étaient de 35%, en 1973 de 28% , en 1983 de 22% , en 1993 de 14% et en 1995, cette proportion avait chuté à 11,5%. Ces auteurs concluent que le phénomène de fermeture de lits hospitaliers et la mise en place de soins ambulatoires n'ont pas entraîné d'augmentation du nombre d'homicides commis par des patients présentant des troubles mentaux et que l'amélioration de la prise en charge des patients et de la thérapeutique a contribué à cette diminution.

SHAW et al[128]., en 1999, se sont intéressés aux individus condamnés pour homicide en Angleterre et Pays de Galles . 718 homicides ont été recensés entre avril 1996 et novembre 1997. Trente-cinq pour cent des auteurs d'homicides ont tué un membre de leur famille et 26% un étranger.
Sur les 500 cas où un rapport psychiatrique a été retrouvé, 44% avaient un antécédent de trouble mental, spécifié dans le rapport de condamnation de l'homicide. Le diagnostic le plus fréquent est celui de troubles affectifs (11%) et de troubles de la personnalité (9%). 6% avaient un diagnostic de schizophrénie.
Quatorze pour cent (n=71) des auteurs d'homicides présentaient des symptômes psychiatriques au moment du passage à l'acte. Les symptômes les plus communs étaient la

[126] WALLACE C., MULLEN P., BURGESS P., PALMER S., RUSCHENA D., RUSCHENA D. Serious criminal offending and mental disorder. Case Linkage study. *Br J Psychiatry*. 1998; 172:477-484.
[127] TAYLOR P., GUNN J. Homicides by people with mental illness : myth and reality. *Br J. Psychiatry.* 1999 ;174 :9-14.
[128] SHAW J., APPLEBY L., AMOS T., McDONNELL R., HARRIS C. et al. Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide: national clinical survey. *BMJ.* 1999; 318:1240-1244.

dépression (48 cas), un délire ou des hallucinations indiquant un trouble psychotique (27 cas). Concernant les victimes, elles étaient plus fréquemment des membres de la famille ou un conjoint. Sur la totalité de l'échantillon, 14% avaient eu un contact avec les services psychiatriques à un certain moment et 8% (58) dans l'année précédant l'homicide. Seulement 15 sujets (18%) avaient bénéficié d'une prise en charge intensive et 63% n'avaient plus aucun soin au moment des faits. Ces auteurs concluent qu'il existe un taux non négligeable de troubles mentaux chez les personnes condamnées pour homicide, mais que la plupart ne présentent pas de trouble mental sévère ou d'antécédent de contact avec la psychiatrie, le diagnostic le plus fréquent étant celui d'un trouble de la personnalité (19%).

ERB et al. [129](2001) ont comparé les individus schizophrènes ayant commis un homicide ou une tentative d'homicide en Allemagne entre 1992 et 1996 et en RFA entre 1955 et 1964 et ils ont constaté que la schizophrénie augmente le risque d'homicide par 16,6 dans la cohorte récente et par 12,7 dans la cohorte plus ancienne. La prévalence de la schizophrénie chez les auteurs d'homicides est de 10%. La présence d'une décompensation psychotique aiguë et l'absence de prise en charge psychiatrique sont associées à l'homicide.

PUTKONEN et al.[130] (2004) ont évalué un échantillon de 90 hommes présentant des troubles mentaux et qui avaient commis un homicide ou une tentative d'homicide. Ils ont utilisé pour cela un entretien clinique structuré pour l'Axe 1 et 2 du DSM-IV. Ils ont également étudié les dossiers et interrogé des proches. 78% des auteurs d'homicides étaient schizophrènes, 17% présentaient des troubles schizo-affectifs, 5% une autre psychose. Un trouble d'abus de substance a été détecté chez 74% des patients et 72% présentaient un alcoolisme. Les troubles de la personnalité sont retrouvés chez 51% des patients et dans 47% des cas, il s'agit d'un trouble de la personnalité antisociale. Tous les sujets présentant un trouble de la personnalité ont également un trouble d'abus de substance. Ces résultats indiquent que dans le cas d'auteurs d'homicide psychotiques, environ la moitié a un triple diagnostic (abus de substance, trouble de la personnalité et trouble psychotique), un quart a un double diagnostic (abus de substance et psychose) et un quart a un seul diagnostic de trouble mental.

[129] ERB M., HODGINS S., FREESE R., MULLER-ISBERNER R., JOCKEL D. Homicide and schizophrenia :maybe treatment does have preventive effect. *Criminal Behav. Mental Health*. 2001 ;11 :6-26.
[130] PUTKONEN A., KOTILAINEN I., JOYAL C., TIIHONEN J. Comorbid personnality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: a structured clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophr. Bull*. 2004;30(1):59-72.

LE BIHAN et BENEZECH[131] (2004) ont étudié 42 patients hospitalisés en UMD pour parricide. 83,3% souffraient de schizophrénie, 14.3% présentaient un délire paranoïaque, 2.4% un épisode confuso-délirant dans un contexte de prise de toxique.

SIMPSON et al[132](2004) ont effectué une étude rétrospective des homicides en Nouvelle-Zélande entre 1970 et 2000 en utilisant les sources de données du gouvernement. 8,7% des homicides ont été commis par des personnes présentant des troubles mentaux. Sur les 126 malades mentaux, 55 présentaient un trouble schizophrénique (43%), 19 un autre trouble psychotique (15%), 13 une dépression majeure (10%), et 5 un trouble bipolaire (4%).
Le taux annuel d'homicides commis par des malades mentaux de 1.3 par million d'habitants a été stable durant la période d'étude. Le pourcentage des homicides commis par des malades mentaux a chuté de 19.5% en 1970 à 5% en 2000. Dix pour cent de ces auteurs d'homicides ont été admis à l'hôpital dans le mois précédant le passage à l'acte criminel et 28.6% n'avaient jamais eu de contact avec les services psychiatriques. Concernant les victimes, elles étaient pour la plupart connues de l'auteur , 74% étaient un membre de la famille ou le conjoint, 3% étaient des étrangers. Pour Simpson, la désinstiutitonnalisation ne semble pas être associée à une augmentation du risque d'homicides par des personnes présentant des troubles mentaux. Néanmoins, ces auteurs insistent sur le fait qu'il est nécessaire de fournir une meilleure prise en charge à ces patients à haut risque de passage à l'acte criminel, car ils sont souvent moins suivis et n'ont pas recours à la psychiatrie lors du 1er épisode psychotique.

En examinant les diagnostics psychiatriques de tous les individus condamnés pour homicide ou tentative d'homicide en Suède de 1998 à 2001 soit 2005 personnes, FAZEL et GRANN.[133], en 2004, ont évalué la présence ou l'absence de diagnostics psychiatriques chez 1625 des auteurs d'homicide. 90% de ces criminels ont un diagnostic psychiatrique. 11% de ces 1625 criminels présentent une schizophrénie, soit 9% sur les 2005 criminels et 3.1% présentent un trouble bipolaire. Un trouble d'abus de substance est trouvé comme diagnostic principal chez 24.2% des auteurs d'homicides. Seulement 10% des criminels pour qui un diagnostic psychiatrique était disponible, n'avaient pas de pathologies psychiatriques diagnostiquées.
FAZEL et GRANN constatent donc un taux élevé de troubles psychiatriques chez les auteurs d'homicides et la nécessité d'une évaluation psychiatrique chez ces individus.

---

[131] LE BIHAN P., BENEZECH M. Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. A propos de 42 observations. *Ann Med Psychologiques*. 2004 ;162 :615-625.
[132] SIMPSON A., Mc KENNA B., MOSKOWITZ A., SKIPWORTH J., BARRY J. Homicide and mental illness in New Zealand, 1970-2000. *British J Psychiatry*. 2004 ; 185 :394-398.
[133] FAZEL S., GRANN M. Psychiatric morbidity among homicide offenders: a Swedish population study. *Am J Psychiatry.* 2004;161:2129-2131.

MEEHAN ET AL.[134] (2006) ont analysé les données des individus condamnés pour homicide en Angleterre et Pays de Galles entre 1996 et 1999 soit 1594 personnes.
Sur ces 1594 auteurs d'homicide, 85 étaient schizophrènes ce qui correspond à environ 5% de tous les homicides en Angleterre et Pays de Galles durant une période de trois ans. Sur ces 85 individus schizophrènes, 86% étaient des hommes. 32% avaient une précédente condamnation pour violence. Plus de la moitié était malade depuis moins de 12 mois (56%). 28% n'avaient jamais été en contact avec la psychiatrie. 51% l'avaient été dans l'année précédant le passage à l'acte homicide. Sur les 57 personnes qui présentaient un délire au moment du crime, 32 (56%) avaient noté une modification de leur délire, incluant leur adhésion au délire ou la réponse émotionnelle à ce délire, dans le mois précédant le passage à l'acte.

SHAW ET AL.[135] (2006) ont effectué également une étude nationale sur les personnes condamnées pour homicide (1594) en Angleterre et au Pays de Galles entre 1996 et 1999. Les taux de troubles mentaux ont été estimés en se basant sur le diagnostic tout au long de la vie, un trouble mental au moment de l'infraction, un contact avec un service psychiatrique, un verdict d'atténuation de la responsabilité pénale et un dispositif d'hospitalisation. Sur les 1594 auteurs d'homicides, 34% présentaient un trouble mental. Cinq pour cent (85) étaient donc schizophrènes et 10% avaient des symptômes de troubles mentaux au moment de l'homicide. 9% ont bénéficié d'un verdict d'atténuation de responsabilité et 7% ont été hospitalisés, les deux verdicts étant associés à des troubles mentaux sévères et des symptômes psychotiques. Shaw et al. concluent qu'il existe une association entre la schizophrénie et l'homicide avec 5% de schizophrènes parmi les auteurs d'homicides. Néanmoins ils remarquent que la plupart des criminels avec une histoire de trouble mental ne sont pas en phase aiguë de la maladie au moment du meurtre et que la plupart n'ont jamais reçu de soins psychiatriques, suggérant que ces services n'ont pas pu prévenir leur crime.

NIELSSEN et al.[136] (2007) ont étudié les homicides commis durant des épisodes psychotiques dans une région d'Australie entre 1993 et 2002. Sur les 1052 homicides, 93 (8.8%) ont été commis durant un trouble psychotique. Les 88 personnes condamnées pour ces 93 homicides avaient commis cet acte durant une phase aiguë de leur trouble mental. Pour 54 (61%) d'entre eux, l'acte homicide a eu lieu durant le 1er épisode psychotique. Sur ces 54 individus, 19 sujets avaient des condamnations criminelles avant le 1er épisode

[134] MEEHAN J., FLYNN S., HUNT I., RONBINSON J., BICKLY H et al. Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales. *Psychiatr Serv*.2006;51(11):1648-1651.
[135] SHAW J., HUNT I., FLYNN S., MEEHAN J., ROBINSON J. et al. Rates of mental disorder in people convicted of homicide. *Br J Psychiatry.* 2006; 188:143-147.
[136] NIELSSEN O., WESTMORE B., LARGE M., HAYES R. Homicide during psychotic illness in New South Wales Between 1993 et 2002. *Med J Australia.* 2007;186(6):301-304.

psychotique. 61 (69%) avaient commis l'homicide durant la première année de la maladie. Sur les 27 sujets restants, 10 sont décrits comme résistant au traitement. Pour ces auteurs, le risque de commettre un homicide durant le 1er épisode psychotique est de 1 sur 200 nouveaux cas et le risque d'homicide par un patient avec un trouble psychotique est environ de 1 sur 8000 par an. Quarante des 88 sujets rapportent avoir eu un contact avec un docteur ou un service psychiatrique dans les deux semaines précédant l'homicide.
Dans la plupart des cas, la victime était un proche ou un ami : 29 parents, 18 conjoints, 16 amis, 14 enfants et 7 autres membres de la famille. Seulement 9 victimes étaient des étrangers. La méthode la plus fréquente d'homicide est une agression au couteau (60%), puis les coups (17%), la strangulation ou suffocation (11%), l'incendie (7%) et seulement 4 sujets (5%) ont utilisé une arme à feu.

PUTKONEN ET AL.[137] (2007) ont relevé 44 cas d'infanticide entre 1980 et 2000 en Finlande, commis par 40 femmes. Sur ces 40 suspectes, 35% (n=14) ont bénéficié d'une expertise psychiatrique. 4 d'entre elles étaient psychotiques (dont 3 psychoses du post-partum) et 10 présentaient un trouble de la personnalité.

Tableau 3- Résultats de différentes études sur le risque d'homicide par des individus présentant des troubles mentaux

Etude	Pays	Homicides	Auteurs présentant un trouble mental (%)	Auteurs schizophrènes (%)	OR (95% CI)
Taylor et Gunn's (1984)	Angleterre			11%	
Lindqvist(1986)	Suède	64	53%		
Coté et Hodgins (1992)	Canada		35%		
Eronen 1995	Finlande	127 (femmes)			10,8 (schizophrénie)
Eronen et al. 1996	Finlande	693		6%	8 (schizophrénie)
Eronen et al (1996)	Finlande	1423		6.5%	10 (schizophrénie 7 (schizophrénie sans alcool) 17 (schizophrénie avec alcool)

[137] PUTKONEN H., COLLANDER J., WEIZMANN-HENELIUS G., ERONEN M. Legal outcome of all suspect neonaticides in Finland 1980-2000. *Int J Law Psychiatry*. 2007;30:248-254.

Etude	Pays	Homicides	Auteurs présentant un trouble mental (%)	Auteurs schizophrènes (%)	OR (95% CI)
Tiihonen et al. (1996)	Finlande	1428		6%	9.8 (schizophrénie)
Wallace et al. (1998)	Australie	168		7,2	10,1 (schizophrénie) 7.1 (schizophrénie sans abus de substance) 28.8 (schizophrénie et abus de substance)
Taylor et Gunn (1999)	Angleterre		11.5%		
Shaw et al. (1999)	Angleterre	781	44%	6%	
Erb et al. 2001	Allemagne	290		10%	16,1 (schizophrénie)
Fazel et Grann (2004)	Suède	1625	90% ont un diagnostique psychiatrique	11%	
Simpson et al. (2004)	Nouvelle Zélande	1448	8.7%	3.8%	
Meehan et al. (2006)	Angleterre	1594		5%	
Shaw et al (2006)	Angleterre	1594	34%	5%	
Nielssen et al. (2007)	Australie	1052		8.8%	
Putkonen et al (2007)	Finlande	40 (femmes)		10% de psychoses	

Les études sur les auteurs d'homicides retrouvent une augmentation de la prévalence de troubles mentaux par rapport à la population générale, avec des taux allant de 8,7 à 90% suivant les études. Les individus schizophrènes représentent entre 5 et 11% des auteurs d'homicides. La schizophrénie multiplie par environ 10, le risque de commettre un homicide par rapport à un individu ne présentant pas de trouble mental. Là encore, l'association d'un trouble schizophrénique et d'abus d'alcool augmente le risque de passage à l'acte homicide par 20.

I.4.1.5 Epidémiologie des troubles mentaux en milieu carcéral.

Un certain nombre d'études existe sur la prévalence de troubles mentaux en milieu carcéral.

ROTH (1980, cité par Monahan[138]) dans une revue de la littérature sur la prévalence de troubles mentaux en prison a conclu que le taux de psychose est environ de 5% dans la population carcérale générale, et que le taux des autres troubles mentaux est de 15 à 20%.

TAYLOR ET GUNN[139] (1984), en utilisant des diagnostics validés, ont étudié les statuts psychiatriques de 2743 détenus d'une prison de Londres. 9% de ces prisonniers présentaient des symptômes importants de trouble psychiatrique et 8,6% des symptômes d'abus de drogue ou d'alcool. 8,7% des hommes avaient les critères d'un trouble psychotique et 70% d'entre eux étaient schizophrènes (6% de la totalité des prisonniers). Ces auteurs considèrent que le risque de violence chez les hommes schizophrènes est important. 9% des agressions n'ayant pas entraîné la mort et 21% des infractions contre les biens ont été commis par des schizophrènes. La prévalence de schizophrénie chez les auteurs d'homicides est de 11% et de 30% pour les auteurs d'incendie volontaire, ce qui est une plus grande prévalence que celle retrouvée dans la population générale de la même région (0.1-0.4%).

MONAHAN et STEADMAN (1984, cités par Davis,1992[140]) concluent que le taux de malades mentaux en prison et en maison d'arrêt n'est pas plus élevé que dans la population générale lorsque l'on prend en compte la classe sociale.

TAYLOR[141] en 1985 a interrogé un sous-groupe de 203 hommes détenus sur leur passé de troubles mentaux, l'infraction qu'ils avaient commise et ses circonstances. 90 hommes étaient schizophrènes, six paranoïaques, 25 un trouble affectif avec symptômes psychotiques et 82 ne présentaient pas de troubles psychotiques. Sur les patients schizophrènes, 40 avaient commis un acte de violence physique contre autrui. Cet acte de violence était apparu dans 88% des cas après le début de la maladie chez les patients schizophrènes et dans 80% des cas chez les patients présentant une psychose affective.

Dans une étude sur les détenus au Québec, COTE et HODGINS, en 1990[142], conclue que le taux de malades mentaux en prison est plus important que dans la population générale, et que le diagnostic de maladie mentale était antérieur à l'incarcération.

BLAND et al. (1990, cités par Corrado, 2000) ont examiné un échantillon de 180 détenus à Alberta (USA) et ont trouvé un taux de prévalence de 2,2% pour la schizophrénie, 4,4% pour

---

[138] MONAHAN J. Mental disorder and violence : another look. In MONAHAN J., STEADMAN HJ: *Mental disorder and violence*.Chicago, University of Chicago Press, 1994.
[139] TAYLOR PJ., GUNN J. Violence and psychosis. *Br. Med Journal*. 1984;288:1945-1949.
[140] DAVIS S. Assessing the « criminalization » of the mentally ill in Canada. *Can J Psychiatry.* 1992 ;37 : 532-538.
[141] TAYLOR PJ. Motives for offending among violent and psychotic men. *Br J Psychiatry.* 1985 ;147 :491-498.
[142] COTE G., HODGINS S. Co-occuring mental disorders among criminal offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1990;18:271-281

des épisodes maniaques et 16,7% pour une dépression sévère. Le taux d'abus d'alcool est de 78,8% et de drogue est de 50,6%.

TEPLIN en 1990[143] a comparé la prévalence des troubles mentaux dans une population de 728 hommes incarcérés à celle de la population générale. La prévalence de la schizophrénie dans la population carcérale (2.7%) est trois fois plus importante que dans la population générale (0.91%) après contrôle des statuts socio-économiques. La prévalence des épisodes dépressifs majeurs dans la population carcérale est de 3.94% contre 1.07% dans la population générale et celle de la manie est de 1.36% contre 0.12% dans la population générale. Environ 6% des détenus souffrent d'un trouble psychotique. La prévalence de la schizophrénie est donc environ 3 fois plus fréquente en prison que dans la population générale, le prévalence de dépression majeure 3 à 4 fois plus haute, et la prévalence de la manie/ trouble bipolaire, 7 à14 fois plus importante.
Dans une nouvelle étude en 1994, basée sur le même échantillon que précédemment, soit 728 détenus masculins, TEPLIN[144] a recherché la prévalence des troubles mentaux, de la personnalité et d'abus de substance. Le taux de troubles d'abus de substance est extrêmement important : 29.1% au moment de l'étude et 61.3% sur la vie entière. Le trouble de la personnalité antisociale affecte environ 50% de l'échantillon. La prévalence de trouble mental majeur est de 6.2% (durant l'étude) ou de 8.94% (vie entière) dans la population carcérale. Cet auteur retrouve 2.98% de troubles schizophréniques, 1.18% de manie et 3.42% d'épisodes dépressifs majeurs.

POWER et al (1997, cités par Corrado 2000) ont examiné la prévalence de troubles mentaux dans une prison américaine du Vermont. La prévalence de schizophrénie est de 3,8%, les troubles bipolaires représentent 6,6% de la totalité de l'échantillon et la dépression sévère 21,4%.

CORRADO et al. (2000)[145] ont étudié la prévalence des troubles mentaux dans une population de 790 hommes incarcérés à Vancouver entre août 1989 et juillet 1990. La présence de troubles mentaux a été recherchée en utilisant le « Diagnostic Interview Schedule » et le BPRS. Les résultats ont mis en évidence une prévalence très importante de troubles de la personnalité antisociale (64,3%) et de troubles d'abus de substance (85,9%) . La prévalence de troubles mentaux sévères est de 15,6% dont 4,5% de schizophrènie, 4,1% de troubles bipolaires, 6% de dépression sévère.

---

[143] TEPLIN LA. The prevalence of severe mental disorder among urban jail detainees : comparaison with the epidemiologic catchment area program. *Am J Public Health*. 1990;80:663-669.
[144] TEPLIN LA. Psychiatric and substance abuse disorders among male urban jail detainees. *Am J Public Health.* 1994;84:290-293.
[145] CORRADO R., COHEN I., HART S., ROESCH R. Comparative examination of the prevalence of mental disorders among jailed inmates in Canada and United States. *International J Law Psychiatry.* 2000 ; 23 : 633-647.

FAZEL et DANESH[146] en 2002 ont recherché les études psychiatriques basées sur les entretiens d'une population carcérale non sélectionnée et incluant les diagnostics de troubles psychotiques et de dépression majeure, dans les 6 mois précédents ou une histoire de trouble de la personnalité. Ils ont repris 62 études de 12 pays incluant 22790 prisonniers (âge moyen 29 ans, 18350 hommes (81%) dont 2568 (26%) délinquants violents).
La synthèse de ces études fait ressortir que 3.7% des hommes incarcérés ont des troubles psychotiques, 10% une dépression majeure, 65% un trouble de la personnalité incluant 47% de personnalité antisociale. Quatre pour cent des femmes ont des troubles psychotiques, 12% une dépression majeure, 42% un trouble de la personnalité incluant 21% de personnalité antisociale.

LAMB et al[147]. (2007), dans une prison de Los Angeles accueillant 1500 hommes, ont trouvé que 104 détenus présentaient un trouble psychiatrique. Sur ces 104 détenus, 75% présentaient un trouble mental sévère dont 32 % de schizophrénie, 23% de trouble bipolaire, 15% de trouble schizo-affectif, 5% d'épisode dépressif majeur avec symptômes psychotiques et 6% sans symptômes psychotiques.

En France, ROUILLON ET AL[148].(2007) ont effectué une étude transversale dans 23 établissements pénitentiaires français et ont interrogé 1000 détenus. Ils ont mis en évidence que 8 hommes sur 10 et 7 femmes sur 10 présentent au moins un trouble mental, la grande majorité en cumulant plusieurs. La prévalence des troubles anxieux est de 56% chez les hommes et 54% chez les femmes ; pour les troubles thymiques, elle est de 47% chez les hommes et 54% chez les femmes. Environ 25% des hommes et femmes présentent un trouble psychotique dont environ 8% de schizophrénie. 30% des détenus ont une dépendance à l'alcool.

Tableau 4 -Résultats des études sur la prévalence des troubles mentaux en prison

Etude	Nombre de détenus	Prévalence des troubles mentaux	Prévalence
Taylor et Gunn (1984)	2743	9%	6% de schizophrénie
Bland et al.(1990)	180		2.2% de schizophrénie 4.4% manie

[146] FAZEL S., DANESH J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*. 2002;359:545-50.
[147] LAMB R., WEINBERGER L., JEFFREY L., MARSH J., GROSS BH. Treatment prospects for persons with severe mental illness in a urban county jail. *Psychiatric Serv*. 2007;58:782-786.
[148] ROUILLON F., DUBURCQ A., FAGNANI F., FALISSARD B. Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison. *Audition Publique, textes de experts, Expertise psychiatrique pénale*. 2007.

Etude	Nombre de détenus	Prévalence des troubles mentaux	Prévalence
Teplin (1990)	728		16.7% EDM 2.7% schizophrénie
Teplin (1994) **Power et al. (1997)**	728	6.2%	3.94% EDM 1.36% manie 3.8% schizophrénie 6.6% troubles bipolaires
Corrado et al (2000)	790	15.6%	21.4% EDM 4.5% schizophrénie 4.1% troubles bipolaires
Fazel et Danesh (2002)	22790		6% EDM 3.7% troubles psychotiques
Lamb et al (2007)	1500	7%	10% EDM 32% schizophrénie 15% troubles schizo-affectifs 5% d'EDM avec symptômes psychotiques 6% d'EDM sans symptômes psychotiques
Rouillon et al (2007)	1000	80%	23% de troubles bipolaires/ 25% troubles psychotiques 8% schizophrénie 47-54% troubles thymiques.

Les résultats des études sur la prévalence de troubles mentaux en milieu carcéral sont assez inquiétants, surtout en ce qui concerne la France.

Si les études réalisées dans les pays Anglo-saxons retrouvent une prévalence de troubles mentaux entre 9 et 15% et de schizophrénie entre 2 et 4%, l'étude de ROUILLON et al (2007) réalisée en France montre, quant à elle, une prévalence de troubles mentaux de 80% avec environ 20% de troubles psychotiques dont 8% de schizophrénie.

I.4.1.6 Prévalence de la violence chez les malades mentaux hospitalisés.

L'étude de la prévalence de la violence à l'hôpital psychiatrique est assez compliquée du fait de la définition différente de la violence en fonction des études, de la diversité de services psychiatriques en fonction des pays et des différents services ouverts ou fermés, d'admission ou de longue durée que l'on y trouve.

KAY et al. (1988, cités par DAVIS, 1991[149]) dans une revue des études effectuées dans les hôpitaux psychiatriques de New York ont rapporté qu'en moyenne, entre 7 et 10% des patients étaient impliqués dans des agressions durant la période de 1 à 3 mois, d'observation.

NOBLE ET RODGER[150] (1989) ont étudié 137 patients hospitalisés en Grande Bretagne qui ont commis un acte d'agression durant l'année 2002 (sur 1529 admissions). Ces 137 individus ont commis 470 agressions. Soixante-cinq patients n'en ont commis qu'une, les 72 sujets restants étant responsables de 405 agressions. La moitié de ces agressions étaient de faible sévérité (n'ayant pas entraîné de lésions), 39% étaient de sévérité moyenne (abrasion, entorse) et 3% ont entraîné des lésions physiques graves. Les patients violents sont principalement des sujets schizophrènes (44,5%) qui présentent des hallucinations et un délire, puis des patients présentant un épisode dépressif majeur avec symptômes psychotiques.

MC NIEL ET BINDER[151] (1994) dans une étude sur 203 patients hospitalisés, admis récemment à l'hôpital pour des troubles psychiatriques aigus entre 1989 et 1990, ont retrouvé que 23% de ces patients avaient été impliqués dans une agression physique à l'égard d'autrui durant l'hospitalisation. Ces patients violents étaient principalement diagnostiqués schizophrènes, maniaques ou présentant une psychose organique. Trente trois pour cent des patients schizophrènes, 28% des patients maniaques et 27% des patients présentant une psychose organique avaient été violents pendant l'hospitalisation. Les patients violents présentaient plus de troubles du cours de la pensée, de suspicion et d'hostilité et d'agitation excitation mesurés à la BPRS.
BARLOW[152] et al.(2000), à partir des incidents agressifs relevés dans 4 services d'admission en Australie sur une période de dix-huit mois, ont retrouvé que sur 1269 patients admis en hospitalisation, 174 (13.7%) avaient été signalés comme agressifs. Les patients

[149] DAVIS S. Violence by psychiatric inpatients : a review. *Hosp Community Psychiatry*. 1991 ;42 :585-590.
[150] NOBLE P., RODGER S. Violence by psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry.* 1989 ;155 :384-390.
[151] Mc NIEL DE., BINDER RL. The relationship beetween acute psychiatric symptoms, diagnosis, and short term risk of violence. *Hosp Community Psychiatry*. 1994 ;45 :133-137.
[152] BARLOW K., GRENYER B., ILKIW-LAVALLE O. Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatients units. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34:967-974.

schizophrènes et bipolaires ont un risque d'agressions respectivement multiplié par 1.96 et 2.81. Un petit nombre de patients (6%) est impliqué dans 71% des incidents. L'agression survient principalement dans les deux jours suivant l'admission ou après une longue durée d'hospitalisation.

GRASSI et al[153].(2001), dans une étude rétrospective sur les comportements agressifs dans une unité psychiatrique d'admission, ont retrouvé que sur 1534 patients admis durant la période de suivi, 116 étaient responsables de 329 épisodes agressifs. La prévalence de la violence est donc de 7.5% avec une moyenne de 2.8 incidents par patient. Les patients les plus violents ont un diagnostique de schizophrénie ou de syndrome délirant (55.1%).
ABDERHALDEN ET AL[154]. (2007) ont conduit une étude prospective multicentrique dans 24 services d'admissions dans 12 hôpitaux psychiatriques en Suisse. Les incidents agressifs ont été évalués par la Staff Observation Agression Scale (SOAS-R). L'échantillon comprend 2344 épisodes de traitement de 2017 patients sur un total de 41560 jours de traitement. Un total de 760 incidents agressifs a été enregistré dont 252 agressions physiques. Le taux d'incidence par jour de traitement est d'environ 0,60 pour les attaques physiques et de 1,81 pour tous les incidents agressifs (comprenant les agressions verbales sévères.). Le taux moyen de sévérité des agressions est d'environ 9 sur une échelle de 22 points (SOAS-R severity mesure) et presque la moitié des agressions verbales est considérée comme sévère (>9). Concernant les agressions physiques, 42% sont considérées comme peu sévères. Seulement 2% des agressions physiques ont nécessité un traitement pour la victime. Aucun incident agressif n'a été enregistré chez 1755 (87%) des 2017 patients. Chez les 13% (262) de patients ayant commis un ou plusieurs incidents, 6,9% de ces patients, ont été impliqués dans une ou plusieurs attaques physiques. Trente-huit patients (1,9%) sont à l'origine de 51% de tous les incidents agressifs et 58 patients (2,9%) sont à l'origine de 50% des agressions physiques.

I.4.2 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SPECIFIQUES.

I.4.2.1 Troubles de l'humeur et dangerosité

BINDER et MC NIEL[155] (1988) ont mis en évidence que les patients présentant une décompensation maniaque étaient à risque de comportement de violence physique dans la

[153] GRASSI L., PERON L., MARANGONI C., ZANCHI P., VANNI A. Characteristics of violent behavior in acute psychiatric inpatients : a 5-year italian study. *Acta Psychiatr Scand.* 2001 ;104 :273-279.
[154] ABDERHALDEN C., NEEDHAM I., DASSEN T., HALFENS R., FISCHER J. et al. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clin. Practice Epidemio. Mental Health*. 2007 ;3 :30-41.
[155] BINDER RL., McNIEL DE. Effects of diagnosis and context on dangerousness. *Am J Psychiatry.* 1988 ; 145 :728-732.

communauté. Durant la phase aiguë de l'hospitalisation (les 24 premières heures), les patients maniaques étaient plus susceptibles d'agressions que les patients schizophrènes. ASNIS et al[156]. ont étudié la prévalence de comportements violents chez 517 patients suivis en ambulatoire. Dix-sept pour cent d'entre eux présentaient une dépression majeure, et 4% de ces patients dépressifs avaient commis une tentative d'homicide. Les idéations d'homicide étaient très fortement corrélées avec des idées suicidaires dans 86% des cas. La dépression est donc plus fortement corrélée au passage à l'acte violent et surtout à l'homicide que la manie.

SWANSON et al[157]. (1990) dans l'étude ECA ont retrouvé que la prévalence de la violence était 5 fois plus importante pour les personnes présentant un trouble de l'axe 1. La prévalence de comportements de violence dans l'année écoulée était de 11,68% pour la dépression majeure. La prévalence de troubles affectifs était 3 fois plus importante chez les patients violents que chez ceux qui ne l'étaient pas.

Chez les patients bipolaires, GROSSMAN et al[158] (1995) ont constaté une fréquence élevée d'antécédents judiciaires dont 3% de crimes.

Dans une étude incluant 12058 sujets nés en Finlande en 1996, les informations sur les individus présentant des troubles mentaux et les condamnations pour une infraction criminelle ont été collectées. A l'âge de 26 ans, seulement 6 hommes (0,001%) et trois femmes (0,06%) étaient diagnostiqués avec un trouble affectif majeur. Sur les 6 hommes, deux avaient été condamnés pour un crime et l'un d'entre eux pour un crime violent. Aucune des femmes n'avait d'antécédents judiciaires criminels (TIIHONEN et al. 1997[159]).

HODGINS et al[160], dans une cohorte de naissance danoise, ont examiné 324401 sujets, qui avaient 43 et 46 ans au moment de la collection des données. 13,3% des hommes n'ayant jamais été admis en psychiatrie ont des antécédents d'infractions criminelles, alors que 19,9% des hommes ayant été hospitalisés pour un diagnostic de dépression psychotique et 27,1% de ceux ayant un diagnostic de trouble bipolaire ont été arrêtées au moins une fois pour une infraction criminelle. De façon similaire, chez les femmes, les troubles affectifs majeurs sont associés à une augmentation du risque d'arrestation. 3,5% des femmes n'ayant jamais été admises en psychiatrie ont été arrêtés pour une infraction criminelle, alors

---

[156] ASNIS GM., KAPLAN ML., VAA PRAAG HM., SANDERSON WC. Homicidal behavior among psychiatric outpatients. *Hosp Community Psychiatry*. 1994;45:127-132.

[157] SWANSON JW., HOLZER CE., GANJU VK., JONO RT. Violence and psychiatric disorder in the community : evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hosp Community Psychiatry.* 1990;41:761-770.

[158] GROSSMAN LS., HAYWOOD TW., CAVANAUGH JL., DAVIS JM., LEWIS DA. State psychiatric hospital patients with past arrests for violent crimes. Psychiatr Serv. 1995;46:790-795.

[159] TIIHONEN J., ISOHANNI M., RASANEN P., KOIRANEN M., MORNING J. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1996 Northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry.* 1997;154:226-231.

[160] HODGINS S., MEDNICK SA., BRENNAN P., SCHULSINGER F., ENGBERG M. Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53:489-496.

que cela concerne 7.9% de celles ayant un diagnostic de dépression psychotique et 10% de celles ayant un trouble bipolaire.

MODESTIN et al[161]. (1997) ont étudié la prévalence de comportements criminels chez 261 patients hospitalisés et présentant un trouble bipolaire ou un trouble dépressif majeur ou mineur. 42% des patients contre 31% des témoins avaient des antécédents judiciaires.

Le risque d'avoir à faire avec la justice est 1,25 fois plus grand chez les sujets ayant des troubles thymiques que dans la population générale Dans cette étude, la fréquence des infractions était plus importante chez les patients atteints de troubles affectifs que dans le groupe témoin, sauf en ce qui concerne les infractions sexuelles et les infractions aux règles de circulation. En comparant les patients atteints de troubles affectifs ayant commis des infractions à ceux sans antécédents judiciaires, ils ont trouvé que les patients ayant commis des infractions étaient plus jeunes, souvent célibataires et d'une classe sociale assez défavorisée. Par contre, ils n'ont pas trouvé de différences dans la durée d'hospitalisation, le nombre d'hospitalisations, ou l'ancienneté de la maladie qui pourraient indiquer une forme de sévérité et de chronicité. Pour ces auteurs, l'augmentation de la criminalité chez les patients bipolaires est en lien direct avec les épisodes maniaques.

BRENNAN et al (1998 ; cités par Hodgins, 1999[162]) ont également retrouvé une augmentation du risque d'infractions avec violence chez les hommes et les femmes ayant un trouble affectif majeur. 3,3% des hommes et 0,2% des femmes n'ayant aucun trouble psychiatrique avaient été condamnés au moins une fois pour une infraction violente, alors que ce taux est de 6,3% des hommes et 0,6% des femmes présentant un trouble affectif majeur.

Les études sur la population carcérale montrent aussi une augmentation de la prévalence des troubles affectifs majeurs par rapport à leur prévalence dans la population générale.

TEPLIN[163] (1990) a comparé la prévalence de l'épisode dépressif majeur et de la manie chez un échantillon d'hommes incarcérés. La prévalence de l'épisode dépressif majeur est de 5,8% chez les détenus et de 3,2% dans la population générale (d'après l'étude ECA) et celle de la manie est de 3,7% chez des individus incarcérés contre 0,3% dans la population générale.

COTE et HODGINS[164] (1990) ont évalué les diagnostics psychiatriques de 495 hommes détenus dans une prison québécoise. Le prévalence vie entière d'un épisode dépressif majeur est de 16,9% et de 4,8% pour les troubles bipolaires. La prévalence des troubles

---

[161] MODESTIN J., HUG A., AMMAN R. Criminal behavior in males with affective disorders. *J. Affect Disord.* 1997;42:29-38.

[162] HODGINS S., LAPALME M., TOUPIN J. Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: a 2-year follow-up. *J Affect Disord*. 1999;55:187-202.

[163] TEPLIN L. The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparaison with the epidemiological catchment area programm. *Am J Public. Health*. 1990;80:663-669.

[164] COTE G., HODGINS S. Co-occuring mental disorders among criminal offenders. Bull Am Acad Psychiatry Law. 1990;18:271-281.

bipolaires est donc six fois supérieure à celle constatée dans la population générale. Ces auteurs soulignaient la fréquence élevée de co-morbidité (65%) chez les patients bipolaires, principalement des abus de substances et des troubles de la personnalité de type dyssocial.

TEPLIN et al.[165], en 1996, ont montré que dans une population carcérale de 1272 femmes, 2,6% d'entre elles présentaient les critères cliniques d'un épisode maniaque. Parmi elles, 35% étaient incarcérées pour un crime violent, 36% pour un crime non violent. La prévalence vie entière d'épisode dépressif majeur est deux fois plus élevée et celle de la manie est trois fois plus importante, chez les femmes incarcérées que chez les femmes de la population générale.

Toutes ces études indiquent une augmentation du risque de criminalité et de comportement violent chez les individus présentant un trouble affectif majeur.

La nature des délits commis par les individus atteints de troubles affectifs majeurs est diverse. Il semble que les patients présentant des troubles bipolaires connaissent plus d'antécédents d'infractions contre les biens que la population générale et d'après les études, ils ne sont que rarement auteurs d'infractions sexuelles et lorsque c'est le cas, l'association à l'alcool est fréquemment soulignée. Cependant ces études sont assez discordantes puisque, par exemple, MC ELROY[166] (1999) rapportait 36% (n=13) de troubles bipolaires dans un échantillon de 36 hommes ayant commis des agressions sexuelles. Dans une étude plus récente, en 2004[167], sur 113 hommes condamnés pour une agression sexuelle, 35% présentaient un trouble bipolaire et 24% un trouble dépressif. Pour WALLACE et al.[168] (1998) la présence d'un trouble affectif multiplie par 4 le risque d'infractions sexuelles.

Classiquement, l'homicide existe également dans le cadre de troubles affectifs majeurs et est représenté par le suicide altruiste ou homicide suicide dans les phases mélancoliques. BENEZECH[169] et al., en 1984, ont réalisé une étude sur les homicides commis par des patients psychiatriques. Sur 109 patients, seulement 2 étaient diagnostiqués psychose

---

[165] TEPLIN LA., ABRAM KM., McCLELLAND GM. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. *Arch Gen Psychiatry*. 1996:53:505-512.
[166] McELROY SL., SOUTULLO CA., TAYLOR P., NELSON EB., BECKMAN DA., BRUSMAN LA., et al. Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry*. 1999 ;60 :414-420.
[167] DUNSIETH NW., NELSON EB., BRUSMANS-LOVINS LA., HOLCOMB JL., BECKMAN D. et al. Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offences *J. Clin. Psychiatry*. 2004 ;65 :293-300.
[168] WALLACE C., MULLEN P., BURGESS P., PALMER S., RUSCHENA D., BROWNE C. Serious criminal offending and mental disorder. Case Linkage study. *Br J Psychiatry.* 1998; 172:477-484
[169] BENEZECH M., YESAVAGE JA., ADDAD M., BOURGEOIS M., MILLS M. Homicide by psychotics in France: a five year study. *J. Clin. Psychiatry.* 1984 ;45 :85-86.

maniaco-dépressive. Dans une autre étude, en 1992[170], ils ont retrouvé une corrélation élevée entre homicide et dépression, mais pas avec la manie.

ERONEN[171] en 1996 retrouvait, parmi 698 meurtriers, 3% d'hommes et 6% de femmes présentant un épisode dépressif, mais aucun état maniaque n'était retrouvé.

WALLACE et al[172]. (1998) ont mis en évidence que le diagnostic de troubles thymiques était élevé chez les individus condamnés pour violence contre les personnes, pour homicide chez les femmes (OR= 19.6) et pour infraction contre les biens chez les hommes. La présence d'un trouble affectif multiplie par 3,4 le risque de condamnation, par 4.5 le risque d'infraction avec violence, par 5.4 le risque d'homicide.

I.4.2.2 Trouble délirant paranoïaque et dangerosité.

Il existe peu de données dans la littérature sur les passages à l'acte violent des délirants paranoïaques. En effet, dans la plupart des études, les troubles psychotiques englobent à la fois les troubles schizophréniques et paranoïaques.

La prévalence de troubles délirants paranoïaques des populations d'auteurs d'homicide est relativement faible dans les études, entre 0,5 et 2,1%[173] .

BENEZECH et al[174], dans leur étude sur les patients meurtriers hospitalisés en UMD, dénombrent 20% de paranoïaques.

I.4.2.3 Les lieux et cibles des actes violents commis par les malades mentaux

Les actes violents commis par les individus présentant des troubles mentaux ont habituellement lieu dans une maison plutôt que dans un lieu public (STEADMAN et al[175]. 1998). JOYAL[176] (2004) a retrouvé que 78% des homicides ou tentatives d'homicide commis par des patients schizophrènes avaient eu lieu dans une habitation privée contre 22% dans un lieu public. ROBBINS (2003) constate également que les actes de violence ont lieu dans la grande majorité des cas au domicile de la personne (35,8% des cas pour les hommes et 58,8% des cas pour les femmes).

---

[170] BENEZECH M., BOURGEOIS M. L'homicide est fortement corrélé à la dépression et pas à la manie. *Encéphale.* 1992 ;XVIII :89-90.

[171] ERONEN M., HAKOLA P., TIIHONEN J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53 :497-501.

[172] WALLACE C., MULLEN P., BURGESS P., PALMER S., RUSCHENA D. et al. Serious criminal offending and mental disorder. Br. J. Psychiatry. 1998 ;172 :477-484.

[173] RICHARD-DANTEVOY S. Homicide et maladie mentale. Angers :Thèse, 2007.

[174] BENEZECH M., YESAVAGE JA., ADDAD M., BOURGEOIS M., MILLS M. Homicide by psychotics in France: a five year study. *J. Clin. Psychiatry.* 1984 ;45 :85-86.

[175] STEADMAN HJ., MULVEY EP., MONAHAN J., ROBBINS PC., APPELBAUM PS et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch gen Psychiatry.* 1998;55:393-401.

[176] JOYAL CC., PUTKONEN A., PAAVOLA P., TIIHONEN J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychological medicine*. 2004 ;34 :433-442.

Les études tendent à montrer que la violence des individus atteints de troubles mentaux est le plus souvent dirigée vers des proches ou des membres de la famille. Pour JOYAL (2004) dans environ 50% des cas, la victime est un membre de la famille et dans 86% des cas, l'acte homicide commis par un individu schizophrène l'a été à l'encontre d'une connaissance (familiale ou professionnelle)

TARDIFF[177] (1984) a retrouvé que les actes de violences à l'encontre d'autrui étaient dirigés soit vers des membres de la famille, enfants ou concubin, ou des personnes en dehors de la famille. BÖKER et HAFFNER (cités par ERONEN[178],1998) ont trouvé que les victimes les plus représentées, des actes violents commis par des personnes présentant des troubles mentaux étaient celles qui avaient un contact proche. (seulement 9% des victimes étaient des inconnus) .

En 1986, LINDQVIST[179] a trouvé que seulement 3 des 71 victimes (4,2%) d'homicide commis par des malades mentaux avaient été tuées par un étranger. Similairement, dans leur étude sur les auteurs d'homicide à Copenhague, GOTTLIEB et al[180]. (1987) ont observé que seulement 21% des homicides psychotiques avaient été perpétrés contre une personne étrangère à la famille alors que 51% des auteurs d'homicide non psychotiques avaient tué un membre extérieur à la famille. Dans l'étude de STEADMAN et al (1998), 51% des victimes de violence étaient des membres de la famille et 35% des connaissances ou des amis.

De même, HUMPHREY et al[181]. (1992) ont constaté que les victimes de patients schizophrènes étaient dans 56% des cas des membres de la famille (Mère, conjoint..). Les parents et les enfants sont donc les victimes principales des personnes souffrant de troubles mentaux . ESTROFF et al[182] (1998) ont mis en évidence que les mères qui vivaient avec un enfant souffrant d'une schizophrénie avec abus de substance présentaient un risque très élevé d'être la cible de violence qu'elle soit verbale ou physique, mais que ce risque était également couru parles membres de la famille proche, vivant sous le même toit.

Néanmoins, certaines études retrouvent des cas de violence sur des étrangers. SWANSON et al.[183] (1999), dans une étude sur des patients hospitalisés sous contrainte, ont retrouvé que 33% des victimes étaient des amis ou des connaissances, mais que dans 25% des cas,

---

[177]TARDIFF K. Characteristics of assaultive patients in private hospitals. *Am J Psychiatry*. 1984;141:1232-1235.

[178] ERONEN M., ANGERMEYER MC., SCHULZE B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*. 1998 ;33 :13-23.

[179] LINDQVIST P. Criminal offending in northern Sweden 1970-1981:alcohol intoxication, alcohol abuse and mental disease. *Int J Law Psychiatry*. 1986;8:19-37.

[180] GOTTLIEB P., KRAMP P., GABRIELSEN G. The pratice of forensic psychiatry in cases of homicide in Copengagen, 1959 to 1983.*Acta Psychiatr Scand* 1987;76:514-522.

[181] HUMPHREY MS., JOHNSTONE EC., Mc MILLAN JF. TAYLOR PJ. Dangerous behavior preceding first admissions for schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1992 ;161 :501-505.

[182] ESTROFF SE., SWANSON JW., LACHICOTTE WS., SWARTZ M., BOLDUC M. Risk reconsidered : targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998 ;33 :S95-S101.

[183] SWANSON J., BORUM R., SWARTZ M., HIDAY V. Violent behavior preceding hospitalization among persons with severe mental illness. *Law Hum Behav*. 1999;23: 185-204.

il s'agissait d'étrangers. Dans l'étude de STEADMAN (1998), les inconnus représentent 14% des victimes de violence des malades mentaux.

ROBBINS et al[184] (2003), dans leur étude de suivi sur un an , ont mis en évidence que les membres de la famille étaient la cible principale des violences, suivis par les amis. Par contre, en distinguant les hommes et les femmes, les femmes présentant des troubles mentaux sont plus fréquemment violentes envers des membres de la famille (69,5%) et particulièrement le concubin (44,3%), alors que les hommes sont plus souvent violents envers leurs amis ou connaissances (40,5%) qu'envers leur famille (39,9%). Les hommes présentant des troubles mentaux seraient violents dans 19,5% des cas à l'encontre d'étrangers contre 4,3% pour les femmes. Les victimes totalement inconnues des agresseurs psychotiques représentent environ 12 à 16% des cas. Pour JOYAL (2004), les inconnus représentent 14% des victimes chez 58 schizophrènes ayant commis un homicide ou une tentative d'homicide.

I.4.3 SYNTHESE DES RESULTATS

Les études concernant le rapport entre violence et troubles mentaux sont donc assez hétérogènes, dans leur méthodologie, dans le repérage de la violence (violence spontanément reconnue, le fait d'avoir commis un crime ou d'avoir un dossier criminel), dans les diagnostics, l'association de la pathologie principale avec la consommation d'alcool ou de drogue.

Les études de prévalence de la violence chez les patients psychiatriques révèlent qu'il existe un risque élevé, pour les patients présentant un trouble mental majeur, et plus spécifiquement une schizophrénie, comparés à la population générale, de commettre des actes violents[185].

Toutes les études, quelle que soit la méthode, retrouvent des résultats indiquant une augmentation marquée du risque de violence chez les individus souffrant d'un trouble mental majeur, dont la schizophrénie. Mais elles montrent également que le trouble d'abus de substance et la personnalité antisociale sont plus fortement associés au risque de comportement violent.

En ce qui concerne les troubles affectifs, les résultats sont variables selon les études. Lorsque les formes avec psychose et les troubles bipolaires sont exclus, il n'existe pas d'augmentation de la propension à la violence chez les personnes souffrant de troubles affectifs. L'augmentation de la prévalence de troubles affectifs dans la population carcérale peut être attribuée à des circonstances de vie et à une forme de réaction vis-à-vis de la situation, plutôt qu'à une augmentation du risque de violence chez ces individus. Les

[184] ROBBINS PC., MONAHAN J., SILVER E. Mental disorder and gender. *Law Hum Behav*. 2003 ;27 :561-571.
[185] ERONEN M., ANGERMEYER MC., SCHULZE B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998 ;33 :S12-S23.

troubles anxieux ne sont pas clairement associés à une augmentation du risque de comportement violent. La majorité des études met en évidence ce résultat.

Le fait que les troubles psychotiques entraînent une augmentation du risque de violence suggère que les symptômes psychotiques peuvent avoir un rôle important dans la propension à commettre des actes violents. De même, les troubles d'abus de substance, pourraient être impliqués dans l'augmentation du risque de comportement violent.

Un certain nombre d'études a rapporté que les patients schizophrènes avaient 4 à 6 fois plus de risque de commettre un crime violent que la population générale.(Brennan et al., 2000[186]; Eronen et al., 1998[187] ; Hodgins, 1992[188]; Hodgins et al., 1996[189] ; Tiihonen et al., 1997[190]). Néanmoins leur contribution à l'ensemble de la criminalité dans la société est faible. (Swanson, 1990[191]). Dans la plupart des cas, les victimes des patients schizophrènes font partie de la famille ou sont proches. (Steadman et al., 1998[192]; Nordström et al[193], 2003)

[186] BRENNAN PA., MEDNICK SA., HODGINS S. Major Mental disorders in a total birth cohort: results from a Dunedin study. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57:979-988

[187] ERONEN M., ANGERMEYER MC., SCHULZE B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33:S12-S23

[188] HODGINS S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime: evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:476-483

[189] HODGINS S., MEDNICK SA., BRENNAN P., SCHULSINGER F., ENGBERG M. Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53:489-496.

[190] TIIHONEN J., ISOHANNI M., RASANEN P., KOIRANEN M, MORING J. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry*. 1997;154:840-845

[191] SWANSON JW., HOLZER CE., GANJU VK., JONO RT. Violence and psychiatric disorder in the community : evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hosp Community Psychiatry.* 1990;41:761 -770

[192] STEADMAN HJ., MULVEY EP., MONAHAN J., ROBBINS PC., APPELBAUM PS., GRISSO T., et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:393-401

[193] NORDSTROM A., KULLGREN G. Victim relations and victime gender in violent crimes committed by offenders with schizophrénia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003
;38 :326-330.

II LA PREVENTION DE LA DANGEROSITE DES MALADES MENTAUX

II.1 CONNAISSANCE ET EVALUATION DU RISQUE DE DANGEROSITE DES MALADES MENTAUX.

II.1.1 LES FACTEURS DE RISQUE DE DANGEROSITE DES MALADES MENTAUX

Les études épidémiologiques en population générale ont mis en évidence que les comportements violents étaient associés à un âge jeune, au sexe masculin, à un faible niveau socio-économique, et à l'abus de substance. En est-il de même pour les patients atteints de troubles mentaux ? Existe-t-il des facteurs de risques spécifiques à certaines pathologies mentales, à la schizophrénie ? La psychopathie peut-elle être considérée comme un facteur de risque ?
L'évaluation clinique du risque de dangerosité requiert l'étude d'un certain nombre de facteurs qui ont été associés à une augmentation du risque de violence.

II.1.1.1 Les facteurs socio-démographiques

Comme en population générale, il a été mis en évidence que la dangerosité chez les malades mentaux était liée à un âge jeune, au sexe masculin et à un faible niveau socio-économique.

LINK et al. (1992[194]), ont mis en évidence que les individus malades mentaux ayant un faible niveau d'études présentent plus de risque, que ceux ayant un bon niveau d'études, d'être condamné pour des infractions violentes (OR=2,1), de se battre avec autrui (OR=2,4), d'utiliser une arme lors d'une altercation (OR=2,3). Ils ont également retrouvé que l'environnement social, le quartier d'habitation jouaient un rôle dans la prévalence de comportements violents. Le fait d'habiter dans un quartier violent augmente le risque : de condamnation, d'être impliqué dans une altercation, et d'utiliser une arme, par 2.
SWANSON et al. [195] (1990) dans l'étude ECA ont relevé que le fait d'être jeune, de sexe masculin et d'avoir un bas statut socio-économique était associé à un risque de comportement violent. La prévalence de la violence est multipliée par 7 chez les jeunes

[194] LINK BG., ANDREWS H., CULLENT FT. The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *Am. Sociol Review.* 1992 ;57 :275-292.
[195] SWANSON JW., HOLZER C., GANJU V., TSUTOMU R. Violence and psychiatric disorder in the community : evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hosp Community Psychiatry*, 1990 ; 41(7) :761-770.

adultes par rapport aux personnes âgées, et multipliée par 3 chez les personnes de classe sociale défavorisée par rapport aux classes sociales favorisées.
Ces mêmes auteurs, en 2000[196], dans une étude sur 262 sujets hospitalisés sous contrainte ont retrouvé des facteurs prédictifs de violence dans une étude de suivi sur un an. Pour eux, le risque de violence est significativement plus élevé chez les sujets jeunes, célibataires, avec un statut social précaire, résidant en ville, ou chez ceux récemment sans abri.
STUEVE et LINK[197] (1998) ont constaté que chez les patients qui n'avaient pas fini leurs études universitaires, ceux qui étaient diagnostiqués avec un trouble psychotique ou bipolaire étaient environ 3 fois plus à risque d'être impliqués de façon récente dans des rixes que les individus sans troubles psychiatriques ou avec un diagnostic de dépression sans symptômes psychotiques, de troubles anxieux et de phobie. Les effets du niveau scolaire sont plus prononcés sur le risque d'utiliser une arme. Les patients diagnostiqués avec un trouble psychotique ou bipolaire sont environ 10 fois plus susceptibles de rapporter l'utilisation récente d'une arme s'ils n'ont pas fini le lycée, et environ 3 fois s'ils n'ont pas fini l'université et ne sont pas plus à risque que les autres diagnostics psychiatriques ou les personnes sans troubles mentaux s'ils ont fini leurs études universitaires. Ces auteurs concluent que le risque de violence physique et d'utilisation d'une arme est, chez les patients psychotiques et bipolaires, fortement corrélé avec un niveau faible d'éducation.

Concernant le cadre de vie, les études retrouvent que la présence d'un cadre familial et d'un soutien social permet une diminution du risque de violence. Par contre, en 1997, SWANSON[198] a mis en évidence que les patients vivant seuls étaient moins à risque de commettre des actes violents que ceux vivant avec des proches, sans doute parce que la proximité d'une cible de violence potentielle augmente le risque de passage à l'acte.

II.1.1.2 Genre et violence

Dans la population générale, les hommes sont plus violents que les femmes, en ce qui concerne le nombre et la sévérité des agressions, incluant les condamnations pour homicide ou crime violent. Les hommes commettent des actes violents environ 10 fois plus que les femmes (TARDIFF et SWEILLMAN, 1980, cités par SCOTT et RESNICK[199], 2006).

---

[196] SWANSON JW., SWARTZ MS., BORUM R., HIDAY V., WAGNER R et al. Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behavior in persons with severe mental illness. *Br J Psychiatry*. 2000; 174 : 324-331.
[197] STUEVE A., LINK BG. Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatr Q*. 1997;68:327-342.
[198] SWANSON J., ESTROFF S., SWARTZ M., BORUM R., LACHICOTTE W.et al. Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity and lack of treatment. *Psychiatry.* 1997;60:1-22.
[199] SCOTT CL., RESNICK PJ. Violence risk assessment in persons with mental illness. *Agression violent behavior.* 2006 ;11 :598-611.

Dans le projet Mac Arthur, STEADMAN en 1994 et MONAHAN en 2001, ont retrouvé que la différence de violence entre les hommes et les femmes était en fait reliée au type d'infractions et aux circonstances durant lesquelles la violence arrive. Les infractions commises par les hommes ont lieu plus fréquemment en public, alors que les femmes ont tendance à prendre pour cibles des proches dans le milieu familial. La violence commise par les hommes aurait des conséquences plus sévères sur autrui que la violence commise par des femmes.

Si dans la population générale, le genre masculin est en général corrélé à la violence, chez les personnes présentant des troubles mentaux, les hommes et les femmes ne présentent pas de différence significative concernant le taux de comportements violents.
En fait, ces taux sont assez remarquablement similaires et dans certains cas, légèrement plus élevés chez les femmes (NEWHILL, MULVEY ET LIDZ, 1995[200]).
ROBBINS et al.[201] (2003), à partir des données de l'étude Mc Arthur, ont mis en évidence que la prévalence de comportements violents sur une période de 1 an après la sortie de l'hôpital ne diffère que très peu entre les hommes et les femmes. La différence qui a pu être observée pendant les 20 premières semaines suivant la sortie de l'hôpital est, pour ces auteurs, en partie liée à la co-occurrence d'abus de substance qui est importante chez les hommes. Par contre, la violence commise par les hommes entraîne plus fréquemment des lésions physiques que celle exercée par les femmes. Ces auteurs pensent que le fait que les violences commises par les femmes soient moins sévères explique en partie, pourquoi, cette violence est moins visible et donc fréquemment sous-rapportée dans les études.
STEADMAN et al.[202] ,à partir des données de l'étude Mc Arthur, ont mis en évidence qu'une plus faible proportion de femmes que d'hommes (34,8% vs 39%) rapportait au moins un comportement de violence dans les deux mois précédant son admission à l'hôpital, mais qu'une plus grande proportion, de femmes que d'hommes (32,8% vs 22,4%) rapportait au moins un incident de violence dans la communauté après sa sortie de l'hôpital.
D'autres études sur la violence dans la communauté retrouvent des prévalences d'actes de violence plus importantes chez les hommes et surtout dans certains types d'actes de violence.
SWANSON[203] (1990) a trouvé que le niveau de violence (auto-rapportée) est deux fois plus important chez les hommes atteints de troubles mentaux que chez les femmes. (5,29%

[200] NEWHILL CE., MULVEY EP., LIDZ CW. Characteristics of violence in the community by female patients seens in a psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv*. 1995;46:785-789.
[201] ROBBINS PC., MONAHAN J., SILVER E. Mental disorder and gender. *Law Hum Behav*. 2003 ;27 :561-571.
[202] STEADMAN HJ., MONAHAN J., APPELBAUM PS., GRISSO T., MULVEY EP. Designing a new generation of risk assessment research. . In Monahan J., Steadman H "*Violence and Mental Disorder."* Chicago. Chicago Press. 1994: p 297-318
[203] SWANSON J., HOLZER C., GANJU V. Violence and psychiatric disorder un the community: evidence from the epidemiological Catchment Area Survey. *Hosp Community Psychiatry*. 1990;41:761-770.

contre 2,21%). De même, pour SOYKA et al.[204] (2007), les hommes schizophrènes sont trois fois plus à risque de comportements violents ou criminels que les femmes schizophrènes. Dans une étude sur le parricide commis par des malades mentaux, les 42 patients étaient masculins. (LE BIHAN et BENEZECH[205])

Si les études sur les patients vivant dans la communauté montrent néanmoins une petite supériorité du nombre d'actes de violence chez les hommes, cette surreprésentation disparaît complètement dans les études sur les patients hospitalisés.
WALSH et al.[206], en 2004, ont constaté des taux d'agressions similaires chez des hommes et femmes schizophrènes (27% vs 23%). KRAKOWSKI et CZOBOR[207] (2004), dans leur étude sur la prévalence de la violence dans les 2 premiers mois d'hospitalisation, ont trouvé un pourcentage similaire d'agressions physiques à l'hôpital chez les femmes (13.9%) et les hommes (12.2%). De plus, les femmes avaient une plus grande fréquence d'agressions physiques et verbales, principalement durant les 10 premiers jours de l'étude, que les hommes, avec ensuite une diminution marquée de leur nombre. Par contre, les hommes sont plus fréquemment responsables d'agressions entraînant des blessures. Dans l'étude de BINDER et Mc NIEL (1990), la violence avant l'admission à l'hôpital et durant l'hospitalisation est comparée chez les mêmes patients. Les hommes sont plus violents que les femmes dans les deux semaines précédant l'hospitalisation, mais les femmes sont plus violentes que les hommes dans les trois jours suivant l'admission. LAM et al. [208](2000) ont constaté que 45% des violences avec blessures à l'encontre des soignants étaient commises par des femmes.
Par contre, dans son étude sur des patients hospitalisés à long terme, QUANBECK et al.[209] (2007) ont noté une proportion plus importante d'hommes responsables de multiples agressions intra-hospitalières que de femmes (85% vs15%).

[204] SOKYA M..,GRAZ C., BOTTLENDER R., DIRSCHEDL P., SCOECH H. Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2007; 94:89-98.
[205] LE BIHAN P., BENEZECH M. Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. A propos de 42 observations. *Ann MedPsychol.* 2004 ;162 :615-625
[206] WALSH E., GILVARRY C., SAMELE C., HARVEY K., MANLEY C., TATTAN T., et al. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Res*. 2004;67:247-252.
[207] KRAKOWKI M., CZOBOR P. Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *Am J Psychiatry*. 2004;161:459-465.
[208] LAM J.N., McNIEL D.E., BINDER R.L. The relationship between patients gender and violence leading to staff injuries. *Psychiatr Serv*.2000;51:1167-1170.
[209] QUANBECK C.D., McDERMOTT B.E., LAM J., EISENSTARK H., SOKOLOV G.,SCOTT C.L. Categorization of aggressive acts committees by chronically assaultive state hospital patients. *Psychiatr Serv.2007*;58:521-528.

II.1.1.3 Les antécédents de violence

II.1.1.3.1 Antécédents d'infractions et de violence

Dans la population générale, depuis de nombreuses années, les récidives d'infractions violentes ont été considérées comme le plus important facteur prédictif de violences, en prenant en considération le contexte ou l'environnement dans lesquels la violence intervient.

Les antécédents d'infractions et de condamnations et un âge précoce de début du comportement délinquant ont été aussi mis en évidence comme facteurs de risque de comportements violents chez les malades mentaux.

Les antécédents de violence sont, pour la fondation Mac Arthur, l'un des seuls facteurs prédictifs de violence future. La récente étude Mac Arthur a trouvé que toutes les mesures de violences antérieures (auto-rapportées, casier judiciaire, dossier hospitalier) sont fortement reliées à une violence future.(Fondation Mac Arthur, 2001)

Dans l'étude de TARDIFF et al[210]. (1997), les patients qui avaient été violents contre une personne dans le mois précédant leur hospitalisation avaient 9,1 fois plus de risque de récidive de violence physique à la sortie de l'hôpital. Par contre, les patients qui avaient été violents durant l'hospitalisation n'étaient pas à plus à risque de violence à leur sortie de l'hôpital. MODESTIN et AMMANN[211] (1996) ont retrouvé en comparant des patients schizophrènes à un groupe contrôle de la population générale que les patients présentant des antécédents d'infractions criminelles avant leur première hospitalisation sont plus susceptibles de présenter des comportements criminels que ceux n'ayant pas ces antécédents.(47% vs 18%)

BONTA, LAW ET HANSON[212] (1998), dans une méta-analyse sur les facteurs prédictifs de récidive de violence chez les malades mentaux, ont mis en évidence que les facteurs de risque de récidive criminelle chez les malades mentaux délinquants étaient les mêmes que ceux de la population générale . Pour ces auteurs, les meilleurs facteurs prédictifs sont les antécédents de violence et de condamnations. LAMB et al.[213] (2007) ont retrouvé dans leur étude, que 95% des détenus présentant des troubles mentaux avaient des antécédents judiciaires. Parmi eux, 72% avaient été arrêtés précédemment pour un crime violent contre les personnes et 41% avaient été incarcérés dans une prison d'état.

---

[210] TARDIFF K., MARZUK P., LEON A., PORTERA L. A prospective study of violence by psychiatric patients after hospital discharge. *Psychiatr Serv.* 1997;48:678-681.

[211] MODESTIN J., AMMANN R. Mental disorder and criminality: male schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1996;22:69-82.

[212] BONTA J., LAW M., HANSON K. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta analysis. *Psychol Bull.* 1988;123:123-142.

[213] LAMB R., WEINBERGER L., JEFFREY L., MARSH J., GROSS BH. Treatment prospects for persons with severe mental illness in a urban county jail. *Psychiatr Serv*. 2007;58:782-786

Dans l'étude de LE BIHAN ET BENEZECH[214] (2004), sur 42 auteurs de parricide, 66.7% avaient des antécédents de violence contre les personnes avant le passage à l'acte homicide et 38.1% contre les biens. Quarante-trois pour cent des patients avaient des antécédents judiciaires, dont 19% pour coups et blessures volontaires, 19% pour vols. 23.8% avaient des antécédents d'incarcération et 7.1% des antécédents d'homicide ou de tentative d'homicide .

ERONEN et al.[215]ont mis en évidence que les personnes ayant été condamnées pour un homicide avaient 250 fois plus de risque d'en commettre un autre dans l'année suivant leur sortie de prison que la population générale. Néanmoins, cette étude est basée sur un faible échantillon de population (36 récidivistes).

PUTKONEN et al.[216]ont trouvé également que les antécédents d'homicides présentaient un facteur de risque de récidive criminelle chez des femmes psychotiques ou présentant des troubles de la personnalité. Sur 132 femmes condamnées pour un homicide, 23 % ont commis une nouvelle infraction, 15% une infraction violente et 3% un homicide. La plupart des infractions ont été commises pendant les 2 ans qui ont suivi leur libération. Ces auteurs n'ont pas trouvé de différence significative de récidive violente entre le groupe étudié et les autres femmes condamnées pour infraction avec violence.

WALSH et al.[217] (2004), dans une étude sur 200 patients schizophrènes, ont établi que les antécédents d'agression et de condamnation multipliaient le risque de violence par 2.

DEAN et al. (2006)[218] ont mis en évidence que les antécédents de condamnation pour violence multipliaient le risque de comportement de violence physique par 5,8 chez les femmes présentant un trouble psychotique.

Les dossiers criminels et le casier judiciaire sont particulièrement utiles pour évaluer le passé de violence et de comportements délinquants d'une personne. Chaque antécédent de violence augmente le risque d'une future violence (BORUM et al.[219], 1996).

La nécessité d'autres sources d'informations pour l'évaluation de la violence passée, inclut l'histoire militaire et professionnelle. Pour les emplois, il est nécessaire de noter la fréquence des changements de travail, et les raisons de ces changements. Les personnes qui ont été licenciées de leur emploi ont 6 fois plus de risque d'être violentes que les personnes

---

[214] LE BIHAN P., BENEZECH M. Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. A propos de 42 observations. *Ann Med Psychologiques*. 2004 ;162 :615-625.

[215] ERONEN M., HAKOLA P., TIIHONEN J. Factors associated with homicide recidivism in a 13-year sample of homicide offenders in Finland. *Psychiatr Serv*. 1996;47:403-406.

[216] PUTKONEN H., KOMULAINEN E., VIRKUNEN M., ERONEN M. Risk of repeat offending among violent female offenders with psychotic and personnality disorders. *Am J Psychiatry* 2003;160:947-951.

[217] WALSH E., GILVARRY C., SAMELE C., HARVEY K., MANLEY C., TATTAN T. et al. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Res*. 2004;67:247-252.

[218] DEAN K., WALSH E., MORAN P., TYRER P., CREED F.,BYFORD S et al. Violence in women with psychosis in the community: prospective study. *Br J Psychiatry*. 2006; 188:264-270.

[219] BORUM R. Improving the clinical pratice of violence risk assessment. Technology, guidelines and training. Am Psychol. 1996;51:945-956.

employées (Catalano, Dooley et al. 1993; cités par SCOTT et RESNICK, 2006[220]). Une personne qui a utilisé une arme contre autrui par le passé présente un risque sérieux de violence future. La différence principale entre une agression et un homicide est la létalité de l'arme utilisée. Les armes à feu ont la plus haute létalité de toutes les armes. Une agression avec une arme à feu a 5 fois plus de risque d'entraîner la mort qu'une agression avec un couteau. Les patients doivent être questionnés sur la possession d'une arme à feu.

Dans la population générale, les troubles des conduites dans l'enfance ont des conséquences très négatives dans la vie adulte, entraînant une persistance de la criminalité ou d'autres formes sérieuses de désadaptation. Des investigations longitudinales ont suggéré qu'aucun individu ayant présenté des troubles des conduites à l'adolescence ne deviendra un adulte sain (MOFFIT et al., 2002, cités par HODGINS 2005[221]). Des études ont mis en évidence un lien entre les troubles des conduites à l'adolescence et la violence; les troubles des conduites précèdent l'émergence de troubles d'abus de substance à la fois dans la population générale et chez les patients présentant des troubles mentaux graves. Deux études ont rapporté que chez les patients présentant des troubles mentaux, les troubles de substance dans l'enfance et l'adolescence étaient un plus fort prédicteur de violence à l'âge adulte que l'abus de substance à l'âge adulte. Les troubles des conduites dans l'enfance sont plus fréquents chez les personnes qui développent une schizophrénie que dans la population générale.

Il semblerait également que des comportements précoces de délinquance jouent un rôle dans la violence des adultes présentant des troubles mentaux.
HODGINS a émis l'hypothèse qu'il existait deux groupes de délinquants malades mentaux, d'étiologies distinctes. Le groupe de délinquance précoce présentait un modèle stable de comportements antisociaux depuis son jeune âge, alors que le groupe à délinquance tardive présentait des comportements antisociaux uniquement après le début de sa maladie. Le groupe à délinquance précoce commence les actes délinquants à l'adolescence et est condamné pour plus de crimes violents et non violents que le groupe à délinquance tardive. Le type de criminalité présenté par les malades mentaux à délinquance précoce ne serait pas différent de celui présenté par les délinquants précoces non malades mentaux.
Concernant les diagnostics de ces deux groupes, dans une première étude, Hodgins n'a pas retrouvé de différence de diagnostic entre eux, mais en 1997, elle a noté que la moitié du groupe à délinquance précoce et seulement 20% du groupe à délinquance tardive souffraient d'un trouble délirant. Chez les auteurs de délits, schizophrènes ou présentant un

[220] SCOTT CL., RESNICK PJ. Violence risk assessment in persons with mental illness. *Agression Violent Behav.* 2006 ;11 :598-611.
[221] HODGINS S., TIIHONEN J., ROSS D. The consequences of conduct disorder for males who develop schizophrenia: associations with criminality, aggressive behavior, substance abuse and psychiatric services. *Schizophr Res*. 2005;78:323-335.

trouble affectif majeur, les délinquants précoces ou tardifs ne sont pas différents selon le type ou la sévérité des symptômes du diagnostic principal, mais une plus forte proportion de délinquants précoces ont une co-morbidité associée d'alcoolisme ou d'abus de drogue. Les délinquants précoces présenteraient moins de signes neurologiques que les délinquants tardifs et auraient de meilleures performances cognitives pour un même trouble mental.Par contre, les délinquants précoces diffèrent des délinquants tardifs par le nombre et la sévérité des traits de personnalité psychopathique. Une étude rétrospective en 1998 avait montré que les délinquants précoces, malades mentaux, présentaient des comportements antisociaux dans l'enfance et au début de l'adolescence similaires à ceux qui développent une personnalité antisociale sans trouble mental.

Dans une étude sur la violence chez les patients schizophrènes, Hodgins, en 1999, a trouvé que les délinquants précoces schizophrènes avaient été condamnés pour plus de crimes violents et non violents et que l'âge moyen de première condamnation pour un crime violent était de 10 ans.

TENSGSTROM [222], en 2001, a voulu étudier les différences existant entre les patients schizophrènes ayant commis des infractions avant le début de leur maladie et ceux ayant commis des infractions plus tardivement.

Les patients schizophrènes ayant commencé leurs actes délinquants tôt ont été condamnés en moyenne pour plus de crimes et des crimes violents plus sévères que ceux ayant commencé plus tard.

Ceux qui ont commencé tôt ont été condamnés la première fois pour des crimes violents à la fin de l'adolescence, alors que ceux ayant commencé les actes de délinquance plus tard, ont été la 1ère fois condamnés pour ces infractions après l'âge de 20 ans.

Par contre, les auteurs n'ont pas trouvé de différence dans la récidive de crimes violents entre les deux groupes. Environ ¾ des patients ayant commencé tôt les actes de délinquance ont une co-morbidité d'abus de substance. 26% des délinquants schizophrènes précoces remplissent les critères de trouble de la personnalité antisociale contre seulement 2% du groupe à délinquance tardive. Ces auteurs concluent qu'il existe donc des différences entre les deux groupes de patients schizophrènes tant au niveau de la co-morbidité d'abus de substance que de troubles de la personnalité associés et que cela doit être pris en compte dans les traitements proposés.

HODGINS et al.[223](2005) ont examiné l'association entre la présence de trouble des conduites avant l'âge de 15 ans et la criminalité à l'âge adulte dans un échantillon de 248 hommes présentant une schizophrénie (201) ou des troubles schizo-affectifs (46) recrutés

[222] TENGSTROM A., HODGINS S. KULLGREN G. Men with schizophrenia who behave violently : The usefulness of an early- versus late-start offender typology. *Schizo Bull*. 2001 ;27 :205-218.

[223] HODGINS S., TIIHONEN J., ROSS D. The consequences of conduct disorders for males who develop schizophrenia: associations with criminality, agressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophr Res.* 2005;78:323-335.

dans un hôpital psychiatrique général et légal. Les données ont été recueillies à partir de multiples sources. Ils ont étudié l'association des troubles des conduites avec les caractéristiques des ascendants, l'âge du début de la schizophrénie, les niveaux de symptômes positifs et négatifs, la compliance au traitement, et l'abus de substance à la sortie de l'hôpital et tous les 6 mois pendant deux ans. 43 schizophrènes et 8 patients schizo-affectifs ont reçu le diagnostic de trouble des conduites. Sur les 51 participants avec le diagnostic de trouble des conduites, 43 ont un diagnostic de trouble de la personnalité antisociale selon les critères du DSM-IV. 56.5% de tous les patients ont un trouble d'abus ou de dépendance à l'alcool., 45.2% un trouble d'abus de drogue ou de dépendance.
Les patients schizophrènes avec antécédents de trouble des conduites ont un nombre plus important d'ascendants ayant une histoire criminelle, d'abus de substance, que ceux ne présentant pas d'antécédents de trouble des conduites. Le diagnostic de trouble des conduites augmente le nombre d'infractions non violentes par 3.7. L'augmentation du risque reste significative après contrôle des diagnostics d'abus d'alcool et de drogue. Le diagnostic de trouble des conduites augmente également le nombre de crimes violents par 2.6, et l'augmentation du risque reste une fois de plus significative après contrôle du diagnostic d'abus/dépendance d'alcool et/ou de drogue.

II.1.1.3.2 Antécédents de victimisation et d'événements de vie.

A côté de la délinquance des malades mentaux, facteur de risque de comportements violents, la violence subie par les individus présentant un trouble mental semble également avoir un impact sur le risque de comportements violents à l'âge adulte, de même que les événements de vie. De plus, il semble que les personnes malades mentales soient plus fréquemment victimes de violence que celles sans trouble mental. HIDAY et al.[224] (1999) a trouvé un taux d'agressions avec violence 2 fois et demie plus important chez les malades mentaux que dans la population générale.
SENNINGER et FONTAA[225] ,en 1996, ont comparé un groupe de patients schizophrènes hospitalisés en UMD, à la suite à un passage à l'acte criminel avec violence à l'encontre d'autrui, à des patients schizophrènes suivis en ambulatoire ou hospitalisés en psychiatrie générale. Ils ont mis en évidence que le nombre d'événements de vie stressants vécus par les schizophrènes criminels au cours de l'année précédant le crime était environ trois fois supérieur au nombre d'évènements de vie stressants vécus par les schizophrènes non criminels. Ces évènements de vie stressants favoriseraient la commission d'un crime chez le schizophrène quelle que soit la forme clinique de sa maladie, mais ils auraient un impact

[224] HIDAY VA., SWARTZ MS., SWANSON JW., BORUM R., WAGNER HR. Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv.* 1999;50:62-68.
[225] SENNINGER JL., FONTAA V. Les événements de vie stressants et la criminalité des schizophrènes. *L'encéphale*. 1996 ; sp III ;49-52.

plus important sur les formes à prédominance de la symptomatologie négative. Ces auteurs insistent sur l'importance criminogénétique de certains symptômes négatifs comme le retrait social et surtout l'émoussement affectif et émotionnel, qui faciliteraient le recours à la violence en tant que réponse à la survenue d'événements stressants de vie.
SWANSON et al, en 2002[226], ont mis en évidence que les antécédents de victimisation ayant eu lieu avant et après l'âge de 16 ans augmentaient le risque de comportements violents chez les malades mentaux par 6. DEAN et al.(2006)[227] ont trouvé que les antécédents de victimisation chez des femmes psychotiques, multipliaient le risque de violence physique par 2,46.

II.1.1.4 Abus de substance et risque de dangerosité

L'abus de substance, alcool ou drogue, est connu pour être un facteur de risque de violence en population générale. Il en est de même pour les personnes présentant des troubles mentaux, mais cette augmentation du risque est plus marquée qu'en population générale.
Les drogues et l'alcool sont fortement associées aux comportements violents (Mac Arthur Fondation, 2001). La majorité des personnes impliquées dans des crimes violents était sous l'influence de l'alcool au moment de l'agression. De plus, la moitié des évènements violents était précédée par une consommation d'alcool, par l'auteur du crime, la victime, ou les deux (Roth,1994 cité par SCOTT 2006[228]).
Les stimulants comme la cocaïne, le crack, les amphétamines et le PCP ont un aspect particulier. Ces drogues entraînent typiquement un sentiment de désinhibition, de grandeur, et de paranoïa. La violence associée à ces stimulants diffère en fonction des genres. Les hommes qui abusent de cocaïne sont plus susceptibles de commettre des crimes violents, alors que les femmes qui prennent régulièrement de la cocaïne sont plus susceptibles d'être victimes de violence. ERONEN et al[229] (1996) ont montré, dans une étude sur les facteurs de risque de récidive d'homicide, que l'alcool en multipliait le risque par 13.

Chez les patients psychiatriques, la coexistence d'un abus de substance est fortement prédictive de violence.

---

[226] SWANSON JW.,SWARTZ MS., ESSOCK SM., OSHER FC., WAGNER HR. The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *Am J Public Health.* 2002;92:1523-1531.
[227] DEAN K., WALSH E., MORAN P., TYRER P., CREED F. et al. Violence in women with psychosis in the community: prospective study. *British J Psychiatry*. 2006; 188:264-270.
[228] SCOTT CL., RESNICK PJ. Violence risk assessment in persons with mental illness. *Agress Violent Behav.* 2006 ;11 :598-611.
[229] ERONEN M., HAKOLA P., TIIHONEN J. Factors associated with homicide recidivism in a 13-year sample of homicide offenders in Finland. *Psychiatr Serv*. 1996;47:403-406.

COTE et HODGINS[230] (1992), en étudiant des patients présentant des troubles mentaux, auteurs d'homicide, ont constaté une prévalence de 73% d'abus de substance chez les patients schizophrènes et de 60% chez les patients présentant des troubles affectifs. Le risque relatif de violence est de 15,4 chez les hommes souffrant d'abus de substance. Pour les femmes, le risque de commettre un acte violent est considérablement plus important en cas d'abus de substance.

MULVEY[231], en 1994, sur la base d'une revue de la littérature récente sur la relation entre les troubles mentaux et la violence, concluait que la combinaison d'un trouble mental sévère et d'un trouble d'abus de substance augmentait significativement le risque de commettre un acte violent.

FRIEDMAN et al.[232] (1996) ont trouvé que le score de co-morbidité (en multipliant le score d'une échelle de symptômes psychiatriques (BSI) et l'index de l'abus ou l'utilisation de drogues) était un prédicteur de comportements violents et illégaux, le pouvoir de prédiction étant plus important pour les femmes que pour les hommes.

A partir des données de deux études sur des patients psychiatriques suivis en ambulatoire ou à l'hôpital, SWANSON et al.[233](1997) ont trouvé un risque de violence multiplié par 8 chez les patients malades mentaux présentant une co-morbidité d'abus de substance. Dans une autre étude sur 331 individus présentant des troubles mentaux hospitalisés sous contrainte, ils ont mis en évidence que les antécédents d'abus de substance étaient associés à un taux élevé de comportements violents. La prévalence de la violence est de 43% chez les patients ne présentant pas d'abus de substance, mais de 66% chez ceux ayant des problèmes d'alcool ou de drogues (SWANSON et al[234], 1999).

Une étude sur la violence chez 1136 patients présentant des troubles mentaux, réalisée par STEADMAN et al.[235] en 1998, a mis en évidence qu'il n'y avait pas de différence significative entre la prévalence de la violence chez les patients sans abus de substance et la population générale vivant dans la même communauté. L'abus de substance augmente le risque de violence à la fois chez les patients et dans la population générale (multiplié par trois). La prévalence de la violence à 1 an était de 17.9% pour les patients ne présentant pas d'abus de substance, mais de 31.1% en cas de co-occurrence d'un trouble mental et d'un abus de

---

[230] COTE G., HODGINS S. The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *Int J Law Psychiatry*. 1992;15:89-99.

[231] MULVEY EP. Assessing the evidence of a link between mental illness and violence. *Hosp and Community psychiatry.* 1994;45:663-668.

[232] FRIEDMAN AS., KRAMER S., KREISHER C., GRANICK S. The relation ships of substance abuse to illegal and violent behavior in a community sample of young adult African-Americans. *J. Substance Abuse*. 1996;8:379-402.

[233] SWANSON J., ESTROFF S., SWARTZ M., BORUM R., LACHICOTTE W.et al. Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity and lack of treatment. *Psychiatry*. 1990;60:1-22.

[234] SWANSON J., BORUM R., SWARTZ M., HIDAY V. Violent behavior preceding hospitalization among persons with severe mental illness. *Law Hum Behav*. 1999;23: 185-204.

[235] STEADMAN HJ., MULVEY E., MONAHAN J., ROBBINS P., APPELBAUM P., GRISSO T., et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatients facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*, 1998; 55(5):393-401.

substance. Cette étude confirme que la co-occurrence d'abus de substance est un facteur de risque majeur de violence chez les malades mentaux, multipliant par 5 le risque de violence.

SWARTZ et al.[236] en 1998 ont examiné 331 patients hospitalisés sous contrainte présentant des troubles mentaux sévères (principalement des schizophrénies et d'autres troubles psychotiques, 26.9% de troubles bipolaires et 5.1% de dépression majeure). 33.8% avaient des problèmes en lien avec l'alcool ou les drogues et 17.8% du groupe étudié (n=59) avaient été impliqués dans des actes violents sévères avant l'admission. Ces auteurs ont retrouvé que l'association d'abus de substance et d'une non compliance au traitement est significativement associée à des comportements de violence importante, qui surviennent dans les quatre mois précédant l'hospitalisation en psychiatrie. L'abus de substance multiplie par 2 le risque de violence chez les patients présentant un trouble mental sévère, et l'association d'une mauvaise compliance au traitement et d'un abus de substance, multiplie ce risque par 2.29.

BRENNAN et al.[237](2000), dans leur étude de cohorte, constatent que 39% des sujets présentant un trouble mental majeur ont un second diagnostic d'abus de substance. Pour ces auteurs, la présence d'un abus d'alcool ou de drogue augmente le risque déjà élevé de crime violent chez les hommes et les femmes présentant des troubles mentaux, excepté pour les femmes ayant une psychose organique et les hommes et femmes ayant une psychose affective. Mais ces auteurs rappellent que l'abus de substance augmente également le risque de comportement violent dans la population générale.

Pour SWANSON[238] (2000), sur 262 patients hospitalisés sous contrainte, la prévalence de la violence était de 50% chez les patients présentant un abus de substance contre 26.5% chez les patients ne présentant pas d'abus de substance. Cet auteur insiste sur le fait que l'abus de substance seul augmente grandement le risque de comportements violents, qu'il soit ou non associé à une psychopathologie comme les troubles affectifs ou les troubles psychotiques. Dans une autre étude, en 2002[239], cet auteur a mis en évidence que l'abus de substance augmente le risque de violence par 3 chez les malades mentaux.

ROBINS et al. [240](2003), à partir des données de l'étude Mac Arthur, ont trouvé une prévalence de co-morbidité d'abus de substance plus importante chez les hommes que chez les femmes présentant des troubles mentaux (52%vs 34%). Pour ces auteurs, la co-morbidité d'abus d'alcool avec des troubles mentaux multiplie le risque de violence par 2,4.

---

[236] SWARTZ MS., SWANSON JW., HIDAY V. BORUM R., WAGNER HR., BURNS BJ. Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry* 1998; 155:226-231.

[237] BRENNAN P.,MEDNICK S., HODGINS S. Major mental disorders and criminal violence in a danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 2000; 57: 494-500.

[238] SWANSON JW., SWARTZ MS., BORUM R., HIDAY VA., WAGNER HR., BURNS BJ. Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behavior in personns with severe mental illness. *Br J. Psychiatry*. 2000; 174 : 324-331.

[239] SWANSON JW., SWARTZ MS., ESSOCK SM., OSHER FC., WAGNER HR. The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *Am J Public Health.* 2002;92:1523-1531.

[240] ROBINS PC., MONAHAN J., SILVER E. Mental disorder, Violence, Gender. *Law Hum Behav*. 2003;27:561-571.

MODESTIN et WUEMLE[241], dans leur étude de 2005 sur 282 hommes schizophrènes et 261 hommes présentant des troubles affectifs, ont recherché l'incidence de la consommation d'alcool ou de drogue sur les comportements criminels. Leurs résultats mettent en évidence que 52% des patients présentant un trouble mental majeur avaient également une co-occurrence d'abus de substance (alcool et/ou drogues). La co-morbidité d'abus de substance multiplie le risque de condamnation criminelle par deux (50vs 26%) et est également associée à une augmentation de la probabilité de récidive criminelle dans les deux groupes de patients. Ces auteurs concluent que l'abus de substance joue un rôle majeur dans les comportements criminels des patients présentant des troubles mentaux. Néanmoins, ils retrouvent que les patients schizophrènes sans abus de substance commettent des crimes violents plus fréquemment que les hommes de la population générale.

II.1.1.4.1 Abus de substance, schizophrénie et risque de dangerosité

La co-occurrence de la schizophrénie avec un abus de substance est un problème significatif, lié à une augmentation du risque de comportements violents. La prévalence d'une co- morbidité de schizophrénie et d'abus de substance varie selon les études de 10 à 70%. De nombreux facteurs contribuent à cette large variation, incluant le type d'échantillon, la méthode diagnostique, le type de patients (hospitalisés ou en ambulatoire) et la région du monde.

Les résultats obtenus par l'étude épidémiologique « Epidemiological Catchment Area Study (ECA) » révèlent une augmentation par 4 du risque d'alcoolisme et par 2 du risque de consommation de drogue dans la schizophrénie.[242] Une prévalence élevée de co-occurrence de schizophrénie et d'abus de substance a été retrouvée chez les sans abri et dans la population carcérale.

Une revue de la littérature de MUESER et al.[243] (1990) sur 32 études publiées montre une prévalence vie entière, chez les patients schizophrènes, de 12.3 à 50% pour l'abus d'alcool ou la dépendance ; 12.5 à 35.8% pour le cannabis, 11.3 à 31% pour l'abus ou la dépendance aux stimulants ; 5.7 à 15.2% pour les hallucinogènes , 3.5 à 11.3% pour les sédatifs et 2-9% pour les opioïdes.

FOWLER et al. (cités par SOYKA, 2000[244]) ont également mis en évidence une prévalence d'abus de substance dans la schizophrénie de 59,8% sur la vie entière et de 26.8% sur 6

---

[241] MODESTIN J., WUERMLE O. Criminality in men with major mental disorder with and without comorbid substance abuse. *Psychiatry Clin Neurosciences*. 2005;59:25-29.

[242] ERKIRAN M. OZULANAN H.., EVREN C., AYTACLAR S. Substance abuse amplifies the risk for violence in schizophrenia spectrum disorder. *Addict Behav*, 2006; 31:1797-1805.

[243] MUESER KT., YARNOLD PR., LEVINSON DF., SINGH H., BELLACK AS. Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophr Bull*. 1990;16:31-56.

[244] SOYKA M. Substance misuse, psychiatric disorder and violence and disturbed behavior. *Br J Psychiatry.* 2000;176:345-350.

mois. SOYKA rapporte que les patients schizophrènes présentant une co-morbidité d'abus de substance diffèrent des autres patients schizophrènes sur un certain nombre de points. Les caractéristiques principales sont : être un homme, jeune, souvent sans abri, plus de symptômes positifs et moins de symptômes négatifs, plus de difficultés affectives, une augmentation du taux de suicide, souvent réfractaire au traitement, une non-adhérence au traitement médicamenteux, un fort taux de dyskinésies tardives, une haute dose de neuroleptiques, un taux important d'hospitalisations, un haut taux de sorties contre avis médical, un haut taux de violence et un jeune âge à la première admission.

Si la prévalence de la consommation d'alcool et de drogues est importante chez les patients schizophrènes, cette consommation de toxiques entraîne chez eux une augmentation du risque de violence au même titre que dans la population générale.

LINDQVIST et ALLEBECK[245] (1990) ont évalué le rôle de l'alcool et des abus de drogue chez les patients schizophrènes ayant des comportements agressifs. Ils ont analysé les dossiers de 38 patients qui étaient responsables de 71 infractions avec violence entre 1972 et 1986. Ces patients ont été identifiés à partir d'une cohorte de population de 644 individus schizophrènes hospitalisés à Stockholm en 1971. Quatorze (soit 37%) des 38 patients schizophrènes auteurs de violence abusaient d'alcool ou de drogues et sept présentaient probablement des problèmes de toxicomanie. La plupart des agressions avaient été commises par des patients non hospitalisés qui étaient malades depuis de nombreuses années.

SOYKA et al. (1993 et 1994 ; cités par SOYKA, 2000) dans deux larges études de patients schizophrènes ont mis en évidence que les patients présentant une co-morbidité d'abus de substance étaient plus souvent condamnés que les autres (40.1%vs13.7%).

CUFFEL et al.[246], 1994, ont étudié les dossiers de 103 patients présentant une schizophrénie ou un trouble schizophréniforme et qui étaient suivis en ambulatoire. Au cours des trois premiers mois de l'étude, 8.6% des sujets avaient consommé de l'alcool ou de la marijuana et 10.6% présentaient une polytoxicomanie Des comportements violents ont été enregistrés chez 18.4% des patients pendant les trois premiers mois. Les résultats de l'étude montrent que la consommation d'alcool et de drogue est associée à une augmentation du risque de comportements violents par rapport aux patients schizophrènes ne consommant pas de substances. Le risque de violence est particulièrement élevé pour les individus ayant une poly toxicomanie, multipliant par 12 le risque de passage à l'acte.

---

[245] LINDQVIST P., ALLEBECK P. Schizophrenia and assaultive behaviour: the role of alcohol and drug abuse. *Acta Psychiatr Scand*. 1990;82(3):191-195.

[246] CUFFEL BJ., SHUMWAY M., CHOULJIAN TL., MC DONALD T. A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia. *J. Nerv. Ment Dis*, 1994;182(12):704-708.

ERONEN en 1995[247] a trouvé une prévalence d'abus de substance de 33% chez des femmes schizophrènes auteurs d'homicide et en 1996[248], il a examiné les dossiers de 93 patients schizophrènes, hommes et femmes, auteurs d'homicide et a constaté que 44% des hommes et 43% des femmes présentaient un trouble d'abus de substance.

TIIHONEN et al.[249](1997) ont étudié une cohorte de 12058 personnes sur 26 ans en Finlande dont 51 schizophrènes. 40 % des hommes schizophrènes (n=6 sur 15) présentant un alcoolisme ont une condamnation pour une infraction criminelle comparativement aux 11% (n=4 sur 36) de ceux sans problèmes d'alcool. Quatre (27%) des 15 hommes schizophrènes qui présentent une co-occurrence d'abus d'alcool ont commis des infractions violentes comparativement aux trois (8%) sur 36 sans abus d'alcool. Le risque d'infraction criminelle est donc 4 fois plus élevé chez les patients schizophrènes présentant une co-occurrence d'abus d'alcool par rapport aux patients schizophrènes abstinents. De même, le risque d'infraction violente est plus élevé chez les sujets schizophrènes en cas de coexistence d'abus de substance.

RASANEN et al.[250](1998) ont étudié une cohorte de naissance de 11017 individus suivis pendant 26 ans. Les données psychiatriques et criminelles ont été collectées dans les registres nationaux. Les hommes schizophrènes qui abusent de l'alcool sont 25.2 fois plus à risque de commettre un crime violent que les hommes ne présentant pas de troubles mentaux, alors que les hommes schizophrènes n'abusant pas d'alcool ont un risque multiplié par 3.6 de commettre un crime violent par rapport aux sujets sains. Aucun des patients schizophrènes sans abus d'alcool n'est un récidiviste, alors que le risque de récidive de crimes chez les patients schizophrènes alcooliques est multiplié par 9,5. Pour ces auteurs, leur résultat le plus important est que les sujets schizophrènes qui étaient déjà alcooliques avant l'âge de 27 ans ont un risque de commettre un crime violent 7 fois plus important que les sujets schizophrènes non alcooliques.

WALLACE et al.[251] (1998) ont examiné l'histoire psychiatrique des individus condamnés en Australie à Victoria entre 1993 et 1995 et ont mis en évidence que 25% des délinquants avaient un antécédent de contact avec la psychiatrie. Les troubles de la personnalité et l'abus de substance comptent beaucoup dans cette relation, et la schizophrénie et les troubles affectifs sont aussi représentés, particulièrement lorsqu'il existe un abus de substance. Le risque de commettre une infraction avec violence est multiplié par 18,8 en cas

---

[247] ERONEN M. Mental disorder and homicidal behavior in female subjects. *Am J Psychiatry*.1995;152:1216-1218.

[248] ERONEN M. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53:497-501.

[249] TIIHONEN J., ISOHANNI M., RASANEN P., KOIRANEN M., MORING J. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 Northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry*, 1997;154:840-845.

[250] RASANEN P., TIIHONEN J., ISOHANNI M., RANTAKALLIO P., LEHTONEN J., MORING J. Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26 year follow up study of an unselected birth cohort. *Schizophr Bull.* 1998;24(3):437-441.

[251] WALLACE C. MULLEN P., BURGESS P. PALMER S., RUSCHENA D. Serious criminal offending and mental disorder. *Br J Psychiatry.* 1998;172:477-484.

d'association entre schizophrénie et abus de substance alors qu'il est multiplié par 2,4 chez les schizophrènes en l'absence d'abus de substance Ces auteurs concluent que l'augmentation du risque de comportement criminel dans la schizophrénie est modeste et qu'elle est souvent reliée à une coexistence d'abus de substance.

SCOTT et al. (1998[252]) ont suivi 27 individus présentant à la fois les critères diagnostiques de troubles psychotiques et de trouble d'abus de substance et 65 personnes présentant seulement une psychose. Ils ont étudié les antécédents auto-rapportés de violence, d'infractions et condamnations. Le risque d'avoir commis au moins une infraction est multiplié par 5,5 en cas d'association des deux diagnostics. Le risque de commettre une infraction avec violence est multiplié par 2,6 en cas d'association d'un trouble d'abus de substance. Le risque de comportements agressifs dans les deux dernières semaines est multiplié par 3,8 en cas d'association d'un trouble psychotique avec un abus de substance par rapport à un trouble psychotique seul. Les auteurs concluent que le double diagnostic d'abus de substance et de trouble psychotique a une association hautement significative avec : l'agressivité et les comportements hostiles, les antécédents d'infractions et une récente histoire d'agression.

ARSENEAULT et al.[253], en 2000, dans une étude de cohorte sur 961 jeunes adultes, ont trouvé que l'association d'une dépendance à l'alcool et d'un trouble du spectre de la schizophrénie augmentait le risque de comportement violent par 8.3, et que l'association d'une dépendance au cannabis à la schizophrénie multipliait le risque de violence par 18.4.

MULLEN et al.[254], en 2000, constatent à partir des dossiers criminels de patients schizophrènes, une augmentation du risque de violence par un facteur 9.7 en cas de co-occurrence avec un abus de substance.

WALSH et al.[255] (2004) retrouvent, quant à eux, que l'abus d'alcool multiplie par 3,5 le risque de violence chez les patients schizophrènes.

WALLACE[256] en 2004, dans une étude de cohorte de 2861 patients schizophrènes, a mis en évidence que la prévalence d'abus de substance était de 17% en 1975 et de 26% en 1995. Sur les 267 sujets schizophrènes ayant une co-morbidité d'abus de substance en 1995, 66% ont été condamnés pour une infraction criminelle (OR=18,5), alors que chez les patients schizophrènes sans co-morbidité d'abus de substance (n=755), seuls 10% ont des antécédents de condamnation (OR=1,1). La proportion de patients dans les deux groupes

---

[252] SCOTT H., JOHNSON S., MENEZES P., THORNICROFT G., MARSHALL J., BINDMAN J et al. Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill. *Br J Psychiatry.* 1998 ;172 :345-350.

[253] ARSENEAULT L., MOFFITT T., CASPI A., TAYLOR P., SILVA P. Mental disorders and violence in a total Birth Cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 2000; 57:979-986.

[254] MULLEN PE., BURGESS P., WALLACE C., PALMER S., RUSCHENA D. Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet.* 2000;355:614-617.

[255] WALSH E., GILVARRY C., SAMELE C., HARVEY K., MANLEY C., TATTAN et al. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Res*. 2004;67:247-252.

[256] WALLACE C., MULLEN E., BURGESS P. Criminal offending in schizophrenia over 25-year period marked by desinstitutionalization and increasing prevalence of co-morbid substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2004 ;161 :716-727.

(avec ou sans abus de substance) ayant commis des infractions avec violence reste stable dans le temps, allant de 4 à 5% pour ceux sans trouble d'abus de substance et de 20 à 30% pour ceux présentant un abus de substance. Le risque d'infraction avec violence est multiplié par 2,5 chez les schizophrènes en absence de co-morbidité d'abus de substance par rapport à la population générale, mais multiplié par 19 en cas d'abus de substance. Ces auteurs concluent que si la prévalence d'abus de substance est importante chez les patients schizophrènes ayant commis une infraction et que cela augmente le risque de commission d'un acte violent, la schizophrénie seule augmente ce risque de violence.

FOLEY et al.[257], en 2005, ont étudié 157 individus au cours d'un premier épisode psychotique. 33% ont présenté une agressivité (verbale ou psychique). Dans cette étude, les individus ayant présenté un comportement agressif avaient plus fréquemment abusé de drogue dans le mois précédant le contact (OR=2.80) comparativement aux individus n'ayant pas présenté de comportement agressif. 29% des individus avaient eu un comportement de violence physique. Pour les patients schizophrènes, la violence physique était associée à un abus de drogue (OR=7.81) et à un score élevé à la PANSS. Les auteurs concluent qu'il existe une forte association entre l'abus de substance et les agressions. Pour eux, un certain nombre d'actes de violences associés à la schizophrénie serait attribuable à une co-morbidité d'abus de substance qui est déjà connue pour augmenter le risque de violence à la fois chez les individus sans ou avec des troubles mentaux.

ERKIRAN et al. (2006) [258] ont étudié 133 adultes présentant un trouble du spectre de la schizophrénie, pris en charge à l'hôpital psychiatrique d'Istanbul entre novembre 2001 et janvier 2002. Vingt-neuf (22%) de ces patients présentaient une co-occurrence d'abus de substance. L'abus de substance le plus fréquent est l'alcool (89%), puis viennent le cannabis (27%) et les benzodiazépines (13%). Le comportement agressif durant les trois jours précédents a été évalué en utilisant l'OAS (Overt Agression Scale). Les patients obtenant un score de 2 ou moins étaient placés dans le groupe non violent. Les auteurs ont mis en évidence que la violence récente est plus fréquente dans le groupe de patients présentant une co-occurrence (51.7% vs 6.7%). Les antécédents d'infractions criminelles sont également plus fréquents dans le groupe avec abus de substance (20.7% vs 8.7%) bien que la différence avec le groupe sans abus de substance ne soit pas significative. Les scores à l'échelle OAS sont plus élevés dans le groupe présentant un abus de substance. Les antécédents d'abus de substance (OR=20.10) sont également des prédicteurs significatifs de violence. La conclusion de ces auteurs est que le niveau et la sévérité de la violence sont plus important chez les patients présentant un trouble du spectre de la schizophrénie

[257] FOLEY S., KELLY B., CLARKE M., MCTIGUE O., GERVIN M., KAMALI M et al. Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis. *Schizophr Res,* 2005;72:161-168.

[258] ERKIRAN M. OZUNALAN H.., EVREN C., AYTACLAR S., KIRISCI L., TARTER R. Substance abuse amplifies the risk for violence in schizophrenia spectrum disorder. *Addict Behav*, 2006; 31:1797-1805.

associé à un abus de substance, comparativement aux schizophrènes ne présentant pas d'abus de substance.
SWANSON en 2006 [259]a trouvé dans une étude constituée de 1401 patients schizophrènes que l'abus ou la dépendance à une substance était un facteur de risque de violence mineure (OR=2.42) et majeure (OR=2.10).

Une prévalence importante d'abus de substance est également retrouvée chez les personnes schizophrènes auteurs d'homicide. ERB et al[260]., en 2001, retrouvent une prévalence d'abus ou de dépendance à l'alcool de 37,9% chez ces individus.
LE BIHAN et BENEZECH [261](2004) ont constaté une prévalence de 9.5% de dépendance à l'alcool chez des patients psychotiques responsables d'homicide – parricide. Ils ont également trouvé un abus habituel d'alcool dans 52.4% des cas et/ou un usage de drogue , principalement du cannabis, dans 40,5%.
PUTKONEN et al[262] (2004) ont évalué un échantillon de 90 hommes psychotiques ayant commis un homicide ou une tentative d'homicide. Parmi ces individus, 78% étaient schizophrènes, 17 % présentaient un trouble schizo-affectif et 5% une autre psychose. Soixante-douze pour cent (n=63) avaient une co-morbidité d'abus d'alcool et 64% (n=56) une dépendance à l'alcool. De plus, 89% des abuseurs d'alcool et 91% des individus présentant d'autres abus de substance étaient aussi dépendants à ces substances.
Les résultats de cette étude mettent en évidence qu'il existe trois catégories distinctes de personnes psychotiques qui ont tué ou tenté de tuer quelqu'un : la catégorie la plus large, incluant presque la moitié (47%) des auteurs d'homicide est constituée d'individus présentant un triple diagnostic (trouble du spectre de la schizophrénie, trouble de la personnalité antisociale et de trouble d'abus de substance). Un double diagnostic (trouble du spectre de la schizophrénie et trouble d'abus de substance) est retrouvé chez environ un quart (24%) de ces patients auteurs d'homicide et seulement un quart (25%) a un diagnostic « pur » de trouble du spectre de la schizophrénie. La quatrième association possible, trouble de la personnalité antisociale et maladie mentale sans abus de substance, n'a pas été retrouvée dans l'échantillon de l'étude. Ces auteurs concluent que les patients psychotiques présentant une co-morbidité d'abus de substance et de personnalité antisociale sont donc fortement à risque de violence sévère, mais que l'association entre trouble psychotique et abus de substance augmente également le risque de violence sévère et d'homicide.

---

[259] SWANSON JW., SWARTZ MS., VAN DORN R., ELBOGEN E., WAGNER R., ROSENHECK RA et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 2006;63:490-499.
[260] ERB M., HODGINS S., FREESE R., MULLER-ISBERNER R., JOCKEL D. Homicide and schizophrenia :maybe treatment does have preventive effect. *Criminal Behav. Mental Health*. 2001 ;11 :6-26.
[261] LE BIHAN P., BENEZECH M. Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. A propos de 42 observations. *Ann Med Psychologiques*. 2004 ;162 :615-625.
[262] PUTKONEN A., KOTILAINEN I., JOYAL C., TIIHONEN J. Comorbid personnality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: a structured clinical study on dual and triple diagnosis. *Schizophr. Bull*. 2004;30:59-72.

NIELSEEN et al [263](2007) ont mis en évidence, chez 88 psychotiques auteurs d'homicide, qu'une grande proportion de ces sujets (80% des hommes et 41% des femmes) rapportait un abus de substance. Les abus les plus fréquents sont : le cannabis (59%), les amphétamines (26%) et l'alcool (23%). Trente et un (35%) étaient sous l'emprise d'une substance au moment de l'homicide (11 avec du cannabis, 10 avec de l'alcool, et 6 avec des stimulants).

Alors que la plupart des études considèrent l'association entre schizophrénie et abus de substance comme un facteur d'augmentation du risque de violence grave, PERA et DAILLET[264] (2005) en étudiant les auteurs d'homicides hospitalisés dans des services psychiatriques en Belgique, ont mis en évidence, dans le groupe de patients schizophrènes sans troubles de la personnalité associés, auteurs d'homicide, une faible co-morbidité d'abus ou de dépendance à des drogues.

Les études sur la co-morbidité d'abus de substance et de troubles schizophréniques retrouvent donc une augmentation du risque de comportement violent. Ce risque peut être multiplié par 2 à 7 en fonction des études. La diminution de la prévalence d'abus de substance chez les patients schizophrènes est donc un objectif thérapeutique important, qui vise à la fois une meilleure stabilité de l'état mental et une meilleure qualité de vie.

II.1.1.4.2 Abus de substance, troubles affectifs et risque de dangerosité.

Selon l'étude de SWANSON et al.[265] (1990), l'association d'un abus de substance avec un trouble affectif, multiplie par 8 le risque de comportement violent (3,45% de patients violents en cas de trouble affectif seul, 29,19% en cas d'association avec un abus de substance).
Pour MODESTIN et al.[266] (1997), sur les 261 hommes souffrant de troubles affectifs, 42% (n=110) avaient des antécédents judiciaires criminels et sur ces 110 patients 38% présentaient également un diagnostic d'abus de substance (contre 17% chez les patients présentant un trouble affectif sans antécédents criminels). La plus grande proportion d'abus de substance est retrouvée chez les patients bipolaires avec une différence significative entre les patients bipolaires ayant des antécédents judiciaires et ceux sans ces antécédents (44% vs. 12%).

---

[263] NIELSSEN O., WESTMORE B., LARGE M., HAYES R. Homicide during psychotic illness in New South Wales Between 1993 et 2002. *Med J Australia.* 2007;186(6):301-304.
[264] PERA B., DAILLET A. Homicide par des malades mentaux : analyse clinique et criminologique. *Encephale.* 2005 ;31 :539-549.
[265] SWANSON JW., HOLZER CE., GANJU VK., JONO RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hosp Community Psychiatry.* 1990;41:761-770
[266] MODESTIN J., HUG A., AMMAN R. Criminal behavior in males with affective disorders. *J. Affect Disord.* 1997;42:29-38

WALLACE et al (1998) [267]ont mis en évidence que l'abus de substance multipliait par 6 le risque de condamnation pour violence chez les patients présentant des troubles affectifs et par 4 le risque d'homicide.
HODGINS et al[268] (1999), dans leur étude de suivi de 2 ans de patients présentant une schizophrénie ou un trouble affectif majeur, ont retrouvé que le plus grand prédicteur d'infraction durant la période de suivi est un diagnostic de trouble affectif majeur associé à un abus de substance (OR=75,6 ; p=0,0003).
QUANBECK et al.[269](2005) ont étudié 66 patients hommes et femmes, présentant un trouble bipolaire de type 1, hospitalisés dans une unité de psychiatrie légale au sein d'une prison de Los Angeles et qui avaient été auparavant pris en charge dans un service de psychiatrie et ils les ont comparés à 52 patients bipolaires n'ayant jamais été condamnés pendant une période de 7 mois. Ils ont mis en évidence que les patients bipolaires ayant été condamnés avaient plus fréquemment une co-morbidité d'abus de substance (76%) que les patients n'ayant jamais été condamnés (19%). 68% avaient des antécédents d'abus d'une substance et 32% d'abus de deux ou plus. La substance la plus fréquente était la cocaïne (56%), puis venaient l'alcool (50%), la marijuana (16%) et les opiacés (6%).

II.1.1.5 Pathologie mentale et dangerosité

II.1.1.5.1 Psychoses et risque de dangerosité.

La plupart des études internationales regroupent sous le terme de « Psychoses » ou troubles psychotiques à la fois les troubles schizophréniques et les troubles délirants paranoïaques. Les études sur la prévalence de la violence retrouvent une augmentation du risque de passage à l'acte violent associée aux troubles psychotiques.
Mais est ce que les passages à l'acte violents des patients psychotiques sont-ils en lien avec leur symptomatologie ?

TAYLOR (1985, cité par Juginger[270], 1996) a interrogé 121 détenus psychotiques et a mis en évidence que 93% présentaient des symptômes psychotiques aigus au moment du passage à l'acte criminel, que 21% avaient été influencés directement par leurs symptômes et que 26% pensaient que leur passage à l'acte était lié en partie à par ceux-ci. Sur ces 52 patients

[267] WALLACE C., MULLEN P., BURGESS P., PALMER S., RUSCHENA D., BROWNE C. Serious criminal offending and mental disorder. Case Linkage study. *Br J Psychiatry*. 1998;172:477-484.
[268] HODGINS S., LAPALME M., TOUPIN J. Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: a 2-year follow-up. *J. Affect Disord*. 1999;55:187-202.
[269] QUANBECK CD., STONE D., Mc DERMOTT B., BOONE K., SCOTT CL., FRYE MA. Relationship between criminal arrest and community treatment history among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Ser.* 2005 ;56(7) :847-852.
[270] JUNGINGER J. Psychosis and violence : The case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophr. Bull.* 1996 ;22 :91-103.

qui avaient été totalement ou en partie influencés par leurs symptômes psychotiques, 90% l'avaient été par des idées délirantes et 10% par des hallucinations. Taylor a conclu que le comportement influencé par des idées délirantes semblait significativement plus dangereux que celui influencé par les hallucinations. De même, WESSELY et al.[271] (1993) ont trouvé qu'environ la moitié d'un groupe de 83 sujets psychotiques avait au moins une fois commis un acte violent en réponse à des idées délirantes.

LINK et al. (1992)[272], en utilisant l'échelle de symptomatologie psychotique, ont retrouvé que les patients présentant des troubles mentaux, lors d'une décompensation psychotique aiguë avec des symptômes comme le délire ou les hallucinations, le risque de violence est significativement plus élevé chez les personnes non malades mentales qui habitent dans le même quartier. Lorsque les patients malades mentaux ne présentent pas d'épisode délirant actif, le risque de violence n'est pas plus élevé que chez les personnes sans troubles mentaux habitant dans le même environnement.

KRAKOWSKI et al.[273] (1999) ont trouvé que la sévérité des symptômes des patients schizophrènes mesurée par la BPRS était corrélée aux comportements de violence. Les patients schizophrènes violents présentent des symptômes d'anxio-dépression, de troubles de la pensée et d'hostilité/ suspicion plus sévères. TAYLOR et al.[274] (1998) dans une étude sur 1740 patients hospitalisés dans un hôpital psychiatrique de Haute Sécurité ont mis en évidence que la proportion de personnes présentant des hallucinations était plus importante chez les sujets ayant commis des infractions avec violence que chez ceux ayant commis d'autres types d'infractions (33 vs 22%), mais que cela était encore plus important pour les idées délirantes (52 vs 27%).

NOLAN et al.[275](2005) ont suivi, pendant 14 semaines, 157 patients hospitalisés présentant une schizophrénie ou un trouble schizo-affectif résistant au traitement. Les comportements agressifs ont été évalués avec l'OAS (Overt Agression Scale). Durant l'étude, 408 incidents de comportements agressifs ont été relevés correspondant à 88 patients ayant commis un ou plusieurs incidents. Ces patients ont été comparés aux patients non-violents. Le groupe de patients agressifs présente un score à la sous-échelle des symptômes positifs de la PANNS significativement plus élevé que le groupe non agressif. KRAKOWSKI et CZOBOR[276](2004) ont également retrouvé une association entre l'intensité des symptômes

---

[271] WESSELY S., BUCHANAN A., REED A., CUTTING J., EVERITT B., GARETY P. et al. Acting on delusions: Prevalence. *Br. J Psychiatry*. 1993;163:69-76

[272] LINK BG., ANDREWS H., CULLENT FT. The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *Am. Sociol Review.* 1992 ;57 :275-292.

[273] KRAKOWSKI M., CZOBO P., CHOU JC. Course of violence in patients with schizophrenia : relationship to clinical symptoms. *Schizophr. Bull.* 1999 ;25 :505-517.

[274] TAYLOR PJ., LEESE M., WILLIAMS D., BUTWELL M., DALY R., LARKIN E. Mental Disorder and violence : a special high security hospital study. *Br J Psychiatry*. 1998 ;172 :218-224.

[275] NOLAN KA., VOLAVKA J., CZOBOR P., SHEITMAN B., LINDENMAYER JP., CITROME LL. et al. Aggression and psychopathology in treatment-resistant inpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J. Psychiatr Res*. 2005;29:109-115.

[276] KRAKOWSKI M., CZOBOR P. Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *Am J Psychiatry*. 2004;161:459-465.

positifs psychotiques et une haute fréquence d'agressions à la fois chez des hommes et des femmes hospitalisés. Ils ont également mis en évidence que des symptômes psychotiques positifs sévères, une irritabilité et des difficultés à supporter les interactions sociales étaient fortement associés à la violence verbale chez les femmes mais pas chez les hommes.
Par contre, RASMUSSEN et al. (1995, cité par Rasmussen et Levander, 1996[277]) dans une étude comparant un groupe de patients schizophrènes ayant présenté des comportements violents dans une unité de sécurité de psychiatrie, à des patients schizophrènes non violents, n'avaient pas trouvé de différences significatives concernant les symptômes psychotiques. De même, JUNGINGER et al.[278] (1998) dans une étude sur 54 patients hospitalisés et présentant un délire ont mis en évidence qu'une minorité de sujets violents (40%) rapportait au moins un comportement violent motivé par son délire. Ces auteurs concluent que les délires motivant la violence sont rares, mais qu'il existe néanmoins un petit risque que des idées délirantes puissent entraîner des passages à l'acte violent à certains moments de l'évolution de la maladie.

Si la violence est associée aux symptômes psychotiques, certaines études suggèrent que l'association entre troubles psychotiques et violence serait limitée dans le temps. MODESTIN et AMMANN[279] (1996) ont mis en évidence que les patients présentant un épisode délirant aigu dans le cadre d'une schizophrénie étaient 4 fois plus à risque d'être arrêtés pour un crime violent, alors que ceux présentant une schizophrénie chronique n'étaient pas plus à risque de commettre un crime violent que la population générale. Il semble également que le premier épisode psychotique soit un moment à haut risque de passage à l'acte violent. LARGE et NIELSSEN[280] ont constaté que 30 à 50% du risque d'homicide vie entière dans la psychose sont situés lors du premier épisode délirant. STEINERT et al.[281] (1999) ont retrouvé que les comportements auto ou hétéro-agressifs étaient un symptôme fréquent de la schizophrénie au cours des deux premières années d'évolution de la maladie.

II.1.1.5.1.1 Thèmes délirants :

Des délires spécifiques augmentent-ils le risque qu'une personne devienne violente ?
Les recherches ayant examiné la contribution du délire aux comportements violents n'apportent pas de réponse claire à cette question.

---

[277] RASMUSSEN K., LEVANDER S. Symptoms and personnality characteristics of patients in a maximum security Psychiatric Unit. *Int. J. Law Psychiatry*. 1996 ;19(1) :27-37.
[278] JUNGINGER J., PARKS-LEVY J., Mc GUIRE L. Delusions and symptom-consistent violence. *Psychiatr Serv.* 1998 ;49 :218-220.
[279] MODESTIN J., AMMANN R. Mental disorder and criminality: male schizophrenia. *Schizophr. Bull*. 1996;22:69-82.
[280] LARGE M., NIELSSEN O. Evidence for a relationship between the duration of untreated psychosis and the proportion of psychotic homicides prior to treatment. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol*. 2008;43:37-44.
[281] STEINERT T., WIEBE C., GEBHART RP. Aggressive behavior against self and others among first-admission patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*.1999;50:85-90.

Délire de persécution et violence

Les premières études suggéraient que les délires de persécution étaient associés à une augmentation du risque de violence (WESSELY et al. 1993[282]).

NESTOR[283] (1995) a retrouvé, chez des patients psychotiques auteurs d'homicide et d'infractions contre les biens, que lorsqu'il existait un délire aigu au moment du passage à l'acte, les patients ayant commis un homicide présentaient plus d'idées délirantes centrées sur un proche (92%vs72%). Pour cet auteur, les patients psychotiques qui commettent un homicide ou une tentative d'homicide sont caractérisés par un délire paranoïde, impliquant une cible accessible, comme un membre de la famille.

CHEUNG et al.[284] (1997) ont trouvé une association entre le délire de persécution et le risque de violence, les patients non violents ayant plus tendance à avoir un délire à thème de grandeur. De même, BJORKLY en 2002[285], dans une revue de la littérature de 26 études sur les liens entre délire et violence a retrouvé une augmentation du risque de violence associée au délire et principalement au délire à thème de persécution. TAYLOR et al.[286] (1998) retrouvent une augmentation de la prévalence du délire à thème de persécution chez les auteurs de violence physique. Ils concluent que lorsqu'une personne schizophrène ou ayant une autre psychose commet des violences graves, le délire est souvent un facteur majeur dans la commission de l'infraction. Dans une étude sur des patients psychotiques (schizophrénie et schizo-affectifs), NOLAN et al.[287] (2003) ont constaté que les patients violents dont le passage à l'acte était en lien avec des symptômes psychotiques, présentaient des idées délirantes à thème de persécution plus fréquemment que des ordres hallucinatoires.

Pour STOMPE et al.[288] (2004), les patients schizophrènes présentant un délire de type paranoïde sont à risque de violence sévère. Ceci avait déjà été mis en évidence par ADDAD et BENEZECH[289] en 1997 qui constataient parmi 63 patients schizophrènes hospitalisés ayant commis des actes de délinquance que les schizophrènes paranoïdes étaient principalement auteurs de violences physiques et d'homicide alors que le vol caractérisait les

---

[282] WESSELY S., BUCHANAN A., REED A., CUTTING J., EVERITT B., GARETY P., et al. Acting on delusions: Prevalence. Br J Psychiatry. 1993;163:69-76.

[283] NESTOR PG., HAYCOCK J., DOIRON S., KELLY J., KELLY D. Lethal violence and psychosis : a clinical profile. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1995 ;23 :331-341.

[284] CHEUNG P., SCHWEITZER I., CROWLEY K., TUCKWELL V. Violence in schizophrenia : role of hallucinations and delusions. *Schizophr Research*. 1997 ;26 :181-190.

[285] BJORKLY S**.** Psychotic symptoms and violence toward others. A literature review of some preliminary findings. Part 2: Hallucinations. *Aggress Violent Behav.* 2002;7:605-615

[286] TAYLOR PJ., LEESE M., WILLIAMS D., BUTWELL M., DALY R., LARKIN E. Mental Disorder and violence : a special high security hospital study. *Br J Psychiatry*. 1998 ;172 :218-224.

[287] NOLAN KA., CZOBOR P., ROY BB., PLATT MM., SHOPE CB., CITROME LL et al. Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv.* 2003;54:1012-1016.

[288] STOMPE T., ORTWEIN-SWOBODA G., SCHANDA H. Schizophrenia, delusional symptoms, and violence; The Threat/Control-Override concept re-examined. *Schizophr. Bull*.2004;30:31-44.

[289] ADDAD M., BENEZECH M. Schizophrénie et délinquance. *Ann Med Psychol.* 1977 ;1 :1-33.

héboïdophrènes. ERB et al[290]. (2001) retrouvent également une majorité de schizophrénie paranoïde (65,5%) chez les individus schizophrènes auteurs d'homicide en Allemagne avec principalement des délires d'interprétation et de persécution (88%).

Ce type de délire, paranoïde, a également été retrouvé de façon prépondérante (70%) chez les malades mentaux auteurs de parricide (LE BIHAN et BENEZECH, 2004[291]). Les autres formes de schizophrénie qui étaient retrouvées par ces auteurs étaient l'hébéphrénie (7.1%) ou la forme indifférenciée (7.1%). Les thèmes délirants sont la persécution dans 76.2% des cas, et le vol de la pensée dans 47.6% des cas ou d'influence dans 42.6% des cas.

JOYAL et al.[292] (2004) ont retrouvé 78% de schizophrénie paranoïde chez 58 patients schizophrènes ayant commis un homicide ou une tentative d'homicide et environ 60% des homicides étaient en lien avec un délire ou des hallucinations. Par contre, ces auteurs ont mis en évidence que l'acte homicide avait été influencé par des symptômes psychotiques chez 83% des schizophrènes sans trouble de la personnalité associé, mais dans seulement 46% des cas chez les individus schizophrènes avec trouble de la personnalité antisociale.

LE BIHAN et BENEZECH[293] (2006), dans une étude sur la récidive homicide chez des patients hospitalisés en UMD, ont relevé 50% de schizophrénie paranoïde, 17% de délire paranoïaque et 8% de troubles schizo-affectifs. Donc presque 70% des patients ayant commis une récidive homicide présentaient des productions mentales délirantes, principalement des idées de persécution et de jalousie, au moment du passage à l'acte.

NIELSEN et al.[294] (2007) ont mis en évidence chez 88 patients psychotiques ayant commis un homicide que les symptômes les plus fréquemment présents au moment du passage à l'acte étaient des hallucinations auditives associées à un délire de persécution, les sujets pensant que la victime représentait un danger pour eux. Pour 36% des patients, la victime avait planifié un meurtre, pour 18% la victime était le diable.

SWANSON en 2006[295], dans une étude sur 1410 patients schizophrènes suivis pendant 6 mois, a mis en évidence l'association des symptômes positifs, comme les idées de persécution, augmentent le risque de violence mineure et sévère, alors que les symptômes négatifs entraînent une diminution du risque de violence sévère. Dans les symptômes positifs, ceux qui sont le plus liés à la violence majeure sont l'hostilité (OR=1,65), les idées de persécution (OR=1,46), les hallucinations (OR=1,43), les idées de grandeur (OR=1,31) et

---

[290] ERB M., HODGINS S., FREESE R., MULLER-ISBERNER R., JOCKEL D. Homicide and schizophrenia :maybe treatment does have preventive effect. *Criminal Behav. Mental Health*. 2001 ;11 :6-26.

[291] LE BIHAN , BENEZECH M. Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. A propos de 42 observations. *Ann Med Psychologiques*. 2004 ;162 :615-625.

[292] JOYAL CC., PUTKONEN A., PAAVOLA P., TIIHONEN J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med.* 2004 ;34 :433-442.

[293] LE BIHAN P., BENEZECH M. La récidive dans l'homicide pathologique : étude descriptive et analytique de douze observations. *Ann. Med Psychol.* 2005 ;163 :642-655.

[294] NIELSSEN O., WESTMORE B., LARGE M., HAYES R. Homicide during psychotic illness in New South Wales Between 1993 et 2002. *Med J Australia.* 2007;186(6):301-304.

[295] SWANSON JW., SWARTZ MS., VAN DORN R., ELBOGEN E., WAGNER R ROSENHECK RA.,et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 2006;63:490-499.

l'excitation psychomotrice (OR=1,30). Les symptômes positifs, comme les idées de persécutions augmentent le risque de violence mineure et sévère, mais le risque de violence sévère est corrélé positivement avec l'intensité des symptômes positifs, particulièrement lorsqu'il existe peu de symptômes négatifs. Pour ces auteurs, la présence de symptômes négatifs, principalement le ralentissement psychomoteur (OR=0.66) et le retrait social (OR=0.67), jouerait un rôle protecteur face au risque de comportements violents sévères chez les patients schizophrènes. Ce rôle de l'hostilité comme facteur de risque de violence a été également retrouvé par SOYKA et al[296]. avec OR=1.71.

Plusieurs études ont cherché à mettre en évidence, au sein du délire, des symptômes spécifiques qui seraient liés avec un risque de violence.

Syndrome d'influence et violence

Des chercheurs ont mis en évidence que les délires caractérisés par un sentiment de menace et la sensation d'un contrôle de son esprit par une force extérieure (TCO ou Syndrome d'Influence) étaient associés à une augmentation du risque de violence (LINK et al., 1994, cités par STOMPE, 2004[297]). Ces délires impliquent de croire que sa pensée est contrôlée par des forces extérieures, et que l'on est suivi et menacé. LINK et al. ont retrouvé que les symptômes TCO participaient aux risques de violence des patients présentant des troubles psychotiques ou bipolaires et que les autres symptômes psychotiques n'étaient pas reliés aux comportements violents.

De façon similaire, SWANSON et al.[298] (1990) dans l'étude ECA ont mis en évidence que les personnes rapportant ce symptôme TCO étaient deux fois plus fréquemment engagées dans un comportement d'agression que celles présentant d'autres symptômes psychotiques et 5 fois plus à risque que ceux ne présentant aucun trouble mental. En 1997[299], à partir des données de deux études, ils ont mis en évidence que le symptôme TCO multipliait par 3 le risque de comportement de violence physique envers autrui. LINK et al[300] (1998), dans une analyse des données de deux études épidémiologiques en Israël, ont indiqué, que la sensation de danger et le syndrome d'influence étaient indépendamment de forts facteurs prédictifs de violence et que le concept de TCO était utile pour la prédiction de comportements violents.

---

[296] SOKYA M..,GRAZ C., BOTTLENDER R., DIRSCHEDL P., SCOECH H. Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2007; 94:89-98.

[297] STOMPE T., ORTWEIN-SWOBODA G., SCHANDA H. Schizophrenia, delusional symtoms, and violence; The Threat/Control-Override concept re-examined. *Schizophr. Bull.*2004;30:31-44.

[298] SWANSON JW., HOLZER C., GANJU V., TSUTOMU R. Violence and psychiatric disorder in the community : evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hosp and Community Psychiatry*, 1990 ; 41(7) :761-770.

[299] SWANSON J., ESTROFF S., SWARTZ M., BORUM R., LACHICOTTE W., ZIMMER C., et al. Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity and lack of treatment. *Psychiatry.* 1997;60:1-22.

[300] LINK BG., STUEVE A., PHELAN J. Psychotic symptoms and violent behavior : probing the components of « threat/control-override » symptoms. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 1998 ;33 :55-60.

A contrario, APPELBAUM et al.[301] (2000) dans l'étude Mac Arthur, n'ont pas retrouvé d'association entre la présence d'un délire et le risque de violence, ni entre les symptômes TCO et une violence future. Ils ont même mis en évidence, un plus faible niveau de violence chez les sujets présentant un délire d'influence comparativement à ceux qui n'ont pas ce symptôme. Par contre, ils ont trouvé qu'une attitude suspicieuse envers autrui associée à de la colère et une impulsivité étaient liées à un risque de comportement violent. Pour ces auteurs, la présence d'un délire ne justifie pas une hospitalisation, dans une volonté de prévention de la violence, en absence d'autres indicateurs de risque. Ils concluent que si les délires sont susceptibles de favoriser la violence dans des cas individuels, ils n'augmentent pas globalement le risque de violence chez les malades mentaux dans l'année suivant leur sortie de l'hôpital. Dans une étude récente comparant les hommes schizophrènes, condamnés pour infraction criminelle, STOMPE et al (2004) ont également trouvé que les symptômes TCO ne montraient pas d'association significative avec un comportement de violence sévère.

La paranoïa

Peu d'études se sont intéressées spécifiquement aux délires paranoïaques, sachant qu'ils sont fréquemment intégrés dans les psychoses avec délire de persécution, sans distinction. Les psychoses paranoïaques (délire chronique systématisé) peuvent avoir une incidence médico-légale en raison des caractères de la structure paranoïaque et de l'importance de l'agressivité au service du délire, mais également du fait du contenu même de l'activité délirante. La propension des paranoïaques délirants à offrir une image de soi impeccable, irrépréhensible et une dialectique lucide rend difficile le diagnostic précoce de cette pathologie.

Dans la paranoïa de combat, la dangerosité s'accentue parallèlement à l'hyperthymie du patient. La dangerosité des persécutés augmente au fur et à mesure de l'évolution du délire et de sa concentration sur un persécuteur unique. Les échecs et l'hostilité que peut entraîner leur comportement renforcent leur agressivité.

Le délire de jalousie peut conduire jusqu'à l'uxoricide et le délire érotomane qui se limite souvent durant plusieurs années à n'être qu'importun pour son objet peut conduire également lors de la phase de rancune à un passage à l'acte médico-légal, le conjoint ou les proches de l'objet désiré devenant des obstacles insupportables. GAGNE et DESPAROIS[302] (1995), dans une étude sur l'érotomanie chez les hommes, ont retrouvé la présence d'idées délirantes de jalousie avec mécanisme projectif et interprétatif. Le comportement de ces

[301] APPELBAUM PS., ROBBINS PC., MONAHAN J. Violence and delusions : data from the Mac Arthur Violence Risk Assessment study. *Am J Psychiatry.* 2000;157 :566-572.

[302] GAGNE P., DESPAROIS L. Male erotomania : a type of dangerous sexual harassment. *Can J psychiatry.* 1995; 40:136-141.

hommes était caractérisé par une escalade de la violence à l'encontre de la femme dont ils pensaient être aimés.

SANDGERG et al.[303] ont relevé dans une étude sur 17 patients qui menaçaient, harcelaient et traquaient des soignants après leur sortie de l'hôpital, qu'ils présentaient très fréquemment un trouble de la personnalité/ ou un délire paranoïaque, un sous-type érotomaniaque, et avaient des antécédents d'agressions physiques. Ces patients étaient plus fréquemment des hommes, n'ayant jamais été mariés, aux antécédents d'hospitalisations multiples et d'abus ou dépendance à une substance.

Pour KENNEDY et al.[304] (1992), les patients paranoïaques qui ont commis un acte de violence, présentent des sentiments envahissants et persistants de colère et d'agressivité, avec des idées délirantes et des actes qui sont congruents à l'humeur.

II.1.1.5.1.2 Répercussion émotionnelle du délire

En plus de l'hostilité/suspicion, la présence d'autres émotions associées au délire et à la violence a été décrite. APPELBAUM et al[305].(1999) ont mis en évidence que les idées délirantes de persécution entraînaient un niveau élevé d'affects négatifs, ce qui peut expliquer pourquoi les individus avec ce type de délire sont plus susceptibles de passage à l'acte, parfois violents, en réponse à l'aspect dysphorique de leurs symptômes. Lorsque les idées délirantes rendent l'individu triste, anxieux ou en colère, il est plus susceptible d'agir de manière agressive. CHEUNG et al.[306] (1997) ont trouvé que les patients qui ressentaient une émotion négative, comme la colère, la tristesse et l'anxiété, du fait du contenu de leur délire, étaient plus susceptibles de comportements violents.

BJORKLY[307] (2002), dans une revue de 6 études, a mis en évidence que la répercussion émotionnelle du délire, (anxiété, peur) était associée à un risque de passage à l'acte violent.

Finalement, la propension à agir en fonction du délire en général (n'incluant pas les actes violents) est significativement associée à une tendance à commettre des actes violents. Il est donc important que les cliniciens, en plus des antécédents de violence, interrogent le patient sur les antécédents d'actes résultant d'idées délirantes.

---

[303] SANDBERG DA., McNIEL DE., BINDER RL. Characteristics of psychiatric inpatients who stalk, threaten, or harass hospital staff after discharge. *Am J Psychiatry*. 1998;155:1102-1105.

[304] KENNEDY HG., KEMP LI., DYER DE. Fear and anger in delusional (paranoid) disorder: the association with violence. *Br J Psychiatry*. 1992;160:488-492.

[305] APPELBAUM PS., ROBBINS PC., ROTH LH. Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses. *Am. J Psychiatry*. 1999;156:1938-1943.

[306] CHEUNG P., SCHWEITZER I., CROWLEY K., TUCKWELL V. Violence in schizophrenia : role of hallucinations and delusions. *Schizophr Res*. 1997 ;26 :181-190.

[307] BJORKLY S . Psychotic symptoms and violence towards others : a literature review of some preliminary findings. Part 1: Delusions. *Aggression Violent Behav*. 2007;7:617-631.

II.1.1.5.1.3 Les mécanismes du délire – Hallucinations et risque de violence

Des progrès considérables ont eu lieu ces dernières années dans la compréhension des caractéristiques psychologiques et interpersonnelles des hallucinations. Une étude précise de celles-ci est importante pour déterminer la façon dont leur présence augmente le risque qu'a une personne de commettre un acte de violence. En général, la présence d'hallucinations n'est pas reliée à des actes dangereux, mais certains types d'hallucinations peuvent augmenter le risque de violence (Zisook, Byrd, Kuck, 1995, cités par SCOTT, 2006[308]).

BJORKLY en 2002[309], dans une revue de 17 études sur les liens entre les phénomènes hallucinatoires et le risque de violence, a constaté que seulement 4 études avaient mis en évidence une relation certaine entre les hallucinations et le risque de comportement violent et que dans trois autres, ce lien existait mais n'était pas significatif. Cinq études ne révélaient, par contre, aucune relation entre les phénomènes hallucinatoires et le risque de comportement violent. Pour CHEUNG et al.[310], les patients schizophrènes sont plus susceptibles d'être violents si leurs hallucinations entraînent des émotions négatives comme l'anxiété, la colère ou la tristesse et si les patients n'ont pas développé de stratégies efficaces pour cohabiter avec leurs voix.

Commandements hallucinatoires ou hallucinations auditives impératives

Les commandements hallucinatoires sont des hallucinations auditives où une voix commande à l'individu de commettre tel ou tel acte. L'action secondaire à l'ordre donné peut être dangereuse, et peut entraîner des comportements violents.

Les études sur la relation entre ces commandements hallucinatoires et le risque de violence donnent des résultats très divers.

Dans une revue de 7 études examinant la relation entre les commandements hallucinatoires et la violence, aucune d'entre elles n'a démontré de relation positive entre les commandements hallucinatoires et la violence et une des études a même retrouvé une relation négative. Par exemple, CHEUNG et al. (1997), dans leur étude sur 31 patients schizophrènes violents, n'ont pas retrouvé d'association entre les commandements hallucinatoires et la violence.

A contrario, MC NIEL et al.[311] (2000) ont rapporté, dans une étude sur 103 patients psychiatriques hospitalisés, que 33% de ces patients avaient présenté des ordres hallucinatoires visant à blesser autrui durant l'année précédente, et que 22% des patients

---

[308] SCOTT CL., RESNICK PJ. Violence risk assessment in persons with mental illness. *Aggress Violent Behav* 2006;11:598-611.

[309] BJORKLY S. Psychotic symptoms and violence toward others. A literature review of some preliminary findings. Part 2: Hallucinations. *Aggress Violent Behav*. 2002;7:605-615.

[310] CHEUNG P., SCHWEITZER I., CROWLEY K., TUCKWELL V. Violence in schizophrenia : role of hallucinations and delusions. *Schizophr Research*. 1997;26:181-190

[311] McNIEL D., EISNER JP., BINDER RL. The relationship beetween command hallucinations and violence. *Psychiatr Services.2000* ;51(10) :1288-1292.

rapportaient avoir répondu à ces commandements. Les auteurs concluaient que les patients qui avaient présenté des commandements hallucinatoires visant à blesser autrui étaient deux fois plus à risque de violence que les patients psychotiques ne présentant pas d'hallucinations avec commandement d'actes violents.

ROGERS et al. (1990, cités par Sauvagnat, 2004[312]), ont retrouvé que 56% des sujets ayant commis un passage à l'acte avaient obéi directement à un ordre hallucinatoire. Ils insistent sur le fait que les conséquences des ordres hallucinés sont souvent dramatiques (automutilation, suicide, homicide). Ces auteurs remarquent que les patients ont tendance à être réticents pour évoquer ces ordres hallucinatoires ce qui rend parfois difficile leur évaluation. De même, JUNGINGER et al.[313] (1990) rapportent que les commandements hallucinatoires sont plus susceptibles d'être suivis lorsqu'ils sont en lien avec les idées délirantes ou si les voix entendues sont familières et qu'ils constituent alors un risque de comportement de violence. Dans leur étude, 39,2% des 51 patients psychotiques, ont agi conformément aux ordres hallucinatoires.

TAYLOR[314] en 1985, dans une étude sur 121 hommes psychotiques, incarcérés, a trouvé que sur les 23 hommes psychotiques dont le comportement criminel pouvait être attribué directement aux symptômes psychotiques, 5 mettaient en cause leurs hallucinations au moment du passage à l'acte pour expliquer leur comportement.

Dans l'étude Mac Arthur, il n'a pas été retrouvé de relation entre la présence d'hallucinations ou de commandements hallucinatoires non violents et la violence. Par contre, une relation existe entre des commandements hallucinatoires poussant à un acte violent et le risque de passage à l'acte (Monahan et al., 2001).

Le BIHAN et BENEZECH[315] (2005) dans leur étude sur la récidive d'homicides pathologiques n'ont relevé l'existence d'hallucinations auditives comme motivation du passage à l'acte que chez 14% des patients.

Ces études montrent donc, globalement, que les hallucinations à type de commandement, augmentent le risque de passage à l'acte violent si elles présentent certaines caractéristiques. Pour que l'ordre hallucinatoire soit suivi par le patient, il est nécessaire que l'individu ressente la puissance et le pouvoir de la voix et qu'elle soit familière. De plus, le contenu de l'ordre donné influence la compliance à cet ordre. La plupart des auteurs semblent penser que seuls les ordres dont les individus pensent qu'ils n'entraîneront pas de mise en danger d'autrui ou de soi-même sont suivis (BRAHAM et al., 2004[316]). A contrario,

---

[312] SAUVAGNAT F., VAISSERMANN A. Contributions psychanalytiques à la prévention des passages à l'acte psychotiques. *In* ALBERNHE T *« Criminologie et Psychiatrie »* Ellipses, Paris, 1997.
[313] JUNGINGER J. Predicting compliance with command hallucinations. *Am J psychiatry*. 1990;147:245-247.
[314] TAYLOR PJ. Motives for offending among violent and psychotic men. *Br J Psychiatry.* 1985 ;147 :491-498.
[315] LE BIHAN P., BENEZECH M. La récidive dans l'homicide pathologique : étude descriptive et analytique de douze observations. *Ann. Med Psychol.* 2005 ;163 :642-655
[316] BRAHAM LG., TROWER P., BIRCHWOOD M. Acting on command hallucinations and dangerous behavior : a critique of the major findings in the last decade. *Clin. Psychol. Rev.* 2004 ;24 :513-528.

JUNGINGER et al. (1990) retrouvent 40% de compliance à un ordre hallucinatoire considéré comme dangereux.
L'existence d'idées délirantes congruentes aux ordres hallucinatoires, est également considérée comme un facteur influençant la compliance aux ordres (JUNGINGER et al., 1990). Pour SWANSON et al.[317] (1997), l'association d'un délire et d'hallucinations augmente le risque de violence (OR=4.1).

D'autres types de mécanismes délirants ont été trouvés chez les malades mentaux ayant présenté un comportement violent. LE BIHAN et BENEZECH[318], par exemple, ont retrouvé 73.8% de mécanisme interprétatif chez des auteurs de parricide présentant une psychose.

II.1.1.5.1.4 Capacité d'insight

Pour évaluer les symptômes positifs de la psychose, le clinicien doit aussi évaluer la capacité d'insight des patients par rapport à leur maladie, et aux conséquences légales potentielles de leur trouble.
CHEUNG et al.[319] (1997) ont comparé 31 patients schizophrènes ayant commis des actes de violence physique à des patients schizophrènes n'ayant jamais été violents. Ils n'ont pas retrouvé d'association significative entre l'insight et la violence. De même, SWARTZ et al[320]. (1998), dans une étude rétrospective sur la violence physique chez des patients présentant des troubles mentaux, n'ont pas retrouvé d'association entre la violence et la capacité d'insight.
Par contre, ARANGO et al.[321] (1999) ont mis en évidence que les patients schizophrènes violents présentaient une capacité d'insight plus faible que les patients non violents. BUCKLEY et al.[322] (2004) ont trouvé, dans une étude sur 226 schizophrènes ou schizo-affectifs, que les patients schizophrènes qui avaient commis des actes de violences physiques avaient une faible capacité d'insight concernant leur maladie et les complications légales de leur comportement lorsqu'ils étaient comparés à un groupe de patients non-violents.

---

[317] SWANSON J., ESTROFF S., SWARTZ M., BORUM R., LACHICOTTE W., ZIMMER C., et al. Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity and lack of treatment. *Psychiatry.* 1997;60:1-22
[318] LE BIHAN P., BENEZECH M. Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. A propos de 42 observations. *Ann Med Psychologiques*. 2004 ;162 :615-625.
[319] CHEUNG P., SCHWEITZER I., CROWLEY K., TUCKWELL V. Violence in schizophrenia : role of hallucinations and delusions. *Schizophrenia Research*. 1997 ;26 :181-190.
[320] SWARTZ MS., SWANSON JW., HIDAY V., BORUM R., WAGNER R et BURNS BJ. Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication. Am J Psychiatry. 1998:155:226-231.
[321] ARANGO C., BARBA A. , GONAZALES T., ORDONEZ A. Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Bull.* 1999;25:493-503.
[322] BUCKLEY PF., HROUDA DR. Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1712-1714.

Dans une étude sur la violence au cours du premier épisode psychotique, FOLEY et al[323]. (2005) ont constaté que le manque d'insight augmentait le risque de violence par 3.
SOYKA et al.[324] (2007) ont mis en évidence, en étudiant la prévalence de comportements criminels avec ou sans violence chez 1662 schizophrènes, qu'une faible capacité d'insight était associée au risque de comportements criminels. De même, ALIA-KLEIN[325] et al. (2007), dans une étude sur 60 patients psychotiques hospitalisés dans une unité de psychiatrie légale ont trouvé, qu'une faible capacité d'insight concernant la maladie était associée à la sévérité de passages à l'acte violent envers autrui.

II.1.1.5.2 Troubles affectifs et risque de violence

Si la question du risque de suicide chez les personnes souffrant de troubles bipolaires ou de dépression est une question bien connue, il n'en est pas de même pour le risque de passage à l'acte médico-légal.

La dépression peut entraîner des comportements violents dans certaines circonstances. Par exemple, lorsque des individus qui sont déprimés s'en prennent à autrui par désespoir. Après avoir commis un acte violent, la personne déprimée peut tenter de se suicider. La dépression est le diagnostic le plus fréquent dans les cas d'homicide-suicide.
L'un des cas d'homicide-suicide implique des parents déprimés ou psychotiques qui tuent leurs enfants avant de tenter de mettre fin à leur propre vie. Les homicides suicides en couples sont associés à un sentiment de jalousie ou de possession. Dans les homicides suicides, l'homicide est souvent une extension de l'acte suicidaire. L'individu ne peut endurer la vie plus longtemps sans ce qu'il perçoit comme un élément vital (époux, famille...).
Dans le même sens, l'homicide altruiste est également un risque dans la dépression. Les formes cliniques les plus souvent retrouvées est la mélancolie anxieuse et la mélancolie délirante. Les thématiques délirantes les plus fréquemment rencontrées sont les idées de ruine, de culpabilité, de persécution, les préoccupations mystiques étendues aux proches. Le mécanisme délirant est souvent hallucinatoire.
Ces idées délirantes mélancoliques paraissent directement en cause avec l'homicide. La dimension altruiste est liée au fait que le mélancolique commet le meurtre « dans l'intérêt de la victime ». L'acte est souvent prémédité, réalisé de sang-froid, ou sous forme de raptus anxieux. Un suicide peut suivre le passage à l'acte criminel.

---

[323] FOLEY SR., KELLY BD., CLARKE M., McTIGUE O., GERVIN M., KAMALI M et al. Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2005;72:161-168.
[324] SOKYA M..,GRAZ C., BOTTLENDER R., DIRSCHEDL P., SCOECH H. Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2007; 94:89-98.
[325] ALIA-KLEIN N., O'ROURKE TM., GOLDSTEIN R., MALASPINA D. Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample. *Aggress. Behav*. 2007;33:86-89.

Les patients maniaques montrent un fort taux de comportements d'agression ou de menaces, mais les violences sérieuses sont rares. De plus, les patients maniaques montrent moins de comportements criminels de toutes sortes que les patients schizophrènes. Ils présentent plus communément des comportements violents lorsqu'ils sont contenus ou que l'on limite leurs actions. Néanmoins, les symptômes maniaques paraissent jouer un rôle substantiel dans les comportements criminels.

QUANBECK et al.[326] (2005) dans une étude sur 66 hommes et femmes présentant un trouble bipolaire de type 1 ont trouvé, que les patients ayant été condamnés, ont été hospitalisés trois fois plus que les patients du groupe de comparaison, mais que les durées d'hospitalisations ont été deux fois plus longues pour les patients du groupe de comparaison. Ces auteurs concluent que les patients bipolaires ayant été arrêtés sont plus fréquemment des hommes, jeunes, ayant une co-morbidité d'abus de substance. Comparativement aux patients n'ayant jamais été arrêtés, les patients condamnés ont une grande fréquence d'hospitalisations, d'une durée courte (9 jours en moyenne), et ont rarement eu de suivis à leur sortie. Les auteurs pensent que les courtes hospitalisations chez les patients ayant été condamnés sont probablement le fait d'une erreur de diagnostic à la prise en charge, les symptômes bipolaires ayant pu être attribués à un abus de substance ou l'abus de substance ayant altéré la présentation de leurs symptômes.

II.1.1.6 Troubles neurologiques et risque de dangerosité

II.1.1.6.1 Retard mental – niveau cognitif et risque de violence

Quelle est la corrélation entre la faible efficience cognitive et la commission d'actes criminels ?

Concernant le QI et le risque de passage à l'acte violent, les études tendent à montrer que si la débilité légère semble surreprésentée dans la population des délinquants, elle ne l'est pas de façon incontestable.[327]

En effet, plusieurs études ont retrouvé chez les patients schizophrènes auteurs de violences sévères comme des homicides, des scores aux tests neuropsychologiques plus élevés que chez les autres patients, et significativement plus élevés sur les tests de l'intelligence. NESTOR[328]a mis en évidence que les patients psychotiques ayant commis des violences

---

[326] QUANBECK C., STONE D., Mc DERMOTT B., BOONE K., SCOTT CL., FRYE MA. Relationship between criminal arrest and community treatment history among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv.* 2005;56(7):847-852.

[327] BERNARD H. Les déficiences mentales. In ALBERNHE T « *Criminologie et psychiatrie »,* Ellipses, Paris, . P331.

[328] NESTOR PG., HAYCOCK J., DOIRON S., KELLY J., KELLY D. Lethal violence and psychosis : a clinical profile. *Bull Am Ac Psychiatry Law.* 1995 ;23 :331-341.

graves ont des capacités intellectuelles préservées et que cela leur permet de commettre des actes plus organisés en lien avec leur délire. NAUDTS et HODGINS[329] (2006), à partir d'une revue de la littérature, ont retrouvé que les patients schizophrènes présentant des comportements de violence ou antisociaux depuis l'enfance, comparativement aux patients schizophrènes n'ayant pas ces antécédents, réussissent mieux aux tests neuropsychologiques en ce qui concerne les fonctions exécutives spécifiques et moins bien à l'évaluation des fonctions orbito-frontales (fonctions qui interviennent dans l'inhibition des impulsions.)

Cela contraste avec les actes désorganisés et souvent sans facteurs déclenchants qui sont eux, souvent associés à des lésions ou troubles neurologiques. L'instabilité, l'irritabilité et l'émotivité qui peuvent être retrouvées dans les débilités dysharmoniques sont sources de violence. HODGINS[330], en 1992, a retrouvé que le risque de violence augmente chez les patients présentant une intelligence limitée ou un retard mental moyen. Il a rapporté que le handicap intellectuel, chez les hommes, multipliait par 5 le risque de commettre une infraction violente et que ce handicap mental chez les femmes multipliait par 25 le risque d'infractions avec violence.

II.1.1.6.2 Anomalies cérébrales et risque de violence

VOLAVKA[331] (1989) décrit des patients qui continuent de présenter des comportements agressifs à l'hôpital malgré un traitement neuroleptique qui semble adapté. Des unités spécifiques pour ces patients existent qui permettent une amélioration de ces comportements. Néanmoins, environ 50% d'entre eux resteraient violents en raison de troubles neurologiques. En effet, des troubles neurologiques similaires ont été mis en évidence chez d'autres individus violents non schizophrènes, comme des auteurs d'homicide.

La littérature implique les dysfonctions des lobes frontaux et temporaux dans la genèse de comportements violents, les patients violents schizophrènes montrant un ralentissement frontal à l'électroencéphalogramme (HOPTMAN[332], 2002) Cela se retrouve chez des patients présentant une psychose chronique de type indifférencié, associée à des signes neurologiques ou neuropsychologiques. Ce groupe de patients réagit le plus souvent à une situation frustrante de la vie quotidienne. Leur violence est non planifiée. Elle est le plus souvent verbale et dirigée vers des objets. Lorsqu'elle est physique, elle occasionne

---

[329] NAUDTS K., HODGINS S. Schizophrenia and violence : a search for neurobiological correlates. *Curr Opin Psychiatry*. 2006 ;19 :533-538.

[330] HODGINS S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime. Evidence from birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:476-483.

[331] VOLAVKA J. Schizophrenia and Violence. *Psychol Med*. 1989 ;19 :559-562.

[332] HOPTMAN MJ., VOLAVKA J., JOHNSON G., WEISS E., BILDER R.,LIM KO. Frontal white matter microstructure, aggression and impulsivity in men with schizophrenia: a preliminary study. *Biol Psychiatry.* 2002;52:9-14.

rarement des blessures sérieuses. La récidive est importante, leur violence étant notablement fréquente et persistante. Ce sous-groupe est particulièrement difficile à traiter, répond moins bien à la médication antipsychotique, requiert des séjours hospitaliers plus longs.

KRAKOWKI et al. [333](1989) ont étudié 55 patients schizophrènes hospitalisés dans une unité spéciale en raison de comportements violents. Parmi ces 55 patients, 28 ont commis au moins deux agressions verbales ou physiques contre autrui ou contre des objets et constituent le groupe à « forte violence », et 27 ont commis une agression et constituent le groupe à « faible violence ». Ces patients ont été comparés à des patients hospitalisés non violents. La présence d'anomalies neurologiques est le facteur qui différencie le plus les 3 groupes de patients, le groupe à « forte violence » présentant le plus de dysfonctions neurologiques, principalement des difficultés dans la stéréognosie, la graphesthésie, et les mouvements associés à la marche ainsi que des difficultés dans le fonctionnement visuo-spatial. Par contre il n'existe pas de différences dans le domaine de l'attention et de la concentration entre les groupes. Les groupes diffèrent donc principalement dans les aires de l'intégration des fonctions sensorielles et de la coordination complexe de l'activité motrice.

Ces auteurs suggèrent que la violence aussi bien que les déficits neurologiques caractérisent des formes plus sévères de schizophrénie.

KRAKOWSKI et al.[334] (1999), dans une autre étude, ont trouvé que les patients schizophrènes commettant des actes de violence répétés à l'hôpital présentaient des anomalies neurologiques, principalement au niveau de la motricité. Les séquences complexes d'actes moteurs sont très fréquemment anormales. D'autres anomalies comme l'asymétrie des réflexes et l'asymétrie faciale sont retrouvées. Ces auteurs relèvent que les anomalies neurologiques sont associées aux comportements de violence, mais également à la persistance de ce type de comportement. Ils pensent que ces dysfonctions neurologiques peuvent être associées à une diminution de la capacité à modifier son comportement ou à une réduction de la capacité de self-contrôle. Ces dysfonctions pourraient également modifier indirectement les comportements violents en affectant la réponse au traitement, en réduisant, par exemple, l'impact de la médication par antipsychotiques. Mais la relation entre les symptômes neurologiques et la violence est peut-être plus spécifique. Dans le groupe présentant des comportements de violence persistants, les anomalies neurologiques sont associées à une hostilité et une suspicion persistante, mais non à l'excitation et aux troubles de la pensée. Les anomalies neurologiques peuvent sous-tendre certains troubles cognitifs comme les difficultés dans les processus de communication interpersonnelle. Ces difficultés

---

[333] KRAKOWSKI M., CONVIT A., JAEGER J., LIN S., VOLAVKA J. Neurological impairment in violent schizophrenic inpatients. *Am J Psychiatry.* 1989 ;146 :1989.

[334] KRAKOWSKI M., CZOBO P., CHOU J. Course of violence in patients with schizophrenia : relationship to clinical symptoms. *Schizophr. Bull.* 1999 ;25 :505-517.

peuvent contribuer à la suspicion et à l'hostilité et éventuellement conduire à un comportement violent.

JOYAL et al. [335](2008), dans une étude sur des patients schizophrènes hospitalisés dans une structure de psychiatrie légale, ont relevé que ceux présentant des anomalies neurologiques associées avaient commis au moins 6 actes violents chacun (au sein de l'hôpital) durant la période de suivi de 6 mois. Ils étaient à l'origine de 52% des actes violents (n=197) alors qu'ils ne représentaient que 26% du groupe étudié (28/106). La majorité des agressions était verbale (n=138) et 13% consistaient en des actes de violence physique sur autrui. Pour ces auteurs, la violence en institution est plus souvent secondaire à une impulsivité motrice qu'à des symptômes psychotiques et les violences répétées, à l'hôpital, d'individus présentant une schizophrénie sont très souvent en lien avec des anomalies neurologiques.

II.1.1.6.3 Epilepsie et risque de violence

La psychopathologie de l'épileptique est classiquement liée à 4 facteurs : le type et la fréquence des crises, le siège des lésions cérébrales, l'influence de la personnalité sous-jacente, le rôle du milieu de vie et de l'environnement. Les troubles du comportement peuvent être directement liés aux crises, en phase critique avec des comportements automatiques ou en phase post-critique avec un syndrome confusionnel. Une personnalité épileptique a été identifiée et caractérisée par l'obséquiosité, une labilité thymique et émotionnelle, une irritabilité et des colères explosives et imprévisibles.

La plupart des études s'accordent sur un lien entre épilepsie temporale et comportements violents. Elle est caractérisée par des crises partielles avec phénomènes psychiques ou sensoriels. Ces crises doivent être recherchées en cas de violence clastique, surtout lorsque les passages à l'acte se répètent dans les mêmes conditions. La prévalence de passage à l'acte violent dans l'épilepsie temporale est évaluée dans différentes études entre 4,8 et 38%[336]

II.1.1.6.4 Traumatisme cérébral et risque de violence

Un traumatisme cérébral ou une maladie cérébrale peuvent entraîner des comportements agressifs. Après un traumatisme crânien, des individus auparavant normaux peuvent devenir agressifs verbalement et physiquement. Les caractéristiques de ces agressions incluent une

---

[335] JOYAL CC., GENDRON C., COTE G. Nature and frequency of aggressive behaviours among long term inpatients with schizophrenia. A 6-month report using the modified Overt Aggression Scale. *Can J Psychiatry*. 2008; 53:478-481.

[336] SENON JL., RICHARD D., PERIVIER E. L'épilepsie. In ALBERNHE T: *"Criminologie et psychiatrie"*. Ellipses, Paris, 1997: p336.

faible planification ou réflexion, une réaction explosive, des épisodes agressifs entrecoupés de périodes calmes, et un sentiment de remords après l'épisode.

II.1.1.6.5 Démence et risque de violence

Les patients gériatriques, avec une démence sénile ou une démence psychotique, sont plus agressifs que ceux ayant un autre diagnostic psychiatrique. Les victimes les plus fréquentes de ces patients sont les membres de la famille.

II.1.1.7 Troubles de la personnalité et risque de dangerosité

La violence est aussi associée à certains troubles de la personnalité. Les personnalités Borderline (TARDIFF, 1997[337]), et psychopathiques (MELOY, 1992) sont associées à une augmentation de la violence, mais le trouble de la personnalité le plus fréquemment associé à la violence est le trouble de la personnalité antisociale (Mac Arthur Fondation, 2001). La violence de ceux qui présentent un trouble de la personnalité antisociale est souvent motivée par la revanche et arrive lors d'une période d'alcoolisation. La violence chez ces personnes est souvent froide, calculée et sans émotions. TARDIFF et al. (1997) ont trouvé que les patients présentant un trouble de la personnalité de type borderline ou antisocial avaient 4 fois plus de risques de violence physique après la sortie de l'hôpital que ceux ne présentant pas de troubles de la personnalité.
Un faible QI et une personnalité antisociale sont une combinaison particulièrement à risque pour une augmentation de la violence.

II.1.1.7.1 Co-morbidité Trouble mental et trouble de la personnalité

Il est important d'évaluer la présence d'une personnalité antisociale chez les individus présentant un trouble mental.
LINDQVIST[338] (1986), dans son étude sur 64 auteurs d'homicide présentant des troubles mentaux, a trouvé que 9% remplissaient les critères de troubles de la personnalité. Pour TAYLOR et GUNN[339] (1999), la co-morbidité entre trouble de la personnalité et psychose est de 25% chez des auteurs d'homicides. De même, COTE et HODGINS[340], en 1990, ont montré que sur 11 patients schizophrènes ayant commis un homicide, 64% présentaient un

[337] TARDIFF K., MARZUK PM., LEON AC., PORTERA L. A prospective study of violence by psychiatric patients after hospital discharge. *Psychiatr Serv.* 1997;48:678-691.
[338] LINDQVIST P. Criminal homicide in northern Sweden 1970-1981: alcohol intoxication, alcohol abuse and mental disease. *Int J Law Psychiatry.* 1986;8:19-37.
[339] TAYLOR PJ., GUNN J. Homicides by people with mental illness: myth and reality. *Br J Psychiatry.* 1999;174:9-14.
[340] COTE G., HODGINS S. Co-occuring mental disorder among criminal offenders. *Bull Am. Acad. Psychiatry Law.* 1990;18:271-281.

trouble de la personnalité antisociale et que sur les 36 patients présentant un trouble affectif et ayant commis un acte homicide, la prévalence de trouble de la personnalité antisociale était de 65%. ERB et al.[341] (2001) ont noté des prévalences moins importantes de troubles de la personnalité antisociale chez des patients schizophrènes auteurs d'homicides, entre 8 et 14% entre 1955 et 1996.

RASMUSSEN et LEVANDER[342] (1996) dans une étude sur des patients violents hospitalisés dans une unité de sécurité psychiatrique ont mis en évidence que 55% des 22 patients obtenant un score à la PCL-R supérieur à 30, donc un diagnostic de psychopathie, présentaient également un diagnostic de schizophrénie et 16 patients schizophrènes sur 48 présentaient un trouble de la personnalité antisociale. Ces auteurs concluent que l'association entre la schizophrénie et la psychopathie n'est pas rare et que cette association, constitue un facteur de risque de comportement violent.

STEINERT et al. [343] (1998) ont étudié un groupe de 26 patients schizophrènes hospitalisés dans un hôpital psychiatrique légal pour une infraction criminelle avec violence (meurtre, tentative de meurtre ou blessures graves) ou ayant des comportements de violence physique à répétition. 7 patients présentaient les critères diagnostiques de trouble de la personnalité antisociale. Ces patients étaient diagnostiqués comme présentant dans 43% une schizophrénie désorganisée, alors que tous les patients sans troubles de la personnalité antisociale étaient diagnostiqués paranoïdes. Les patients présentant une co-morbidité de trouble de la personnalité ont été hospitalisés plus tôt en psychiatrie, à un âge moyen de 18,7 ans et ont commis des infractions plus précocement par rapport aux patients schizophrènes sans trouble de la personnalité. L'association avec des abus de drogue est également beaucoup plus fréquente chez les patients schizophrènes avec un trouble de la personnalité antisociale (71% vs 11%). L'adaptation sociale des patients schizophrènes sans trouble de la personnalité antisociale est meilleure que celle des patients avec trouble de la personnalité, avant le début de la maladie.

HODGINS et al.[344](1999), dans une étude de suivi sur deux ans de patients présentant des troubles affectifs ou une schizophrénie, après la sortie de l'hôpital, ont retrouvé que 64% des patients schizophrènes ayant été condamnés pour une infraction criminelle durant la période de suivi avaient un diagnostic de trouble de la personnalité antisociale, comparés à 21% de ceux n'ayant pas été condamnés. Par contre chez les sujets présentant un trouble affectif majeur, il n'existe pas de différence de prévalence de trouble de la personnalité antisociale entre ceux ayant été condamnés et ceux qui ne l'ont pas été. Ces auteurs concluent que les

---

[341] ERB M., HODGINS S., FREESE R., MULLER-ISBERNER R., JOCKEL D. Homicide and schizophrenia :maybe treatment does have preventive effect. *Criminal Behav. Mental Health*. 2001 ;11 :6-26.

[342] RASMUSSEN K., LEVANDER S. Symptoms and personnality characteristics of patients in a maximum security Psychiatric Unit. *Int. J. Law Psychiatry*. 1996 ;19(1) :27-37.

[343] STEINERT T., VOELLNER A., FAUST V. Violence and schizophrenia: two types of criminal offenders. *Eur J Psychiatry.* 1998 ;12 :153-165.

[344] HODGINS S., LAPALME M., TOUPIN J. Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: a 2-year follow-up. *J. Affect Disord*. 1999;55:187-202.

patients ayant une schizophrénie et un trouble de la personnalité antisociale présentent un risque accru de commettre une infraction criminelle.

MORAN et al.[345](2003) ont suivi un groupe de 670 patients présentant un trouble psychotique et ont recherché un trouble co-morbide de la personnalité. Les agressions physiques ont été mesurées à partir de multiples sources sur les 2 années de l'étude. Un total de 186 patients (28%) présentaient un trouble co-morbide de la personnalité. Les catégories de trouble de la personnalité les plus représentées étaient la personnalité schizoïde (9,9%), la personnalité paranoïde (8,9%), la personnalité impulsive (8,2%) et la personnalité dyssociale (6,1%). 32% des patients psychotiques ayant un trouble de la personnalité avaient commis une agression contre 19% des patients sans trouble de la personnalité co-morbide. Les troubles de la personnalité associés à la violence sont la personnalité paranoïde (OR=1,36), dyssociale (OR=1,66) et impulsive (OR=1,45). Ces patients ont un risque de violence sur les deux ans de l'étude plus important que les patients psychotiques sans trouble de la personnalité associé (OR=1,71). Ces auteurs concluent que chez les patients psychotiques, la co-morbidité de certains troubles de la personnalité est significativement associée à la violence.

LE BIHAN et BENEZECH[346] (2004), dans leur étude sur 42 patients psychotiques auteurs de parricide, ont également trouvé différents troubles de la personnalité dont, dans 47.6% cas, une personnalité schizoïde prémorbide. La description la plus constamment établie avant l'apparition des premières manifestations délirantes est celle d'un adolescent solitaire, taciturne, introverti, replié sur lui-même et ayant peu d'amis.

Les patients schizophrènes présentant un trouble de la personnalité antisociale (TPA) sont plus à risque de violence. Alors que la violence chez les patients schizophrènes sans trouble de la personnalité associé serait dans 83% des cas en lien avec des symptômes psychotiques, chez les patients schizophrènes présentant un TPA, dans 34% des cas, une altercation, sans lien avec un délire, a été à l'origine du passage à l'acte homicide. Dans ces cas d'altercations, l'individu avait bu de l'alcool, souvent avec la victime, et 71% des patients schizophrènes avec TPA étaient sous l'influence de toxiques au moment de l'homicide. De plus, les patients schizophrènes avec TPA présentent un nombre plus élevé d'incarcérations et de condamnations pour des crimes violents et sont significativement plus jeunes lorsqu'ils sont condamnés pour un acte violent que les patients schizophrènes sans TPA (JOYAL, 2004[347]).

---

[345] MORAN P., WALSH E., TYRER P., BURNS T., CREED F., FAHY T. Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis. *Br J Psychiatry.* 2003 ;182 :129-134.

[346] LE BIHAN P., BENEZECH M. Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. A propos de 42 observations. *Ann Med Psychologiques*. 2004 ;162 :615-625.

[347] JOYAL CC., PUTKONEN A., PAAVOLA P., TIIHONEN J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychological medicine*. 2004 ;34 :433-442.

MORAN et HODGINS[348] (2004) ont analysé les données de 232 hommes présentant des troubles schizophréniques. La comparaison entre les patients avec ou sans trouble de la personnalité antisociale ne révélait pas de différence dans l'évolution ou la symptomatologie de la schizophrénie. Par contre, il existait une forte association entre la présence d'un trouble de la personnalité antisociale chez des patients schizophrènes, l'abus de substance et des difficultés affectives. Ces auteurs ont mis en évidence, qu'à la première admission en psychiatrie, ces patients schizophrènes ayant un trouble de la personnalité antisociale présentaient une longue histoire de comportements antisociaux qui incluaient les infractions non violentes, la consommation de drogues et un dysfonctionnement émotionnel qui est connu pour augmenter le risque de violence contre autrui. QUANBECK et al[349] (2007) ont trouvé 53% de troubles de la personnalité, dont 30% de personnalité antisociale, dans leur étude sur 88 patients présentant des troubles mentaux, hospitalisés au long cours, et ayant commis au moins trois agressions au sein de l'hôpital sur une période d'un an.

Chez les femmes présentant des troubles mentaux, l'association avec un trouble de la personnalité augmente également les risques de violence. DEAN et al[350]. ont mis en évidence que l'association d'un trouble de la personnalité du cluster B à un trouble psychotique chez une femme multipliait par 2,66 le risque de violence physique.

HODGINS et al.[351] (2005) ont mis en évidence que les hommes qui présentaient des troubles des conduites avant l'âge de 15 ans et développaient ensuite une schizophrénie commettaient plus d'infractions que les autres hommes schizophrènes et continuaient à commettre des délits et à être impliqués dans des comportements violents lorsqu'ils étaient plus âgés.

Concernant l'évaluation de la psychopathie, NOLAN et al.[352] (1999) ont étudié 26 patients schizophrènes et schizo-affectifs violents et les ont comparé à 25 patients non violents. Ils ont trouvé que le score moyen à l'échelle de psychopathie (PCL) était plus élevé chez les patients violents que non violents. 19% des patients violents présentaient un score bien supérieur à 30 et 50% un score rendant possible un diagnostic de psychopathie. Tous les patients non-violents avaient des scores inférieurs à 30. Ces auteurs concluent que la co-morbidité d'une schizophrénie et d'une psychopathie est plus importante chez les patients violents que non violents.

---

[348] MORAN P., HODGINS S. The correlates of comorbid Antisocial Personality disorder in schizophrenia. *Schizophr. Bull*. 2004;30:791-802.

[349] QUANBECK CD., McDERMOTT BE., LAM J., EISENSTARK H., SOKOLOV G., SCOTT CL. Categorization of aggressive acts committees by chronically assaultive state hospital patients. *Psychiatr Serv.2007*;58:521-528.

[350] DEAN K., WALSH E., MORAN P., TYRER P., CREED F. et al. Violence in women with psychosis in the community: prospective study. *Br J Psychiatry*. 2006; 188:264-270.

[351] HODGINS S., TIIHONNEN J., ROSS D. The consequence of conduct disorder for males who developp schizophrenia : associations with criminality, aggressive disorder, substance use and psychiatric services. *Schizophr Research*. 2005 ;78 :323-335.

[352] NOLAN KA., VOLAVKA J., MOHR P., CZOBOR P. Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatr. Serv.*1999;50:787-792.

DOLAN et DAVIES[353] (2005) ont évalué 134 patients schizophrènes pendant 12 semaines après leur admission dans un hôpital de moyenne sécurité. Ils ont trouvé que des scores élevés à l'échelle de psychopathie (PCL-SV) étaient associés à un risque de violence, une non-compliance au traitement, à l'abus de substance, à des attitudes criminelles vis-à-vis des pairs et à un faible niveau d'insight chez les patients schizophrènes.
ABUSHUA'LEH et ABU-AKEL[354] (2006) ont également recherché l'association entre des traits psychopathiques et la violence chez 35 patients masculins schizophrènes hospitalisés. Le groupe était composé de 19 patients aux antécédents de violence et de 16 non violents. Ces auteurs ont mis en évidence qu'un score moyen de psychopathie et d'hostilité à la PCL-R (échelle de psychopathie) était significativement plus élevé dans le groupe de patients schizophrènes violents. Seulement trois patients du groupe « violent » (16%) remplissaient les critères du diagnostic de psychopathie (PCL-R score > 30). Ces auteurs ont également trouvé que la composante « hostilité » et la composante « comportement » dans la PCL-R (facteur 2) étaient des prédicteurs significatifs de comportements violents chez les patients masculins schizophrènes. Ces auteurs concluent que l'évaluation par l'échelle PCL-R peut fournir un indicateur à long terme du risque de violence chez les patients schizophrènes.

Des adultes peuvent avoir des traits de personnalité qui augmentent le risque de violence, mais sans présenter tous les critères de troubles de la personnalité. Les traits de personnalité associés à la violence incluent l'impulsivité, une faible tolérance à la frustration, une intolérance à la critique, un comportement antisocial répété et une superficialité. La violence associée à ces traits de personnalité est généralement paroxystique, épisodique. Lorsqu'elles sont interrogées, ces personnes ont souvent un faible insight sur leur comportement, et reprochent aux autres leurs difficultés (REID, 1987, cité par SCOOT, 2006).

II.1.1.7.2 Troubles de la personnalité et dangerosité

Certains troubles de la personnalité présentent au sein même de leurs caractéristiques des critères de dangerosité et de récidive de passage à l'acte délictuel voire criminel. Nous sortons ici du champ strict des troubles mentaux majeurs, au sens du DSM IV, mais les sujets peuvent néanmoins parfois être pris en charge dans les services de psychiatrie de secteur et fréquemment au sein des SMPR.

---

[353] DOLAN M., DAVIES G. Psychopathy and institutional outcome in patients with schizophrenia in forensic settings in the UK. *Schizophr Res*. 2006 ;81 :277-281.
[354] ABUSHUA'LEH K., ABU-AKEL A. Association of psychopathic traits and symptomatology with violence in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2006 ;143 :205-211.

En Suède, dans une étude sur des 1498 prévenus ayant bénéficié d'une expertise psychiatrique, KULLGREN[355] et al. (1998) ont mis en évidence que 57% d'entre eux présentaient au moins 1 diagnostic de trouble de la personnalité. Sur ces 57%, environ la moitié avait le diagnostic de trouble de la personnalité comme diagnostic principal, et 1/3 présentait un trouble de la personnalité associé à un abus ou une dépendance à une drogue.

II.1.1.7.2.1 Les personnalités borderline et antisociale

Dans les classifications internationales, ces troubles sont classés sous le terme de personnalité borderline ou personnalité antisociale .

ABRAM et TEPLIN en 1990, dans une étude sur des détenus, ont mis en évidence que les troubles de la personnalité antisociale étaient un fort prédicteur d'antécédents d'arrestations pour violence.

FRIEDMAN et al.[356], en 1996, ont constaté que le diagnostic de personnalité antisociale était corrélé significativement avec une tendance à commettre des infractions avec violence aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

Les patients borderline, sont définis par le DSM-IV comme ayant à l'encontre des autres, une colère intense, des difficultés à contrôler leur colère et impulsivité, ce qui peut les entraîner vers des auto-agressions, ou des hétéro-agressions (GOODMAN et al., 2000 ; cités par DE BARROS et PADUA SERAFIM, 2008)

DE BARROS et PADUA SERAFIM[357] (2008) ont mis en évidence que les individus présentant une personnalité antisociale étaient plus susceptibles de commettre des crimes contre les biens alors que la personnalité borderline était associée à la violence physique et les agressions. Les individus antisociaux seraient violents selon un style instrumental (planification) alors que les individus borderline commettraient des violences selon un style émotionnel (impulsif).

II.1.1.7.2.2 La psychopathie

En plus des troubles de la personnalité ou des traits du DSM-IV, le clinicien doit aussi être familiarisé avec la psychopathie. Le premier concept de psychopathie a été proposé par CHECKLEY dans les années 40. Celui-ci a identifié certaines caractéristiques qu'une personne devait présenter pour être considérée comme psychopathe. Ces caractéristiques incluaient un charme superficiel, un QI élevé, un manque de remords ou de honte, un comportement antisocial, une pauvreté de jugement, une incapacité à apprendre du passé,

[355] KULLGREN G., GRANN M., HOLMBERG G. The Swedish Forensic concept of severe mental disorders as related to personality disorders. *Int J Law Psychiatry*. 1996,19(2):191-200.

[356] FRIEDMAN AS., KRAMER S., KREISHER C., GRANICK S. The relation ships of substance abuse to illegal and violent behavior in a community sample of young adult African-Americans. *J. Substance Abuse*. 1996;8:379-402.

[357] DE BARROS DM., DE PADUA SERAFIM A. Association between personality disorder and violent behavior pattern. *Forensic Sci Int*. 2008;179:19-22.

une égocentricité pathologique, une incapacité à maintenir une relation amoureuse normale, un manque d'émotion dans les relations interpersonnelles et une vie sexuelle pauvre.

La description clinique classique en France (Léon CASSIER 1968 , cité par BALIER, 2005[358]) de la psychopathie comporte : l'inaffectivité, ou du moins l'absence de liens affectifs durables, l'amoralité, l'absence de structures symboliques inconscientes et absence de fondement du sens moral ; l'impulsivité ; la mythomanie ; des comportements pervers labiles témoignant d'une immaturation des pulsions, une agressivité primaire mal structurée ; une pauvreté fantasmatique.

Par la suite, le canadien HARE a établi qu'un psychopathe était une personne sans conscience, centrée sur sa satisfaction personnelle, souvent aux dépens des autres, une personne avec un manque d'empathie et de capacité à établir des relations amoureuses durables. La personnalité psychopathique prend en compte de façon conjointe, les troubles des conduites antisociales et les traits de personnalité. Les traits qui ont été décrits plus récemment sont « le mépris sans pitié et sans remords pour les droits et les sentiments d'autrui », « le narcissisme agressif ».

HARE et ses collègues en 1991 ont développé un outil clinique fiable et validé, le PCL-R qui mesure la psychopathie chez l'adulte.

Le concept de psychopathie est important car la présence de psychopathie est un fort prédicteur de comportement criminel et de violence chez les adultes.

JR MELOY[359] souligne qu'il est essentiel, dans le cas de trouble de la personnalité antisociale, de déterminer le degré de psychopathie associée. En effet, les patients souffrant de trouble de la personnalité antisociale qui présentaient également une psychopathie grave avaient un pronostic de réponse au traitement beaucoup plus sombre que ceux ne souffrant pas de psychopathie grave associée.

LAURELL et DADERMAN [360](2004) ont évalué la prévalence de la psychopathie chez 35 hommes coupables d'homicide en utilisant le PCL-R. Trente pour cent de ces hommes ont été classés comme psychopathes. Ces auteurs ont constaté que les personnes présentant un trouble de la personnalité de type psychopathique étaient plus à risque de récidive criminelle que les non-psychopathes après leur sortie de prison.

Il existe également une association importante entre la psychopathie et les troubles d'abus de substance. PHAM et al.[361](2007) ont constaté que le score total de psychopathie à la PCL-R était corrélé positivement à l'abus/dépendance de substance.

---

[358] BALIER C. *La violence en abyme*. PUF, Paris, 2005.

[359] MELOY JR. Entre la personnalité antisociale et la psychopathie grave, un gradient de sévérité. *Evol Psychiatrique*. 2001 ;66:563-586

[360] LAURELL J., DÄDERMAN A. Recidivism is related to psychopathy (PCL-R) in a group of men convicted of homicide. *Int J Law and Psychiatry*. 2005 ; 28 : 255-268.

[361] PHAM TH., MALINGREY F., DUCRO C., SALOPPE X. Psychopathie et troubles mentaux graves chez des patients internés. Ann Med Psychol, 2007 ;165 :511-516.

II.1.1.8 Soins et risque de dangerosité

Les études tendent à montrer que le risque majeur de passage à l'acte chez les patients présentant des troubles mentaux sévères et particulièrement la schizophrénie se situerait lors du premier épisode de décompensation psychotique aiguë. Le passage à l'acte inaugural serait un révélateur de la maladie. Néanmoins, toutes les études ne retrouvent pas ces résultats. LE BIHAN et BENEZECH[362] (2004) ont mis en évidence dans leur étude, que dans 40.5%, la maladie évoluait depuis 1 à 5 ans avant le passage à l'acte parricide, dans 11.9%, de 5 à 10 ans, dans 33.3% depuis plus de 10 ans. Dans seulement 9.5% des cas, les troubles évoluaient depuis moins d'un an. La plupart (61.9%) avait des antécédents d'hospitalisations avec une moyenne de 3.4 séjours, mais une partie non négligeable de ces patients (23.8%) n'avait en revanche jamais consulté de psychiatre ni été hospitalisée.

II.1.1.8.1 Rupture de soins et risque de dangerosité

La plupart des études réalisées sur la violence et les troubles mentaux mentionnent une rupture de soins avant le passage à l'acte. LE BIHAN et BENEZECH (2004) retrouvent un refus de soins ou l'arrêt du suivi et du traitement avant les faits homicides dans 64.3% des cas.

Le rôle de la prise en charge psychiatrique et de la désinstitutionnalisation dans la violence liée à la pathologie psychiatrique a été analysé par différents auteurs. Déjà en 1939, un chercheur britannique, Penrose, avait publié une étude comparative entre différents pays européens. Il montrait dans cet article que plus il y avait de lits en psychiatrie, moins il y avait de personnes en prison et qu'inversement, moins il y avait de lits psychiatriques, plus il y avait d'individus en détention. Autrement dit, plus on psychiatrise, moins on criminalise. Abramson, en 1972, (cité par DAVIS S.1992[363]) est l'un des premiers à suggérer que l'ère actuelle de désinstitutionnalisation entraîne une criminalisation des malades mentaux aux Etats-Unis. Toutes les études posent le problème de la rupture de soins qui a un évident rapport avec la désinstitutionnalisation psychiatrique connue par tous les pays industrialisés (SENON et MANZANERA, 2006[364]). Les études montrent une augmentation du risque de violence de certains patients après la sortie de l'hôpital et l'intérêt d'une prise en charge psychiatrique au long cours et rapprochée afin de limiter le risque de passage à l'acte.

---

[362] LE BIHAN P., BENEZECH M. Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. A propos de 42 observations. *Ann Med Psychologiques*. 2004 ;162 :615-625.
[363] DAVIS S. Assessing the « criminalization » of the mentally ill in Canada. *Can J Psychiatry.* 1992 ;37 : 532-538.
[364] SENON JL., MANZANERA C. Réflexions sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. *Ann Med Psychol*. 2006;164:818-827.

Dans les travaux de STEADMAN et al.[365] (1998), il apparaît que les schizophrènes sans antécédents d'arrestation ou de violence physique, ayant été traités à l'hôpital l'année précédente et ayant accepté de poursuivre l'étude pendant un an, ont néanmoins été violents dans 7% des cas au cours des 20 semaines suivant l'hospitalisation. Il semble que les 20 semaines après l'hospitalisation soient une période importante, où le patient est fragilisé, où se jouent l'observance et l'alliance thérapeutique, les difficultés de réinsertion et de resocialisation du patient schizophrène.

Dans l'étude Mac Arthur, le groupe des patients suivis toutes les 4 semaines a 4 fois plus de risque de violence que le groupe de patients suivis toutes les semaines. Le pourcentage de patients violents passe de 12 à 2,8% si l'on passe d'un suivi toutes les trois à quatre semaines à un suivi hebdomadaire.

SWANSON et al.[366] (2000) ont trouvé qu'il existait une plus faible incidence de comportements violents chez les patients présentant des troubles psychotiques ou des troubles de l'humeur et qui avaient été obligés de suivre un traitement sous contrainte (par décision de justice) pendant au moins 6 mois. Cette diminution de l'incidence de comportement violent est encore plus importante en cas de suivi très régulier en ambulatoire (3-4 fois par mois). Ceci augmenterait également l'observance thérapeutique et diminuerait l'abus de substance. Dans une autre étude (2004[367]), ils ont trouvé une association significative entre la violence et l'intensité de la prise en charge psychiatrique et suggèrent que les patients à risque de violence doivent bénéficier d'un soutien et d'une prise en charge plus importante par les services psychiatriques.

Une étude réalisée en 2001, par SWARTZ et al.[368], sur l'impact du traitement ambulatoire sous contrainte judiciaire (Outpatient Commitment) aux Etats-Unis, a montré que s'il est soutenu et combiné avec un encadrement intensif, ce suivi réduit significativement le besoin d'hospitalisation des personnes présentant des troubles mentaux qui sont résistantes au traitement et diminue également le nombre d'arrestations.

Dans une autre étude, SWARTZ et SWANSON[369] (2004) ont également mis en évidence que l'incidence de comportements violents durant la période de suivi d'un an est plus faible chez les patients ayant bénéficié d'une durée de traitement sous contrainte supérieure à 6 mois par rapport à ceux ayant eu une faible durée de prise en charge (26,7% vs 47,7%) et

---

[365] STEADMAN HJ., MULVEY P., MONAHAN J., ROBBINS PC., APPELBAUM PS., GRISSO T et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:393-401.

[366] SWANSON JW., SWARTZ MS., BORUM R., HIDAY V., WAGNER HR., BURNS BJ. Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness *Br J Psychiatry.* 2000; 176:324-331.

[367] SWANSON JW., SWARTZ MS., ELBOGEN EB. Effectiveness of atypical antipsychotic medications in reducing violent behavior among persons with schizophrenia in community-based treatment. *Schizophr. Bull*. 2004;30:3-20.

368 SWARTZ MS., SWANSON JW., HIDAY VA. A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina. *Psychiatr Serv*. 2001; 52:325-329.

[369] SWARTZ MS., SWANSON JW. Involuntary outpatient commitment, community treatment orders and assisted outpatient treatment: what's in the data. *Can J Psychiatry*. 2004;49:585-591.

cette durée de suivi permet également une diminution de la probabilité d'arrestation (de 45% à 12% sur un an). De plus, ces auteurs ont trouvé que la prise en charge n'est efficace sur la diminution des actes de violence que si les patients sont vus au minimum trois fois par mois. Les passages à l'acte violents sont réduits de moitié en cas de suivi psychiatrique supérieur à 6 mois et régulier (24vs 48%) et les patients qui bénéficient d'un haut niveau d'intervention thérapeutique, ne présentant pas d'abus de substance et qui prennent leur traitement médicamenteux prescrit durant l'année du suivi, ont le plus bas risque de violence (13%).

Pour des patients malades mentaux, qui ont néanmoins été incarcérés en raison d'une infraction, MORISSEY et al[370], ont mis en évidence qu'une prise en charge médicale à la sortie de la prison, diminuait d'environ 16% le risque d'une nouvelle incarcération dans les deux ans de suivi.

Une étude finlandaise a montré, elle aussi, l'intérêt de la prise en charge psychiatrique au long cours afin d'éviter les comportements violents des patients psychiatriques. Jusqu'en 1978, les patients qui avaient été hospitalisés à la suite d'un crime violent pouvaient à leur sortie de l'hôpital être contraints à un suivi externe ordonné par le tribunal. Plusieurs études avaient montré à propos de patients hospitalisés à la suite d'un crime violent et bénéficiant de ce suivi, qu'aucun n'avait commis de crimes violents sur une période de quatre à neuf ans. Puis la loi a changé, n'autorisant plus l'obligation de suivi externe. Sur une période de 8 ans, après la sortie de l'hôpital, les patients qui n'étaient donc plus contraints aux soins psychiatriques ont commis 7 meurtres et 9 agressions graves. Les chercheurs finlandais estiment qu'au cours de la première année suivant la sortie de l'hôpital, les patients qui se sont vu imposer à la suite d'un crime une hospitalisation, sans obligation de soins à la sortie, ont un risque d'homicide 300 fois plus grand que le risque de la population générale. (TIIHONEN et al[371].,1996)

II.1.1.8.2 Observance thérapeutique et risque de dangerosité

L'absence d'observance thérapeutique est un facteur de risque de comportements violents chez les patients présentant des troubles mentaux.

Pour SWARTZ et al.[372](1998), la co-occurrence d'un abus de substance et d'une non compliance aux soins, peut expliquer la prévalence de la violence chez les personnes présentant des troubles mentaux, multipliant par deux la probabilité de commettre un crime violent.

---

[370] MORISSEY JP., CUDDEBACK GS., CUELLAR AE., STEADMAN HJ. The role of Medicaid enrolment and outpatient service use in jail recidivism among persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 2007;58:794-801.

[371] TIIHONEN J., HAKOLA P., ERONEN M., VARTAINEN H., RYYNANEN O. Risk of homicidal behavior among discharged forensic psychiatric patients. *Forensic Sci Int.* 1996;79:123-129.

[372] SWARTZ MS., SWANSON JW., HIDAY VA., BORUM R., WAGNER RH., BURNS BJ. Violence and severe mental illness, The effect of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry.* 1998;155:226-231.

Dans son étude sur 262 sujets hospitalisés sous contrainte, SWANSON [373](2000) a mis en évidence que la prévalence de la violence était de 41.6% chez les patients non observant, contre 25.5% chez ceux acceptant de prendre régulièrement leur traitement. LAMB et al.[374](2007) ont retrouvé que 92% des détenus présentant des troubles mentaux sévères avaient des antécédents de non observance du traitement médicamenteux prescrit en ambulatoire avant l'arrestation pour laquelle ils étaient incarcérés. ALIA-KLEIN et al.[375](2007) ont mis en évidence, chez 60 patients psychotiques admis dans un hôpital de psychiatrie légale, que la différence entre un comportement menaçant et une agression physique était liée à l'adhésion au traitement pharmacologique. La grande majorité des participants, qui n'était pas adhérente au traitement, a été impliquée dans des agressions physiques alors que seulement 1/3 du groupe adhérent au traitement a été violent physiquement.
ELBOGEN et al[376]. (2006) ont étudié le lien entre la violence dans la communauté et l'opinion des patients concernant les bénéfices du traitement psychiatrique. Une cohorte de 1011 adultes bénéficiant d'un traitement ambulatoire pour un trouble psychiatrique aux Etats-Unis a été évaluée. Ces auteurs ont mis en évidence que la violence dans la communauté était inversement corrélée à l'adhésion au traitement, à la perception de sa nécessité et à celle de son efficacité. Ils concluent que prendre en considération les perceptions des patients quant aux bénéfices des traitements peut aider à améliorer l'évaluation du risque de violence dans la prise en charge psychiatrique.

L'adhésion au traitement chez les individus présentant un début de trouble psychotique est problématique. Les études font état de facteurs de risque de non adhésion au traitement, proches de ceux retrouvés comme prédicteurs de violence. LECOMTE et al.[377] (2008) ont mis en évidence que les traumatismes vécus dans l'enfance, des traits de personnalité de type antisocial et la sévérité des symptômes positifs étaient fortement liés à une mauvaise alliance thérapeutique chez des patients débutant un trouble psychotique.

---

[373] SWANSON JW., SWARTZ MS., BORUM R., HIDAY V., WAGNER R et al. Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behavior in personns with severe mental illness. *British J. Psychiatry*. 2000; 174 : 324-331.
[374] LAMB RH., WEINBERGER LE., MARSH JS., GROSS BH. Treatment prospects for persons with severe mental illness in an urban county jail. Psychiatr Serv. 2007;58:782-786.
[375] ALIA-KLEIN N., O'ROURKE TM., GOLDSTEIN R., MALASPINA D. Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample. *Aggress. Behav*.2007;33:86-89
[376] ELBOGEN EB., VAN DORN R., SWANSON JW., SWARTZ MS., MONAHAN J. Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *Br J. Psychiatry*. 2006 ;189 :354-360.
[377] LECOMTE T., SPIDEL A., LECLERC C., McEWAN G.W., GREAVES C., BENTALL RP. Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophr. Res*. 2008. Article in Press.

II.1.1.8.3 Institution hospitalière et risque dangerosité

La violence des malades mentaux au sein de l'hôpital psychiatrique comporte certaines caractéristiques propres. Si les hommes malades mentaux sont plus fréquemment auteurs de violence dans la communauté, il semble que la différence entre les hommes et les femmes s'estompe complètement lors des études sur la violence en milieu hospitalier.

FOTTREL en 1981[378], dans une étude sur les comportements violents chez des patients hospitalisés dans 3 hôpitaux, avait mis en évidence que la majorité des actes de violence était de faible intensité. Les patients violents étaient plus fréquemment des femmes (56%), plutôt jeunes et présentant une schizophrénie (entre 31 et 45%). Le personnel soignant était la cible principale des violences.

Par contre, RIOTON et al.[379] (1998), en prenant en considération les interactions violentes avec dommage corporel ayant donné lieu à une déclaration d'accident du travail, avaient constaté que le plus souvent, le patient était un homme jeune d'environ 30 ans, hospitalisé sous contrainte dans 50% des cas et présentant une psychose chronique et/ou déficitaire (80%). SOLIMAN et al. [380](2001) ont également constaté une petite surreprésentation masculine chez les patients violents (57,1%), par contre, ils n'ont pas trouvé d'association significative entre la schizophrénie et le risque de violence dans l'institution.

BARNARD et al.[381], dans une étude sur la violence chez des patients présentant des troubles mentaux hospitalisés dans une unité de psychiatrie légale, ont trouvé que les deux premiers mois après l'admission étaient un temps critique dans la vie du patient, et qu'ils étaient associés au plus grand nombre de passages à l'acte violents. Pour BARLOW et al[382], les actes d'agressions ont lieu principalement dans les 2 jours suivant l'admission ou après une hospitalisation assez longue. GRASSI et al[383] ont retrouvé, dans une étude rétrospective sur 5 ans, que plus de la moitié des incidents violents avait lieu dans la journée ou la semaine suivant l'admission. ABDERHALDEN et al[384].(2007), dans une étude prospective, dans 24 services d'admissions en Suisse, ont mis en évidence que la plupart des incidents violents avaient lieu dans les 7 jours suivant l'admission. Pour SOLIMAN et al.(2001), la durée moyenne entre l'admission et le 1er passage à l'acte violent est d'environ 1 mois.

---

[378] FOTTRELL E. Violent behaviour by psychiatric patients. *Br J Hosp Med*. 1981;25:28-38.

[379] RIOTON B.,PELTIER MP., GUIBERT S. Les accidents du travail du personnel soignant au cours d'interactions violentes avec des patients en milieu psychiatrique. *Information Psy*. 1998;2:153-161.

[380] SOLIMAN AE., REZA H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv*. 2001;52:75-80.

[381] BARNARD G., ROBBINS L., NEWMAN G., CARRERA F. A study of violence within a forensic treatment facility. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1984 ;12 :399-348.

[382] BARLOW K., GRENYER B., ILKIW-LAVALLE O. Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatients units. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34:967-974

[383] GRASSI L., PERON L., MARANGONI C., ZANCHI P., VANNI A. Characteristics of violent behavior in acute psychiatric inpatients : a 5-year italian study. *Acta Psychiatr Scand.* 2001 ;104 :273-279.

[384] ABDERHALDEN C., NEEDHAM I., DASSEN T., HALFENS R., FISCHER J. et al. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clin Practice Epidemio Mental Health*. 2007 ;3 :30-41.

Les facteurs environnementaux joueraient un rôle majeur dans la violence en institution, de façon plus significative que le diagnostic psychiatrique[385]. Certaines études ont mis en évidence que le nombre d'incidents violents variait en fonction de l'heure[386] ou de l'organisation à l'intérieur de l'hôpital. Ces études ont indiqué que le risque d'actes d'agression était plus important dans les périodes où les patients se déplacent ou se rassemblent ; par exemple, lorsqu'ils vont tous ensemble vers la salle de repas. D'autres auteurs ont constaté que l'inactivité pouvait contribuer à la violence. Il semble également que la surpopulation dans les services augmente le risque de passage à l'acte des patients schizophrènes ou présentant un trouble schizophréniforme[387], peut-être du fait d'un environnement stressant. De plus, il semble que le ratio soignant- patient ait un impact sur le nombre d'agressions, peu d'incidents survenant pour un ratio 1:1.

SHERIDAN et al.[388] (1990) dans une unité de psychiatrie aux Etats-Unis ont étudié 73 patients dont deux femmes, mis en isolement du fait d'agressions physiques, de menaces verbales et de menaces avec une arme. 73% étaient schizophrènes, 11% étaient en phases maniaques. 86% des patients avaient commis une agression physique. Cette agression visait dans 71% des cas directement l'équipe soignante. Dans 63% des cas, l'agression faisait suite à un événement, qui n'était pas lié à sa pathologie. L'événement le plus fréquent qui avait précipité l'agression était un conflit entre le patient et l'équipe soignante (rappel des règles par l'équipe, ne pas permettre à un patient de fumer, lui dire de sortir de la chambre d'un autre patient, lui demander d'aller se coucher...), l'équipe n'accordant pas aux patients de privilèges, l'équipe n'accordant pas sa sortie au patient, son transfert dans une autre unité sans qu'il en soit d'accord…). Dans 30% des cas, l'agression était liée à la symptomatologie des patients dont 16% avaient un délire paranoïaque.
KRAKOWSKI et al.[389] (1999) ont mis en évidence que les patients schizophrènes présentant des comportements de violence à répétition en institution étaient plus irritables et qu'ils avaient plus de difficultés à accepter les règles et le cadre que les patients schizophrènes non violents. De plus, ces patients violents présentent plus souvent des anomalies neurologiques, comme des difficultés motrices (principalement dans la pronation-supination, dans la démarche, dans l'action de taper du pied). Pour ces auteurs, au début de l'hospitalisation, les symptômes positifs incluant les troubles de la pensée, l'excitation, l'hostilité et la suspicion sont des facteurs importants de comportements violents. La

[385] DAVIS S. Violence by psychiatric inpatients : a review. *Hosp Community Psychiatry*. 1991 ;42 :585-590.
[386] OWEN C., TARANTELLO C., JONES M., TENNANT C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv.* 1998;49:1452-1457.
[387] PALMSTIERNA T., HUITFELDT B., WISTEDT B. The relationship of crowding and aggressive behavior on a psychiatric intensive care unit. *Hosp Community Psychiatry.* 1991;42:1237-1240.
[388] SHERIDAN M., HENRION R. ROBINSON L., BAXTER V. Precipitants of violence in a psychiatric inpatients setting. *Hosp Community Psychiatry*. 1990,41 :776-780.
[389] KRAKOWSKI M., CZOBO P., CHOU J. Course of violence in patients with schizophrenia : relationship to clinical symptoms. *Schizophr. Bull.* 1999 ;25 :505-517.

persistance des symptômes, l'hostilité et la suspicion, qui sont de plus en plus prononcés avec le temps, représentent des symptômes chroniques chez ces patients. Les pensées et les attitudes qu'ils génèrent peuvent être renforcées par une forte conviction et peuvent exercer une grande influence sur les comportements. De plus, ces auteurs rapportent que chez les patients présentant des comportements de violence répétés en institution, il existe une forte incidence de patients ayant une coexistence de symptômes négatifs et positifs élevée.

MC NIEL et BINDER[390] (1994) ont trouvé que chez les patients passant à l'acte pendant l'hospitalisation, la violence était associée à un certain nombre de symptômes comme l'hostilité-suspicion chez les patients maniaques et les psychoses organiques et un haut niveau d'excitation chez les patients maniaques. Pour BARLOW et al.[391] (2000), les patients à haut risque de violence dans l'institution sont ceux âgés de moins de 32 ans, présentant une décompensation délirante, ayant des antécédents d'agressions et d'abus de substance. NOLAN et al[392] (2003) dans une étude sur les agressions chez des patients hospitalisés ont mis en évidence que la schizophrénie est le diagnostic le plus fréquent chez les hommes violents, et que les troubles schizo-affectifs prédominent chez les femmes. Une provocation par la victime est retrouvée comme explication au passage à l'acte dans la plupart des cas. Ces auteurs ont constaté que 20% des agressions étaient secondaires à un délire ou des hallucinations et que 80% n'étaient pas liées à une symptomatologie psychotique.

En l'absence de symptômes psychotiques expliquant le passage à l'acte, l'existence d'une psychopathie ou d'un trouble du contrôle de l'impulsivité peut être à l'origine de la violence. Pour JOYAL et al.[393] (2008), l'impulsivité, plus que les symptômes psychotiques, est à l'origine des passages à l'acte violents des individus schizophrènes hospitalisés depuis longtemps, surtout chez ceux présentant des anomalies neurologiques associées.

Les études sur la violence en institution tendent à montrer également que les équipes soignantes sont fréquemment la cible de ces violences et que les jeunes soignants sont agressés plus souvent que les soignants plus anciens[394]. CARMEL et HUNTER[395] (1989) ont, par exemple, retrouvé que les soignants moins expérimentés étaient plus souvent la cible des agressions, et que les infirmiers étaient les victimes les plus fréquentes au sein de l'équipe soignante et que les hommes infirmiers étaient plus fréquemment victimes de

---

[390] McNIEL DE., BINDER RL. The relationship beetween acute psychiatric symptoms and short term risk of violence. *Hosp Community Psychiatry*. 1994 ;45 :133-137.

[391] BARLOW K., GRENYER B., ILKIW-LAVALLE O. Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatients units. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34:967-974

[392] NOLAN K., CZOBOR P., ROY BB., PLATT MM., SHOPE C., CITROME LL et al. Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv.* 2003;57:1012-1016.

[393] JOYAL CC., GENDRON C., COTE G. Nature and frequency of aggressive behaviours among long term inpatients with schizophrenia. A 6-month report using the modified Overt Aggression Scale. *Can J Psychiatry*. 2008; 53:478-481.

[394] DAVIS S. Violence by psychiatric inpatients : a review. *Hosp Community Psychiatry*. 1991 ;42 :585-590.

[395] CARMEL H., HUNTER M. Staff injuries from inpatient violence. *Hosp Community Psychiatry*. 1989;40:41-46.

lésions sévères que les femmes. Dans l'étude de RIOTON et al.[396] (1998), 71% des victimes sont des infirmières et elles étaient expérimentées (86% avaient plus de 5 ans d'ancienneté). OWEN et al.[397],(1998) ont suivi les patients de 5 unités d'admissions en Australie. Un total de 1289 incidents violents a été enregistré pendant une période de 7 mois. 58% des incidents sont considérés comme sérieux. 78% des incidents violents ont été dirigés vers le personnel soignant. SOLIMAN et al. [398](2001) ont constaté que la majorité des actes de violence était dirigée contre les objets (64,4%) puis contre l'équipe soignante (27,8%) et enfin vers d'autres patients (14,4%). La majorité des incidents était de faible sévérité (1er et second degré de l'OAS) et avait lieu soit dans la chambre du patient (50%) soit dans le couloir de l'unité (23,1%).

Par contre dans l'étude de NOLAN et al.[399](2003), sur les 70 incidents seulement 10 ont été commis à l'encontre du personnel soignant.

SCHUWEY et NEEDHAM[400] (2006) ont retrouvé que 63,4% des 110 incidents violents, commis dans un hôpital psychiatrique suisse, avaient été perpétrés par des hommes. La majorité des actes est commise dans la chambre du patient et est souvent secondaire à un refus par les soignants d'une demande du patient ou à la consommation par le patient de substances toxiques. Le type le plus fréquent d'agression est une agression verbale, et la cible principale est le personnel soignant qui se sent menacé dans la plupart des cas.

FOSTER et al. [401] (2007) dans une étude prospective ont relevé tous les incidents agressifs dans 5 services d'admissions en Angleterre en utilisant l'échelle d'observation des agressions révisée (SOAS-R) durant une période de 10 mois. 254 incidents ont été relevés. L'équipe soignante est la principale cible et est impliquée dans 57% des incidents. La cause d'agression la plus fréquente (30%) est le refus par l'équipe d'une demande du patient (comme la sortie du service). Le type d'agression le plus fréquent est l'agression verbale (60%), et les conséquences les plus fréquentes pour la victime sont de se sentir menacée (59%). Ces auteurs estiment que sur une période de 12 mois dans l'hôpital de cette étude, un soignant a une « chance » sur dix par an d'être la cible d'une agression par un patient.

---

[396] RIOTON B.,PELTIER MP., GUIBERT S. Les accidents du travail du personnel soignant au cours d'interactions violentes avec des patients en milieu psychiatrique. *Information Psy*. 1998;2:153-161.

[397] OWEN C., TARANTELLO C., JONES M., TENNANT C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv*. 1998;49:1452-1457.

[398] SOLIMAN AE., REZA H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv*. 2001;52:75-80.

[399] NOLAN K., CZOBOR P., ROY BB., PLATT MM., SHOPE C., CITROME LL et al. Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv.* 2003;57:1012-1016.

[400] SCHUWEY-HAYOZ A., NEEDHAM I. Characteristics of patient aggression in a psychiatric hospital in Swittzerland. *Rech. Soins. Infirm*. 2006 ;86 :108-115.

[401] FOSTER C., BOWERS L., NIJMAN H. Aggressive behavior on acute psychiatric wards : prevalence, severity and management. *J Advanced Nursing*. 2007 ;58(2) :140-149.

ABDERHALDEN et al.[402] (2007) ont retrouvé que la plupart des agressions physiques (42%) sont d'intensité peu sévère. Le risque d'incident violent est associé à l'hospitalisation sous contrainte (OR=2,2), et à la schizophrénie (OR=2,1).

Une autre donnée intéressante concernant la violence au sein de l'hôpital psychiatrique est qu'un nombre assez réduit de patients est à l'origine d'un grand nombre de passages à l'acte. OWEN et al (1998[403].) ont retrouvé que 20 patients étaient à l'origine de 67% des incidents agressifs (n=857) et pour BARLOW (2000[404]), 6% des patients sont à l'origine de 71% des incidents violents. Ces patients présentant des actes de violence à répétition ont une durée d'hospitalisation longue, un nombre important d'hospitalisations et un grand nombre d'antécédents de passage à l'acte violent (GRASSI et al.,2006[405]). JOYAL et al. (2008[406]), dans une étude sur des patients schizophrènes hospitalisés dans une structure de psychiatrie légale, ont relevé que 57% des actes agressifs au cours de l'hospitalisation (physiques et verbaux) étaient commis par 15% des patients et 73% des violences physiques étaient dues à 14% des patients. Les patients schizophrènes qui présentent également des troubles neurologiques sont à l'origine de 52% des actes violents alors qu'ils ne représentent que 26% des cas de l'étude.

SYNTHESE

De nombreuses études se sont centrées ces dernières années sur l'étude des facteurs de risque de dangerosité des malades mentaux, dans le but de déterminer des moyens de prévention de cette dangerosité.
Si certains facteurs de risque sont liés à l'âge et au sexe, donc non modifiables, d'autres facteurs peuvent être pris en charge et améliorer ainsi la prévention de la violence.
Si dans la population générale, les adultes jeunes et les hommes sont plus violents, chez les malades mentaux, le sexe n'est pas un facteur discriminant. Concernant le statut socio-économique, il semble que le fait de vivre dans un environnement violent, et d'avoir un faible niveau scolaire, augmente le risque de dangerosité des malades mentaux, mais ces facteurs sont aussi valables dans la population générale. La présence d'un environnement sécurisant pour le patient contribue à la diminution du risque de violence.

---

[402] ABDERHALDEN C., NEEDHAM I., DASSEN T., HALFENS R., FISCHER J., HAUG HJ. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clin. Practice Epidemio. Mental Health*. 2007 ;3 :30-41.
[403] OWEN C., TARANTELLO C., JONES M., TENNANT C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv*. 1998;49:1452-1457.
[404] BARLOW K., GRENYER B., ILKIW-LAVALLE O. Prevalence and précipitants of aggression in psychiatrie inpatients units. *Aust NZJPsychiatry*. 2000;34:967-974.
[405] GRASSI L., BIANCOSINO B. MARMAI L., KOTROTSIOU V., ZANCHI P et al. Violence in psychiatric units : a 7-year Italian study of persistently assaultive patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006 ;41 :698-703.
[406] JOYAL CC., GENDRON C., COTE G. Nature and frequency of aggressive behaviours among long term inpatients with schizophrenia. A 6-month report using the modified Overt Aggression Scale. *Can J Psychiatry*. 2008; 53:478-481.

Les antécédents délictuels, de délinquance, l'exposition à la violence intrafamiliale sont des facteurs de risque de dangerosité importants chez les patients atteints de troubles mentaux.
Les facteurs d'intoxication par l'alcool et les drogues, constituent l'un des facteurs de risque les plus importants dans la population générale, ce qui se retrouve également chez les malades mentaux.
Les facteurs liés à l'état mental du patient, comme le délire, à thème de persécution, le syndrome d'influence et les délires de contrôles identifiés sous l'abréviation TOC (Threat Override Control) dans la littérature anglo-saxonne, semble être des facteurs favorisant l'apparition de comportements violents. Les hallucinations impérieuses, ou commandements hallucinatoires avec ordre de violence apparaissent comme un facteur de risque significatif chez les patients psychotiques. La capacité du patient à l'introspection, l'insight, le déni de la pathologie, jouent un rôle également dans le risque de comportement violent.
L'association d'un trouble de la personnalité de type antisocial, lui-même à risque de passage à l'acte violent, à une pathologie mentale grave augmente significativement le risque de violence, du fait de la co-morbidité fréquente de ces troubles de la personnalité, à l'abus de drogue et d'alcool, à une mauvaise adhésion aux soins, un manque d'insight, eux-mêmes facteurs de risque de violence.
L'observance pharmacologique et l'adhésion aux soins, qui permettent le maintien de la stabilité de l'état mental et évitent les décompensations, jouent un rôle essentiel dans la diminution de la dangerosité. `
Concernant la violence en institution, il semble que les facteurs cliniques jouent un rôle moindre que dans la communauté quant aux risques de passage à l'acte. L'environnement, la surpopulation dans les unités, la capacité soignante à contenir l'angoisse et l'agressivité jouent sur le risque de violence. L'existence d'anomalies neurologiques est fréquemment retrouvée chez les patients psychotiques commettant des violences répétées au sein de l'hôpital.

L'ensemble de ces facteurs de risque de dangerosité doivent être pris en compte lors de l'évaluation clinique d'un patient atteint de troubles mentaux graves, afin de pouvoir mettre en place des stratégies thérapeutiques adaptées, et ainsi diminuer le risque de passage à l'acte violent, que ce soit à l'extérieur ou sein de l'institution de soins.

II.1.2 PSYCHOPATHOLOGIE DU PASSAGE A L'ACTE VIOLENT DU MALADE MENTAL

La compréhension du sens du passage à l'acte violent dans le cadre d'une pathologie mentale est indispensable à la prévention de ce type de comportement. Comprendre pour mieux l'anticiper, pour trouver les mots et les gestes et pour le prendre en charge.
L'analyse de l'acte, de la personne, de la pathologie, du moment et du lieu est essentielle. « Soigner la dangerosité, c'est-à-dire éviter la récidive, implique le préalable de cerner le sens de l'acte de violence [407]»

II.1.2.1 Approche psychodynamique.

II.1.2.1.1 La question de l'origine de la violence

L'explication de la violence humaine, des raisons qui peuvent pousser un être humain à commettre un crime sur autrui a été au centre de la réflexion de nombreux psychiatres et psychanalystes. En effet, la violence, la haine et l'agressivité sont à situer dans le registre du pulsionnel.

FREUD a évoqué l'influence d'impulsions hostiles à l'égard des parents dans l'apparition des névroses, de la paranoïa et de la mélancolie. Pour lui, « La tendance à la violence est une disposition pulsionnelle originaire, autonome de l'être humain. C'est le danger principal pour la civilisation et même pour l'espèce.[408] ». Freud introduit l'idée d'une pulsion de mort, opposée aux pulsions de vie. La pulsion de mort serait en partie intériorisée, expliquant les comportements auto-agressifs et le masochisme et en partie extériorisée, rendant compte des tendances destructrices et agressives et des comportements sadiques lorsqu'elle est associée aux pulsions sexuelles.
FREUD distingue différents types de ressorts de l'acte criminel : les criminels déchargeant une culpabilisation aveugle dans l'acte, les criminels sans culpabilité, narcissiques, dans un acte de transgression pure et les criminels idéalistes fondant leurs actes dans la référence à l'autre qui lui doit dédommagement de son préjudice.

BERGERET parle de « Violence fondamentale ». Pour cet auteur, la violence est naturelle et primitive, elle est présente au tout début de la vie, assimilable à un instinct de survie, elle appartient au registre archaïque. Elle est à la fois pré-objectale, pré-oedipienne et

[407] SENNINGER JL. Les trajectoires psychopathologiques de la dangerosité. *In* VILLERBU *« Dangerosité et vulnérabilité en psychocriminologie »*. l'Harmattan, Paris, 2003.
[408] FREUD S. *Malaise dans la civilisation.* PUF, Paris, 1992.

préambivalente. Le rôle de cette violence instinctuelle n'est pas « d'attaquer l'autre et surtout pas par plaisir. Il s'agit fondamentalement de protéger l'existence et l'intégrité narcissique du sujet. ». Cette violence instinctuelle primaire est distincte de l'agressivité et de la haine qui, elles, résultent d'une érotisation. Cette violence fondamentale est d'ordre narcissique. Pour J. Bergeret, les violences ou actes violents, résulteraient de la non-intégration de la violence fondamentale dans la problématique libidinale. Les actes de violence témoigneraient d'une résurgence de peurs archaïques, et constitueraient une défense en réponse à une menace de destruction de son être.

Pour cet auteur, l'agressivité n'est pas une pulsion mais un comportement déjà élaboré. Alors que la violence représente une défense légitime pour la survie, qui se traduit par l'impulsivité et une indifférence à l'égard des dommages causés, l'agressivité se caractérise par l'intention de nuire à l'autre, ce qui provoque une satisfaction érotisée et un sentiment de culpabilité. La violence est explosive, indifférente à la situation objective, donc imprévisible, alors que l'agressivité est agie dans le cadre d'une situation, d'une relation et est donc plus facilement repérable.

Tableau 5 - Indicateurs théoriques de la violence fondamentale et de l'agressivité selon J. BERGERET[409]

Violence fondamentale	Agressivité
• Instinct inné, pulsion primaire	• Pulsion secondaire
• But : défense pour la survie	• But : nuire à l'autre
• Agir impulsif	• Acte planifié
• Objet indifférencié	• Objet différencié
• Absence de satisfaction	• Satisfaction érotisée
• Absence de sentiment de culpabilité	• Sentiment de culpabilité

La haine, plus objectale que purement narcissique, vise, quant à elle, un objet. Mais selon que l'objet sera différencié, on parlera de haine primitive ou de haine objectale. La haine primitive porte sur un objet encore à forte valeur narcissique, tel l'objet primaire.[410]

II.1.2.1.2 Le passage à l'acte.

Le passage à l'acte peut avoir des sens très différents. Il peut être une réponse à des tensions internes insurmontables, une mise en acte d'un affect refoulé ou une mise en scène, réalisation motrice d'un scénario construit.

Le passage à l'acte peut donc être une décharge des tensions internes, destructrices pour le sujet, le sujet se libérant alors de l'affect attaché au traumatisme. Il peut également être une

[409] AMBROSI A. L'évaluation de la dangerosité : de quels dangers s'agit t'il. In VILLERBU « *Dangerosité et vulnérabilité en psychocriminologie* ».L'Harmattan, Paris, 2003.

[410] GOLSE B. La genèse de l'agressivité et de la violence chez l'enfant. In ALBERNHE T *« Criminologie et Psychiatrie »*.Ellipses, Paris, 1997.

« mise en acte », mise en acte d'un souvenir traumatique sans conscience de la répétition, ou une « mise en scène », comme réalisation d'un scénario sans référence obligatoire à une organisation totalement volontaire et consciente.

Il convient de différencier l' « *acting out* » du « passage à l'acte ». Pour LAPLANCHE, « l'acting out » désigne les actions présentant le plus souvent un caractère impulsif, relativement en rupture avec les systèmes de motivation habituels du sujet, relativement isolables dans le cours de ses activités, prenant souvent une forme auto et hétéro-agressive. » L'acting out correspond à un acte de transgression pendant la cure analytique, l'expression de pulsions par un agir plutôt que par des mots. Il est adressé à l'autre ; il s'agit d'une conduite organisée, sans forcément d'action motrice.
On distingue les acting out directs et indirects. Les acting out « directs » sont marqués par la nécessité d'une décharge, la prévalence de l'économie, la pauvreté du symbolique et la valorisation du perceptif. Ce type de comportement peut s'inscrire au long cours et fait partie, de façon structurelle, du fonctionnement de certaines personnalités[411].

Le passage à l'acte n'est pas adressé à l'autre, c'est un acte impulsif, mais qui contient malgré tout une certaine forme de mentalisation, confirmée par la tentative de liaison dans la répétition.

C. BALIER [412]parle, à propos des comportements violents, de « recours à l'acte » dont les caractéristiques sont : la violence, la brusquerie, la non-préparation et l'absence de mentalisation concernant l'acte lui-même. La seule expression des recours à l'acte, est une manifestation de toute puissance face à un objet externe susceptible de réveiller le traumatisme irreprésentable et suscitant ainsi une menace d'anéantissement. En dehors de l'acte, le sujet est protégé par le clivage et le déni de réalité.

II.1.2.1.3 Temporalité du passage à l'acte

Plusieurs types de passages à l'acte ont été identifiés.
Les *agressions impulsives* sont définies comme une réponse immédiate à une provocation. Elles se caractérisent par une agitation ou un comportement en dehors de tout contrôle, des menaces verbales, une incapacité à calmer le patient, un manque de réflexion quant aux conséquences de l'acte ou à la sécurité du personnel, l'absence de nécessité d'un gain secondaire ou une motivation à long terme et l'expression de remords après l'incident. Dans leur étude sur 88 patients chroniques ayant commis au moins 3 actes d'agressions à l'hôpital

[411] MILLAUD F., DUBREUCQ JL. Evaluation de la dangerosité du malade mental psychotique. Introduction. *Ann Med Psychol*. 2005. 163 :846-851.
[412] BALIER C. La psychanalyse des agirs. http://www.spp.asso.fr/main/Extensions/Items/11_agirs.htm.

sur une période d'un an, QUANBECK ET AL[413]. (2007) ont déterminé que ce type d'agressions était le plus fréquent (54%).

Les *agressions organisées* ont les caractéristiques suivantes : elles impliquent une certaine planification, une provocation minimale, une motivation sociale ou un but externe, l'utilisation d'armes, l'absence d'agitation du patient ou l'impression que le patient contrôle son comportement, un déni de l'agression après le passage à l'acte. Elles sont parfois précédées d'une mise en garde ou arrivent par surprise. Dans l'étude de QUANBECK et al., ces agressions représentent 29%.

Les *agressions psychotiques* sont entraînées par un manque d'alternative rationnelle. Le patient évoque le symptôme (délire ou hallucination) comme étant à l'origine de son passage à l'acte. De plus, les signes de psychose sont présents avant et après le passage à l'acte. La prévalence de ce type d'agression est de 17% dans l'étude de QUANBECK et al.(2007).

J.L SENNINGER[414] distingue 5 trajectoires criminelles pathologiques :

- Le patient dangereux précoce inaugure les troubles psychiques par un passage à l'acte violent (ex : crime immotivé du schizophrène)
- Le patient dangereux tardif, qui passe à l'acte après une certaine période d'évolution des troubles (ex : délire paranoïaque de persécution). Ce n'est pas tant le délire de persécution qui est en cause directement, que bien plutôt la situation vécue par le patient comme un danger de mort imminent.
- Le patient dangereux par intermittence dont le risque de passage à l'acte dépend de l'évolution de la maladie (ex : trouble bipolaire)
- Le patient dangereux aigu, dont le passage à l'acte est imprévisible et brutal et ne correspond pas forcément à une évolution aiguë de la maladie.
- Le patient dangereux chronique, évoquant les passages à l'acte psychopathique, dont la violence semble être une modalité d'existence. Les actes agressifs ne surviennent pas tant au cours de décompensations multiples, révélatrices de sa fragilité, qu'au cours de situations où son vécu est celui d'un risque pour son intégrité physique ou psychique.

SENNINGER rappelle qu'il n'existe aucune corrélation entre une agression et le type d'évolution d'une pathologie psychiatrique, un même acte pouvant être commis dans des contextes très variés et qu'une pathologie donnée, par exemple un délire paranoïaque, n'évoluera pas forcément vers un passage à l'acte violent. Le contexte, la situation, les relations interpersonnelles peuvent jouer un rôle dans la « décharge de la violence ».

---

[413] QUANBECK CD., McDERMOTT BE., LAM J., EISENSTARK H., SOKOLOV G et al. Categorization of aggressive acts committees by chronically assaultive state hospital patients. *Psychiatric Serv.2007*;58:521-528.
[414] SENNINGER JL., Notion de dangerosité en psychiatrie médico-légale. *EMC, psyc*hiatrie. 2007 : 37-510-A-10.

Dans le milieu hospitalier, les passages à l'acte violents sont reliés à certaines situations. Dans l'étude de QUANBECK et al. (2007) les agressions de type impulsif sur le personnel hospitalier ont lieu lorsque le soignant oblige le patient à participer à une activité ou lorsque une demande du patient est refusée. Les agressions de type organisé sont motivées par une revanche contre quelque chose vécu comme injuste. Une grande majorité des actes psychotiques est commise parce que l'agresseur pensait que la victime allait tenter de lui faire du mal.

BENEZECH[415] a schématisé les principales catégories de meurtres ou assassinats commis par des malades mentaux sur les soignants :

- *Le crime fortuit* : les victimes se sont retrouvées victimes par hasard. Il n'y a, dans ce cas, aucune relation ou aucun conflit antérieur entre la victime aléatoire et l'auteur de l'homicide, la victime n'étant pas personnellement ou professionnellement visée et sa mort étant due à des circonstances fâcheuses. Il n'y a pas de mobile, la victime s'étant retrouvée au mauvais endroit au mauvais moment.
- *Le crime occasionnel.* La victime était connue ou inconnue de l'auteur, et est ciblée comme présentant un intérêt évident pour l'obtention d'un gain matériel ou un contact sexuel, mais nullement en raison de son activité soignante. C'est le meurtre d'opportunité.
- *Le crime par motif personnel*. La victime est connue, personnalisée et responsabilisée. Il s'agit d'une histoire de vengeance, de rivalité. L'agression est due à un conflit émotionnel. Là encore, il n'y a aucune relation avec les soins.
- *Le crime par motif professionnel.* Le professionnel de santé est ciblé en raison de sa seule présence sur les lieux (rixe aux urgences), soit en raison de sa part personnelle dans les soins (victime responsabilisée), soit en raison de ce qu'il représente par sa fonction ou son statut (victime substitutive). Il s'agit généralement d'un meurtre par dispute, colère, haine ou vengeance, de la part d'un malade impulsif, opposant, revendicateur, délirant, confus. Ce type de passage à l'acte résulte d'une pathologie de la communication soignant-soigné, le passage à l'acte survenant sur le lieu du travail.

D'après la revue de la littérature réalisée par BENEZECH, les homicides perpétrés par des patients sur leurs soignants résultent souvent :

- d'une *conduite impulsive,* totalement imprévisible, qui n'est précédée d'aucun signe patent permettant de le prévenir, dans le cas de patients arriérés mentaux, de psychose infantile, du fait de l'irrationalité de certains comportements psychopathologiques.

[415] BENEZECH M. Le passage à l'acte homicide en milieu médical et carcéral. *Ann Med Psychologiques*. 2005 ; 163 :632-641.

- *d'un état de crise réactionnel à un conflit* avec un soignant, une équipe ou l'institution. Dans ce cas, les violences antérieures, les incidents récents, les disputes et les menaces, le changement de comportement du patient, le refus de la poursuite du traitement doivent éveiller l'attention des soignants. Les auteurs de ce type de passage à l'acte sont majoritairement des alcooliques, des toxicomanes, des personnes souffrant de troubles graves de la personnalité, des psychotiques haineux, pervers en phase processuelle ou revendicative.
- d'un *acte longuement prémédité* et préparé par un patient hospitalisé ou ancien hospitalisé, avec une victime ciblée du fait de son rôle actif dans la prise en charge ou de sa représentation institutionnelle. Le patient est généralement un schizophrène ou un paranoïaque qui commet son crime sous l'influence directe d'une thématique délirante de persécution, de revendication et de réparation.

II.1.2.1.4 Schizophrénie et passage à l'acte violent

La complexité du processus schizophrénique, de la maladie dans son évolution et les difficultés thérapeutiques rendent difficile l'appréhension du passage à l'acte d'un patient schizophrène. Les symptômes de la maladie, l'association entre symptômes délirants et retrait autistique, les modifications de communication liées à la pathologie rendent fréquemment le passage à l'acte imprévisible. Le schizophrène ne prévient ni ne menace, car il ne recherche ni le contact ni la rencontre[416].

Les auteurs semblent retrouver dans le passage à l'acte violent du patient schizophrène certaines caractéristiques.

Dans la plupart des cas, ce passage à l'acte n'est pas prémédité ni préparé techniquement. L'arme la plus souvent utilisée dans les cas d'homicides, est un couteau ou une arme blanche, parce qu'elle constitue une arme d'opportunité, immédiatement disponible.

L'agression est la plupart du temps brutale, soudaine, mais l'on peut trouver préalablement une dispute. L'acharnement et une violence excessive sont très fréquemment constatés dans les cas d'homicides, signant le caractère émotionnel de l'acte. L'intention n'est pas seulement de tuer, mais de détruire, de faire disparaître, d'anéantir.

Après le passage à l'acte homicide, dans la majorité des cas, le sujet schizophrène ne tente pas de cacher son crime et fait la démarche spontanée de se dénoncer immédiatement.

La froideur affective à l'évocation des drames est très fréquente, le passage à l'acte étant décrit avec une indifférence apparente, une absence d'expression affective et de culpabilité. Il n'existe pas de critique du passage à l'acte.

---

[416] ALBERNHE T. Les groupes des schizophrénies. In ALBERNHE T *« Criminologie et Psychiatrie»* Ellipses, Paris, 1997 : 316-321.

Le crime fait partie du délire. Il apparaît le plus souvent comme une réaction de défense nécessaire à la survie du patient qui évoque régulièrement le fait que sa vie était en jeu, qu'il n'avait pas d'autres choix. Ces menaces peuvent être ressenties, comme des menaces pour la vie psychique ou physique.

J.L SENNINGER[417] a étudié le glissement pouvant conduire de la schizothymie à la schizophrénie avec finalement un passage à l'acte criminel. Il décrit des sujets qui présentent une personnalité schizoïde qui se révèle au cours de l'adolescence, mais qui n'induit aucun trouble du comportement suffisamment apparent pour laisser supposer une dangerosité. Le scénario meurtrier s'élabore lentement, en contradiction avec la conscience du sujet et l'acte proprement dit survient dans un contexte d'angoisse massive et déstructurante de sorte que la victime est appréhendée de façon parcellaire.

BENEZECH et al.[418] (2001) évoquent l'acte homicide d'un patient schizophrène sur un homosexuel. Ils mettent en avant deux hypothèses psychopathologiques. Celle d'un psychopathe pervers sexuel, devant la préméditation, le scénario organisé, la présence et l'ancienneté de fantasmes déviants, la recherche jouissive de la souffrance de la victime, l'absence de culpabilité et la tentative d'échapper à la victime. L'autre hypothèse est celle d'une conduite perverse chez un psychotique, devant la cruauté et la violence gratuite, l'indifférence froide, le syndrome d'influence avec injonction meurtrière.
Pour ces auteurs, le passage à l'acte est à comprendre comme une défense contre la destruction psychotique et comme une solution à un désordre libidinal en s'attaquant à sa propre homosexualité à travers l'image de la victime.

Du point de vue psychopathologique, il semblerait que les actes auto et hétéro-agressifs soient dus, majoritairement, à de profondes perturbations affectives ressenties par ces patients.
Le passage à l'acte du schizophrène naît d'une situation ressentie comme dangereuse. Face à cette situation menaçante, le schizophrène va en rechercher l'origine, et se concentrer sur le monde extérieur, seule source possible de menace. Dans un mouvement projectif, le schizophrène va commencer à percevoir le monde comme étrange, angoissant.
Puis le sujet schizophrène va rechercher des solutions face à cette menace. Une fugue, une tentative de suicide pour tenter de s'éloigner de la source du danger. L'homicide ou la tentative d'homicide peuvent être un moyen de résoudre cette situation dangereuse, et d'éliminer le persécuteur.

---

[417] SENNINGER JL. Personnalité schizoïde et actes criminels. Act Psy 1986 ;1 :23-28.
[418] BENEZECH M., BENAYOUN MD., HACHOUF S. Homicide sadique d'un homosexuel par un schizophrène. Considérations médico-légales sur les fantasmes pervers chez les psychotiques. *Ann Med Psychol.* 2001;159:363-369.

Les patients schizophrènes présentant un délire de persécution peuvent passer à l'acte dans le cadre de ces idées délirantes. Dans un contexte d'insécurité et de fragilité émotionnelle, la conviction délirante peut se développer, du fait de distorsions cognitives qui ne permettent pas de traiter de façon adaptée une situation affective ou émotionnelle stressante. Le vécu délirant de persécution génère un climat émotionnel d'intensité croissante (peur, angoisse, souffrance), qui provoque des comportements d'évitement, de fuite ou même d'agression, pour éliminer ou maîtriser la source de la persécution éprouvée. Le passage à l'acte est alors une manifestation d'un instinct de conservation et d'autoprotection. Ce passage à l'acte peut également se retourner contre le patient afin qu'il fuie ou mette fin à la persécution et aux préjudices éprouvés. Il existe un combat délirant d'autodéfense, par lequel le sujet tente d'échapper à la menace de préjudice, d'anéantissement et de mort, venant selon lui de son persécuteur. Le passage à l'acte hétéroagressif et même l'homicide sont ensuite vécus comme libérateurs, car il se sent soulagé d'avoir repoussé ou éliminé la source de tous ses maux[419].

On parle fréquemment, face au passage à l'acte homicide de patients schizophrènes, de crimes « immotivés » du fait de l'incompréhension et de l'impression d'absence de sens. Mais pour JC MALLEVAL (cité par ALBERNHE [420]), « l'absence de raison, de préméditation, l'instantanéité et la brusquerie de l'attaque, la violence, la férocité inutile de l'exécution, l'acharnement et la multiplicité des coups, l'absence de dissimulation et de toute tentative pour s'échapper et se cacher, l'indifférence et le manque de remords et surtout, l'amnésie totale de l'acte signent le crime ou l'agression épileptiques. Les mêmes caractéristiques s'avèrent valables pour le meurtre immotivé du schizophrène, à l'exception du phénomène de l'amnésie»

Des tableaux cliniques particuliers peuvent être mis en évidence lorsque dominent l'instabilité, l'hétéro-agressivité et les passages à l'acte archaïques et massifs.
Claude BALIER[421] (1988) parle de « psychose froide » pour désigner des patients violents, sans délire verbalisé, dont le mécanisme psychopathologique principal est le clivage, mais sans pour autant être affirmés dans une authentique schizophrénie.

Ces différentes formes de passage à l'acte du patient schizophrène rendent ce trouble particulièrement soumis à la vindicte populaire. Les passages médico-légaux pouvant survenir à tous les stades de l'évolution de cette maladie et pas seulement lors de l'entrée dans la schizophrénie, cela revient à dire qu' « un schizophrène peut être considéré comme

[419] BOUCHARD JP. Violences, homicides et délires de persécution. *Ann Med Psychologiques*. 2005;163 :820-826.
[420] ALBERNHE T. Les groupes des schizophrénies. In ALBERNHE T *« Criminologie et Psychiatrie»* Ellipses, Paris, 1997 : 316-321.
[421] BALIER C. *Psychanalyse des comportements violents*. PUF,Paris,1988.

dangereux tout en sachant que le simple fait de considérer un sujet comme dangereux le rend justement encore plus potentiellement dangereux »[422].

II.1.2.1.5 Psychose paranoïaque et passage à l'acte violent

Les délires paranoïaques de persécution sont à risque de passage à l'acte médico-légal. Si l'idée délirante prend souvent son origine dans la réalité extérieure ou la vie courante, on observe, après une étape essentiellement interprétative, une période pendant laquelle le sujet vit le monde extérieur, sur lequel il projette toute responsabilité comme hostile. De nombreux éléments extérieurs viennent corroborer et alimenter l'interprétation délirante. L'élaboration de plus en plus erronée qui s'ensuit peut entraîner une anxiété importante, générer un état de désarroi et un climat émotionnel de crainte et d'angoisse insoutenable, d'où le caractère impérieux de résoudre le préjudice dans un passage à l'acte procédurier ou violent[423]. Les croyances anormales chez les sujets délirants persécutés reflètent des perturbations dans la perception des événements.

Dans le cadre des délires de jalousie, et des crimes « passionnels », existe la notion de perte d'objet. La personnalité de ces criminels « passionnels » peut être marquée par l'égocentrisme, le sentiment « d'avoir droit », une dépendance avec besoin de réassurance. Les relations à l'autre oscillent entre idéalisation et dévalorisation d'autrui. Il existe un manque d'empathie à l'égard des sentiments d'autrui et une incapacité à supporter l'abandon. La relation possessive est marquée par une grande dépendance du sujet à l'objet. La menace de la perte d'objet, entraîne une atteinte narcissique avec menace de l'intégrité du Moi, et le passage à l'acte criminel intervient comme une défense contre l'effondrement du Moi.

DE GREFF (cité par AMBROSI), à propos des crimes passionnels, a décrit trois étapes dans l'évolution vers le passage à l'acte.

- « L'acquiescement mitigé » durant lequel, le sujet commence à dévaloriser la future victime et à fonder l'idée de la disparition accidentelle de cette dernière. Le fantasme homicide peut se réaliser au travers d'actes manqués ou de lapsus.
- Puis la phase « d'acquiescement formulé » où l'individu est en lutte avec lui-même et sa conscience morale et se laisse envahir par la perspective du crime sans exclure les idées auto-agressives.
- « L'état de crise » se traduit par un sentiment de souffrance imméritée dont le sujet rend sa victime coupable. L'autre devient un danger à neutraliser. C'est au paroxysme de ce climat émotionnel qu'intervient l'acte.

---

[422] ALBERNHE T. Les groupes des schizophrénies. In ALBERNHE T *« Criminologie et Psychiatrie»* Ellipses, Paris, 1997 : 316-321.
[423] BOUCHARD JP. Violences, homicides et délires de persécution. *Ann Med Psychol*. 2005;163 :820-826.

II.1.2.1.6 Mélancolie et passage à l'acte violent

Si les passages à l'acte auto-agressifs sont bien connus dans la mélancolie, il arrive parfois que l'agressivité et la violence soient retournées vers l'extérieur.

P. RACAMIER[424] évoque deux cas dans lesquels les conduites agressives chez des mélancoliques sont tournées vers autrui : le suicide collectif et le délire de persécution. Pour cet auteur, c'est lorsque l'objet est perçu en dehors, mais vécu en dedans comme absolument à soi, qu'il peut devenir la cible d'une agression. « Le déprimé attaque les personnes extérieures, mais auxquelles il tient, comme il s'en prend à lui-même ou à ses biens : il attaque un alter ego interposé »

Pour SENNINGER[425], le dépressif associe une estime de soi fortement dépréciée et une souffrance morale intense. Il perçoit l'impact de sa souffrance sur ses proches, et lorsque les idées délirantes de ruine, de damnation incluent l'entourage, le risque d'homicide altruiste est augmenté. Parfois, le dépressif tue les êtres, qui lui sont le plus cher affectivement, dans une apparence de raptus meurtrier, mais l'analyse de l'acte montre à quel point il a été préparé et qu'il constitue parfois un équivalent suicidaire, sans toutefois de velléité suicidaire au sens strict. Pour SENNINGER , il ne le fait pas tant « dans un but suicidaire altruiste », mais dans une démarche à la fois autopunitive « pour souffrir comme survivant d'une tragédie qu'il a générée » et à la fois « par pitié pour les être chers qui sont perçus comme étant dans une souffrance indicible, extrême, et cela par sa faute ».

II.1.2.1.7 Manie et passage à l'acte violent.

Le maniaque, s'il commet des infractions contre la propriété, est assez peu fréquemment violent à l'égard d'autrui. Le symptôme le plus apparent dans la manie est l'excitation psychomotrice, qui peut engendrer des débordements dont des passages à l'acte agressifs. L'agitation est parfois tellement intense qu'elle peut prendre l'aspect d'une fureur.

Le maniaque fait l'expérience d'un vécu de toute puissance, qui lui semble indispensable à sa survie. Selon SENNINGER[426], lorsque quelqu'un met en cause cette toute puissance, en s'y opposant, le maniaque se sent en danger pour sa survie, et peut alors passer à l'acte dans un déchaînement de violence. « C'était lui ou moi ».

II.1.2.1.8 Déficience mentale et passage à l'acte

Pour SENNINGER, la déficience mentale n'est pas à l'origine des passages à l'acte violents, mais à l'origine d'une altération de l'affectivité : insuffisance d'intégration des valeurs morales, désinhibition affective, immaturité affective, intolérance aux frustrations, irritabilité, suggestibilité, sentiment d'infériorité…. Toutes ces composantes affectives influencent la

---

[424] RACAMIER C. Agression et jalousie : deux singuliers visages de la dépression. *L'évolution psychiatrique*. 1968 ;32 :291-307.

[425] SENNINGER JL. Les trajectoires psychopathologiques de la dangerosité. In VILLERBU *« Dangerosité et vulnérabilité en psychocriminologie »*. l'Harmattan, Paris, 2003

forme prise par les comportements agressifs chez les patients présentant une déficience mentale.

II.1.2.1.9 Psychopathie et passage à l'acte.

R. MELOY, donne une lecture renouvelée de la sémiologie psychopathique en mettant l'accent sur les mécanismes de sensations-perceptions qui ouvrent la voie à la violence prédatrice de certains sujets. Il indique comment le processus psychopathique se perpétue par l'incapacité à surmonter un état de déplaisir, à refouler un affect déplaisant et ce qui conduit le sujet à un vécu de colère diffuse parce qu'il ne peut se référer, en raison de la pauvreté de ses identifications, à des expériences apaisantes, et donc, à l'empathie.

La prise en compte du risque violent de nature psychopathique passe d'abord par la délimitation diagnostique, dans laquelle l'intolérance à la frustration et l'imminence du passage à l'acte, auto ou hétéroagressif restent deux maîtres symptômes. Mais une meilleure compréhension de ce qui peut faire basculer le sujet, soit dans l'agressivité affective qui met en jeu une émotion indicible par sa proximité avec la crainte de l'envahissement psychotique, soit dans une agressivité prédatrice, apparemment dénuée d'émotion, est fondamentale dans cette démarche d'anticipation. (GRAVIER, 2005[427]) .

Le passage à l'acte violent peut être compris comme une perception soudaine d'un vide intérieur effroyable, une recherche de maîtrise explosive des limites, un refus de l'insupportable, de l'incomplétude narcissique (BALIER,1988[428]) où le sujet bascule brutalement pour fuir tout ce qui peut rappeler un vécu abandonnique mortifère (ruptures, carences, faillites familiales, expériences psychiquement indigérables). Tout ce qui ne peut bannir l'émotion de l'acte, mais dont on peut pressentir la frayeur quand la relation cherche à apprivoiser cet étrange vécu.

Dans un autre registre, certains agirs ou recours à l'acte (BALIER, 1988) témoignent de la proximité du délire, d'une émotion qui s'expulse à travers des mécanismes psychotiques, et qui indique combien la violence met le sujet au risque du morcellement. Dans tous les cas, l'appréciation du risque violent passe par l'acceptation et la mesure que l'on peut prendre de l'incapacité de ces sujets à penser, à mentaliser, à élaborer, et en corollaire, par l'absolue nécessité de pouvoir mettre en place un cadre qui tient compte de ces failles, et de la destructivité qui y réside, et les aide à exister autrement que dans l'acte. (GRAVIER, 2005).

BALIER[429], préfère parler de « socle psychopathique », plutôt que de psychopathie, autour duquel se construiraient divers aménagements de nature névrotique, narcissique, voire psychotique ou hystérique. Pour cet auteur, le « socle psychopathique » est marqué par le

---

[427] GRAVIER B., LUSTENBERGER Y. L'évaluation du risque de comportement violents: le pint sur la question. *Ann Med Psychol*. 2005;163:668-680.
[428] BALIER C. *Psychanalyse des comportements violents*. PUF,Paris,1988
[429] BALIER C. Psychopathie. In BALIER C« *La violence en abyme* ». PUF, Paris, 2005.

fait que le psychopathe n'est pas « sujet » mais « agent ».Les choses, les actes, s'enchaînent naturellement en dehors de lui. « Tout se passe comme si c'était l'autre lui-même qui remplissait la fonction d'auteur ». Les limites corporelles sont floues, presque absentes, les automutilations permettant de réveiller les limites. Le socle psychopathique est également marqué par une absence d'accès à la dépression, « le deuil n'est pas possible car il soulève le risque d'un retour à l'anéantissement. La douleur qui accompagne le deuil est refusée ». Et là est l'une des problématiques dans la prise en charge de ces patients. « Souffrir est la voie nécessaire d'accès à la mentalisation, à la représentation. »

II.1.2.2 Aspect Neurobiologique

Les recherches dans le champ de la neurobiologie concernant les comportements violents et agressifs peuvent aboutir à une amélioration de la compréhension de ces comportements, mais également à une amélioration de la prise en charge thérapeutique.

II.1.2.2.1 Le système sérotoninergique.

C'est le système le plus étudié et le plus souvent impliqué dans les recherches sur les mécanismes physiopathologiques de l'agressivité.

La diminution des indices d'activité sérotoninergique centrale a été constatée chez l'homme et corrélée avec des comportements auto et hétéro-agressifs.

Plusieurs études ont mis en évidence que le métabolite principal de la sérotonine, le 5-HIAA, est réduit dans le fluide cérébrospinal chez les individus ayant des antécédents de violence et d'agressions comparativement à ceux qui n'ont pas ces antécédents.

Des anomalies génétiques dans la fonction sérotoninergique pourraient disposer des individus à des comportements d'agression. Des études préliminaires suggèrent que la présence du génotype UL ou LL ,du gène du tryptophan hydroxylase, serait associée avec des agressions chroniques, un comportement suicidaire et un faible taux de CSF 5-HIAA chez les délinquants violents.

Des études en post-mortem, chez des individus décédés d'un suicide, révèlent une baisse de 5-HIAA dans le cortex préfrontal. Il existerait également une élévation des récepteurs 5-HT1A post-synaptiques dans le cortex préfrontal et des perturbations de la répartition topographique des récepteurs 5-HT1-C et 5-HT1-B[430].

Une diminution de l'activité de la transmission de la sérotonine serait donc associée à une augmentation des comportements agressifs et impulsifs.

[430] FARISSE J., LANCON C., HERY F. Contribution de la neurobiologie à l'étude des comportements agressifs. In. ALBERNHE T. « *Criminologie et Psychiatrie* ». Ellipses, Paris, 1997.

II.1.2.2.2 Système noradrénergique.

Le système central dopaminergique et noradrénergique peut également jouer un rôle dans la genèse de comportements violents. Les systèmes noradrénergiques sont connus pour jouer un rôle dans la régulation de l'excitabilité, de l'éveil et de la réaction à l'environnement.
Chez les hommes, des modifications de la concentration en noradrénaline sont corrélées avec des conduites à risque et des comportements impulsifs. Par exemple, une augmentation des récepteurs B adrénergiques dans le cortex cérébral préfrontal et temporal a été retrouvée dans le cerveau de victimes de suicides violents. De plus, le CSF 3 méthoxy 4 hydroxyphénicol est élevé dans les suicides violents par rapport aux suicides non violents.

Une association entre l'activité de la COMT (Cathechol O methyl transferase) et l'agressivité a été rapportée. La COMT intervient dans la conjugaison des neurotransmetteurs de la cathécholamine. Deux variantes de la COMT ont été observées, une variante « faible activité » et une variante « forte activité ». Les patients schizophrènes étant homozygotes pour allèle « faible activité » seraient plus à risque d'agressivité et de comportements dangereux que ceux ayant les deux allèles « forte activité ».

Les systèmes de neurotransmetteurs impliqués dans les comportements violents incluent l'acide gamma amino-butyrique (GABA), la sérotonine, la norepinéphrine, et la dopamine.
Les médicaments antagonistes de 5-HT2 et 5HT1 ont montré des propriétés anti-agressives.

II.1.2.2.3 Testostérones et endorphines

FARISSE et al[431]. rapportent quelques travaux qui auraient montré qu'une élévation de la testostérone serait reliée à des actes agressifs. Les endorphines, quant à elles, seraient plutôt corrélées avec des comportements auto-agressifs.

[431] FARISSE J., LANCON C., HERY F. 1997.Ibid.

II.1.3 LES METHODES D'EVALUATION DU RISQUE DE DANGEROSITE DES MALADES MENTAUX

L'objectif de l'évaluation de l'état dangereux d'un patient est de prédire la survenue de comportements violents et donc de pouvoir mettre en place des stratégies de prévention de cette violence.

Il existe différentes méthodes permettant d'évaluer le risque de comportements violents et de dangerosité des malades mentaux.

L'approche anamnéstique, qui implique d'évaluer les différents modes de violence dans l'histoire du patient en supposant qu'une agression passée peut se répéter dans des circonstances similaires.

L'approche clinique, qui implique l'application d'une expérience clinique, l'entraînement et l'intuition sur des types de cas particuliers pour interpréter l'information et arriver à un jugement professionnel sur le niveau de risque du patient.

L'approche actuarielle, qui en pratique, implique l'utilisation de données empiriques pour déterminer comment un groupe de personnes avec des caractéristiques similaires à celles du patient a tendance à se comporter.

II.1.3.1 L'approche anamnéstique

L'approche visant à faire l'anamnèse de l'histoire de violence du patient semble être très importante dans l'évaluation du risque de violence future. En effet, les patients malades mentaux ayant commis des infractions criminelles ont très fréquemment des antécédents de comportements violents et agressifs qui doivent être étudiés avec attention afin d'en tirer des informations essentielles sur la nature et le contexte de leur passage à l'acte violent. Pour certains auteurs, les actes de violences futures ne sont que la répétition des violences précédentes et les circonstances de passage à l'acte sont souvent les mêmes pour un individu donné.

II.1.3.2 L'approche clinique

Que l'acte criminel apparaisse hors champ psychiatrique ou au contraire comme point nodal de la pathologie, il doit nous faire nous interroger sur ce que peut en dire le psychiatre, que ce soit dans son témoignage d'expert ou dans l'accompagnement des sujets à travers la sanction et la compréhension de ce qui les hante. L'évaluation du sujet violent croise de nombreux chemins et en particulier, celui de la construction d'une clinique des comportements violents. L'état dangereux d'un patient repose sur trois conditions : la

personnalité du patient, le contexte et le comportement de l'entourage[432]. L'évaluation clinique doit permettre la recherche de facteurs de risques de dangerosité concernant la biographie du patient, son état mental, les co-morbidités associées et sa relation aux soins.
Plusieurs domaines doivent donc être évalués par le clinicien. L'expert doit distinguer les facteurs de risque statiques des facteurs de risque dynamiques. Par définition, les facteurs de risque statiques ne sont pas sujets à des changements. Ces facteurs incluent les facteurs socio-démographiques et les antécédents de violence. Les facteurs dynamiques sont sujets à changement du fait d'une prise en charge et incluent les facteurs comme l'accès à une arme, les symptômes psychotiques, l'abus de substance et le cadre de vie d'une personne. Le clinicien peut trouver une aide en organisant une grille qui souligne les facteurs de risque connus, leur prise en charge et les stratégies de traitement pour ces facteurs de risque dynamiques. Ce peut être une assistance dans le développement d'un plan de prévention de la violence qui met en évidence la combinaison unique des facteurs de risque pour chaque patient en particulier. (SCOOT et RESNICK, 2006[433])
DEVANTOY R[434]. (2007) a déterminé une méthode d'évaluation du potentiel homicidaire basée sur celle du potentiel suicidaire. Cette méthode d'évaluation clinique repose sur la recherche de facteurs de risque, de l'imminence et de la faisabilité du scénario homicidaire. Cette évaluation repose sur un trépied clinique : les facteurs de risque d'homicide (âge, sexe masculin, milieu socio-économique défavorisé, antécédents personnels de violence, antécédents psychiatriques, co-morbidité d'abus de substance), l'urgence et l'imminence du passage à l'acte (fréquence, intensité des idées homicides, constellations particulières des symptômes, décompensation aiguë, symptomatologie psychotique floride) et le danger de l'acte homicide (spatialité, temporalité et modalité du scénario homicidaire, létalité et accessibilité aux moyens).

Il est donc nécessaire que le clinicien puisse interroger le patient et son entourage sur les différents facteurs de risque de violence repérés dans les études internationales, mais également comprendre le passage à l'acte, le vécu du patient par rapport à cette violence.
L'évaluation clinique du risque de dangerosité doit, selon DOYLE et DOLAN[435] s'effectuer selon 5 étapes.
La première consiste dans l'accumulation d'informations concernant l'individu, à partir de différentes méthodes d'évaluations et en faisant appel à de multiples sources pour obtenir ces données (antécédents de violence, état mental, abus de substance …)

---

[432] CAILLAT AS., HORREARD AS., KOTTLER C. Les méthodes d'évaluation de la dangerosité. In BEAUREPAIRE, BENEZECH, KOTTLER. *« Les Dangerosités* » John Libbey Eurotext, Paris, 2004.
[433] SCOTT CL., RESNICK PJ. Violence risk assessment in persons with mental illness. *Aggress Violent Behav*. 2006 ;11 :598-611.
[434] RICHARD-DEVANTOY S. « *Homicide et maladie mentale : données épidémiologiques, particularités cliniques et criminologiques, axes de prévention* ». Thèse de Psychiatrie. Angers. 2007.
[435] DOYLE M., DOLAN M. Standardized risk assessment. *Psychiatry.* 2007;6:409-414.

La deuxième étape implique d'identifier les facteurs de risque (facteurs de risque historiques, cliniques, environnementaux, contextuels) et la troisième étape doit permettre de rechercher les facteurs protecteurs (passés, actuels, contextuels).
La quatrième étape consiste à évaluer le risque de violence à partir des informations obtenues en précisant, sa nature, la sévérité, l'imminence, l'évolution et les facteurs augmentant ou diminuant ce risque.
La dernière étape va permettre de proposer une prise en charge adaptée au type de risque de violence : traitement, gestion de la violence, surveillance, supervision, organisation de la sécurité des victimes.

II.1.3.2.1 Les antécédents de violence

Les cliniciens ont tendance à être réticents à demander au patient son passé de violence, du fait de la peur de connaître la réponse par rapport à leur propre sécurité ou de mettre à mal la relation thérapeutique.
Pour permettre au clinicien de pouvoir aborder toutes les questions avec son patient, il est nécessaire que l'entretien puisse être réalisé dans un lieu sécurisé mais de façon à pouvoir préserver une relation thérapeutique. Si le praticien perçoit que le patient est trop vulnérable au stress, secondaire aux questions posées sur la violence et que cela risque d'entraîner un comportement agressif, des actions appropriées doivent être mises en place pour prévenir ce risque (SKEEM et MULVEY[436]). Il est important que le praticien n'ait pas peur de poser des questions comme « Quelle est la chose la plus violente que vous ayez jamais faite ? » ou de savoir ce qui a entraîné les précédentes hospitalisations ou les arrestations.
Le praticien doit souvent faire des efforts répétés pour obtenir le plus d'informations possible. Il peut être souvent nécessaire de trouver d'autres sources d'informations comme la famille, les soignants…
Le clinicien doit absolument déterminer quelles étaient les pensées, les émotions et les actions au cours de chaque événement violent, explorer comment la personne se sentait pendant le passage à l'acte et comment il s'est comporté immédiatement après (remords, attente, fuite, tentative de se couvrir) et comprendre les motivations de la violence, la dynamique entre la victime et le patient, le niveau de blessure, et le sens attribué par le patient à l'événement.

II.1.3.2.2 L'état émotionnel et mental au moment de l'évaluation

Lorsque l'on conduit une évaluation pour une dangerosité actuelle, une attention particulière doit être portée sur les affects de l'individu. Les personnes qui sont en colère ou manquent d'empathie à l'égard d'autrui ont une augmentation du risque de violence. Dans l'étude Mac

[436] SKEEM JL., MULVEY EP. Assessing the risk of violence posed by mentally disordered offenders being treated in the community. In BUCHANAN A*: "Care of mentally disordered offender in the Community*" Oxford University Press, Oxford, 2002: p 111-142.

Arthur, les sujets ayant un score important de colère sont deux fois plus à risque de présenter un comportement violent par rapport aux individus ayant de faibles scores de colère Le clinicien doit observer les changements de signes physiques et les symptômes indiquant une violence imminente. BERG, BELL et STUPIN (2001[437]) ont noté que les signes de violence imminente incluaient un visage rouge et l'agrippement des mains. D'autres signes physiques peuvent signaler une violence proche comme les mouvements des yeux, le fait qu'augmente la proximité entre le patient et le clinicien, une incapacité du patient de se tenir à une distance raisonnable (BELL, 2000[438]).

Chez les patients schizophrènes, il est nécessaire d'évaluer l'intensité des symptômes, la présence d'hallucinations avec ordre de violence, d'un délire de persécution, d'un syndrome d'influence.

II.1.3.2.3 La recherche de l'existence d'une cible de la violence

Toutes les menaces doivent être prises au sérieux et les détails élucidés. Il est nécessaire de rechercher chez un patient une potentielle liste de griefs, des fantasmes de violence et s'il existe une victime clairement identifiée.

Le clinicien doit également évaluer le risque de suicide chez tous les patients exprimant des menaces d'homicide. Une tentative de suicide utilisant des moyens violents augmente le risque de future violence envers autrui. Une étude a montré que 91% patients qui avaient fait une tentative d'homicide avaient également tenté de se suicider et que 86% des patients ayant des idées d'homicide avaient également rapporté des idées suicidaires (ASNIS et al., 1997[439]).

II.1.3.2.4 La recherche de l'existence de co-morbidités

La recherche d'une toxicomanie ou d'un éthylisme associé à la pathologie mentale majore le risque de comportements violents et cela doit donc être dépisté par le clinicien.

L'existence de troubles neurologiques ou de lésions cérébrales doit faire l'objet d'examens complémentaires.

II.1.3.2.5 La relation aux soins

La non-compliance aux soins majore les risques de passage à l'acte violent. Rechercher le degré de conscience que le patient a de ses troubles et donc de la nécessité d'une prise en charge est un bon indicateur du risque de comportement violent.

---

[437] BERG AZ., BELL CC., TUPIN J. Clinician safety: assessing and managing the violent patient. *New Dir Ment Health Serv*. 2001;91:107-127.

[438] BELL CC. Assessment and management of the violent patient. *J Natl Med Assoc*. 2000;92:247-253.

[439] ASNIS GM., KAPLAN ML., HUNDORFEAN G., SAEED W. Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am.*1997;20:405-425.

II.1.3.2.6 L'évaluation du contexte

Les cliniciens ne doivent pas s'en tenir, dans l'évaluation de la dangerosité des patients, uniquement à la psychopathologie mais également au contexte.

Les études ont en effet montré que la situation dans laquelle le patient vivait pouvait avoir des conséquences sur le risque de violence. Si le patient est dans un environnement violent, il y a plus de probabilité qu'il commette un acte de violence (accès à des armes, proximité de certaines personnes pouvant être les cibles de sa violence). Si un patient a déjà agressé sa mère dans un état de délire et qu'il présente de nouveau un délire de persécution à l'encontre de celle-ci, l'évaluation du risque sera différente s' il vit seul ou s' il vit avec elle .

L'évaluation clinique de la dangerosité d'un patient repose donc avant tout sur les connaissances du praticien concernant les facteurs de risque et la psychopathologie des comportements violents. Il s'agit d'une évaluation « subjective », non reproductible selon les interlocuteurs.

Pour pallier le manque de fiabilité des méthodes d'évaluation clinique, des échelles et des instruments standardisés d'évaluation du risque de comportements violents ont été développés.

II.1.3.3 Les instruments pour l'évaluation du risque de comportements violents

Les instruments standardisés d'évaluation du risque pour la prédiction de la violence sont de plus en plus utilisés par les cliniciens en association avec l'évaluation clinique. Le but de ces schémas de prédiction est d'assister le clinicien à rechercher les données appropriées .

Dans les années 1980, Monahan a montré les limites de l'évaluation clinique non spécialisée du risque en estimant la précision de ces prédictions de « première génération » inférieure à 33%. Aujourd'hui, l'évaluation du risque de violence constitue une préoccupation majeure chez les professionnels exerçant auprès de populations de délinquants. Depuis les années 1980, de nombreux instruments d'évaluation du risque ont été développés dans le but d'augmenter la précision de la prédiction de la violence. La plupart de ces instruments présentent une validité prédictive modérée, ce qui constitue, sans nul doute, un progrès important par rapport aux évaluations cliniques générales, lesquelles prédisent la récidive de manière inexacte, à travers une grande prévalence de faux-positifs (PHAM et al.[440]) Ces instruments sont de plus en plus utilisés sur le plan international.

L'évaluation du risque peut se subdiviser en trois temporalités :

[440] PHAM TH., DUCRO C., MARGHEM B., REVEILLERE C. Evaluation du risque de récidive au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone. *Ann Med Psychol.* 2005;163:842-845.

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

L'évaluation à court terme apparaît bien sûr comme l'évaluation la plus fiable, celle qui est source de progrès : le contexte de prédiction est le même que le contexte de validation, le feed-back concernant la prédiction est plus facile et a plus de validité et , en outre, il est possible d'identifier les éventuels stimuli déclencheurs. Cette évaluation permet de souligner l'urgence d'une situation.

Il existe deux sortes de méthodes permettant l'évaluation du risque de comportements violents.
Les méthodes d'évaluation fondées sur un *jugement clinique*, utilisent des instruments semi-structurés ou des critères formalisés. Ces méthodes associent connaissances empiriques concernant la violence et évaluation clinique tenant également compte, de façon beaucoup plus spécifique, du contexte individuel (passé et futur) (GRAVIER et LUSTENBERGER.,2005[441]).
Les *instruments actuariel* sont, quant à eux, des instruments structurés qui, à partir de variables anamnestiques ou socio-démographiques mesurables, donnent une probabilité quantitative statistique de risque (table actuarielle), s'appliquant à des circonstances données et à une période donnée. L'ensemble brosse un tableau d'un contexte biographique avec un accent sur les éléments propices à l'émergence de comportements violents.

II.1.3.3.1 Les jugements cliniques structurés et semi-structurés

Le plus fréquemment, l'appréciation du risque de violence et de la dangerosité sera le fait d'une évaluation clinique non-structurée, de forme libre, selon des critères relevant du libre choix du clinicien. Ce type d'évaluation, s'il permet une bonne flexibilité et une adaptation sur mesure à la situation clinique en question, est cependant très peu validé empiriquement, et l'utilité des conclusions rendues repose essentiellement sur l'expérience et l'intuition de l'évaluateur.

Les méthodes qui apparaissent les plus prometteuses et qui suscitent un intérêt croissant sont les *évaluations cliniques semi-structurées*. L'évaluation du risque se fait à partir de lignes directrices qui synthétisent des connaissances scientifiques actualisées. Une collecte

[441] GRAVIER B., LUSTENBERGER Y. L'évaluation du risque de comportements violents: le point sur la question. *Ann. Med. Psychol*. 2005;163:668-680.

d'informations la plus exhaustive possible est favorisée par la structure contenue dans l'instrument. Aux indices historiques (comportements violents antérieurs, précocité des troubles du comportement, trouble mental, etc) s'ajoutent des indices cliniques actuels et des indices liés au contexte futur dans lequel le patient est appelé à vivre (COTE., 2001[442]). La rédaction des conclusions doit se faire de façon transparente, avec un examen systématique des éléments à disposition, mais l'évaluateur reste juge de la pondération à leur appliquer, de l'évaluation finale du niveau de risque (GRAVIER et LUSTENBERGER.,2005). Ces méthodes permettent à la fois une évaluation du risque de violence, mais également la gestion du risque.

La HCR-20 (Historical Clinical Risk-20) : un outil du jugement clinique semi-structuré *(*Webster et al. 1997)

C'est une échelle particulièrement utilisée par les cliniciens. Elle comporte 20 facteurs résumant les informations pertinentes sur le passé (histoire du patient), le présent (appréciation clinique), et de l'avenir (gestion du risque probable à l'avenir). Le total à l'échelle va de 0 à 40. Chaque item est évalué sur la base d'un score de 0, 1 ou 2 selon que l'individu rencontre les critères définis à l'item. Le poids relatif des divers items est pris en compte dans l'estimation finale du risque. L'existence d'un score élevé à l'item psychopathie (H7) a plus d'impact sur le risque de violence que le même score à l'item de d'instabilité affective par exemple.

Des études ont été menées chez des patients hospitalisés et ont montré la capacité de cet instrument à anticiper des comportements de violence pendant l'hospitalisation (principalement les facteurs de risques cliniques) ou après la sortie ou le retour dans la communauté. DOUGLAS et al[443].(1999) ont retrouvé dans une étude de suivi de patients dans la communauté que ceux présentant un score supérieur à la médiane avait 6 à 13 fois plus de risque d'être violents que ceux présentant un total inférieur à la médiane. Néanmoins, WEBSTER et al. (1997) précisaient que l'utilisation de la HCR-20 était limitée aux milieux où se trouve une forte proportion de sujets présentant un passé de violence et une forte probabilité d'un trouble mental ou d'un trouble de la personnalité.

Dans les approches cliniques structurées, l'évaluation finale, à la différence de l'approche actuarielle, exige une part de jugements clinique. Ils ont donc, pour avantage principal de susciter la discussion et la confrontation des points de vue plutôt que de donner une vision univoque au patient. Ils rendent aussi plus transparents les principes de base du processus de décision et permettent l'adoption d'un langage commun et un meilleur usage des informations à disposition (GRAVIER et LUSTENBERGER.,2005)

---

[442] COTE G. Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique. *Criminologie*. 2001 ;34 :31-45.

[443] DOUGLAS KS., OGLOFF JRP., TONIA N., GRANT I. Assessing risk of violence among psychiatric patients: The HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist Screening version. *J. Consult. Clin. Psychol*. 1999;67:917-930.

Pour GRAVIER (2005), ces instruments permettent à une équipe confrontée à des comportements déstabilisants, perdue dans ses repères, de se mettre en discussion à partir d'une observation mieux systématisée, de différencier ce qui relève de l'immédiateté du risque de ce qui relève de la gestion future de celui-ci, de faire la part entre la lourdeur de l'histoire et l'actualité de la pathologie.

Tableau 6 - Historical Clinical Risk-20 (HCR-20)

Facteurs historiques (0 à 20)	**Facteurs cliniques (0 à 10)**	**Facteurs de gestion du risque (0à10)**
H1 Violence antérieure	C1 Introspection difficile	R1 Projet manquant de faisabilité
H2 Premier acte de violence commis durant la jeunesse	C2 Attitudes négatives	R2 Exposition à des facteurs déstabilisants
H3 Instabilité des relations intimes	C3 Symptômes actifs de maladie mentale grave	R3 Manque de soutien personnel
H4 Problèmes d'emploi	C4 Impulsivité	R4 Inobservation des mesures curatives
H5 Problèmes de toxicomanie	C5 Résistance au traitement	R5 Stress
H6 Maladie mentale grave		
H7 Psychopathie		
H8 inadaptation durant la jeunesse		
H9 Troubles de la personnalité		
H10 Echecs antérieurs de surveillance		

L'échelle LSI-R (Level of Service Inventory)

Cette échelle est habituellement utilisée dans les services correctionnels. Elle est une évaluation combinée des risques et des besoins. Elle a été développée au Canada et ses mesures ont été validées en Amérique du Nord. L'échelle LSI-R consiste en 54 items et est composée de 10 sous-échelles. Le score total à la LSI-R indique le risque de récidive et suggère des interventions basées sur le score. (Andrews et Bonta. 1995, cités par SCOTT et RESNICK, 2006[444])

L'échelle Broset Violence Checklist (BVC)

Cette échelle a été validée en Norvège et en Allemagne pour évaluer le risque de violence de patients hospitalisés. La BVC évalue la présence de 6 comportements observables chez un patient : la confusion, l'irritabilité, les menaces verbales, les cris, les menaces physiques et la violence contre des objets. La capacité de discrimination de cette échelle est bonne avec une prédiction correcte dans environ 85% des cas.

[444] SCOTT CL., RESNICK PJ. Violence risk assessment in persons with mental illness. *Agress Violent Behav.* 2006 ;11 :598-611.

II.1.3.3.2 L'approche actuarielle

HALL (cité par GRAVIER et LUSTENBERGER.,2005[445]), à partir d'une revue de la littérature, regroupe trois catégories de données qui fondent la plupart des approches actuarielles ou des critères formalisés.

- Les variables concernant la violence passée du sujet : celles-ci mettent l'accent sur une histoire de vie dont les praticiens connaissent l'importance dans la trajectoire et l'enfance des sujets violents. Elles vont souligner la fréquence, la sévérité et le type de comportements violents présenté par le sujet dans le passé. La précocité de la délinquance violente, est une variable déterminante. L'exposition propre du sujet évalué à des comportements ou à un entourage violent ou maltraitant dans l'enfance est aussi considérée comme prévalente.
- Les éléments qui vont renforcer les comportements violents : ces éléments contribuent à faciliter l'émergence des comportements violents soit en raison de l'exposition à un environnement à risque, soit en raison d'un mode d'être qui va rendre les sujets à risque moins capables de résister à des sollicitations internes ou externes susceptibles de les conduire à la violence. Les facteurs liés au mode de vie (marginalisation, statut socio-économique) mais aussi l'impulsivité, l'usage de verbalisations hostiles ou injurieuses ou à l'existence d'habitus alcooliques ou toxicomaniaques sont importants.
- Les stimuli susceptibles de déclencher la violence du sujet : parmi lesquels les notions d'intoxication ou d'alcoolisation aiguë, les événements vitaux marquants tels qu'une rupture sentimentale, les éléments qui viennent interagir directement avec la dynamique propre du sujet, telles les paroles perçues comme des insultes à l'estime de soi, les symptômes psychiatriques.

II.1.3.3.2.1 Les tables actuarielles

Des instruments ont été construits, à partir de ces facteurs de risque, visant la prédiction la plus fidèle possible des comportements de violence dans l'échantillon utilisé, au moyen d'une démarche purement algorithmique, produisant une évaluation chiffrée du risque de violence, valable, dans une population donnée, pour un risque donné, sur une période donnée.

Les critiques sont nombreuses au sujet de tels instruments qui peuvent être utilisés comme « tables de loi » et évacuent toute l'histoire singulière du sujet et toute cohérence clinique. On peut ainsi facilement imaginer que de tels instruments peuvent être le support de mesures stigmatisantes ou discriminatoires dans des logiques de défense sociale.

---

[445] GRAVIER B., LUSTENBERGER Y. L'évaluation du risque de comportement violents: le point sur la question. *Ann Med Psychol*. 2005;163:668-680.

L'échelle VRAG (Violence Risk Apraisal Guide) (Quinsey et al., 1998)

Cette échelle est un instrument d'évaluation actuariel du risque de violence. Elle comprend 12 items, l'un d'entre eux étant la psychopathie comme définie par le PCL-R. L'échelle VRAG a été élaborée à partir d'informations sur 618 patients d'un hôpital de Haute Sécurité proposant des évaluations et des traitements pour des personnes provenant de tribunaux, de services correctionnels ou d'autres hôpitaux psychiatriques. Dans l'étude d'élaboration de l'échelle, douze items ont été sélectionnés pour leur capacité à « prédire » la récidive de violence sur une période d'observation de 7 ans. Lors de la cotation, les réponses aux douze items sont combinées selon une pondération prédéterminée, pour aboutir à un score total et à une classification de risque de violence (sur une période de 10 ans) en neuf tranches de 0 à 100%. Les items statistiquement associés à un risque de violence accru sont : un score élevé à l'échelle de psychopathie (PCL-R), des problèmes scolaires, un trouble de la personnalité, le départ du foyer parental avant 16 ans, la présence d'un échec antérieur lors d'une période probatoire, la présence, dans les antécédents, de délinquances concernant une atteinte à la propriété, l'état civil célibataire, et des antécédents d'abus d'alcool.

A l'inverse, les items associés à un abaissement du risque de violence sont : l'élévation de l'âge, la présence d'un trouble schizophrénique, une blessure infligée à la victime lors de l'infraction ayant conduit à l'évaluation et le fait que cette victime soit de sexe féminin (Gravier, 2005, AMP). La présence d'un trouble schizophrénique est ici considérée comme un élément atténuant le risque de violence ultérieur, alors que la littérature le mentionne comme un facteur associé, modérément, à un risque accru de violence.

La médiane pour la prédiction du risque de récidive violente est de 0.72.

Tableau 7 - Items de l'échelle VRAG

1	Psychopathie (PCL-R)
2	Inadaptation scolaire à l'élémentaire
3	Trouble de la personnalité
4	Age au moment du délit
5	Séparation de l'un ou l'autre de ses parents avant 16 ans
6	Manquement antérieur à une libération sur parole
7	Histoire de délits non violents
8	N'a jamais été marié(e)
9	Schizophrénie
10	Blessure la plus sérieuse infligée à une victime
11	Histoire d'abus d'alcool
12	Victime du délit actuel est une femme

BORUM (1996, cité par COTE, 2001[446]) a émis des réserves quant à la généralisation des résultats de la VRAG, car cet instrument a été développé auprès de sujets présentant des antécédents de violence importants, et qu'il n'a pas été démontré que les résultats sont les mêmes pour les individus de la population générale atteints de troubles mentaux. McDERMOTT et al[447] (2008), dans une étude sur 108 patients d'un hôpital psychiatrique, ont étudié les scores à la VRAG pour déterminer le risque d'agressions physiques à l'encontre du personnel soignant sur une période de 2 ans et demi. Pour ces auteurs, le score à la VRAG n'est pas associé significativement à l'existence de passage à l'acte violent chez des patients de psychiatrie générale.

L'échelle « Violence Risk Scale : 2nde édition (VRS-2).

Cette échelle de 26 items a été développée et validée dans une unité de psychiatrie légale du Canada comme un outil d' évaluation et de gestion du risque.(WONG et GORDON, 1999 ; cités par DOLAN et al. 2008[448])

La VRS-2 consiste en 6 items mesurant des facteurs de risque statiques et 20 items mesurant des facteurs de risque dynamiques. Les items statiques sont classés de 0 à 3. Les items dynamiques sont également classés de 0 à 3, 0 indiquant que l'individu correspond à la description de l'item sans aucune équivoque. Chaque classification est faite en suivant une revue de la description de l'item. La partie A de la VRS-2 consiste en l'évaluation des antécédents. La partie B concerne l'évaluation de la réponse au traitement, qui est mesurée par les modifications de la classification des facteurs de risque dynamiques de l'individu.

Tableau 8- Items de la VRS 2-

Facteurs statiques	
S1	Age actuel
S2	Age au moment de la première condamnation
S3	Nombre de condamnation en tant que mineur
S4	Violence au cours de la vie
S5	Antécédents d'évasion
S6	Stabilité de l'éducation familiale
Facteurs dynamiques	
D1	Style de vie violent
D2	Personnalité criminelle
D3	Attitudes criminelles
D4	Ethique vis- à-vis du travail
D5	Groupe de pairs criminels

[446] COTE G. Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique. *Criminologie*. 2001 ;34 :31-45.

[447] Mc DERMOTT BE., QUANBECK CD., SCOTT CL., EDENS F., BUSSE D. Examining the role of static and dynamic risk factors in the prediction of in-patient violence. *Law Human Behav*. 2008;32:325-338.

[448] DOLAN M., FULLAM R., LOGAN C., DAVIES G. The violence risk scale second edition (VRS-2) as predictor of institutional violence in a British forensic inpatient sample. *Psychiatr Res*. 2008;158:55-65.

D6	Agressions interpersonnelles
D7	Contrôle émotionnel
D8	Violence durant l'incarcération
D9	Utilisation d'une arme
D10	Insight concernant les causes de la violence
D11	Maladie mentale
D12	Abus de substance
D13	Stabilité des relations
D14	Soutien dans la communauté
D15	Sortir de situations à haut risque
D16	Cycle de violence
D17	Impulsivité
D18	Distorsion cognitive
D19	Compliance à la supervision
D20	Niveau de sécurité de la sortie de l'institution

L'échelle ICT (Iterative Classification Tree)

Cette échelle actuarielle a été développé à partir de l'étude Mac Arthur pour prédire la violence dans la communauté de patients récemment sortis de l'hôpital psychiatrique.

Elle permet une approche qui utilise une série de questions, reliées aux facteurs de risque de violence. En fonction de la réponse à une question, une autre question est posée, jusqu'à ce que l'individu soit classé dans une catégorie à haut risque ou à faible risque de violence future. MONAHAN et al[449]. (2001) ont fixé comme limite pour la catégorie à faible risque de violence un score de 9% et pour la catégorie à haut risque un score de 37%. Comme facteurs de risques, ils ont retenus : la sévérité des arrestations antérieures (basée sur les informations rapportées par le patient) ; l'impulsivité motrice (mesurée avec la sous-échelle motrice de la Barratt Impulsiveness Scale), la consommation de drogue par le père, les fantasmes récents de violence, la présence d'un trouble mental majeur sans troubles d'abus de substance, le statut d'admission (sous contrainte ou libre), la schizophrénie, les réactions de colère, l'existence d'un emploi, la violence récente (dans les deux mois précédents l'admission), une altération de la conscience (due à un traumatisme crânien), la violence parentale. Pour MONAHAN et al. [450] (2005), l'ICT peut être une aide pour les cliniciens lors de la prise de décision de sortie d'un patient

II.1.3.4 La question de la psychopathie

Comment la dimension psychopathique de la personnalité modifie- t-elle le tableau clinique et en conséquence, l'appréciation du risque qui va en découler ?

[449] MONAHAN J., STEADMAN HJ., ROBBINS PC., SILVER E., APPELBAUM PS., GRISSO T. et al. Developping a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *Br J psychiatry.* 2000;176:312-319.
[450] MONAHAN J., STEADMAN HJ., ROBBINS PC., APPELBAUM P., BANKS S., GRISSO T. An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders. *Psychiatr. Serv.* 2005 ;56 :810-815.

L'un des instruments d'évaluation standardisés les plus validés est l'échelle de Psychopathie PCL-R de Hare. Cette échelle mesure les traits psychopathiques d'un individu. Les personnes qui ont un score élevé à cette échelle ont un risque élevé de récidive de comportement violent.
La PCL-R est un entretien semi-structuré, avec des informations sur l'histoire et les antécédents du sujet et des critères spécifiques pour noter chacun des 20 items sur une échelle de O à 2. Le score total (allant de 0 à 40) reflète une estimation du degré de concordance d'un individu avec le prototype du psychopathe. En Amérique du Nord, le score limite pour la psychopathie est 30 ou plus.

Les items de la PCL-R sont divisés en deux facteurs : le facteur 1 qui concerne les traits interpersonnels qui sont centraux dans la psychopathie, comme le charme superficiel et la manipulation ; et le facteur 2, qui est le comportement antisocial comme les problèmes de comportement et l'impulsivité. Trois items de l'échelle (promiscuité sexuelle, nombreuses relations amoureuses et criminalité versatile) ne sont corrélés avec aucun des deux facteurs. Cette échelle est donc constituée de deux facteurs principaux ainsi que de plusieurs items ne figurant clairement sur aucun de ces facteurs : un facteur décrivant les composantes affectives, interpersonnelles et narcissiques (Facteur 1) et, en second lieu, un facteur plus comportemental décrivant la propension antisociale chronique. (Facteur 2). Chaque item est coté de la façon suivante : 0 lorsque la description ne caractérise pas le sujet ; 1 s'il y a un doute ; 2 si elle est caractéristique.
Fortement inspirée des travaux de CLEKLEY, qui avait tenté de démontrer l'existence de la psychopathie comme entité spécifique, cette échelle vise à la fois à rendre compte des éléments diagnostiques propres concernant la personnalité et les comportements tout en en déterminant l'intensité à partir d'un score. Elle vise à cerner le fonctionnement criminel sous ce double aspect (COTE, 2001[451]). Certains indicateurs de cette échelle prendront une valeur inquiétante en termes de pronostic : l'absence d'empathie, l'indifférence froide, la dimension égocentrique, l'existence de comportements impulsifs.
Utilisée à des titres divers, tant sur le mode actuariel pur (le score de la PCL-R représente l'item prépondérant au sein de l'échelle VRAG, et l'échelle est également utilisée seule pour une prédiction statistique), que comme soutien à une évaluation clinique plus globale (le score PCL-R est un des 20 items de la HCR-20), cette échelle partage les atouts et limitations des autres méthodes de type actuariel. Son utilisation très large dans les milieux de la psychiatrie légale fait courir le risque d'en faire une norme rigide évacuant toute

[451] COTE G. Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique. *Criminologie*. 2001 ;34 :31-45.

analyse clinique et permettant aiguillage et mise à l'écart sur cette seule base. (GRAVIER, 2005[452])

Tableau 9 - Psychopathie suivant la Psychopathie Check List révisée (PCL-R), traduction française

1 -Loquacité et charme superficiel
2- Surestimation de soi
3- Besoin de stimulation et tendance à s'ennuyer
4- Tendance au mensonge pathologique
5- Duperie et manipulation
6- Absence de remords et de culpabilité
7- Affect superficiel
8- Insensibilité et manque d'empathie
9- Tendance au parasitisme
10- Faible maîtrise de soi
11- Promiscuité sexuelle
12- Apparition précoce de problèmes de comportements
13- Incapacité à planifier à long terme et de façon réaliste
14- Impulsivité
15- Irresponsabilité
16- Incapacité à assumer la responsabilité de ses faits et gestes
17- Nombreuses cohabitations de courte durée
18- Délinquance juvénile
19- Violation des conditions de mise en liberté conditionnelle
20- Diversité des types de délits commis par ces sujets.

Toutes ces échelles actuarielles ont des limitations inhérentes lorsqu'on les utilise de façon exclusive. Les critiques spécifiques sur les instruments actuariels incluent celles sur le suivi. Ces instruments procurent uniquement une approximation du risque. Leur utilisation n'est pas généralisable en raison des populations étudiées et sur lesquelles ils sont basés. Ces échelles sont rigides et manquent de sensibilité aux changements. Et elles échouent à informer sur la prévention de la violence et la prise en charge du risque (DOUGLAS et al, 2003[453]).

De plus, les modèles actuariels tentent de standardiser la pratique de l'évaluation de la dangerosité, ils ne sont cependant pas le seul standard pour l'évaluation du risque. Les échelles actuarielles sont utiles pour assister les cliniciens à tirer des conclusions raisonnables basées sur des résultats de recherches, mais l'évaluateur doit aussi considérer l'imminence et la sévérité de la violence qui n'est pas reflétée dans les instruments actuariels.

[452] GRAVIER B., LUSTENBERGER Y. L'évaluation du risque de comportement violents: le point sur la question. *Ann Med Psychol*. 2005;163:668-680.
[453] DOUGLAS KS., OGLOFF JRP.,HART SD. Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatr Serv.* 2003; 54:1372-1379.

La prédiction du risque de violence future malgré l'évolution des recherches reste une science inexacte. Néanmoins, prendre en compte les antécédents de violence et utiliser un instrument d'évaluation approprié peut rendre l'évaluation du risque aussi précis que possible.

II.2 LA PREVENTION DE LA DANGEROSITE DES MALADES MENTAUX

II.2.1 LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE ET LA PREVENTION DE LA DANGEROSITE

Les services de psychiatrie ont une responsabilité dans la réduction de la dangerosité des patients atteints de troubles mentaux graves, pour la sécurité de leurs patients et de la société. La prévention de violences futures requiert des approches qui se centrent sur les facteurs de personnalité criminogène, sur l'abus de substance, le besoin d'activités et de réinsertion professionnelle, aussi bien que sur la prise en charge d'une décompensation délirante et le travail sur l'adhésion aux soins.

II.2.1.1 Le Cadre institutionnel – Le cadre de soins.

II.2.1.1.1 La psychiatrie de secteur

En France, la psychiatrie est organisée depuis les années 1960 en secteurs mais c'est la loi du 25 juillet 1985 qui donne un statut juridique au secteur psychiatrique en le définissant dans sa double dimension intra et extra-hospitalière. Les secteurs sont nés d'une volonté de lien entre l'hospitalisation et le suivi ambulatoire, les équipes d'un secteur pouvant ainsi suivre des patients sur du long terme, avec une volonté de resocialiser, de remettre les patients psychiatriques au sein de notre société. La prise en charge, au sein d'un hôpital psychiatrique lors des phases de décompensation aiguë de la maladie, avec une sortie et un retour dans la société lorsque la maladie est stabilisée, permet de déstigmatiser la maladie mentale, la réinsertion sociale étant le meilleur allié de l'acceptation sociale.
Le « cadre » de prise en charge thérapeutique des malades mentaux a toujours montré son importance. Pinel l'avait déjà mis en avant avec son organisation du système asilaire et ses différents secteurs en fonction de l'évolution de la symptomatologie de la pathologie psychiatrique. Le cadre a une fonction essentielle pour les patients en proie à des angoisses de morcellement et d'anéantissement, une fonction d'apaisement et de réassurance.
Or, ces deux fonctions du secteur psychiatrique - avec l'hôpital pour l'aigu et la stabilisation et l'équipe de suivi ambulatoire pour le maintien du patient dans la cité et le travail de

réinsertion - garantissant une certaine forme d'équilibre dans la prise en charge des malades mentaux sont mises à mal depuis une dizaine d'années. Les études montrent bien l'impact de la rupture de soins sur l'augmentation du risque de comportements violents des malades mentaux. La diminution du nombre de soignants, le manque de temps pour aller voir les patients sortis de l'hôpital et qui ne sont pas venus en consultation, le manque de temps pour écouter, saisir les prémices d'une décompensation, contribuent à cette dangerosité psychiatrique que la psychiatrie est censée prendre en charge.

En effet, les actes de violence au sein de l'hôpital ont lieu à des horaires et des moments bien définis, lors des week-ends où le personnel soignant est en nombre plus restreint ou lors des transmissions entre deux équipes. Le personnel n'est pas là, n'est pas disponible pour entendre la souffrance et l'angoisse responsable du passage à l'acte va être à son paroxysme.

GRAVIER et LUSTENBERGER[454] mettent en avant les réactions que peut susciter dans une équipe la confrontation à des sujets potentiellement violents et ce que ces réactions peuvent entraîner comme distorsions dans les communications entre les intervenants. Le déni de la violence potentielle d'un patient par l'équipe soignante peut à la fois augmenter le risque de passage à l'acte violent de celui-ci et mettre à mal l'équipe qui peut se sentir disqualifiée dans sa prise en charge. La fascination et l'excitation psychique, que peuvent entraîner la violence et les continuelles transgressions de certains patients antisociaux, ne sont pas simples à reconnaître et à assumer pour un soignant. Pour GRAVIER, il est indispensable que les équipes soignantes confrontées à des patients violents puissent évoquer leurs ressentis, leurs vécus, leurs réactions, afin de leur permettre une meilleure prise en charge de ces patients, en évitant les clivages et les réactions inadéquates.

L'énergie violente de certains patients peut se manifester sous la forme d'attaques répétées contre le cadre thérapeutique, tendant à défaire le travail d'élaboration et d'intégration accompli par les soignants. Les forces de projection peuvent entraîner des membres d'une équipe à jouer entre eux des conflits que le patient ne peut gérer lui-même. Le risque est grand de voir l'équipe soignante piégée dans un état où elle ne peut plus élaborer de réponse thérapeutique satisfaisante[455]. La nécessité de reprendre, ensemble, en équipe, les difficultés que pose un patient, de réfléchir à sa prise en charge et de proposer un cadre bien défini est essentielle pour contenir la violence sous-jacente de certains d'entre eux.

Néanmoins, il existe un certain nombre de règles à respecter qui pourraient permettre une diminution du risque de passage à l'acte au sein de l'hôpital mais également un repérage lors du suivi ambulatoire des patients à risque.

En effet, certaines pratiques simples, au sein des équipes soignantes intrahospitalières, pourraient permettre de prévenir la violence de certains patients.

---

[454] GRAVIER B., LUSTENBERGER Y. L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question. *Ann Med Psychol.* 2005;163:668-680.

[455] BALIER C. *Psychanalyse des comportements violents*. PUF, Paris, 1988.

La plupart des agressions contre les soignants ont lieu à la suite d' une frustration du patient ou lorsque un soignant oblige un patient à effectuer quelque chose. De plus, les patients expliquent que la restriction de leur comportement, les règles inflexibles de l'unité, la mauvaise compréhension de celles-ci ou une mauvaise communication avec l'équipe sont à l'origine de leur passage à l'acte. Ces données invitent à s'assurer que le patient a bien compris les règles du service et que ces règles doivent être respectées et elles peuvent ainsi permettre une prévention de la violence.

Des règles simples découlant de la connaissance des facteurs de risque de passage à l'acte violent des malades mentaux et des circonstances de ces passages à l'acte peuvent également permettre une prévention de cette violence.

Bénézech[456] en rappelle quelques unes afin que soient évités les risques en milieu psychiatrique, particulièrement dans les services d'entrants ou d'urgences.

Tout entrant agressif ou délirant doit être mis en pyjama et ses affaires doivent être inventoriées afin de s'assurer qu'il ne porte sur lui ou dans ses bagages aucun objet dangereux : armes, médicaments, liens…

Tout soigné ayant des antécédents graves de violence doit faire l'objet d'une attention particulière.

Dans la prise en charge d'un patient difficile, tout conflit institutionnel entre les équipes soignantes, tout changement brusque en la personne du soignant référent constituent des facteurs majorant le risque de réactions auto et hétéro-agressives.

On doit prendre très au sérieux les menaces de mort, la désignation nominale d'un persécuteur ou à l'inverse une réticence serrée chez un délirant haineux. Il ne faut pas hésiter à ordonner des mesures d'isolement, voire de contention en cas de danger probable.

Pour les patients schizophrènes qui ont des antécédents de trouble des conduites dans l'enfance, un trouble de la personnalité de type antisocial associé ou des troubles d'abus de substance et qui souvent adhèrent peu au traitement et à la prise en charge, si la coercition et l'hospitalisation sous contrainte peuvent au départ avoir un impact bénéfique permettant la mise en place d'un traitement, il est nécessaire, à moyen terme, de réfléchir aux moyens de leur apporter une « compensation », par une amélioration de leur qualité de vie, par un support régulier par des professionnels, avec lesquels le patient peut entretenir des relations positives et de lui procurer des activités et une structuration de sa vie. La mise en place de programmes, pour améliorer les interactions sociales et leur proposer des activités sportives et de loisir, peut améliorer leur coopération.

[456] BENEZECH M. Le passage à l'acte homicide en milieu médical et carcéral. *Ann Med Psychol*. 2005 ; 163 :632-641.

II.2.1.1.2 Les Unités d'hospitalisation pour Malades Difficiles (UMD)

Nous avons vu que dès la seconde partie du 19ème siècle, le débat autour de la création « d'asiles spéciaux » pour les malades mentaux « dangereux » a opposé les partisans de la défense sociale aux partisans de soins en milieu psychiatrique ordinaire. Quelques asiles réservés aux *« malades difficiles à soigner et sujets à se livrer à des actes de violence* » ont été créés en 1840 à Grenoble et en 1846 à Bicêtre (La sûreté), mais ils seront fermés à la fin du 19ème siècle. Il faudra attendre le milieu du 20ème siècle pour que des services spéciaux pour malades difficiles soient créés (comme à Montfavet en 1947 ou à Cadillac en 1963).

La circulaire du 05 juin 1950 reconnaît la spécificité des services recevant les malades difficiles qui sont définis en trois catégories :

- Les malades agités, qui en raison de leurs réactions destructrices constituent un élément perturbateur constant dans les services où ils sont placés.
- Les déséquilibrés antisociaux, médico-légaux ou non, présentant des troubles du comportement les rendant très difficiles à supporter par les autres malades, sans exiger essentiellement des mesures de surveillance.
- Les grands déséquilibrés antisociaux, généralement médico-légaux, qui ont des troubles du comportement plus graves, avec possibilité de réactions criminelles, préméditées ou complotées.

Seule la troisième catégorie relève, selon la circulaire, de services spécialisés pour malades difficiles dont la création est prônée pour chaque région sanitaire[457].

Le décret du 14 mars 1986 relatif à la « lutte contre les maladies mentales, et à l'organisation de la sectorisation » présente les UMD comme des structures à vocation interrégionale et l'arrêté du 14 octobre 1986, fixe leur règlement intérieur.

Le fonctionnement de ces services spécifie qu'ils accueillent des patients hospitalisés d'office présentant « *un état dangereux majeur, certain ou imminent, incompatible avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation ordinaire* » et présentant pour eux-mêmes ou pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent « *des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières* ».

Il existe quatre modalités d'admission en UMD, mais qui se font systématiquement sous le régime de l'hospitalisation d'office.

Cette admission peut se faire :

- À la demande d'un service de psychiatrie de secteur (loi du 27 juin 1990), pour un patient présentant des actes agressifs qui ne peuvent plus être contenus par les soins prodigués (environ 75% des admissions).

[457] MASSÉ G. Les politiques de santé mentale face à la dangerosité. In ALBERNHE T. *« Criminologie et psychiatrie ».* Ellipses, Paris, 1997.

- En application de l'article D-398 du Code de Procédure Pénale, pour les détenus qui présentent des troubles psychiatriques incompatibles avec leur maintien en détention .
- En application de l'article 122-1 alinéa 1 du Code Pénal, en cas d'irresponsabilité pénale par abolition du discernement, des patients peuvent être transférés en UMD si leur état le nécessite (environ 20% des admissions).
- ou pour finir, en Urgence, ce qui est exceptionnel.

Il existe actuellement quatre UMD en France : Villejuif d'une capacité de 84 lits, Montfavet d'une capacité de 91 lits, Sarreguemines d'une capacité de 375 lits et Cadillac d'une capacité de 198 lits. Une cinquième doit ouvrir dans les Côtes d'Armor.

Les soins dont bénéficient les patients hospitalisés en UMD ne diffèrent pas de ceux pratiqués en psychiatrie générale, mais ils sont adaptés à l'objectif des UMD qui est de réduire la dangerosité des patients.
Les mesures de sûreté sont renforcées en UMD par rapport au service de psychiatrie générale. Elles font partie intégrante du processus thérapeutique puisqu'elles s'attachent à atténuer, comme les soins, la dangerosité des malades difficiles[458].
La sortie de patients des Unités pour Malades Difficiles ne peut avoir lieu qu'après l'avis d'une commission médicale. Cette commission émet un avis destiné au préfet, seule personne habilitée à ordonner le transfert du malade (soit vers son secteur d'origine soit vers le centre pour peine)

Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) offrent une solution intermédiaire entre l'hospitalisation en service de psychiatrie générale et les UMD. Ces unités intersectorielles, accueillent des patients « agités et/ou perturbateurs » et permettent un relais pour les équipes de secteur en difficultés. Les patients sont soit en HO ou en HDT et le séjour est d'une durée limitée (maximum 2 mois). Il en existe huit en France (Nice, Lyon, Eygurande, Montpellier, Pau, Paris, Prémonté et Cadillac).

II.2.1.1.3 Les structures de prise en charge des individus malades mentaux présentant des risques de dangerosité dans les pays européens et au Canada

En Angleterre, existent les « Community forensic mental health team ». qui ont différentes fonctions. Elles ont un rôle de consultations et d'avis spécialisés pour l'évaluation et la prise en charge de patients ayant des problématiques médico-légales, en donnant un avis sur les

[458] SENNINGER JL., FONTAA V. Les unités pour malades difficiles. In ALBERNHE T *« Criminologie et psychiatrie »*. Ellipses, Paris, 1997.

différents types d'intervention possibles adaptés au traitement des délinquants présentant des troubles mentaux. Une grande partie de leur travail est également l'évaluation du risque et la prévention de la violence à l'encontre d'autrui. Les recherches indiquent que l'augmentation du risque de violence ou la récidive sont associées à un certain nombre d'antécédents et de caractéristiques cliniques et divers instruments ont été développés pour évaluer ce risque de violence. Les équipes travaillent surtout avec le HCR-20 et prennent le temps de collecter les informations importantes à partir de l'évaluation clinique et du casier judiciaire. Une évaluation efficace et pertinente du risque est un précurseur essentiel au développement d'un plan de prévention du risque qui soit approprié et efficace.
Ces équipes, en dehors de l'information et du développement d'outil d'évaluation, participent également à la prise en charge de patients. Cette prise en charge se fait par petits groupes ce qui permet aux soignants de rencontrer les patients plus souvent, de délivrer des interventions spécifiques (thérapie cognitive et comportementale, prévention de l'agressivité, prise en charge de la maladie), de communiquer avec les autres services (police, probation…), de mettre à jour les rapports d'évaluation du risque et de suivre des pratiques de travail en sécurité, comme celle de ne pas aller voir un patient seul.
Un autre rôle de ces équipes est d'intervenir au moment de l'arrestation ou du procès afin de définir l'état mental du patient et de permettre qu'il soit pris en charge en hôpital psychiatrique spécialisé plutôt qu'en prison.

Au Québec, l'Urgence psychosociale-justice de Montréal a été mise en place en 1996, à la suite de la prise de conscience d'une judiciarisation des malades mentaux avec les conséquences de marginalisation, de rupture de soins et de cercle vicieux de réincarcération. Il s'agit d'une ressource d'intervention d'urgences, offrant des services 24h/24 et 7 jours par semaine et qui vise explicitement à la déjudiciarisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale. C'est un organisme qui vise à favoriser la concertation entre les différents acteurs (police, tribunaux, hôpitaux psychiatriques, structures d'hébergement…) Sa principale activité consiste à répondre à des appels d'urgence qui impliquent souvent le déplacement des intervenants sur les lieux des événements, principalement pour désamorcer des crises, apporter un support aux personnes impliquées, proposer une solution à court terme (hébergement, hospitalisation) et assurer un suivi de l'affaire jusqu'à son dénouement ou son relais vers une autre structure de prise en charge.
La deuxième modalité d'intervention se situe directement au niveau de la cour de Montréal. Il s'agit de répondre aux demandes d'évaluation de justiciables présentant des signes de troubles mentaux. Ce travail vise à éviter une prolongation inutile de la détention provisoire ou encore une peine d'incarcération.

II.2.1.2 3.2.1.2. Les approches thérapeutiques permettant une diminution de la violence.

Les facteurs de risque de violence chez les patients présentant des troubles mentaux sont multiples. Si certains ne peuvent pas être modifiés, comme le sexe et l'âge, les autres peuvent être pris en charge par des interventions spécifiques.
Aucun facteur de risque ne doit être laissé de côté, pour que soit permise une réduction réelle du risque de violence. Il faut prendre en charge à la fois les comportements antisociaux, les abus de substance, les symptômes de la maladie et l'environnement social et repenser le soin.
Toutes ces interventions permettront, ensemble, une meilleure adaptation du patient dans la société et une réduction des risques de passage à l'acte.
Pour prendre en charge ces facteurs de risque, on dispose de différentes techniques .

II.2.1.2.1 Approche psychodynamique

Nous n'évoquerons pas, ici, les prises en charge psychodynamiques propres à chaque trouble psychiatrique. Nous évoquerons plutôt les modalités thérapeutiques du travail sur le passage à l'acte, la violence. Comme le dit Claude BALIER[459], il n'y a pas d'évolution thérapeutique type, chaque sujet a des possibilités de changement qui lui sont propres, en fonction de son passé et de l'organisation de ses imagos, de ses pulsions et de ses mouvements défensifs, mais aussi en fonction des investissements contre-transférentiels de l'équipe soignante.
Pour SENNINGER « Rien ne sert de traiter si l'on n'a pas compris, c'est-à-dire si le crime n'a pas dévoilé son sens profond. (...) ce n'est que lorsque le sens du crime est approché que l'on peut y adapter des soins ».
SAUVAGNAT et VEISSERMAN[460] rapportent la prise en charge psychanalytique de sujets psychotiques entraînés dans des passages à l'acte. Pour ces auteurs, l'écoute des phénomènes délirants élémentaires, dont ces patients se sentaient affligés, peut permettre de les guider vers des réalisations différentes de leur place dans le fantasme. On doit leur faire sentir que la précipitation vers une certaine réalisation de leur être peut être programmée par une tendance à un choix forcé, comme la réalisation d'un ordre hallucinatoire ou d'un projet délirant. La thérapie consiste à provoquer une temporisation de la réalisation brute du programme inclus dans le fantasme.

---

[459] BALIER C. *« La violence en abyme »*. PUF, Paris, 2005.
[460] SAUVAGNAT F., VAISSERMANN A. Contributions psychanalytiques à la prévention des passages à l'acte psychotiques. In ALBERNHE T *« Criminologie et Psychiatrie »* Ellipses, Paris, 1997.

Pour MOTZ[461], le but de la psychothérapie chez des personnes ayant commis des actes de violence est d'aider le patient à comprendre et à contrôler plus que son acte, mais aussi ses fantasmes violents et ses sentiments. On l'amène à réfléchir sur le sens de ses infractions, de ses comportements violents, en utilisant une technique non directive dans laquelle le matériel comme les fantasmes, les rêves, les associations libres et les souvenirs de l'enfance est exploré. Le sens du passage à l'acte peut être relié à des traumatismes précoces et à des conflits, et le thérapeute est là pour jouer un rôle de neutralité, ne jugeant pas les parties et peut aider le patient à comprendre le sens symbolique et l'origine de la violence.

La motivation du patient pour ce type de prise en charge est essentielle. La condition pour ce type de thérapie est l'acceptation du patient de le suivre. Lorsque cette approche thérapeutique fonctionne, elle rend possible pour des personnes violentes ou présentant une perversion de prendre conscience des liens entre des expériences précoces et les difficultés présentes et entre des motivations inconscientes et un comportement conscient et elle rend ainsi possible la diminution du risque de récidive.

Pour BALIER (2005), la thérapie doit permettre aux patients de passer d'un registre purement économique « accumulation – tension – décharge » avec éventuellement en réponse la sédation par voie chimiothérapeutique à celui du sens par l'accès aux mécanismes de figuration, représentation, élaboration. Il est nécessaire de confronter le patient à la réalité externe pour entreprendre un travail thérapeutique, de rappeler le passage à l'acte. Pour cet auteur, [462] « *l'abandon, plus exactement le renoncement à la toute-puissance que suppose le simple fait d'en parler avec le thérapeute, réveille presque toujours des cauchemars terrifiants (..) transformant la pulsion active en passivité, ouvrant la porte à la réceptivité* »

II.2.1.2.2 Thérapie systémique

Les thérapeutes systémiques tentent de modifier le contexte qui a permis l'apparition et le maintien d'un comportement décrit comme symptomatique. Ils privilégient, dans leur intervention, l'environnement qui a pu jouer un rôle initiateur ou amplificateur.

Salvador MINUCHIN (cité par ELKAIM, 1997[463]) insiste sur une modification de la structure familiale. Il met l'accent sur une réorganisation des sous-systèmes familiaux et sur l'importance des frontières entre générations. Pour lui, en ce qui concerne les passages à l'acte homicide intrafamiliaux, l'auteur de l'acte se vit comme souffrant des provocations de sa propre victime ou de son environnement. Il est nécessaire d'interrompre des cycles de

[461] MOLZ A. The place of psychotherapy in forensic settings. *Psychiatry*. 2008 ;7(5) :206-208.
[462] BALIER C. Retour aux sources. In « *La violence en abyme » Sous le Dir BALIER C*. PUF, Paris, 2005
[463] ELKAIM M. Délinquances et criminalité : les approches thérapeutiques. In ALBERNHE T *« Criminologie et Psychiatrie »* Ellipses, Paris, 1997.

comportements auto-entretenus par l'environnement en modifiant les liens interpersonnels et les liens entre l'individu et son environnement.

II.2.1.2.3 Thérapies corporelles

Les techniques d'abord corporelles peuvent permettre à certains patients d'abaisser le seuil d'angoisse qui devient parfois intolérable.

Pour Claude BALIER[464], la finalité des techniques de relaxation est de permettre au sujet de rapprocher les tensions ressenties de figurations sous- jacentes, tout en évitant la décharge massive et incontrôlée dans les états de crise. Il s'agit pour le patient d'entrer dans un processus substitutif à la crise sans que son intégrité physique et psychique ne soit mise en danger.

II.2.1.2.4 Thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies comportementales reposent sur une théorie de l'apprentissage, les symptômes ayant été comme appris par un processus de conditionnement relatif aux stimuli traumatogènes et généralisé ensuite à d'autres stimuli. La théorie cognitive part de l'hypothèse que certains affects sont créés et majorés par une distorsion des informations reçues. Les thérapies cognitivo-comportementales consistent donc à amorcer un processus de déconditionnement et de modification du traitement de l'information. Il existe différentes méthodes, comme l'exposition où le patient est confronté de manière progressive à des stimuli traumatogènes, la gestion du stress et les thérapies cognitives qui consistent pour le patient à prendre conscience, à remettre en question et modifier ses pensées et sa manière d'appréhender l'environnement.

Les recherches sur la thérapie cognitive pour les psychoses , en particulier la schizophrénie, ont confirmé l'efficacité de cette méthode sur les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie, incluant les patients avec co-morbidité d'abus de substance. Les abus de substance chez les patients psychotiques peuvent être réduits par des interventions de thérapie cognitive[465].

Des études ont montré l'efficacité de thérapie comportementale dans la réduction de la violence par des patients psychiatriques chroniques. Les distorsions cognitives dans la schizophrénie ou les psychoses peuvent être restructurées par le biais de thérapies cognitives et comportementales. Ces thérapies sont applicables aux troubles de la pensée , aux idées délirantes, aux hallucinations. Pour JP BOUCHARD, psychologue à l'UMD de Cadillac, les thérapies cognitives, « en modifiant ou en tarissant les croyances erronées, et

---

[464] BALIER C. *Psychanalyse des comportements violents.* PUF, Paris, 1988.

[465] HADDOCK G., O'BRIEN R. SCHOFIELD N., QUINN J., PALMER S. et al. Cognitive-behavioral therapy and motivational intervention for schizophrénia and substance misuse. *Br. J Psychiatry*. 2003; 183:418-426.

par là même en abrasant la dynamique criminelle, semblent avoir une très forte valeur préventive par rapport aux risques de passage à l'acte agressif[466]. »

Concernant le délire, les stratégies thérapeutiques impliquent le test de la réalité (amener le patient à faire des liens entre ses pensées, ses sentiments, ses actions et de donner un sens à ses croyances délirantes). Les thérapies sont utilisées pour modifier ou changer des croyances délirantes du patient. Les interventions thérapeutiques doivent modifier ses processus de raisonnement et améliorer ses stratégies cognitives et de coping qui peuvent être efficaces pour réduire la sévérité des croyances délirantes.
Il faut pour cela que le thérapeute examine précisément la nature des idées délirantes et les facteurs associés qui favorisent leur occurrence. Il est nécessaire également qu'il questionne la personne sur les preuves sous- tendant son délire pour les utiliser dans la réduction de ses convictions .

Travailler sur les *hallucinations visuelles ou auditives* implique pour le patient d'identifier et d'accepter l'expérience individuelle, de revoir les croyances concernant l'origine des voix et des visions, d'introduire des explications sur les situations qui peuvent induire des hallucinations (privation de sommeil, événements traumatiques), d'aider le patient à attribuer les voix à une cause appropriée (générée par le cerveau), de travailler sur le contenu des voix ou des visions (débattre sur ce que disent ces voix, si cela est vrai ou non, sur les raisons d'agir en fonction ou non), d'explorer les mécanismes actuels de coping et de les développer. En effet, la façon dont une personne s'adapte à ces voix dépend de la signification qu'elle leur donne et de sa réponse affective et comportementale. Les voix jugées malveillantes (critiques, mauvaises, menaçantes) vont habituellement susciter de la résistance et provoquer des réactions émotives négatives, alors que les personnes ont tendances à répondre positivement aux voix tenues pour bienveillantes et ne pas y voir de menace.

L'efficacité de la thérapie cognitive sur les symptômes négatifs est démontrée. Le but est dans un premier temps de réduire la sensation de « pression » ressentie par le patient dans son incapacité à agir. Puis celui-ci doit se fixer des objectifs à court et long termes et doit être encouragé dans leur réalisation.

Les patients qui ont des difficultés chroniques pour contrôler leur colère peuvent répondre à des traitements cognitivo- comportementaux. De même, la prise en charge des sensations

[466] BOUCHARD JP., MOULIN V. Les thérapies cognitivo-comportementales. In ALBERNTHE *« Criminologie et Psychiatre »*. Ellipses, Paris, 1997.

de peur peuvent réduire la violence chez les patients présentant des troubles du spectre de la schizophrénie (ARSENAULT, 2000[467]).

Des thérapies ont été mise en place pour réduire ou apprendre à « gérer » ses sentiments de colère. Elles sont basées sur des modèles cognitifs qui impliquent qu'un événement entraîne une réaction personnelle interne et une réponse comportementale ou verbale. Les pensées des patients ayant tendance à ressentir de la colère semblent entretenir une interprétation des événements basée sur une sensation d'injustice, d'affliction, d' abus. Un autre élément est que ces pensées (injustice, abus) ne peuvent être tolérées. Leurs conséquences sont à la fois émotionnelle et comportementale.

Le traitement proposé par exemple par GORENSTEIN et al[468].(2007) est un programme constitué de 12 semaines de thérapie individuelle et incluant 6 méthodes : psycho-éducation, self-contrôle, restructuration cognitive, thérapie comportementale (incluant un guide-lines sur la réduction du comportement de colère, la résolution de problème et l'exposition comportementale), relaxation et exposition.

HODGINS et al.[469] (2004) insistent sur la nécessité de prise en charge des comportements antisociaux et d'amélioration de l'adaptation sociale chez les patients présentant des troubles schizophréniques, et cela, dès le début de leur prise en charge. Des programmes cognitivo-comportementaux ciblant ces attitudes et ces comportements ont montré leur efficacité chez les délinquants ne présentant pas de troubles mentaux. (Mc GUIRE, 1995, cité par Hodgins et al.) et sont adaptés et testés sur des délinquants schizophrènes.

ZAMBLE et QUINSEY (1997, cités par Ambrosi, 2003[470]) ont formulé l'hypothèse selon laquelle les sujets violents n'avaient pas forcément conscience des choix et des décisions qui précédaient un comportement. Ils ont donc proposé aux sujets ayant été violents de reconstituer la période plus ou moins longue précédant le passage à l'acte violent, leur permettant ainsi de reconsidérer leur acte, de se l'approprier comme résultat de choix posés par eux- mêmes face à différentes situations, et ainsi de se responsabiliser. Devenant acteur et responsable de ce qu'il a commis, le sujet sera, selon les auteurs, capable dorénavant de reconnaître les situations pouvant entraîner des passages à l'acte violent et d'y faire face .

SKEEMS et al.[471] (2006) ont évalué le projet HOPE qui est un programme destiné aux sans abri présentant des troubles mentaux et des abus de substance. Le projet HOPE a pris en

---

[467] ARSENEAULT L ., MOFFITT T., CASPI A., TAYLOR P., SILVA P. Mental disorders and violence in total birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:979-986.

[468] GORENSTEIN E., TAGER F., SHAPIRO P., MONK C. SLOAN R. Cognitive-Behavior Therapy for reduction of persistent anger. *Cognitive Behavior Practice*. 2007;14:168-184.

[469] HODGINS S., MULLER-ISBERNER R. Preventing crime by people with schizophrenic disorder: the role of psychiatric services. *Br J Psychiatry*. 2004;185:245-250.

[470] AMBROSI A. L'évaluation de la dangerosité : de quels dangers s'agit-il ?. In VILLERBU « *Dangerosité et vulnérabilité en psychocriminologie »*. L'Harmattan, Paris, 2003.

[471] SKEEM J et al. « Projet HOPE » for homelless individuals with co-occuring mental and substance abuse disorders : reducing symptoms, victimization and violence. *Int J forensic Mental Health*. 2006 ; 5(1) : 1-13.

charge un groupe de 69 patients, à haut risque de victimisation et de violence. 62% de ces personnes ont suivi le traitement pendant moins de trois mois. Ceux qui ont suivi l'intégralité du programme ont montré une amélioration importante dans différents domaines, incluant un lieu d'hébergement plus stable, moins de problèmes psychiatriques ou de drogues et de meilleures relations sociales. Dans la première étude concernant les changements liés au traitement sur la violence et la victimisation dans cette population, les auteurs ont trouvé que le niveau de victimisation diminuait de 67 à 16% et le niveau de violence de 46 à 20% avec le traitement. D'autres programmes basés sur des thérapies cognitives ont montré leur efficacité dans la prévention du risque de récidive violente chez des patients atteints de troubles mentaux[472].

II.2.1.2.5 Prise en charge des troubles de la personnalité associés à une maladie mentale

Les troubles de la personnalité, et principalement la personnalité antisociale, associés à une maladie mentale augmentent significativement le risque de passage à l'acte violent. Il convient alors de mettre en place, chez ces patients, des modalités thérapeutiques particulières adaptées à leur personnalité.

Chez ce type de patient, il est nécessaire de poser un cadre thérapeutique contenant, permettant d'entamer le soin sans mise en danger des soignants.

La problématique, face à ces patients, et surtout lorsqu'il existe une psychopathie, est l'efficacité de la prise en charge. Il a été mis en évidence que les patients psychopathes ne ressentaient pas l'anxiété de la même façon, mais cette anxiété est nécessaire pour tout traitement en santé mentale, car elle témoigne d'une capacité à développer des relations avec l'objet internalisé et à se sentir directement concerné par ses propres actions et celles d'autrui[473].

La capacité de ces patients à former une alliance thérapeutique , qui correspond à une mesure clinique de la possibilité d'attachement, s'est avérée être un facteur de bon pronostic dans le traitement psychothérapeutique des hommes présentant une personnalité antisociale. Un autre facteur de bon pronostic de ces patients est l'apparition de signes cliniques d'anxiété et de dépression.

Ces patients ont également tendance à dénigrer les soignants, à exercer un contrôle sur le personnel.

Les différentes études sur le traitement des troubles de la personnalité ont mis en évidence l'efficacité de certaines thérapies.

---

[472] YATES K., KUNZ M., CZOBOR P., RABINOWITZ S., LINDENMAYER JP., VOLAVKA J. A cognitive, behaviorally based program for patients with persistent mental illness and a history of aggression, crime, or both : structure and correlates of completers of program. *J. Am Acad Psychiatry Law*. 2005;33:214-222.

[473] MELOY JR. Entre la personnalité antisociale et la psychopathie grave, un gradient de sévérité. *Evol Psychiatrique*. 2001 ;66:563-586.

Des traitements médicamenteux, comme les anticonvulsivants ont montré une efficacité sur la diminution de l'agressivité des patients présentant un trouble de la personnalité Borderline. NICKEL et LOEW[474] dans une étude de suivi de 44 patients masculins borderline, dont 22 traités par Topiramate (Epitomax), ont noté un changement significatif à l'échelle STAXI (State-trait anger expression inventory) avec une diminution de l'intensité du sentiment de colère et de la capacité à réagir avec colère. Ce traitement est efficace sur un large spectre de troubles de l'impulsivité, avec une très bonne tolérance. L'acide valproïque a également montré une action sur la diminution de l'agitation et de l'agressivité, mais également une diminution de l'irritabilité, de l'anxiété, de la colère, de l'impulsivité et de l'hypersensibilité au rejet. La dose moyenne efficace pour les patients présentant un trouble de la personnalité borderline est de 1500 mg/j. La lamotrigine est également efficace sur la réduction de l'impulsivité et des comportements agressifs chez ces patients[475].

Pour les troubles de la personnalité limite à tendance psychopathique, une efficacité des thérapies cognitivo-comportementales ainsi que des approches orientées vers l'insight a été constatée. Il a également été trouvé que les interventions psychosociales et psychologiques basées sur des approches cognitivo-comportementales étaient efficaces dans la prévention de la récidive chez une population de délinquants[476].

DUGGAN[477] propose pour le traitement des troubles sévères de la personnalité de diviser la thérapie en trois étapes. La première étape consiste dans l'évaluation du trouble de la personnalité à partir de l' «Internationale Personnality Disorder Examination » (IPDE), puis de travailler sur l'alliance thérapeutique par de la psychoéducation. Le deuxième niveau consiste à aider le patient à réduire ses troubles du comportement à partir de différentes modalités (résolutions de problèmes, contrôle de l'agressivité, contrôle des abus de substance) et de stratégies de mentalisation. Le troisième niveau a pour but de changer la structure de personnalité du patient grâce à des thérapies psychodynamiques et des traitements cognitifs.

TENGSTRÖM et al[478]. insistent sur la nécessité de prendre en charge les troubles de la personnalité associés chez les patients schizophrènes ainsi que les co-morbidités d'abus de substance afin de limiter le risque de récidive. Ces patients présentant un trouble de la personnalité antisociale associé à leur psychose sont très souvent difficiles à prendre en charge dans les services de psychiatrie traditionnels, du fait de leur non-adhésion aux soins et de leur difficulté à respecter le cadre. Ces personnes nécessitent pourtant un traitement

---

[474] NICKEL MK., LOEW TH. Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients, part II: 18 month follow-up. *Eur Psychiatry*. 2008;23:115-117.

[475] DIAZ-MARSA M., GONZALES BARDANCA S., TAJIMA K., GARCIA-ALBEA J., NAVAS M., CARRASCO JL. Psychopharmacological treatment in borderline personality disorder. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008 ;36 :39-49.

[476] WOOTON L., FAHY T. Dangerous severe personnality disorders : beyond the ethical boundary of psychiatry ?.*Psychiatry*. 2006 ;6 (2) :52-54.

[477] DUGGAN C. The treatment of severe personnality disorder. *Psychiatry*. 2005 ; 4(3) :26-28.

[478] TENGSTROM A., HODGINS S. KULLGREN G. Men with schizophrenia who behave violently : The usefulness of an early- versus late-start offender typology. *Schizophr Bull*. 2001 ;27 :205-218.

intensif, et des programmes structurés multi-disciplinaires à long terme qui prennent en charge leurs multiples problèmes (schizophrénie, abus de substance, difficultés sociales, attitudes antisociales) sont nécessaires . Des évaluations de programmes expérimentaux indiquent que ceux -ci sont efficaces dans la réduction de la criminalité et de la violence chez des patients à haut risque . Ce type de programme est particulièrement intéressant pour cette population, prise en charge par une équipe soignante qui accepte le double mandat de traiter un trouble mental et de prévenir la commission d'infractions et que ce traitement soit obligatoire et supervisé.

II.2.1.2.6 Les traitements pharmacologiques

Les antipsychotiques

Les antipsychotiques atypiques ont une efficacité supérieure sur l'agressivité et la violence des patients présentant des troubles mentaux par rapport aux neuroleptiques classiques (SWANSON et al., 2004[479] ; VOLAVKA et al., 2006[480]).

L'Olanzapine en IM a montré son efficacité sur l'agitation de patients schizophrènes et maniaques à une dose allant de 2.5mg à 10 mg. La dose recommandée pour ces patients est de 10mg, la dose maximale par jour étant de 30 mg. Les essais cliniques ont montré l'efficacité de l'Olanzapine dans la réduction de l'agitation aiguë chez les patients schizophrènes ou présentant des troubles schizo-affectifs. De plus, l'action de l'olanzapine en IM est rapide, débutant au plus tôt en 15 min. Des études analogues avec les épisodes maniaques ont trouvé des résultats similaires, avec un début de l'efficacité en 30 min environ. L'Olanzapine a montré un effet supérieur à la risperidone dans la réduction de l'agressivité[481]. La compliance au traitement serait un facteur important dans la réduction des comportements agressifs.

La Clozapine

Des études ont mis en évidence une réduction du nombre d'incidents et/ou une diminution de la nécessité de mise en isolement chez des patients hospitalisés après le début d'un traitement par Clozapine[482]. D'autres études ont montré l'effet de ce produit sur l'agressivité chez les adultes, les adolescents et les enfants. La réduction de l'hostilité et des agressions

---

[479] SWANSON JW., SWARTZ MS., ELBOGEN EB. Effectiveness of atypical antipsychotic medications in reducing violent behavior among persons with schizophrenia in community-based treatment. *Schizophr Bull*. 2004;30:3-20.

[480] VOLAVKA J., CZOBOR P., NOLAN K., SHEITMAN B., LINDENMAYER JP., McEVOY J et al. Overt agression and psychotic symptoms in patients with schizophrenia treated with clozapine, olanzapine, risperidone, or haloperidol. *J Clin Psychopharmacol*. 2004 ;24 :225-228.

[481] SWANSON JW., SWARTZ MS., ELBOGEN EB., VAN DORN RA. Reducing violence risk in persons with schizophrenia: olanzapine versus risperidone. *J Clin Psychiatry.* 2004 ;65 :1666-1673.

[482] VOLAVKA J., CITROME L., HUERTAS D. Update on the biological treatment of aggression. *Actas Esp Psiquiatr.* 2006; 34 :123-135.

avec la Clozapine serait statistiquement indépendante de l'effet général antipsychotique de ce traitement. Les effets bénéfiques de ce produit sur la violence chronique de patients schizophrènes hospitalisés à long terme ne seraient pas en lien avec une réduction des symptômes psychotiques (KRAKOWSKI et al.,2006[483]). Mais il est nécessaire d'atteindre le taux thérapeutique qui permet une réelle efficacité de ce médicament sur l'agressivité.
La Clozapine serait plus efficace que l'olanzapine et l'haloperidol dans la réduction de la fréquence et de la sévérité des agressions physiques et verbales[484], surtout chez les patients schizophrènes résistants au traitement[485].
De plus, la Clozapine réduirait les troubles d'abus de substance et principalement la consommation d'alcool associée à la schizophrénie[486].

La Ziprasidone a montré son efficacité sur l'agitation en IM à des doses de 20 mg, également pour des patients présentant des intoxications par l'alcool ou d'autres substances[487].

Les traitements antipsychotiques atypiques sont utilisés chez les patients schizophrènes, troubles schizo-affectifs et les troubles bipolaires, mais ont également été utilisés pour prévenir l'agressivité et les troubles du comportement chez des patients déments ou chez des adolescents.

La risperidone a montré un effet sélectif, sur l'hostilité, supérieur à celui de l'haloperidol. La risperidone à faible dose a montré une efficacité dans le contrôle de l'hostilité dans la démence et les troubles des conduites chez l'adolescent.

Concernant l'efficacité des **anticonvulsivants** sur l'agressivité.
Les anticonvulsivants et le Lithium sont souvent prescrits en association d'un traitement antipsychotique, du fait de l'efficacité anti-agressive de ces traitements dans les troubles de la personnalité.
Il y a peu d'études sur l'effet anti-agressif du Valproate. La bi-thérapie par valproate plus olanzapine ou risperidone a montré un meilleur effet sur l'hostilité que la monothérapie au

---

[483] KRAKOWSI M., CZOBOR.P., CITROME L., BARK N., COOPER T. Atypical antipsychotic agents in the treatment of violent patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:622-629.
[484] KRAKOWSI M., CZOBOR.P., CITROME L., BARK N., COOPER T. Atypical antipsychotic agents in the treatment of violent patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:622-629.
[485] VOLAVKA J., CZOBOR P., NOLAN K., SHEITMAN B., LINDENMAYER JP., McEVOY J. et al. Overt agression and psychotic symptoms in patients with schizophrenia treated with clozapine, olanzapine, risperidone, or haloperidol. *J Clin Psychopharmacol*. 2004 ;24 :225-228.
[486] DRAKE R. HAIYI X., Mc HUGO G., GREEN A. The effects of clozapine on alcohol and drug use disorders among patients with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2000;26:441-449.
[487] CITROME L, VOLAVKA J, CZOBOR P, BROOK S, LOEBEL A, MANDEL FS. Efficacy of ziprasidone against hostility in schizophrenia: post hoc analysis of randomized, open-label study data. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 638–42.

3ème et 7ème jours. Par contre CITROME et al. [488] n'ont pas retrouvé de diminution de l'agressivité chez des patients schizophrènes en cas d'association entre risperidone et valproate vs risperidone seule. STANFORD et al[489] (2005) ont étudié l'effet sur le comportement de 3 anticonvulsivants chez des hommes présentant des agressions de type impulsif. Les traitements étaient la phenytoïne, la carbamazepine, et le valproate. L'efficacité du traitement a été mesurée à l'aide de l'Overt Agression Scale. L'analyse des données a montré une réduction significative des agressions impulsives par les trois anticonvulsivants par rapport au placebo. Par contre, l'effet de la carbamazepine semble un peu moins important que celui de la phenytoïne et du valproate. Ces auteurs suggèrent que l'augmentation de l'utilisation d'anticonvulsivants peut avoir un impact significatif sur le contrôle des agressions impulsives.

Peu d'études ont été réalisées sur l'efficacité de la carbamazépine, de la Lamotrigine et du Lithium dans la diminution de l'agressivité des patients présentant des troubles mentaux.

Une méta-analyse (LEUCHT et al., 2002 ; cités par VOLAVKA et CITROME., 2008[490]) n'a pas montré d'effets bénéfiques de la carbamazepine dans la schizophrénie, que ce soit en monothérapie ou en traitement associé. Si le lithium a montré une efficacité sur la gestion de l'agressivité dans les épisodes maniaques, il y a peu de résultats pouvant démontrer son action chez les autres patients. Des résultats intéressants ont été notés avec la lamotrigine chez des patients schizophrènes[491].

Un autre anticonvulsivant, la gabapentine, aurait montré son efficacité chez un patient schizophrène présentant des comportements violents à répétition, résistant aux autres traitements, en association avec une bithérapie antipsychotique.

Concernant **les benzodiazépines***,* les études ne montrent pas d'efficacité à long terme sur le contrôle de l'agressivité. Au contraire, une étude sur l'adjonction de clonazepam chez 13 patients schizophrènes recevant des antipsychotiques a constaté l'absence de bénéfices thérapeutiques, et même le développement chez 4 patients de comportements agressifs.

La dysfonction du système sérotoninergique est impliquée dans la pathogénie des agressions impulsives. Les **antidépresseurs de type ISRS** sont donc des candidats pour le traitement des comportements d'agression de type impulsif. Le Citalopram a été testé chez

---

[488] CITROME L. SHOPE CB., NOLAN KA., CZOBOR P., VOLAVKA J. Risperidone alone versus risperidone plus valproate in the treatment of patients with schizophrenia and hostility. *Int. Clin Psychopharmacol*. 2007 ;22(6) :356-362.

[489] STANFORD MS., HELFRITZ LE., CONKLIN SM., VILLEMARETT NR., GREVE KW. et al. A comparison of anticonvulsivants in the treatment of impulsive aggression. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2005;13(1):72-77.

[490] VOLAVKA J., CITROME L. Heterogeneity of violence in schizophrenia and implications for long-term treatment. *Int J Clin Pract*. 2008;62:1237-1245.

[491] TIIHONEN J., HALLIKAINEN T., RYYNANEN OP., REPO-TIIHONEN E., KOTILAINEN I., ERONEN M., et al. Lamotrigine in treatment-resistant schizophrenia: a randomized placebo-controlled crossover trial. *Biol Psychiatry* 2003;54:1241–1248.

15 patients schizophrènes violents hospitalisés chroniques et traités par antipsychotiques. La fréquence des comportements agressifs a diminué durant le traitement par citalopram[492].
Une autre étude avait également retrouvé une réduction des comportements agressifs chez des patients présentant des troubles de la personnalité[493].

Les **B bloquant adrénergique**, propanolol et nadolol, ont montré une efficacité dans le traitement de l'agressivité et de l'irritabilité particulièrement chez les patients présentant des lésions cérébrales[494]. Sorgi (1986) et Ratey et al (cités par RECASENS[495]) ont retrouvé une diminution des comportements agressifs et des scores d'hostilité chez 41 patients schizophrènes traités avec 40-120 mg/j de Nadolol. Néanmoins, les effets secondaires comme l'hypotension ou la bradycardie aussi bien que la meilleure tolérance des antipsychotiques atypiques ont limité l'utilisation clinique de ces traitements dans l'agression.

Des études chez l'animal et chez l'homme ont révélé une association entre les androgènes et l'agressivité. Certaines études faites chez l'homme ont trouvé une relation significative entre un taux élevé de testostérone dans le plasma, dans la salive et dans le LCR et l'agressivité chez les hommes et les femmes.
Les **antiandrogènes** sont utilisés en psychiatrie pour contrôler l'hypersexualité ou les paraphilies. Peu d'études ont testé leur efficacité dans les agressions non-sexuelles ou dans des troubles spécifiques. Néanmoins une diminution de l'agressivité a été notée chez des patients déments sous traitement par antiandrogènes ou oestrogènes[496]. VOLAVKA et al. ont d'ailleurs mis en évidence que la Cyproterone était significativement plus efficace et mieux tolérée que l'haloperidol comme traitement de l'agressivité chez des patients présentant une démence de type Alzheimer.
L'acétate de Médroxy-progestérone (Provera) serait efficace dans l'agressivité de l'épilepsie temporale, des sujets agressifs (XXY) et des schizophrènes. La posologie est de 100 mg IM tous les 7 jours dans les comportements agressifs. La latence d'action est de 4 à 8 semaines. Les effets secondaires sont principalement centraux: sédation, prise de poids et augmentation légère de la température. Néanmoins, ce traitement n'a pas l'AMM en France et son indication est limitée aux cas sévères, résistant aux traitements conventionnels[497].

---

[492] VARTIANEN H., TIIHONEN J., PUTKONEN A., KOPONEN H., VIRKKUNEN M., HAKOLA P., et al. Citalopram, a selective serotonin reuptake inhibitor, in the treatment of aggression in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand. 1995;91:348-351.
[493] REIST C., NAKAMURA K., SAGART E., SOKOLSKI KN., FUJIMOTO KA. Impulsive aggressive behavior: open label treatment with citalopram. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:81-85.
[494] SILVER JM., YUDOVSKY SC., SLATER JA., GOLD RK., STRYER BLK., WILLIAMS DT., et al. Propanolol treatment of chronically hospitalized aggressive patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1999;11:328-335.
[495] RECASENS C. Schizophrénies, psychoses délirantes chroniques et dangerosité. In BEAUREPAIRE, BENEZECH, KOTTLER *« Les dangerosités »* John Libbey, Paris, 2004.
[496] SHELTON PS., BROOKS VG. Estrogen for dementia related aggression in ederly men. *Ann Pharmacother*. 1999;33:808-812.
[497] VANELLE JM., LOO H. Chimioprophylaxie des conduites agressives. In ALBERNHE T *« Criminologie et psychiatrie »*. Ellipses, Paris, 1997.

L'Electro-convulsivo-thérapie a montré son efficacité dans une étude qui portait sur son association avec un traitement par risperidone chez des patients schizophrènes. Une réduction des comportements agressifs a été mise en évidence pour 9 patients sur 10. Cette amélioration a été maintenue pendant au moins 6 mois[498].

BODON et al.[499], dans une étude sur les prescriptions en UMD chez des patients schizophrènes résistants au traitement, notent que les atypiques sont recommandés en première intention en monothérapie. En cas de résistance, une association entre neuroleptique classique et atypique est prescrite. En absence d'effets, un traitement par la clozapine est mis en place. En cas d'association à des troubles thymiques, la prescription de normothymique est utilisée également à visée anti-agressive.

ELIZAGARATE et SANCHEZ[500] recommandent, quant à eux, dans les schizophrénies résistantes, de prescrire en première intention, la risperidone ou l'olanzapine, puis la clozapine à 400-600mg/j avec des taux plasmatiques au-delà de 350ng/ml. En cas de résistance, d'ajouter de la risperidone, puis du lithium en cas de persistance des symptômes.

Pour VOLAVKA et CITROME (2008[501]), les traitements médicamenteux doivent être adaptés au type de violence présenté par les patients schizophrènes. Si les passages à l'acte sont en lien avec des symptômes positifs de la schizophrénie (hallucinations, délire), le choix thérapeutique doit s'orienter vers les antipsychotiques.
Lorsque c'est l'impulsivité qui est à l'origine de la violence, il est conseillé d'adjoindre, aux antipsychotiques, un traitement par anticonvulsivants.

II.2.1.2.7 Interventions psychosociales

Les études ont montré une augmentation du risque de comportement violent chez les patients schizophrènes ayant présenté un diagnostic de trouble des conduites dans l'enfance ou l'adolescence.
Un certain nombre d'interventions psychosociales a montré son efficacité dans la réduction de troubles du comportement de type impulsif caractéristiques de trouble des conduites, mais il n'a pas été démontré que ces interventions fonctionneraient sur les enfants avec

---

[498] HIROSE S., ASTIBY CR., MILLS MJ. Effectiveness of ECT combined with risperidone against aggression in schizophrenia. *J ECT*. 2001;17:22-26.
[499] BODON-BRUZEL M., ORLANDO N., KOTTLER C. Actualités pratiques en matière de prescription. Expérience de l'UMD Henri-Colin. In BEAUREPAIRE, BENEZECH, KOTTLER *« Les dangerosités »* John Libbey, Paris, 2004.
[500] ELIZAGARATE E., SANCHEZ P. Schizophrénie résistante : stratégies thérapeutiques. In BEAUREPAIRE, BENEZECH, KOTTLER *« Les dangerosités »* John Libbey, Paris, 2004.
[501] VOLAVKA J., CITROME L. Heterogeneity of violence in schizophrenia and implications for long-term treatment. *Int J Clin Pract*. 2008;62:1237-1245.

trouble des conduites et qui ont développé une schizophrénie. Réduire les troubles des conduites et augmenter l'adaptation sociale des enfants à risque de développer une schizophrénie pourraient prévenir les troubles d'abus de substance et peut-être même diminuer le risque de schizophrénie. L'étude de HODGINS et al. [502](2005) démontre que, chez les hommes schizophrènes, ceux qui ont une histoire de trouble des conduites dans l'enfance sont plus précocement et plus fréquemment pris en charge par la psychiatrie que ceux n'ayant pas d'antécédent de trouble des conduites. Il est relativement facile de repérer lors de la première admission les patients schizophrènes ayant des antécédents de trouble des conduites. Les interventions destinées à prendre en charge les comportements antisociaux, les attitudes et les manières de penser ont montré leur efficacité avec les délinquants n'ayant pas de troubles mentaux et elles devraient être adaptées et testées sur les patients schizophrènes. Si cela était efficace, ces interventions n'auraient pas seulement un impact sur la vie des patients et de leur potentielles victimes, mais également sur une réduction du coût de la santé et de la justice.

Pour les patients schizophrènes présentant un abus de substance, il est nécessaire d'augmenter les liens entre les services de psychiatrie et d'addictologie ou de créer des services spécifiques pour leur prise en charge .

Que retenir pour les soins ?

La violence des personnes atteintes de troubles mentaux graves est hétérogène, et cette hétérogénéité ne permet pas la mise en place de protocoles thérapeutiques fixes. La prise en charge psychiatrique de la violence doit se centrer sur les facteurs dynamiques, propices aux changements.

Les traitements médicamenteux ont évolués et offrent des alternatives thérapeutiques en cas de résistance à l'une ou l'autre molécule. Les antipsychotiques et les anticonvulsivants sont les traitements de première intention dans le cadre de la prise en charge de l'agressivité et de l'impulsivité, mais d'autres médicaments ont montré leur efficacité et le choix de la molécule devra être adapté à la clinique, à l'existence de trouble de la personnalité associé ou de troubles neurologiques.

L'éventail d'approches psychothérapeutiques permettent de proposer à chaque patient, une prise en charge adaptée à sa symptomatologie, à ses capacités cognitives.

Les programmes basés sur les thérapies cognitivo-comportementales ont montré leur efficacité sur la diminution de la violence chez les individus atteints de troubles mentaux.

Lors de la prise en charge hospitalière, il est nécessaire de connaître les facteurs de risque de dangerosité, de prendre en compte la consommation d'alcool ou de toute drogue et de faire appel, si nécessaire à une équipe d'addictologie, de mettre en place des mesures

[502] HODGINS S., TIIHONEN J., ROSS D. The consequences of conduct disorders for males who develop schizophrenia: associations with criminality, agressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophrenia Research.* 2005;78:323-335.

simples assurant la sécurité du personnel. Chez les individus, souvent psychotiques, commettant des actes violents à répétition, l'impulsivité, plus que les symptômes de la psychose est à l'origine de la violence et est fréquemment associée à des anomalies neurologiques. Si pour ces patients, l'existence d'un cadre contenant et rassurant est essentiel, des unités spéciales proposant des interventions psychothérapeutiques dont le but est de modifier le comportement et de mettre en place des médications à orientation neurologique (comme les anticonvulsivants et les B-bloquants) peuvent aider à réduire l'occurrence des agressions .

Les patients qui ont été violents nécessitent, une fois sortis de l'hôpital ou de la prison, un suivi plus intense afin de s'assurer de la bonne prise du traitement médicamenteux et de la compliance aux autres formes de traitement, surtout pour ceux présentant une co-morbidité de trouble de la personnalité de type antisociale.

Une approche psychosociale doit être associée à l'approche clinique, afin de permettre une meilleure adaptation du patient à la vie au sein de la communauté, de l'accompagner dans la recherche d'un emploi ou d'une activité permettant de rompre avec l'isolement. Il est également nécessaire de s'assurer qu'ils habitent dans un quartier où ils sont assez éloignés d'autres délinquants, qu'ils n'ont pas accès facilement à des drogues ou à des armes.

Malheureusement, le contexte actuel ne permet souvent pas aux services de psychiatrie générale, du fait d'un manque de moyens, d'offrir cette multiplicité d'approches thérapeutiques et un suivi rapproché aux patients et surtout aux patients présentant des facteurs de risque de violence.

II.2.2 – LA PRISE EN CHARGE JUDICIAIRE DE LA DANGEROSITE DES MALADES MENTAUX

Les dispositions pénales, relatives à la responsabilité des individus présentant des troubles mentaux graves viennent récemment d'être modifiées par la loi n° 2008-174 du 25 février 2008.

II.2.2.1 <u>Les individus présentant des troubles mentaux au moment de la commission d'infractions.</u>

En droit pénal, lorsqu'une infraction est commise, la responsabilité pénale de l'individu ne peut être reconnue que si trois conditions sont réunies : la qualification de l'acte, la culpabilité de l'auteur et l'imputabilité de l'acte. Ainsi l'article 121-3 du CP prévoit-il qu'il n'y a « *ni crime ni délit sans intention de le commettre* ».

La loi pénale française reconnaît dans le nouveau Code Pénal de 1994 aux termes de **l'article 122-1 alinéa 1 :** « *N'est pas pénalement responsable la personne atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.* »
Dans **l'alinéa 2** « *La personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable : toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime* ».

Pour les personnes présentant des troubles mentaux, une expertise psychiatrique pourra donc être envisagée pour évaluer leur faculté de discernement.

II.2.2.1.1 L'appréciation du discernement

L' appréciation de l'étendue du discernement d'un individu peut se faire à différentes étapes :

II.2.2.1.1.1 Pendant l'enquête préliminaire

Le parquet peut avoir recours, par voie de réquisitions écrites, à toute personne qualifiée pour procéder à une expertise psychiatrique de la personne mise en cause et déterminer si cette dernière est ou non pénalement responsable (Article 77-1 du CPP).
L'expert psychiatre sera choisi sur une liste nationale établie par le bureau de la cour de cassation ou sur une liste dressée par la cour d'appel (Art 157 du CPP). Sur décision motivée et à titre exceptionnel, les juridictions peuvent faire appel à un expert non inscrit sur une liste.

II.2.2.1.1.2 Pendant l'information judiciaire

Le juge d'instruction peut ordonner une expertise psychiatrique aux fins notamment de déterminer l'étendue de la responsabilité pénale de la personne mise en examen.
Il peut prescrire « *un examen médical, psychologique ou ordonner toute mesure utile* » (Article 81 du CPP).

II.2.2.1.1.3 Au stade du jugement

Le tribunal correctionnel (Art 434 du CPP) comme la cour d'assise (Art 283 du CPP) peuvent ordonner une expertise psychiatrique du prévenu ou de l'accusé, s'ils l'estiment nécessaire.

II.2.2.1.2 Les conséquences juridiques de l'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux

L'abolition du discernement de l'auteur d'une infraction est, en l'état actuel de la législation, une cause de non-imputabilité des faits.

II.2.2.1.2.1 Pendant l'enquête préliminaire

Si une expertise psychiatrique a conclu à l'abolition du discernement au moment des faits (Art 122-1 alinéa 1) , que les faits n'ont donné lieu à aucune ouverture d'information judiciaire et qu'aucune juridiction de jugement n'a été saisie, le parquet classe la procédure « *sans suite* » en raison de l'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux. Cette décision doit être notifiée à la victime (Art 40-2 du CPP).

II.2.2.1.2.2 Pendant l'information judiciaire

Quand une information judiciaire a été ouverte à la suite des faits, sans qu'une juridiction de jugement ne soit encore saisie, il appartient au magistrat en charge du dossier de rendre une « ordonnance d'irresponsabilité pénale » si l'expertise a conclu à l'abolition du discernement de la personne au moment des faits. (Art 177 du CPP). Le juge d'instruction, dans son ordonnance d'irresponsabilité pénale, doit néanmoins préciser « *s'il existe des charges suffisantes établissant que l'intéressé a commis les faits qui lui sont reprochés* ». Cette ordonnance d'irresponsabilité pénale met fin à la détention provisoire ou au contrôle judiciaire.

Le juge d'instruction peut, dans certains cas, lorsqu'il existe contre la personne mise en examen des charges suffisantes d'avoir commis les faits reprochés et qu'il peut exister une abolition du discernement au moment des faits, demander la saisine de la chambre de l'instruction (Art 706-120 du CPP).
La chambre de l'instruction demandera la comparution de la personne mise en examen, si son état le permet. Les débats et l'arrêt de la chambre de l'instruction sont rendus en audience publique, sauf dans les cas de huis clos prévus par la loi. (Art 706-122 du CPP modifié par la loi du 25 février 2008). Le président procèdera à l'interrogatoire de la personne mise en examen, les experts l'ayant examinée seront entendus par la chambre de l'instruction. Les témoins cités par les parties ou le ministère public pourront également être auditionnés pour établir s'il existe des charges suffisantes contre la personne d'avoir commis les faits qui lui sont reprochés et pour déterminer si le premier alinéa de l'article 122-1 est applicable. Le procureur général, l'avocat de la personne mise en examen et l'avocat de la

partie civile peuvent poser des questions à la personne mise en examen, à la partie civile, aux témoins et aux experts. La personne mise en examen, si elle est présente, et la partie civile peuvent également poser des questions par l'intermédiaire du président. Une fois l'instruction à l'audience terminée, l'avocat de la partie civile est entendu et le ministère public prend ses réquisitions.

Si à la suite de l'audience, la chambre de l'instruction estime qu'il n'existe pas de charges suffisantes contre la personne d'avoir commis les faits reprochés, elle rend une ordonnance de « non-lieu » (Art 706-123 du CPP).

Si elle estime qu'il existe des charges suffisantes et que le premier alinéa de l'article 122-1 du CP ne peut être appliqué, elle ordonne le renvoi de la personne devant la juridiction de jugement compétente (Art 706-124 du CPP).

Si elle estime qu'il existe des charges suffisantes mais que la personne mise en examen relève du premier alinéa de l'article 122-1 du CP, elle rend un « arrêt » d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (Article 706-125 du CPP) par lequel :

- elle déclare qu'il existe des charges suffisantes contre la personne d'avoir commis les faits
- que la personne est pénalement irresponsable en raison de troubles psychiques ou neuropsychiques ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes au moment des faits.

Elle prononce, s'il y a lieu, une ou plusieurs mesures de sûreté. Lorsque la chambre de l'instruction décide de l'hospitalisation d'office de la personne, elle prend à cette fin une ordonnance motivée aussitôt après avoir rendu le jugement ou l'arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale.
L'arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental met fin à la détention provisoire ou au contrôle judiciaire.

Une nouvelle disposition, fait état, également de la notification au casier judiciaire des arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental rendus par la chambre de l'instruction (Art D.47-31).

II.2.2.1.2.3 Au stade du jugement

Lorsqu'une juridiction de jugement a été saisie, c'est à elle qu'incombe de statuer, le cas échéant, sur la responsabilité pénale de l'individu poursuivi.

En matière délictuelle, le tribunal correctionnel qui estime le prévenu pénalement irresponsable en raison de troubles mentaux le relaxe des fins de la poursuite (Art 470 du CPP).
Dans ce cas, en vertu de l'article 706-133 créé par la loi du 25 février 2008, le tribunal correctionnel rend un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental dans lequel :

- Il déclare que la personne a commis les faits qui lui étaient reprochés.
- Il déclare la personne irresponsable pénalement en raison d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes au moment des faits.
- Il se prononce sur la responsabilité civile de la personne auteur des faits et s' il y a lieu, sur des dommages et intérêts.
- Il se prononce, s'il y a lieu, sur une ou plusieurs mesures de sûreté.

En matière criminelle, la question de la responsabilité pénale de l'accusé, lorsqu'elle est invoquée, doit être expressément posée au jury (Art 349-1 du CPP).
La loi du 21 février 2008 a prévu dans l'article 706-129 du CPP que lorsque la cour d'assises a répondu positivement à la question relative à la commission des faits et positivement à la question sur l'application du premier alinéa de l'article 122-1 du CP, elle déclare par arrêt l'irresponsabilité pénale de l'accusé pour cause de trouble mental.
La cour d'assises peut prononcer, s'il y a lieu, une ou plusieurs mesures de sûreté (Art 706-131 du CPP) et statue également sur les demandes de dommages et intérêts de la partie civile.

II.2.2.1.3 Les conséquences juridiques de l'altération du discernement au moment des faits

L'existence de troubles mentaux, qui se traduit après expertise par une altération du discernement de la personne, a une incidence sur la sanction prononcée.
Ainsi, l'auteur de l'infraction, sur le principe de la personnalisation de la peine, peut être condamné à des peines spécifiques, de nature à prévenir la réitération et la récidive par un suivi médical et/ou psychologique variable(s) selon le cadre juridique dans lequel il(s) est (sont) mis en œuvre.

II.2.2.1.3.1 L'emprisonnement assorti d'un sursis avec mise à l'épreuve et obligation de soins

Le sursis avec mise à l'épreuve n'est applicable qu'aux infractions qui entraînent un emprisonnement pour une durée supérieure à 5 ans (Art 132-41 du CP).

Le condamné est dispensé d'exécuter la peine privative de liberté à la condition de se soumettre à certaines obligations ou interdictions fixées par la juridiction de jugement ou le juge de l'application des peines pendant un délai d'épreuve déterminé (de 18 mois à 3 ans) (Art 739 du CPP).

Dans le cadre des mesures imposées par le sursis avec mise à l'épreuve, « l'obligation de soins » est une mesure adaptée aux individus nécessitant une prise en charge médicale et psychologique en raison de troubles mentaux.
La juridiction de jugement ou le juge de l'application des peines peut donc imposer au condamné « *de se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation*. » (Art 132-45 du CP).

La première obligation de soins a été introduite en France par la loi du 15 avril 1994 relative au traitement des alcooliques dangereux. Ce dispositif permettait à une personne, dont l'addiction, jugée dangereuse pour autrui ou pour elle-même, était dénoncée aux services sociaux ou aux services de police, d'éviter les poursuites pénales si elle acceptait de se soigner. Une autre loi, en décembre 1970, a permis « *d'enjoindre aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale* ».

II.2.2.1.3.2 Le suivi socio-judiciaire avec injonction ou obligation de soins.

Le suivi socio-judiciaire peut être prononcé comme peine complémentaire en matière criminelle et délictuelle ou comme peine principale en matière délictuelle. Si cette peine était limitée à certaines infractions, notamment d'ordre sexuel, la loi du 12 décembre 2005 a étendu la liste des infractions pour lesquelles la peine de suivi socio-judiciaire est encourue.

Le suivi socio-judiciaire oblige le condamné à se soumettre, sous le contrôle du juge de l'application des peines et pendant une durée déterminée par la juridiction de jugement à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive (Art 131-36-1 du CP). Si le condamné ne se soumet pas aux obligations notifiées par la juridiction de jugement, une peine d'emprisonnement est définie.

Dans le cadre de ce suivi socio-judiciaire, la juridiction de jugement peut imposer au condamné :

- une obligation de soins « *Se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation.* » (Art 132-45 du CP).

- une injonction de soins (Art 131-36-4 du CP).

L'injonction de soins ne peut être prononcée par la juridiction de jugement que s'il est établi, après une expertise médicale, que la personne poursuivie «*est susceptible de faire l'objet d'un traitement.* ». Aucun soin ne pourra être entrepris sans le consentement de la personne condamnée, néanmoins, si elle les refuse, un emprisonnement pourra être mis à exécution.
Pour la mise en œuvre de l'injonction de soins (Art L-3711-1 du CSP), le juge de l'application des peines désigne sur une liste de psychiatres ou médecins, établie par le procureur de la République, un médecin coordonnateur qui est chargé :

- D'inviter le condamné, au vu des expertises réalisées au cours de la procédure ainsi que, le cas échéant, au cours de l'exécution de la peine privative de liberté, à choisir un médecin traitant. En cas de désaccord persistant sur le choix effectué, le médecin est désigné par le juge de l'application des peines, après avis du médecin coordonnateur .
- De conseiller le médecin traitant si celui-ci en fait la demande .
- De transmettre au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins .
- D'informer, en liaison avec le médecin traitant, le condamné dont le suivi socio-judiciaire est arrivé à son terme, de la possibilité de poursuivre son traitement en l'absence de contrôle de l'autorité judiciaire et de lui indiquer les modalités et la durée qu'il estime nécessaires et raisonnables en raison notamment de l'évolution des soins en cours.

II.2.2.1.3.3 Les mesures de sûreté

Des mesures de sûreté peuvent être appliquées au terme de l'exécution d'une peine privative de liberté, si la personne présente une dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive.

- **La surveillance judiciaire des personnes dangereuses**

Créée par la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive, cette surveillance est applicable aux personnes condamnées à une peine privative de liberté d'une durée égale ou supérieure à 10 ans, pour un crime ou délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru. Le juge de l'application des peines peut ordonner qu'une personne condamnée soit placée sous surveillance judiciaire dès sa libération, aux seules fins de prévenir une récidive dont le risque paraît avéré (Art 723-31 du CPP). Dans le cadre de cette surveillance judiciaire, le condamné est soumis à une injonction de soins, lorsqu'il est établi après expertise médicale, qu'il est susceptible de faire l'objet d'un traitement (Art 730-30 du CPP).

- **La rétention de sûreté**

La loi du 25 février 2008 a prévu dans l'article 706-53-13 du CPP que si une personne a été condamnée à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à 15 ans pour un crime (victime mineure ou majeure, meurtre, torture, viol, enlèvement…), elle peut à l'issue de l'exécution de sa peine, si elle présente toujours un caractère de dangerosité, faire l'objet d'une rétention de sûreté.

La rétention de sûreté consiste dans le placement de la personne dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté, dans lequel lui est proposée une prise en charge médicale, sociale et psychologique.

La décision de la mesure de rétention de sûreté est prise par une commission pluridisciplinaire, à la suite d'un placement d'au moins six semaines dans un service spécialisé chargé de l'observation des détenus aux fins d'une évaluation pluridisciplinaire de dangerosité assortie d'une expertise médicale réalisée par deux experts (Art 706-53-14 du CPP).

Si la commission conclut à la particulière dangerosité du condamné, si elle juge que l'injonction de soins, le placement sous surveillance électronique ou la surveillance judiciaire seront insuffisants pour prévenir la récidive, elle peut proposer la rétention de sûreté,

- **La surveillance de sûreté**

La surveillance de sûreté peut être ordonnée par la juridiction régionale de la rétention de sûreté si la personne en fin de rétention de sûreté présente encore des risques de commettre des infractions (Art 706-53-19 du CPP).

Cette surveillance comprend des obligations identiques à celles de la surveillance judiciaire, en particulier, l'injonction de soins et le placement sous surveillance électronique. En cas de non respect des obligations prévues, le président de la juridiction régionale peut, s'il apparaît que la personne présente à nouveau une particulière dangerosité, ordonner un placement provisoire qui doit être confirmé dans un délai de 3 mois dans un centre médico-judiciaire de sûreté.

II.2.2.1.4 L'exécution des peines prononcées à l'encontre des personnes souffrant de troubles mentaux

II.2.2.1.4.1 <u>En milieu fermé – les soins psychiatriques</u>

En cas d'exécution d'une peine privative de liberté, le suivi médical des détenus relève des équipes de soins intervenant dans chaque établissement pénitentiaire.

Le suivi psychiatrique des détenus est assuré soit par une équipe de psychiatrie de secteur qui intervient en milieu pénitentiaire soit par un S.M.P.R.

Les SMPR permettent une prise en charge psychiatrique au sein des prisons, pour des patients consentant aux soins. Les soins ambulatoires courants sont prodigués dans la majorité des établissements pénitentiaires par des équipes de secteur de psychiatrie générale, des SMPR assurant des soins plus intensifs sont présents dans 26 établissements.
L'intervention du secteur psychiatrique comme Centre de consultation médico-psychologique intracarcéral a pour missions :

- L'entretien d'accueil des entrants, que ce soit en maison d'arrêt ou en centre pour peine.
- La prise en charge psychothérapeutique des détenus qui en ont besoin.
- L'orientation vers le SMPR des détenus relevant de soins psychiatriques et y étant consentant.
- La prise en charge au sein du secteur psychiatrique hospitalier des individus relevant de l'application de l'article D 398 du CPP, qui présentent un trouble psychiatrique grave et qui ne sont pas consentant aux soins.
- L'orientation vers les U.M.D des détenus relevant de l'article D398 du CPP et qui présentent un état de dangerosité ne permettant pas leur hospitalisation dans un secteur de psychiatrie générale.
- La préparation de la sortie des détenus ayant bénéficié d'un suivi psychiatrique pendant la détention ou relevant de l'application de la loi du 1er février 1995.

Les équipes de secteur intervenant en milieu carcéral et les équipes des SMPR jouent un rôle très important dans le dépistage des troubles psychiatriques chez les détenus qu'il s'agisse de prévenus ou de condamnés.
Lorsqu'il s'agit d'un individu placé en détention provisoire (n'ayant pas encore été jugé), si lors de l'entretien d'accueil en maison d'arrêt, le psychiatre met en évidence l'existence de troubles mentaux, il doit s'assurer qu'une expertise psychiatrique a été demandée par le juge d'instruction ou le parquet, ce qui n'est souvent pas le cas, dans les « petits » délits, où les procédures sont accélérées. Si l'expert psychiatre retient une abolition du discernement au moment des faits selon l'article 122-1 alinéa 1 du CP, le sujet fera l'objet d'un non-lieu pour cause d'irresponsabilité et pourra faire l'objet d'une hospitalisation d'office (sur demande du parquet) par arrêté préfectoral, soit sur le secteur psychiatrique, soit dans une UMD.
Si l'expertise psychiatrique conclut à une altération du discernement (article 122-1 alinéa 2), le sujet est reconnu responsable de ses actes et maintenu en détention. Si le détenu est

consentant aux soins, il bénéficiera d'un suivi ambulatoire en détention ou d'une hospitalisation au sein du SMPR. S'il n'est pas consentant et que son état psychique ne permet pas le maintien en détention, le médecin psychiatre établira un certificat demandant son hospitalisation d'office en application de l'article D398 du CPP. Le préfet pourra alors signer l'arrêté d'H.O, soit sur le secteur de psychiatrie générale, soit en UMD, si la dangerosité du patient le justifie.

S'il s'agit d'un détenu condamné, soit le malade est consentant aux soins et il bénéficie d'un suivi ambulatoire ou d'une hospitalisation au SMPR, soit il n'est pas consentant aux soins et présente un trouble psychiatrique incompatible avec son maintien en détention et il pourra être hospitalisé d'office selon l'article D398 du CPP.

II.2.2.1.4.2 <u>En milieu ouvert.</u>

Le juge de l'application des peines peut, s'il est établi après une expertise médicale ordonnée après la décision de condamnation que la personne astreinte à un suivi socio-judiciaire est susceptible de faire l'objet d'un traitement, prononcer une injonction de soins (Art 763-3 du CPP).

II.2.2.1.4.3 <u>Le Centre National d'Observation</u>

Le centre national d'observation (CNO) installé au centre pénitentiaire de Fresnes participe à la détection et au choix de la prise en charge médicale des condamnés atteints de troubles mentaux. Les détenus présentant des troubles mentaux constituent environ la moitié de la population accueillie par le CNO.

L'observation dure 6 semaines avec un certain nombre d'examens pluridisciplinaires et une évaluation du comportement. Ces examens permettent d'actualiser une expertise réalisée durant la procédure, d'évaluer la dangerosité et de formuler un avis prédictif sur la trajectoire du détenu avec des propositions concrètes. Une commission chargée d'affecter le détenu dans l'établissement pour peines le plus adapté se servira de la synthèse de l'observation. Les détenus souffrant d'une pathologie psychiatrique sont généralement dirigés soit vers le centre pénitentiaire de Château-Thierry, quand ils sont atteints d'une pathologie mentale sévère (mais cela nécessite leur accord pour les soins), soit vers un établissement comportant un SMPR.

II.2.2.1.5 Les mesures applicables par les juridictions de jugement en cas <u>d'irresponsabilité pénale</u> pour cause de trouble mental

Des mesures de sûreté, destinées à prévenir la perpétration de nouvelles infractions, peuvent être prononcées par la juridiction de jugement ou la chambre de l'instruction, en

raison d'une dangerosité avérée d'un individu, soit dans les suites d'un arrêt ou d'un jugement d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental soit à l'issue d'une hospitalisation d'office.

Lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale, elle peut ordonner par décision motivée et après expertise psychiatrique établissant que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et qu'ils compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public, une hospitalisation d'office de la personne dans un établissement psychiatrique ou dans une UMD (Art 706-135 du CPP, créé par la loi du 25 février 2008).
Le procureur de la république doit en aviser immédiatement le représentant de l'état dans le département, afin que ce dernier procède dans délai à l'hospitalisation. (Art 47-29 du CPP).
Le directeur de l'établissement doit informer le procureur de la république de la fin de l'hospitalisation d'office.
Une copie de l'expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure et établissant que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins, est adressée par le procureur au préfet, pour être jointe au dossier médical de la personne.

De plus, la chambre de l'instruction ou la juridiction de jugement peut, si elle prononce un arrêt ou un jugement d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, ordonner à l'encontre de la personne d'autres mesures de sûreté (Art 706-136 du CPP) comme :

- l'interdiction d'entrer en relation avec la victime de l'infraction ou une catégorie de personnes comme des mineurs
- l'interdiction de détenir une arme, l'interdiction d'exercer une activité professionnelle désignée
- l'annulation du permis de conduire…

Ces interdictions ne peuvent être prononcées qu'après une expertise psychiatrique. La levée, avant le terme prévu, des mesures de sûreté prononcées ne peut être décidée qu'après une expertise psychiatrique. Le non respect des interdictions est puni d'une peine d'emprisonnement et d'une amende.

II.2.2.2 L'expertise psychiatrique et médico-psychologique

II.2.2.2.1 L'expertise psychiatrique pénale

L'expertise psychiatrique pénale a pour premier objet, depuis le 19ème siècle, d'évaluer le discernement présenté par un individu au moment de la commission d'une infraction et donc sa responsabilité pénale. Elle a pour but de déterminer si la personne mise en cause souffre selon les termes de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal « « *d'un trouble psychique ou*

neuro-psychique de nature à abolir son discernement ou le contrôle de ses actes, ou de nature à altérer son discernement ou entraver le contrôle de ses actes ».

Le code de procédure pénale de 1959 a étendu le domaine d'application de l'expertise psychiatrique, l'expert devant se prononcer sur la dangerosité et le traitement de toutes les personnes poursuivies, même si celles-ci ne présentent pas de troubles psychiques et neuropsychiques.

La circulaire générale du 1er mars 1993, relative à l'entrée en vigueur du nouveau code de procédure pénale précise qu' « il est procédé à l'examen psychiatrique toutes les fois que l'attention du magistrat est appelée, notamment par l'examen médical ou psychologique ou par l'enquête sociale, sur l'existence possible de troubles psychiatriques. Confié à des médecins experts psychiatres, cet examen a pour objet de déterminer si les perturbations de la personnalité peuvent être situées dans l'ensemble des affections psychopathologiques connues. Il tend en outre à permettre un pronostic sur l'évolution du comportement et un avis sur le traitement à envisager. »

La chambre criminelle de la cour de cassation admet que « *l'accomplissement d'une mission d'expertise psychiatrique relative à la recherche d'anomalies mentales susceptibles d'annihiler ou d'atténuer la responsabilité pénale du sujet n'interdit pas aux médecins experts d'examiner les faits, d'envisager la culpabilité de la personne mise en examen, et d'apprécier son accessibilité à la sanction pénale.* »
L'expert psychiatre a donc dans ses missions, en plus de la détermination de la responsabilité pénale de la personne mise en cause, de mettre en évidence une éventuelle dangerosité psychiatrique ou criminologique.

Le contenu de l'expertise psychiatrique est défini par la circulaire d'application du code de procédure pénale en date du 1er février 1993 et résulte également de l'article C 345 de ce code. Cet article formule expressément les questions que le juge d'instruction doit poser au psychiatre :

- L'examen du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques ? Le cas échéant, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent.
- L'infraction qui est reprochée au sujet est- elle ou non en relation avec de telles anomalies ?
- Le sujet présente-t-il un état dangereux ?

II.2.2.2.2 L'expertise de dangerosité

En dehors de l'intervention de l'expert psychiatre dans la détermination de la responsabilité pénale, une expertise psychiatrique de dangerosité est devenue obligatoire pour permettre aux juridictions de jugement l'application de certaines peines ou mesures. Concernant la dangerosité, l'expert doit répondre à trois questions : le sujet est- il dangereux à l'heure actuelle ? Sera-t-il dangereux à l'avenir ? et Existe-t-il des moyens de le traiter afin que sa dangerosité cesse ?[503].

La loi du 17 juin 1998 a, par exemple, rendu obligatoire l'expertise de dangerosité pour les délinquants sexuels, au moment de l'instruction, afin de déterminer l'opportunité d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire (Art 706-47 alinéa 2 du CP).

Le placement sous surveillance électronique, créé par la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive, nécessite au préalable « *une expertise médicale constatant la dangerosité.* » (Art 131-36-10 du CP).

La « surveillance judiciaire des personnes dangereuses » (Art 723-31 du CPP), la « rétention de sûreté » et « la surveillance de sûreté » ne peuvent être décidées que s'il existe un risque de récidive du condamné. Ce risque de récidive doit être constaté par une expertise médicale, dont la conclusion fait apparaître la dangerosité du condamné et détermine s'il est susceptible de faire l'objet d'un traitement.

Une commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté et de l'examen de la dangerosité a été instituée par l'article 763-10[504] du CPP (décret du 1er Août 2007).

Elle a pour objet l'évaluation pluridisciplinaire de la dangerosité d'un individu et plus particulièrement, des risques de réitération des faits criminels ou délictueux Elle est constituée d'un président de la cour d'appel, du préfet de région, du directeur interrégional des services pénitentiaires, d'un expert psychiatre, d'un expert psychologue, d'un représentant d'une association d'aide aux victimes, d'un avocat membre du conseil de l'ordre. Cette commission est saisie par le juge de l'application des peines ou le procureur de la république. Elle a à se prononcer sur trois questions d'ordre général à propos de la personne à expertiser : La description de son état actuel et de sa dangerosité, comprise comme le risque d'un nouveau passage à l'acte criminel ou délictueux ; l'évaluation de l'évolution vraisemblable de cette dangerosité ; l'indication des mesures de nature judiciaire, médicale ou psychologique qui pourraient permettre de limiter cette dangerosité.

---

[503] COCHE A. *La détermination de la dangerosité des délinquants en droit français*. Presse Universitaire de Marseille. 2005 : p24

[504] Art 763-10 du CPP. « *la personne condamnée au placement sous surveillance électronique mobile (…) fait l'objet d'un examen destiné à évaluer sa dangerosité et à mesurer le risque de commission d'une nouvelle infraction. Cet examen est mis en œuvre par le juge de l'application des peines, après avis de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté (..)* »

II.2.2.2.3 L'expertise médico-psychologique

L'expertise médico-psychologique, quant à elle, issue des travaux de Lombroso, consacre la contribution de la criminologie clinique et des différentes criminologies spécialisées à la justice pénale. Cet examen qui était au départ destiné aux mineurs a été étendu en 1959 aux inculpés majeurs par le code de procédure pénale (Art 81). Cet examen devait servir à établir un diagnostic relatif aux causes de la délinquance et au danger social inhérent au criminel. Il devait être mené par une équipe scientifique pluridisciplinaire composée de différents représentants des criminologies spécialisées. Cet examen devait également s'appliquer à toutes les personnes poursuivies quel que soit leur état mental.
Mais dans la réalité, son application est restée très limitée, le psychiatre étant souvent désigné pour effectuer cet examen.

L'expertise psychologique est définie dans la circulaire du 1er mars 1993. Elle tend à révéler les aspects de la personnalité du sujet mis en examen, à déterminer ses niveaux d'intelligence, d'habileté manuelle, d'attention et à fournir les données utiles pour la conduite de l'instruction et le jugement de l'affaire. Les psychologues sont également amenés à se prononcer sur la dangerosité du mis en examen.

II.2.2.3 Les hospitalisations sans consentement ou l'internement thérapeutique des malades mentaux

La loi du 30 juin 1838 sur les aliénés a donné aux psychiatres le pouvoir de soigner les malades mentaux en créant des structures départementales spécialisées.
Incorporé en 1953 dans le code de santé publique, ce texte n'a été réformé que par la loi n°90-627 du 27 juin 1990 relative aux droits des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux , à leur protection et à leurs conditions d'hospitalisation.
Le juge pénal est donc dessaisi de ces décisions d'hospitalisation au profit de l'administration (préfet) et des médecins.

II.2.2.3.1 L'hospitalisation d'office comme suite à une irresponsabilité pénale

L'admission se fait sur décision préfectorale, selon l'article 3213-7 du Code de santé publique, à la suite d'un arrêt ou d'un jugement d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental et sur ordonnance motivée de la chambre de l'instruction ou de la juridiction de jugement .
« Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un classement sans suite motivé par les dispositions de l'article 122-1 du code pénal, d'une

décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, elles avisent immédiatement le représentant de l'Etat dans le département, qui prend sans délai toute mesure utile, ainsi que la commission mentionnée à l'article L. 3222-5. L'avis médical mentionné à l'article L. 3213-1 doit porter sur l'état actuel du malade. A toutes fins utiles, le procureur de la République informe le représentant de l'Etat dans le département de ses réquisitions ainsi que des dates d'audience et des décisions rendues. »

La sortie de l'hospitalisation d'office (article 3213-8[505]) se fait sur décision préfectorale après avis conformes de deux psychiatres choisis sur une liste spécialisée établie par le procureur de la République, après des examens séparés et qui concluent à l'absence de dangerosité du sujet pour lui-même ou pour les tiers.
Le directeur de l'établissement doit informer le procureur de la république de le levée de l'hospitalisation d'office.

Ces modifications, apportées par la loi du 25 février 2008, font suite aux propositions de la commission Santé-Justice et du rapport de l'Assemblée Nationale[506] concernant le traitement de la récidive des infractions pénales qui proposaient que le magistrat de l'ordre judiciaire puisse prononcer d'éventuelles mesures de sûreté après la sortie du patient de l'hôpital et de lui transférer la compétence de l'hospitalisation d'office des prévenus ayant bénéficié d'un arrêt ou d'un jugement d'irresponsabilité pénale en raison de l'abolition de leur discernement au moment des faits, permettant ainsi, leur suivi et leur contrôle.

---

[505] Art 3213-8 CSP « *Il ne peut être mis fin aux hospitalisations d'office intervenues en application de l'article L. 3213-7 que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le représentant de l'Etat dans le département sur une liste établie par le procureur de la République, après avis de la direction des affaires sanitaires et sociales du département dans lequel est situé l'établissement.*
Ces deux décisions résultant de deux examens séparés et concordants doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui »

[506] CLEMENT P., LEONARD G. Rapport d'information sur le traitement de la récidive des infractions pénales. Assemblée nationale. Rapport N°1718. 7 Juillet 2004.

II.2.2.3.2 Hospitalisation d'office dans le cadre d'une détention en établissement pénitentiaire (Article D.398[507]).

L'admission en établissement psychiatrique se fait lorsqu'un individu présentant un trouble mental est dans l'impossibilité d'être maintenu en détention. Cela nécessite un certificat établi par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil et l'hospitalisation se fait sur décision préfectorale.
La sortie se fait également sur décision préfectorale après avis d'un psychiatre de l'établissement.

II.2.2.4 Les mesures pénales appliquées aux délinquants atteints de troubles mentaux dans les autres pays de l'Union Européenne et au Canada.

II.2.2.4.1 En Allemagne

En Allemagne, si une infraction a été commise par une personne déclarée irresponsable du fait de troubles mentaux, le tribunal va prononcer le placement du délinquant dans un hôpital psychiatrique sous certaines conditions : si l'auteur de l'infraction représente un danger pour la collectivité, s' il est vraisemblable qu'il commette à nouveau des infractions graves, si le danger qu'il représente est lié à son état mental. La durée du placement en hôpital psychiatrique n'est pas déterminée à l'avance et le tribunal a l'obligation de réexaminer la situation du malade au moins une fois par an.
Après sa sortie de l'hôpital psychiatrique, l'intéressé est placé sous le régime de la mise à l'épreuve avec un certain nombre d'obligations sous le contrôle d'un travailleur social chargé de son suivi socio-judiciaire . Ces mesures sont imposées pour une période de deux à cinq ans, mais elles peuvent l'être pour une durée illimitée si le délinquant est considéré comme potentiellement dangereux pour la société.

II.2.2.4.2 En Angleterre

En Angleterre, en cas d'irresponsabilité d'un délinquant pour cause de troubles mentaux, le juge peut décider soit d'un placement dans un établissement psychiatrique, soit d'une mise sous tutelle des services sociaux, soit d'un traitement adapté, soit d'une mise en liberté.
Le placement dans un établissement psychiatrique ne peut se faire que si l'infraction dont est coupable l'individu, est passible d'une peine de prison. Ce placement est normalement d'une durée limitée, sauf si l'individu présente des caractères particuliers de dangerosité. Le

---

[507] Art D398 du CPP « *Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 342 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire.*
Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 331 du code de la santé publique.
Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D. 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation. »

malade qui a commis un homicide est nécessairement placé en hôpital psychiatrique et des restrictions à sa libération sont prévues par la loi.

II.2.2.4.3 Au Danemark

Au Danemark, les délinquants qui « au moment des faits, ne jouissaient pas de la plénitude de leurs facultés, à cause d'une maladie mentale ou parce qu'elles se trouvaient dans un état comparable, ne sont pas punies ». Le tribunal, le plus généralement, acquitte purement et simplement ces délinquants. Néanmoins, il peut prononcer des mesures préventives : obligation de travailler dans un lieu donné, surveillance médicale, suivi d'un traitement ambulatoire, ou placement dans un établissement.

Le placement dans un établissement spécialisé est limité à 5 ans, et peut être prolongé de 2 ans sur demande du ministère public. Lorsque le délinquant présente une dangerosité importante, ces mesures peuvent être prononcées pour une durée indéterminée, mais doivent être réévaluées au bout de 5 ans.

II.2.2.4.4 En Belgique

Les personnes qui ont été condamnées pour une infraction mais qui présentent en prison des troubles mentaux peuvent être internées dans un établissement de défense sociale selon l'article 21 de la loi de défense sociale.

Soit la personne voit sa situation mentale s'améliorer suffisamment pour justifier une levée de la mesure et son retour en prison, soit la mesure se poursuit jusqu'au terme de la peine. Le détenu passe alors sous le statut d'interné et il peut rester hospitalisé tant que son état le nécessite.

Il pourra bénéficier d'une libération à l'essai s'il existe une diminution suffisante de sa dangerosité, une amélioration de son état mental et la mise en place de conditions sociales. Dans le cadre de cette libération d'essai existent des obligations comme celles d'un suivi thérapeutique, d'un contrôle social par des assistants de justice.

II.2.2.4.5 En Suède

En Suède, les malades mentaux ayant commis une infraction ne peuvent être emprisonnés et sont en général condamnés à un traitement psychiatrique. Le code pénal définit la maladie mentale comme un trouble mental sévère.

Si un trouble mental sévère est présent au moment de l'infraction et la relation de causalité retrouvée entre l'infraction et le trouble, une condamnation à de la prison ne peut être imposée. Si un trouble mental sévère est présent au moment de l'expertise psychiatrique, les critères sont remplis pour une condamnation à une prise en charge en psychiatrie légale.

II.2.2.4.6 En Italie

En Italie, les personnes déclarées irresponsables pour maladie ou intoxication chronique sont acquittées et internées, si elles présentent un état de dangerosité (probabilité qu'elles

commettent à nouveau des infractions que la loi qualifie de délits),dans un centre psychiatrique spécialisé. La durée minimale de l'internement est fonction du crime ou du délit. Elle est de 10 ans pour un délit punissable de la réclusion à perpétuité, de 5 ans pour un délit punissable d'un emprisonnement d'au moins 10 ans.

II.2.2.4.7 Aux Pays- Bas

Aux Pays-Bas, les délinquants pénalement irresponsables ne peuvent pas faire l'objet d'une sanction pénale, mais le tribunal peut prononcer une « mesure judiciaire » : soit le placement dans un hôpital psychiatrique pour les délinquants présentant un danger pour eux-mêmes ou pour la collectivité (mesure qui doit être recommandée par 2 experts dont un psychiatrique), soit une « mise à disposition », pour les personnes représentant un danger pour la collectivité et qui ont commis certaines infractions définies par le code pénal. Les individus sont alors placés et traités dans des établissements spécialisés, ou obligés de suivre un traitement à l'hôpital psychiatrique. Le traitement est planifié avec l'accord du malade sur proposition d'un psychiatre, et le patient est sanctionné s'il ne respecte pas le protocole en étant placé dans un établissement plus strict. La sortie de ces « mises à disposition » se fait très progressivement, avec des permissions de durée croissante. Lors de la sortie définitive, le juge peut imposer d'autres mesures comme un suivi psychiatrique.

II.2.2.4.8 Au Québec

Le code criminel du Canada indique qu'une personne ne peut être tenue criminellement responsable d'un acte si son état mental au moment où elle commet cet acte la rend incapable d'en apprécier la nature et la gravité.

Avant tout procès, existe la nécessité de déterminer si l'individu est « apte » à subir le procès. Ce jugement fait suite généralement à une période d'un mois ou deux durant laquelle le sujet est soumis à expertise et traité sur le plan psychiatrique s' il présente des troubles mentaux. Si le sujet au terme de cette période reste inapte à assister à son procès, il est déféré devant le tribunal administratif du Québec, qui réexaminera son évolution, afin de le renvoyer dès que possible devant la cour.

A la suite du procès, en cas de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de troubles mentaux, les malades seront dans un premier temps hospitalisés sous contrainte sur ordre du tribunal pour une durée de 45 à 90 jours.

A l'issue de cette période, une première audience devant la commission d'examen des troubles mentaux a lieu. Si le patient ne présente plus aucun danger pour la société et qu'il peut se réinsérer, la commission peut décider d'une libération inconditionnelle.

Si la commission estime qu'il existe encore un danger pour la société, elle peut décider d'une détention avec ou sans modalités (autorisation de sortie une fois par semaine...), d'une libération conditionnelle (absence de consommation de toxiques, absence de contact avec une victime, obligation de suivre un traitement..).

Les situations des patients maintenus en détention sont réévaluées au moins une fois par an.

La France, avec la loi de Février 2008, se place donc dans la lignée des autres pays européens, redonnant à l'ordre judiciaire, la capacité d'ordonner une hospitalisation d'office et des mesures de sûreté, à l'égard d'individus présentant des troubles mentaux, en cas de décision d'irresponsabilité pénale. Néanmoins, la décision d'hospitalisation relève encore du préfet du département, le procureur devant informer l'ordre administratif de l'ordonnance d'hospitalisation.

II.2.2.5 Des évolutions possibles de la prise en charge judiciaire des individus atteints de troubles mentaux comme prévention du risque de dangerosité.

L'une des principales critiques concernant la déclaration d'irresponsabilité pénale des malades mentaux est l'absence de possibilité pour les juridictions de jugement de décider d'un « placement » judiciaire en hospitalisation d'office. Car si la loi de février 2008 stipule plus clairement que la juridiction de jugement peut ordonner une hospitalisation, l'hospitalisation d'office requiert toujours un accord du préfet.

Pour SENON et MANZANERA[508] (2005), il serait intéressant de pouvoir mettre en place des soins ambulatoires sous contraintes, à la fois en cas de déclaration d'irresponsabilité pénale, mais l'étendre aux personnes qui ont été reconnues comme ayant présenté une altération du discernement aux moments des faits si l'expert considère qu'il relève d'un traitement, cela permettrait à la fois aux équipes soignantes d'assurer une prise en charge sur la durée et d'éviter la sur-pénalisation de ces individus .

Le rapport de l'Assemblée Nationale[509] pour le traitement de la récidive des infractions pénales conseillait également la mise en place d'un fichier national recensant les personnes ayant bénéficié d'un non-lieu ou d'une relaxe en raison de l'abolition de leur discernement au moment des faits afin de conserver la mémoire judiciaire de leur comportement dangereux en cas de répétition.

Actuellement, une personne ayant commis un délit ou un crime et ayant présenté une abolition de son discernement au moment des faits, qu'elle ait été ensuite hospitalisée sous contrainte, ou qu'elle ait été libérée sans obligation de soins, n'a rien de noté sur son casier judiciaire. Si elle commet une nouvelle infraction, il n'y a aucun moyen de savoir s'il s'agit d'une récidive ou d'un autre type d'infraction.

L'absence des antécédents judiciaires en cas d'irresponsabilité pénale soulève des questions. Lors des expertises psychiatriques, la question de la dangerosité est posée aux

[508] SENON JL., MANZANERA C. Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médico-légaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique. *Ann Med Psychol.,* 2005;163:870-877.

[509] CLEMENT P., LEONARD G. Rapport d'information sur le traitement de la récidive des infractions pénales. Assemblée nationale. Rapport N°1718. 7 Juillet 2004.

experts. L'évaluation d'une possible dangerosité nécessite par exemple, d'avoir connaissance des antécédents d'infractions. LE BIHAN et BENEZECH[510] (2006) mettaient en avant certaines problématiques dans les expertises. La connaissance des antécédents psychiatriques, antisociaux et judiciaires de ces malades est importante dans leur prise en charge et pour la prévention de la récidive. Ces auteurs avaient mis en évidence que dans les dossiers d'expertise, il existait un manque de connaissance des experts sur les antécédents criminels et les non-lieux psychiatriques dont le mis en examen avait pu bénéficier antérieurement. Le rapport parlementaire de l'Assemblée Nationale pour le traitement de la récidive des infractions pénales soulignait que le « système judiciaire français est amnésique en ce qui concerne les malades mentaux criminels les plus dangereux, ceux reconnus irresponsables en raison de l'abolition de leur discernement au moment des faits », le casier judiciaire ne recensant que les condamnations devenues définitives.

Pour certains auteurs, la création de ce fichier permettrait de conserver les données relatives à des non-lieux en raison d'une irresponsabilité pénale pour cause de troubles mentaux et d'améliorer la prévention de la dangerosité de certains malades mentaux. L'inscription au casier judiciaire des arrêts et jugement d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, créée par la loi du 26 février 2008, va dans le sens de l'Assemblée Nationale en permettant de connaître l'existence des antécédents judiciaires d'un individu.

Dans son rapport, la commission Santé–Justice[511] préconise la création d'un centre de documentation psycho-criminologique qui constituerait « une base de données nationale qui recenserait l'ensemble des expertises psychiatriques et psychologiques ordonnées par l'autorité judiciaire et les évaluations effectuées par les équipes de ressources régionales. Pourraient également être répertoriées les hospitalisations d'office, uniquement lorsque celles-ci sont prononcées après une déclaration d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux, en application de l'article 122-1 alinéa 1 du code pénal. »

Ce type de base de données existe dans d'autres pays Européens, comme aux Pays- Bas, où un fichier informatisé « FRIS » recense tous les placements d'office en hôpital psychiatrique d'une même personne et peut être consulté par tous les établissements de soins et pénitentiaires et où il existe également un centre d'enregistrement et de conservation de l'ensemble des expertises. Toutes ces données sont consultables par les magistrats et les experts missionnés pour examiner la dangerosité d'un individu.

[510] LE BIHAN P., BENEZECH M. La récidive dans l'homicide pathologique : étude descriptive et analytique de douze observations. *Ann. Med Psychol.* 2005 ;163 :642-655

[511] RAPPORT de la commission Santé-Justice présidée par M. BURGELIN « *Santé justice et dangerosités, pour une meilleure prévention de la récidive* », Ministère de la justice et de la santé.

En ce qui concerne l'instauration de mesures de sûreté pour les délinquants présentant des troubles mentaux, au sortir d'une peine privative de liberté ou d'une hospitalisation d'office, le rapport de la commission Santé-Justice[512] propose, par exemple, la création de centres fermés de protection sociale, afin que soit possible d'ordonner, exclusivement à l'encontre d'individus particulièrement dangereux sur le plan criminologique, et ayant commis des faits criminels d'une gravité singulière, leur maintien dans une structure fermée, adaptée à leur état, à l'issue de leur peine, ou à la suite d' une déclaration d'irresponsabilité pénale selon l'article 122-1 alinéa 1 du CP. Ces établissements fermés, sécurisés seraient dotés d'équipes spécialisées dans la prise en charge des individus dangereux. Ces centres, tout en garantissant la sécurité publique, permettraient aux personnes d'accéder à des actions socio-éducatives et de formation et, le cas échéant, à des soins, sous la forme de conventions passées avec des structures de proximité. Le placement dans ce type de structure dépendrait de commissions d'évaluation interrégionales.

Pour prendre en charge, en milieu fermé, les individus condamnés à une peine privative de liberté, mais présentant des troubles mentaux incompatibles avec leur maintien en détention, la loi Perben II (Loi du 09 septembre 2002) a instauré la création des UHSA, qui auront pour vocation de recevoir en hospitalisation, sous contrainte ou avec leur consentement, les détenus présentant des troubles mentaux. Ces structures seront des structures sanitaires mais dont le périmètre sera sous surveillance de l'administration pénitentiaire.
Cette création fait suite aux difficultés des placements en HO pénitentiaire de détenus en secteur psychiatrique ordinaire et à l'impossibilité d'hospitalisation en HDT de détenus qui ne présentent pas les critères de dangerosité nécessaires à l'hospitalisation d'office. Néanmoins, cette évolution législative, « cautionne d'une certaine façon, la présence de malades mentaux en prison et comporte le risque d'accroître encore leur nombre [513]».

Certaines de ces propositions présentent un intérêt car elles offrent la possibilité d'une avancée dans la prise en charge judiciaire des individus atteints de troubles mentaux, mais d'autres ne font que renforcer, d'une certaine manière, la pénalisation de la maladie mentale.

II.2.3 LA PREVENTION SOCIALE DE LA DANGEROSITE DES MALADES MENTAUX

Les troubles de la socialité sont l'un des éléments centraux de la pathologie schizophrénique. Que ce soit au sein du retrait autistique, des troubles cognitifs ou dans le

[512] RAPPORT de la commission Santé-Justice présidée par M. BURGELIN « *Santé justice et dangerosités, pour une meilleure prévention de la récidive* », Ministère de la justice et de la santé.
[513] SENON JL, MAZANERA C, HUMEAU M, GOTZAMANIS L. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? *L'information psychiatrique* 2006 ; 82 (8) : 645-652.

délire où autrui est vécu comme un persécuteur, la pathologie schizophrénique conduit à un isolement social du sujet.

Cet isolement social majoré par la stigmatisation des malades mentaux augmente le risque de rupture de soins, de consommation de toxiques, de victimisation et de comportements violents.

En termes de prévention sociale, il est donc important de maintenir ou d'essayer de rétablir les liens du patient avec sa famille, de s'appuyer sur les accueils de jour et l'hébergement associatif pour construire une vie sociale, participer à cette « réhabilitation », source d'adhésion aux soins, de bien-être du patient et de diminution du risque de violence.

Il faut également encourager l'autonomisation du patient lorsque cela est possible, en lui permettant d'effectuer des démarches sociales, de retrouver ou trouver un emploi adapté à ses capacités et ses compétences, favorisant ainsi une autonomisation financière et la création de liens interpersonnels.

Proposer des logements aux patients atteints de troubles mentaux graves dans des quartiers à faible taux de délinquance permettra une diminution du risque de violence, l'environnement jouant un rôle important dans la possibilité d'accès à des drogues, dans le sentiment d'agression et dans le risque de victimisation.

La réduction de la violence passe, chez n'importe qui, par l'activité professionnelle, l'existence de relations sociales stables, et le fait d'être à distance de personnes ayant des activités délinquantes.

Développer cet accompagnement psychosocial fait partie intégrante de la prévention de la dangerosité des malades mentaux.

PARTIE II

ETUDE SUR LES ACTES DE VIOLENCE PHYSIQUE DE PATIENTS PRESENTANT DES TROUBLES MENTAUX, HOSPITALISÉS, A L'ENCONTRE DE SOIGNANTS.

I CONTEXTE DE L'ETUDE ET PRESENTATION GLOBALE

Depuis plusieurs années et surtout depuis le drame de l'hôpital psychiatrique de Pau, de nombreuses réflexions ont été menées autour de la prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques et surtout sur ceux présentant une certaine dangerosité.

Le rapport de la commission Santé Justice en 2005 menée par Mr Burgelin, le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ en 2006 sur la prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux et le rapport d'information du Sénat sous la direction de Mr GOUJON et GAUTIER sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses ont tous eu pour but d'améliorer la prise en charge des patients présentant un état de dangerosité.

La circulaire du 11 juillet 2005 a crée un observatoire national des violences hospitalières recensant les évènements graves touchant les personnels ou les biens des établissements publics de santé. Les signalements remontent des hôpitaux à l'observatoire par le biais des agences régionales de l'hospitalisation. L'objectif des ces observatoire des violences hospitalières est de fournir un outil statistique permettant de situer l'impact des violences sur le fonctionnement des établissements et de favoriser également l'émergence de bonnes pratiques de sécurité en milieu hospitalier.

L'hôpital Henri Laborit de Poitiers participe à ce système en demandant aux personnels soignants de signaler tous les actes de violences à leur encontre ou contre les biens. Ces signalements sont ensuite adressés à l'ARH.

II OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Dans le cadre de cette étude, nous avons défini des objectifs pour permettre de mieux déterminer les contextes et les facteurs de risque de passage à l'acte de violence physique, objectifs qui s'inscrivent dans une stratégie de prévention de la violence des malades mentaux.

II.1 OBJECTIFS GENERAUX

- S'inscrire dans les objectifs de la stratégie nationale de prévention de la violence des malades mentaux
- Mettre en évidence des facteurs de risque de passage à l'acte de violence physique chez des malades mentaux hospitalisés.

II.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Rechercher et étudier les pathologies psychiatriques associées au passage à l'acte de violence physique en milieu hospitalier

- Etudier les co-morbidités psychiatriques dans une population de malades mentaux ayant présenté un comportement de violence physique : association de conduites d'alcoolisations et autres conduites addictives, anomalies neurologiques, retard mental.
- Etudier la prise en charge psychiatrique des patients ayant été violents dans le cadre de l'hospitalisation.
- Evoquer le devenir de ces patients après l'hospitalisation.
- Etablir une comparaison avec les données de la littérature.
- Entamer une réflexion au sujet des stratégies de prévention des comportements de violence physique chez des malades mentaux hospitalisés.

III MATERIEL ET METHODES

III.1 DEFINITION DES TERMES UTILISES

La définition de la violence est selon le Robert « l'utilisation d'une force brutale contre la volonté d'une personne ».

Il existe au moins cinq sorte d'utilisations de la force dans le cadre de relations interpersonnelles.

- Les agressions symboliques : claquer une porte...
- Les agressions verbales : injurier…
- Les agressions psychologiques : menacer, intimider…
- Les agressions physiques : gifler, griffer, frapper….
- Les agressions matérielles : briser, casser des objets..

Dans cette étude, nous nous limiterons aux cas de violence interpersonnelle de nature physique.

La violence physique peut, elle aussi être variées, selon la force du coup porté, des conséquences pour la victime et l'utilisation ou non d'un instrument.

La violence interpersonnelle de nature physique, étudiée est un comportement violent d'une personne hospitalisée à l'encontre d'un soignant : Aide soignant, ASH, Infirmier, Médecin.

Les patients récidivistes sont ceux qui ont commis plusieurs actes de violence physique pendant la durée de l'étude.

III.2 SCHEMA D'ETUDE, POPULATION ETUDIEE ET SITE CONCERNE

Il s'agit d'une étude rétrospective. Nous avons inclus dans celle-ci tous les incidents de violence physique commis par un patient hospitalisé à l'encontre d'un soignant et signalés à la direction des soins de l'établissement.

Ces actes de violence physique ont été commis entre janvier 2006 et mai 2008 au Centre Hospitalier Psychiatrique Henri Laborit à Poitiers (86). La zone d'attractibilité du Centre Hospitalier Henri Laborit est départementale, les patients y étant hospitalisés étant donc pour la plupart domiciliés dans le département.
Le centre hospitalier est composé de différentes unités : unités d'admissions ouvertes et fermées, services de moyens et longs séjours.

III.3 INCLUSION DES PATIENTS

III.3.1 CRITERES D'INCLUSION

Les critères d'inclusions retenus dans cette étude sont les suivants :

1	Age supérieur ou égal à 18 ans
2	Violence physique à l'encontre d'un soignant
3	Hospitalisation au Centre Hospitalier Henri Laborit à Poitiers
4	Violence physique signalée à la direction des soins de l'hôpital Henri Laborit
5	Période d'inclusion Janvier 2006 – Mai 2008

III.3.2 CRITERES D'EXCLUSION

Les critères d'exclusion retenus sont les suivants :

1	Age inférieur à 18 ans
2	Violence autre que physique
3	Violence physique à l'encontre d'une personne autre qu'un soignant
4	Violence physique à l'encontre d'un soignant, non déclarée à la direction des soins

III.4 PRESENTATION DE LA GRILLE DE LECTURE

Une grille de lecture des dossiers médicaux a été élaborée et constitue le questionnaire de lecture établi à partir de l'étude de la littérature sur la violence des malades mentaux, notamment les facteurs de risque de comportement violent.

Le questionnaire comporte au total 109 items qui ont été utilisés pour le masque de saisie (Annexe 1).
Il s'organise autour de 4 axes :

- Le patient et son milieu socio-économique

  Nous nous sommes intéressés à l'âge, au sexe et à la situation familiale et socioprofessionnelle du patient.

Nous avons également recherché des données concernant la situation médico-légale du patient, l'existence d'une mesure de protection judiciaire, les antécédents d'expertise, d'incarcération et de violence .

Les antécédents psychiatriques, de suivi et d'hospitalisations en psychiatrie ainsi que les arrêt de suivi et de traitement qui représentent des facteurs de risque ont été relevés.

- Le passage à l'acte de violence physique

Il nous a semblé intéressant de déterminer la temporalité du passage à l'acte. Nous avons également voulu rechercher le motif d'hospitalisation et son mode, le délai entre l'admission et l'acte de violence, l'existence d'un facteur déclenchant, la symptomatologie et le diagnostic au décours de l'agression, l'existence d'un trouble de la personnalité, de signes neurologiques (relevés au scanner et/ou à l'EEG), d'un retard mental et le traitement qui avait été prescrit.

Des informations sur la victime, son sexe, son statut socioprofessionnel et la sévérité de l'agression ont également fait l'objet d'items dans le questionnaire.

- La prise en charge psychiatrique du patient violent

Nous avons voulu savoir si l'acte violent était prévisible ou non, si un traitement ou une mise en isolement avait été prescrit par les soignants avant le passage à l'acte, montrant une anticipation et qu'elle avait été la réponse soignante après l'agression.

- L'orientation et le devenir du patient

Nous avons voulu connaître, l'orientation du patient après sa sortie, la mise en place d'un suivi ou son orientation vers des unités spécialisées dans la prise en charge des patients difficiles. Nous avons également voulu savoir si ces patients violents étaient de nouveau hospitalisés et s'il existait des récidives violentes après la sortie dans la collectivité.

III.5 RECUEIL DES DONNEES, SAISIE ET TRAITEMENT STATISTIQUE.

La saisie des données et l'analyse statistique ont été effectuées à l'aide du logiciel EXCELL.

La première étape a consisté en une analyse descriptive de la population (fréquence, moyenne).

Les comparaisons de fréquence ont été effectuées à l'aide d'un test de Khi2 après avoir vérifié que les effectifs théoriques étaient supérieurs à 5. Le seuil de significativité statistique retenu a été un p inférieur ou égale à 0,05. Si les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5, nous avons utilisé le p de Fischer.

IV RESULTATS ET ANALYSE

Soixante deux passages à l'acte de violence physique de patients, à l'encontre du personnel soignant, ont été signalés à la direction des soins entre janvier 2006 et mai 2008. Dans 4 cas, il n'a pas été possible de retrouver le patient à l'origine de l'acte de violence, du fait d'un manque d'informations sur la fiche de déclaration d'incident.

Ces 58 passages à l'acte violents ont été commis par 42 patients et dix patients sont à l'origine de 26 actes de violence soit 44,8% de l'ensemble des actes.

IV.1 DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

IV.1.1 DONNEES GENERALES ET PERSONNELLES

IV.1.1.1 Répartition par sexe

Trente et un des 58 passages à l'acte violents ont été commis par des femmes, soit 54%.

Sur les 10 patients ayant commis plus d'un acte de violence physique durant la période de l'étude, 5 sont des femmes et 5 sont des hommes.

IV.1.1.2 Répartition de la population en fonction de l'âge.

L'âge moyen des patients au moment du passage à l'acte violent est de 40 ans.

La majorité des actes de violence est concentrée dans les tranches d'âge des 30-39 ans et des 40-49 ans.

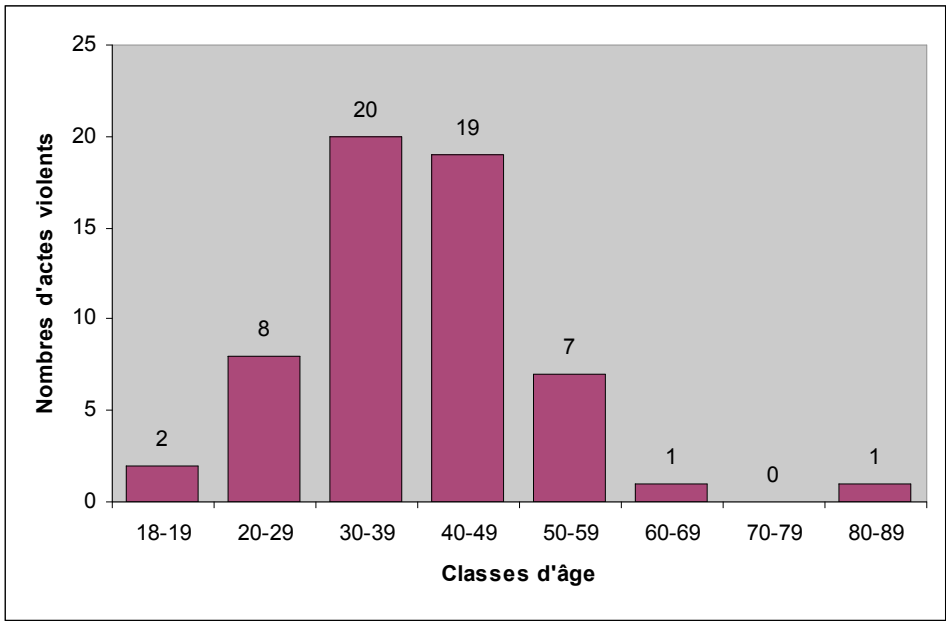


Figure 1 -Age au moment du passage à l'acte

IV.1.1.3 Répartition par âge en fonction du sexe

Lorsque l'on analyse la répartition par âge en fonction du sexe, on retrouve une prépondérance de femmes âgées de 30-39 ans (48%). Pour les hommes, il existe des nombres de cas presque similaires situés dans les tranches d'âges de 20 à 59 ans.

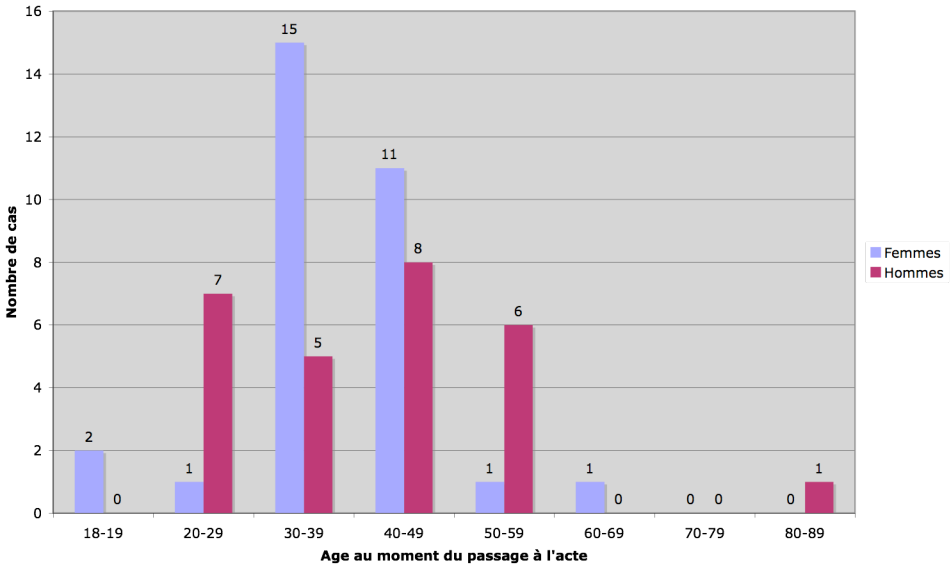


Figure 2 Répartition par classe d'âge et par sexe

IV.1.2 SITUATION SOCIOPROFESSIONNELLE

IV.1.2.1 Profil scolaire des patients ayant présenté un comportement de violence physique

Les résultats de l'étude montrent une grande proportion de patients de faible niveau scolaire. Environ 64% des patients ont un niveau primaire, voire moins. Seulement 22% ont le niveau baccalauréat (général ou professionnel) et 3% ont fait des études supérieures.

IV.1.2.2 Situation socioprofessionnelle actuelle ou antérieure

Il existe une forte proportion de patients n'ayant jamais travaillé (41%) ou au chômage (29%). L'inactivité professionnelle représente donc environ 70% de l'ensemble des cas. Seulement 6,8% (n=4) ont un emploi en dehors d'un cadre protégé et 12% (n= 7) ont travaillé dans un CAT (Centre d'Aide par le Travail).

Quarante sept cas, dans notre étude, sont bénéficiaires d'une pension d'invalidité, soit 81%.

IV.1.2.3 Statut matrimonial

70 % des patients sont célibataires (n=41), 14% sont divorcés et 14% sont mariés.

Tableau 10 - Situation matrimoniale en fonction du genre

Situation matrimoniale	Femmes (n=31)	Hommes (n=27)	Total (n=58)
Marié	7	1	8
Divorcé	4	4	8
Célibataire	19	22	41
Union libre	1	0	1

IV.1.2.4 Nombre d'enfants

La plus grande proportion (77%) des patients n'ont pas d'enfants.

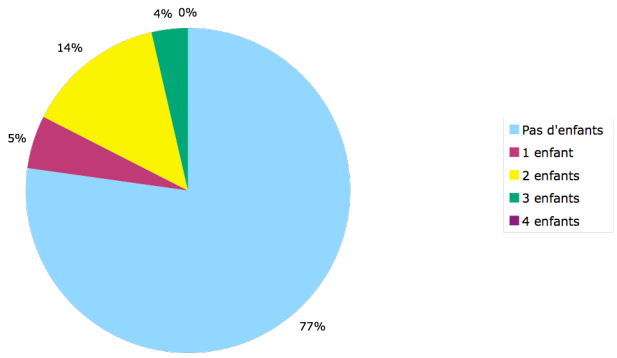


Figure 3 - Nombre d'enfants

IV.1.3 SITUATION MEDICO-LEGALE

IV.1.3.1 Mesure de protection actuelle ou antérieure

Nous retrouvons une forte prévalence (65%) de mesure de protection (tutelle ou curatelle) parmi les patients auteurs de violence physique. Cinquante-sept pour cent sont sous tutelle et 8,6% sous curatelle. Dans trois cas, la demande de mise en place d'une mesure de protection est en cours au moment du passage à l'acte.

Ce n'est que dans 29,3% des cas qu'aucune mesure de protection n'existe.

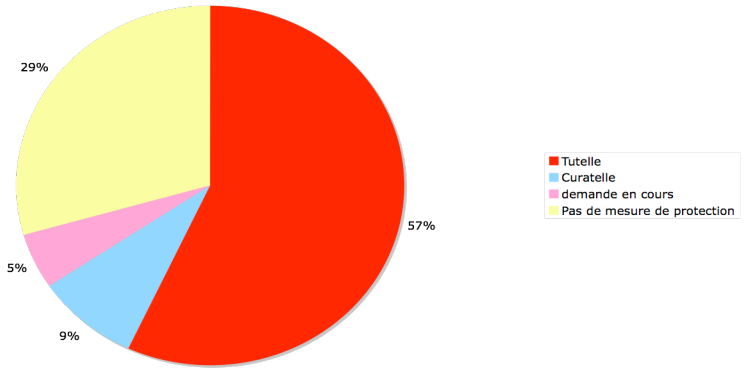


Figure 4 - Mesure de protection actuelle ou antérieure

IV.1.3.2 Antécédents judiciaires

Les dossiers sont peu renseignés en ce qui concerne les antécédents judiciaires et ils n'ont été retrouvés que dans 4 cas sur 58.

Dans 2 cas, il s'agissait de coup et blessures ayant entraîné une incarcération, dans un cas, il s'agissait de vols et dans le dernier, d'une escroquerie.

IV.2 ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

IV.2.1 ANTECEDENTS PERSONNELS DE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Des antécédents personnels psychiatriques sont rapportés dans 91% des cas (n=53).

Dans 51,7% des cas (n=30), il s'agit d'antécédents de psychose chronique évoluant sur un mode déficitaire (autisme, trouble envahissant du développement), dans 10,3% des cas de schizophrénie paranoïde (n=6), dans 8,6% de trouble bipolaire (n=5), dans 5% d'épisodes dépressifs majeurs (n=3), dans 5,2% de retard mental grave (n=3), dans 3,4% d'un trouble schizo-affectif (n=2) ou d'un trouble anxieux (n=2) et enfin, dans 1,7% des cas d'un antécédent de bouffée délirante aiguë et d'hébéphrénie.

Tableau 11 – Antécédents psychiatriques

Antécédents psychiatriques	Femmes (n=31)	Hommes (n=27)	Total (n=58)	Pourcentage (%)
Psychose déficitaire	13	17	30	51,7
Schizophrénie paranoïde	3	3	6	10,3
Trouble schizo-affectif	2	0	2	3,4
hébéphrénie	0	1	1	1,7
Bouffée délirante aiguë	0	1	1	1,7
EDM	3	0	3	5,1
Trouble bipolaire	5	0	5	8,6
Troubles anxieux	2	0	2	3,4
Retard mental grave	0	3	3	5,2
Sans	3	2	5	8,6

IV.2.2 ANTECEDENTS PERSONNEL D'ETHYLISME CHRONIQUE OU D'ABUS DE TOXIQUE

L'existence d'antécédents d'éthylismes n'est documentée que dans 7 cas sur 58 soit 12%. Les co–morbidités psychiatriques associées à ces antécédents d'éthylisme sont dans trois cas, une schizophrénie paranoïde, dans un cas, un trouble schizo-affectif, une bouffée délirante aiguë et une psychose déficitaire.

L'existence d'antécédents d'abus ou de dépendance à une substance est retrouvée dans 6 cas sur 58 soit environ 10% des cas et pour 4 de ces cas, il s'agit d'une polytoxicomanie.

Dans 4 cas où il existe des antécédents d'abus de substance, il existe également un abus ou dépendance à l'alcool.

IV.2.3 SUIVI PSYCHIATRIQUE AVANT L'HOSPITALISATION ACTUELLE

Un antécédent de suivi psychiatrique est retrouvé dans 91 % des cas. Mais un arrêt de ce suivi avant l'hospitalisation actuelle est noté dans 10 cas (19%).

Parmi ces 10 cas, on retrouve 6 schizophrénies paranoïdes (60%), 2 troubles bipolaires (20%), 1 bouffée délirante aiguë (10%), 1 schizophrénie déficitaire (10%).

Il est également noté, que sur ces 10 cas ayant arrêté leur suivi, 4 présentaient des antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool et 3 présentaient à la fois un abus ou dépendance à l'alcool et aux drogues.

IV.2.4 ANTECEDENTS D'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE

Une hospitalisation en psychiatrie était rapportée dans 90% des cas.

IV.2.5 ANTECEDENTS DE TRAITEMENT PSYCHOTROPE

Les antécédents de traitement psychotrope avant l'hospitalisation actuelle sont notés dans 90% des cas (n=52).

Les classes thérapeutiques retrouvées sont les neuroleptiques (n=21), les thymorégulateurs anticonvulsivants (n=27), les antipsychotiques atypiques (n=16), les neuroleptiques retards (n=13), les benzodiazépines (n=29), les antidépresseurs IRS (n=17), le lithium (n=3), les antidépresseurs à action duale (n=2).

Sur les 52 cas pour lesquels un traitement psychotrope avait été prescrit, on retrouve une rupture thérapeutique dans 12 cas (23%).

Les diagnostics psychiatriques associés à cet arrêt de traitement sont: la schizophrénie paranoïde (50%), le trouble bipolaire (16,6%), le trouble schizo-affectif (8,33%), la bouffée délirante aiguë (8,33%), la schizophrénie déficitaire (8,33%), la psychose chronique déficitaire (8,33%).

Parmi ces cas en rupture thérapeutique, on note une prévalence importante d'abus ou dépendance à l'alcool (41,6%) et d'abus ou dépendance à une substance (33,3%).

IV.2.6 ANTECEDENTS FAMILIAUX PSYCHIATRIQUES

Des antécédents familiaux psychiatriques ne sont notés dans les dossiers que dans 20% des cas (n=12).

Il s'agit de schizophrénies (n=5), d'épisodes dépressifs majeurs (n=5), de trouble bipolaire (n=1), et de psychose hallucinatoire chronique (n=1).

IV.3 LE PASSAGE A L'ACTE VIOLENT

IV.3.1 LES ANTECEDENTS DE VIOLENCE

IV.3.1.1 Antécédents de violence physique en dehors de l'hôpital

Cinquante-cinq pour cent (n=32) d'antécédents de violence physique ont été retrouvés. Dans 94% des cas, il s'agit de coups et blessures. Dans un cas, on note l'utilisation d'une arme blanche.

Dans environ 80% des cas, la cible de l'acte violent était un parent ou une personne du lieu de vie, la violence ayant lieu au sein du lieu de vie. Dans 9% des cas, la cible de la violence était un collègue et dans 9% un inconnu.

IV.3.1.2 Antécédents de violence physique en fonction du diagnostic psychiatrique (n=32)

Les individus psychotiques chroniques déficitaires représentent 75% des cas (n=24) ayant des antécédents de violence physique à l'encontre d'autrui. Nous retrouvons ensuite 6,2% de schizophrénie paranoïde et de retard mental grave (n=2) et 3,1% d'hébéphrénie, de trouble schizo-affectif, de bouffée délirante aiguë et de dépression (n=1).

Tableau 12 - Antécédents de violence physique en fonction du diagnostic

Diagnostic	Nombre de patients ayant des antécédents de violence à l'extérieur	Nombre de patients n'ayant pas d'antécédents de violence	Total
Psychose déficitaire	24	5	29
Schizophrénie paranoïde	2	5	7
Trouble schizo-affectif	1	2	3
hébéphrénie	1	0	1
Retard mental grave	2	1	3
BDA	1	1	2
Trouble bipolaire	0	1	2
Episode maniaque	0	4	4
Troubles anxieux	0	1	1
EDM	0	3	3
Ethylisme chronique	0	1	1
Confusion	0	1	1
Démence	0	1	1

IV.3.1.2.1 Antécédents de violence physique en fonction du sexe

Les hommes ont plus fréquemment des antécédents de violence physique en dehors de l'hôpital que les femmes. 66,6% des hommes ont des antécédents d'actes violents contre 55% des femmes, mais cette différence n'est pas significative (Khi2, p=0,1).

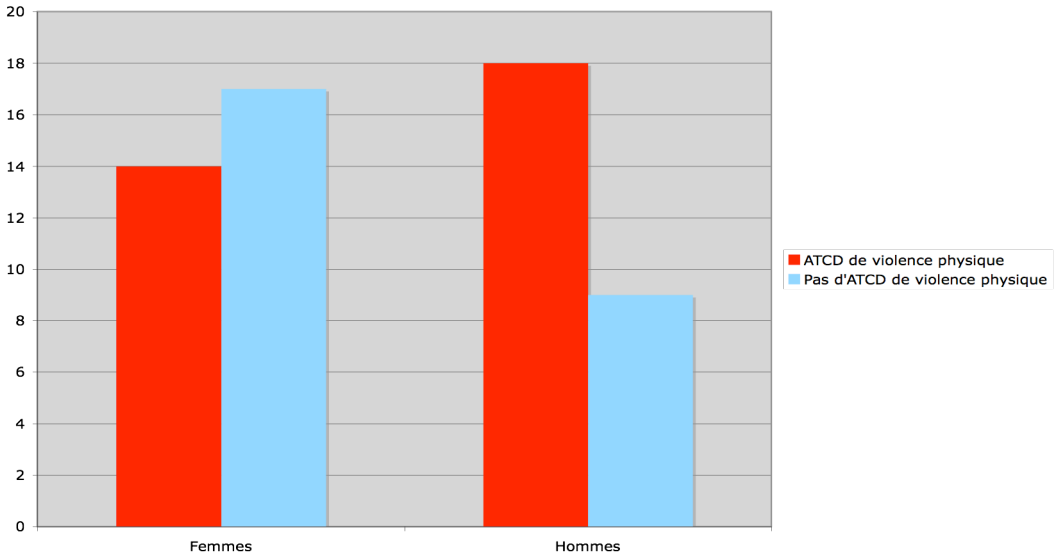


Figure 5 - Antécédents de violence physique en dehors de l'hôpital en fonction du sexe

IV.3.1.3 Antécédents de violence physique à l'encontre de soignants

Des antécédents de violence physique à l'encontre de soignants avant le début de l'étude sont retrouvés dans 60% des cas (n=35) et dans 24 cas, il s'agit de récidives violentes multiples (supérieures à 5).

IV.3.1.3.1 Antécédents de violence physique à l'encontre d'un soignant en fonction de la pathologie psychiatrique

La catégorie diagnostique retrouvée principalement parmi les 35 cas ayant des antécédents de violence physique sur soignant est la psychose chronique déficitaire, comptant pour plus de la moitié des cas (n=25).

Tableau 13 - ATCD de violence sur les soignants en fonction du diagnostic

Diagnostic	ATCD de violence sur soignants	Absence d'ATCD de violence	Total
Psychose déficitaire	25	4	29
Schizophrénie paranoïde	2	5	7
Trouble schizo-affectif	1	2	3
hébéphrénie	1	0	1
Retard mental grave	3	0	3
BDA	0	2	2
Trouble bipolaire	1	1	2
Episode maniaque	0	4	4
Troubles anxieux	0	1	1
EDM	2	1	3
Ethylisme chronique	0	1	1
Confusion	0	1	1
Démence	0	1	1

IV.3.1.3.2 Antécédents de violence physique à l'encontre d'un soignant en fonction du sexe

Cinquante et un pour cent (n=16) des femmes et 70% (n=19) des hommes ont des antécédents de violence physique à l'encontre du personnel soignant. Les hommes présentent donc plus d'antécédents de violence en milieu hospitalier, mais la différence entre les homme et les femmes n'est pas significative (khi2, p=0,14).

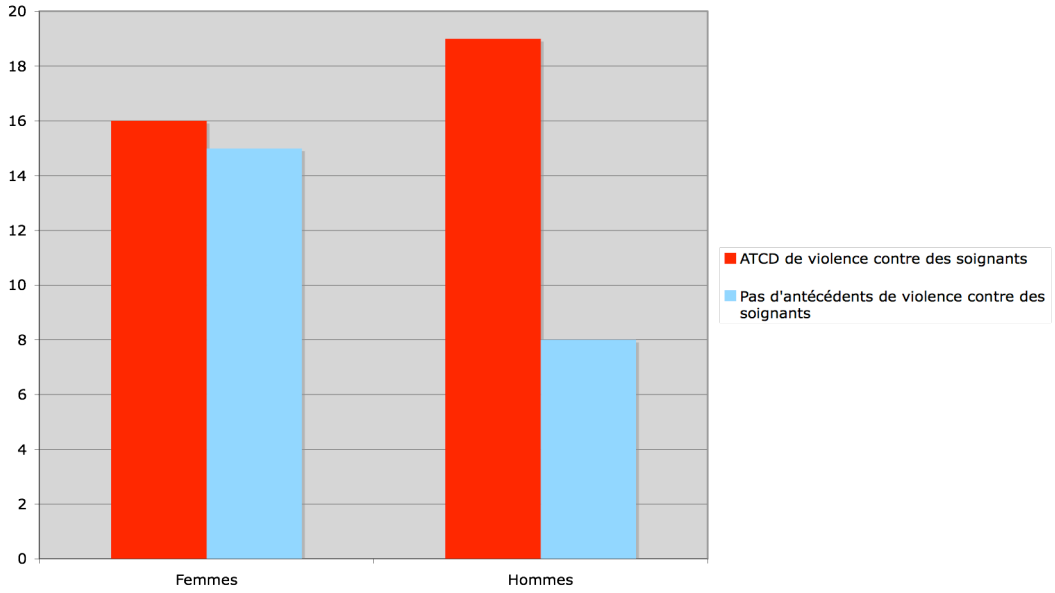


Figure 6- Antécédents de violence contre un soignant en fonction du sexe

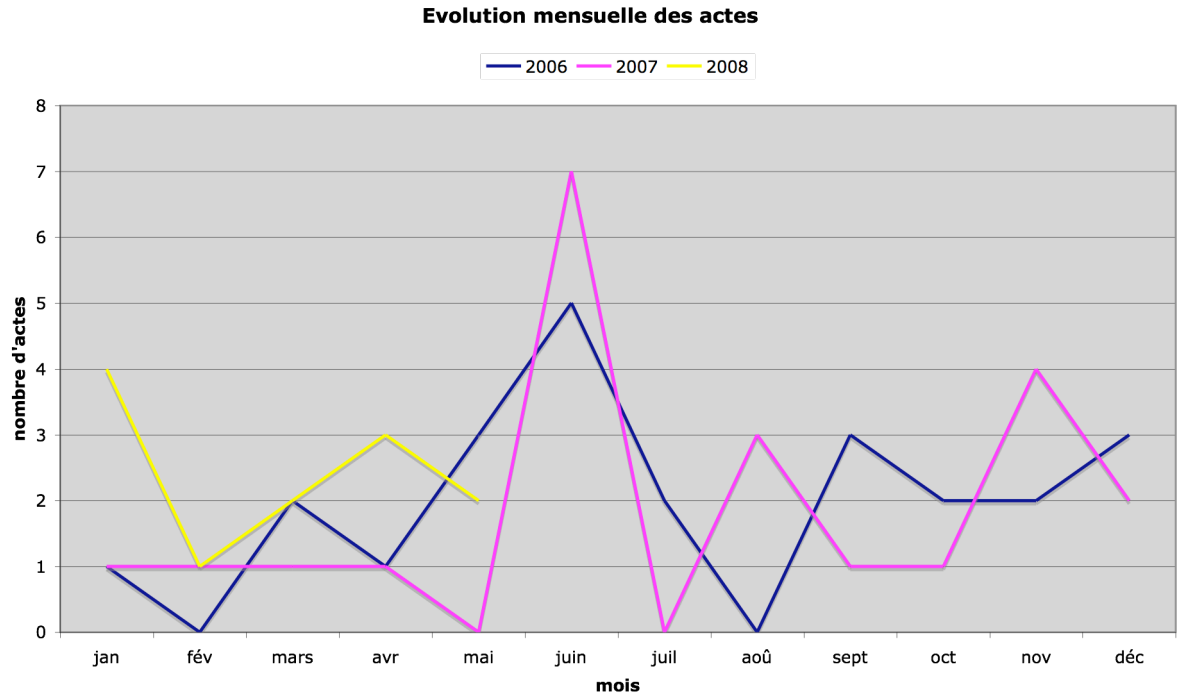
IV.3.1.4 Antécédents de victimisation

Des antécédents de victimisation n'ont été retrouvés que dans 7 cas, 4 cas d'agressions sexuelles et 3 cas d'agressions physiques.

IV.3.2 RECONSTITUTION SYNOPTIQUE DU PASSAGE A L'ACTE VIOLENT

IV.3.2.1 L'évolution mensuelle du nombre d'actes violents

Nous constatons une augmentation de l'incidence d'actes de violence physique sur le début de l'année 2008, comparativement aux années précédentes. Il existe également une plus grande prévalence d'agressions au mois de juin, à la fois en 2006 et en 2007.



IV.3.2.2 Le jour du passage à l'acte violent

Nous retrouvons une plus grande fréquence de passage à l'acte agressif dans les jours de la semaine (n=40) que lors de Week-ends et jours fériés (18).

IV.3.2.3 Le moment de la journée

Plus de la moitié des passages à l'acte agressifs de l'étude ont eu lieu entre 07h00 et 13h00 (n=30) avec un pic entre 11h00 et 13h00 correspondant au moment du repas ou des traitements. L'après-midi, nous retrouvons une augmentation du nombre d'actes violents entre 17h et 19h00 correspondant, là encore aux horaires de repas.

Seulement deux actes violents ont été commis la nuit.

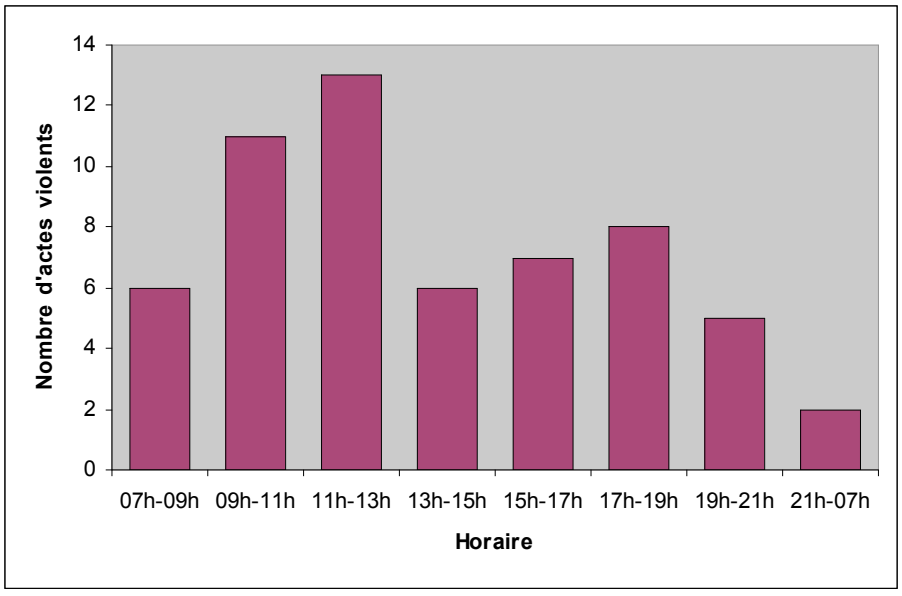


Figure 7- Horaires des passages à l'acte

IV.3.2.4 Le lieu du passage à l'acte violent

Le passage à l'acte de violence a lieu dans la chambre du patient dans 35% des cas. On note également une certaine fréquence d'agressions dans le couloir de l'unité (22%) et dans la salle commune (20%).

L'agression lors d'un entretien ou pendant la prise de médicament dans le bureau infirmier constitue 15% des cas. Dans près de 7%, l'agression a eu lieu à l'extérieur du pavillon dans lequel le patient était hospitalisé.

IV.3.2.5 Le délai entre l'admission et le passage à l'acte

On retrouve deux moments, au cours de l'hospitalisation, qui sont plus à risque de passage à l'acte violent. Presque 30 % des agressions physiques ont eu lieu lors de la première semaine d'hospitalisation et 40% ont lieu après une longue période d'hospitalisation, supérieure à 6 mois.

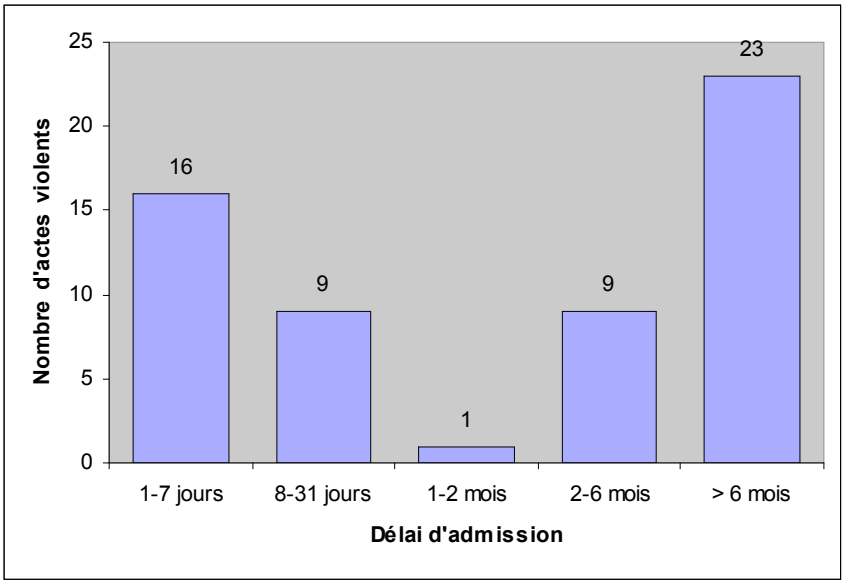


Figure 8 - Délai entre l'admission et le passage à l'acte

IV.3.2.6 Un moment particulier propice au passage à l'acte violent

Un moment particulier dans la prise en charge du patient hospitalisé a été décelé, dans 42 cas sur 58, comme instant du passage à l'acte. Dans presque la moitié des cas (n=20), l'agression a eu lieu lors d'un soin ou d'un entretien avec un soignant. Dans 8 cas, elle a eu lieu au moment du repas et dans 5 cas, lors de la toilette.

Dans deux cas, le passage à l'acte a eu lieu au moment de l'admission, dans deux cas au moment de la mise en chambre d'isolement et dans un cas, lors d'un changement d'unité, pour un passage dans une unité fermée.

IV.3.2.7 Evènements déclenchant le passage à l'acte violent

Un évènement qui déclenche ou précipite le passage à l'acte violent est repéré par les soignants dans 60% des cas (n=35).

Sur ces 35 cas, le facteur déclenchant retrouvé est, dans 43% des cas, une frustration (une demande du patient non acceptée par les soignants ou une demande du soignant à laquelle le patient n'a pas envie de répondre). Dans 20% des cas, il s'agit d'une opposition à l'hospitalisation (n=7), dans 14% des cas le passage à l'acte a eu lieu suite à une altercation avec un autre patient (n=5), dans 11% des cas, il est en lien avec des idées délirantes de persécution, et dans seulement 8% des cas, en raison d'une opposition à la prise de médicaments.

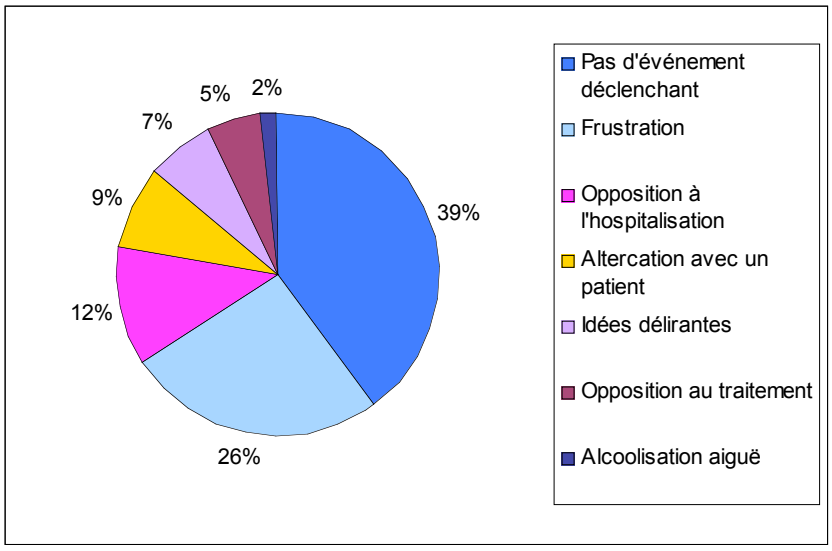


Figure 9 - Evènement déclenchant du passage à l'acte

IV.3.2.8 Notion de préméditation ou d'impulsivité

L'impulsivité au moment du passage à l'acte est retrouvée dans 100% des cas. Il n'a jamais été noté de préméditation dans la description de l'agression et dans le ressenti des soignant par rapport à l'événement.

IV.3.2.9 Type de passage à l'acte en fonction de la gravité

La plupart des agressions commises par les patients sont, en terme de lésions corporelles, de gravité minime et modérée.

16 actes de violence (27,5%) n'ont entraîné aucune lésion pour le soignant et 38 ont occasionné des lésions modérées à type de contusion ou d'entorse (65,5%).

Dans 4 cas, il s'agit de lésions plus sévères à type de plaie ou de traumatisme important.

Aucun acte de violence n'a eu de conséquences vitales.

Lorsque l'on étudie les actes commis par les 10 patients récidivistes, 9 n'ont entraîné aucune lésion, 16 ont engendré des lésions superficielles et dans 1 cas, les lésions étaient plus

sévères. Ils sont donc responsables de 50% des actes sans lésions, 42,1% des actes avec lésions modérées et 25% des agressions sévères.

IV.3.2.9.1 En fonction du sexe

Les femmes ont commis 75% des actes ayant occasionné des lésions graves et 56% des actes violents n'ayant pas entraîné de blessure. Concernant les actes de sévérité modérée, il n'existe pas de différence entre les hommes et les femmes.

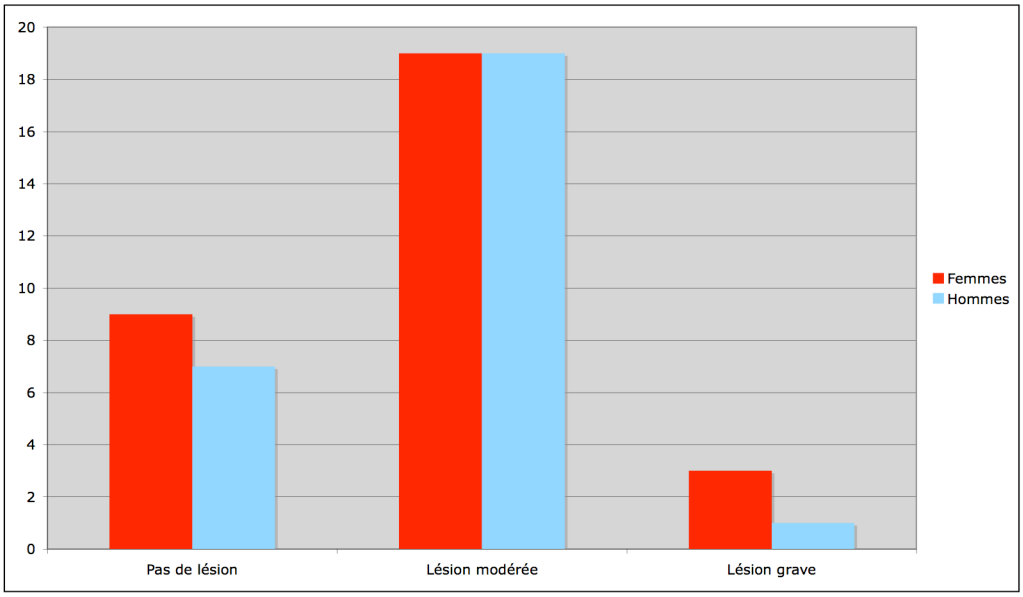


Figure 10 - Sévérités des lésions en fonction du sexe

IV.3.2.9.2 En fonction de la pathologie psychiatrique

Les actes violents commis par les patients psychotiques déficitaires et schizophrènes sont plus fréquemment de sévérité modérée (respectivement 68% et 71%). Le petit nombre de cas, dans les autres pathologies ne permet pas d'en tirer des résultats.

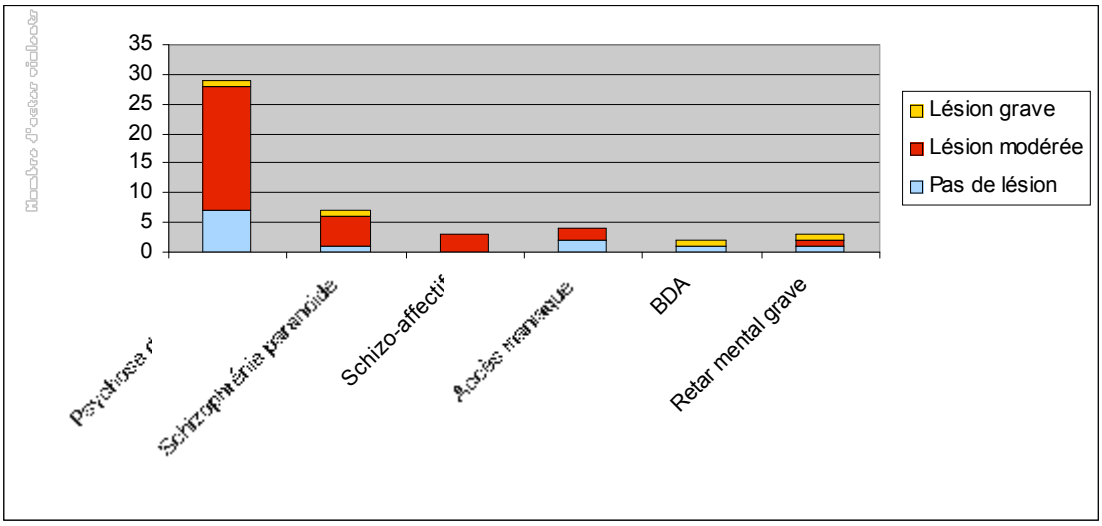


Figure 11 – La sévérité des lésions consécutives à l'acte de violence selon les diagnostics psychiatriques

IV.3.3 LA VICTIME

IV.3.3.1 Nombre de victimes

Les 58 actes de violence physique ont été dirigés vers 65 victimes. Dans 7 cas, l'agression a visé deux victimes mais dans 88% des cas, il n'y en a eu qu'une seule.

IV.3.3.2 Sexe et statut professionnel de la victime

La victime est une femme dans 69% des cas. Plus de la moitié des victimes (n=35) sont des infirmiers, 30% sont des aides-soignants, 9% sont des ASH. Trois cas de violences physiques à l'encontre de médecins ont été relevés et 1 cas à l'encontre d'un cadre de santé.

Les infirmières sont les cibles principales des actes de violences, elles représentent 44% des victimes (n=29). Dans les autres statuts professionnels, il n'existe pas de différence évidente entre les sexes.

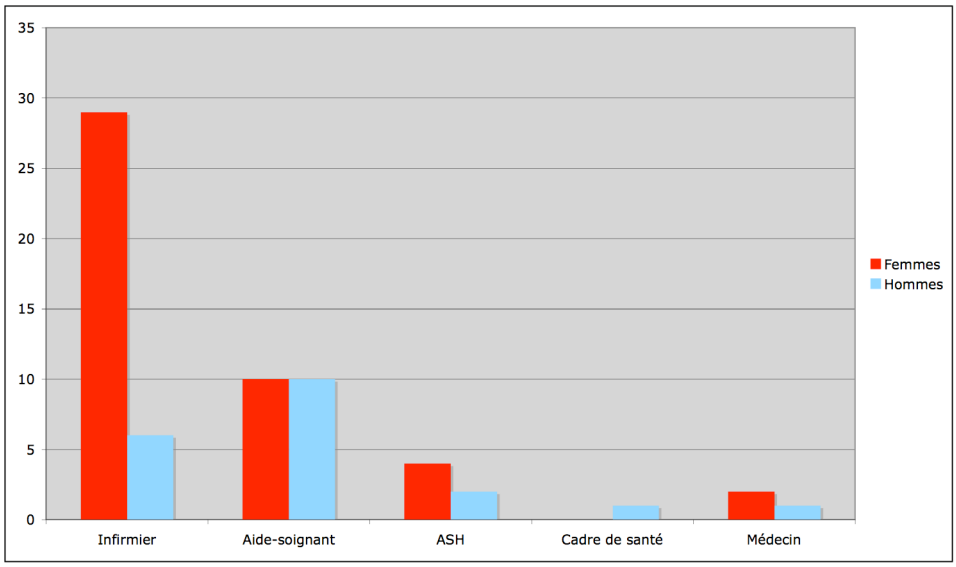


Figure 12 - La profession des victimes en fonction du sexe

IV.4 LA PRISE EN CHARGE DU PASSAGE A L'ACTE

IV.4.1 APPROCHE CLINIQUE DU PATIENT AYANT COMMIS UN PASSAGE A L'ACTE VIOLENT

IV.4.1.1 Motif d'hospitalisation

Nous avons noté une forte prévalence de passage à l'acte hétéro-agressif ou de menace de passage à l'acte hétéro-agressif comme motif d'hospitalisation (n=30, 51,72%).

Viennent ensuite les décompensations délirantes (29,3%, n=17), les épisodes dépressifs majeurs (5%, n=4), les épisodes maniaques (n=3), les idées suicidaires (n=2, 3,5%), les épisodes confusionnels (n=1, 1,7%) et l'alcoolisation aiguë (n=1, 1,7%).

Parmi les 26 hospitalisations pour une passage à l'acte hétéro-agressif, nous retrouvons 22 diagnostics de psychose déficitaire, 3 retards mentaux graves et 1 hébéphrénie.

Les diagnostics associés à une hospitalisation pour menace de passage à l'acte violent sont dans 3 cas une schizophrénie paranoïde et dans 1 cas, une psychose déficitaire.

IV.4.1.1.1 Les motifs d'hospitalisation en fonction du sexe

Chez les femmes, l'existence d'un passage à l'acte hétéro-agressif reste le motif d'hospitalisation le plus fréquent (n=12, 40%). On retrouve ensuite la décompensation délirante dans 9 cas (29%), l'épisode dépressif majeur dans 3 cas (9,6%), un épisode maniaque dans 3 cas, des idées suicidaires dans 2 cas (6,4%), une alcoolisation aiguë dans 1 cas (3%) et un épisode confusionnel dans un cas (3%).

Chez les hommes, le taux de passages à l'acte ou de menaces de passage à l'acte hétéro-agressif comme motifs d'hospitalisation est encore plus important puisqu'il représente 66,6% des cas (n=18). Viennent ensuite la décompensation délirante (n=8, 30%) et l'épisode dépressif majeur (n=1 ; 3,7%).

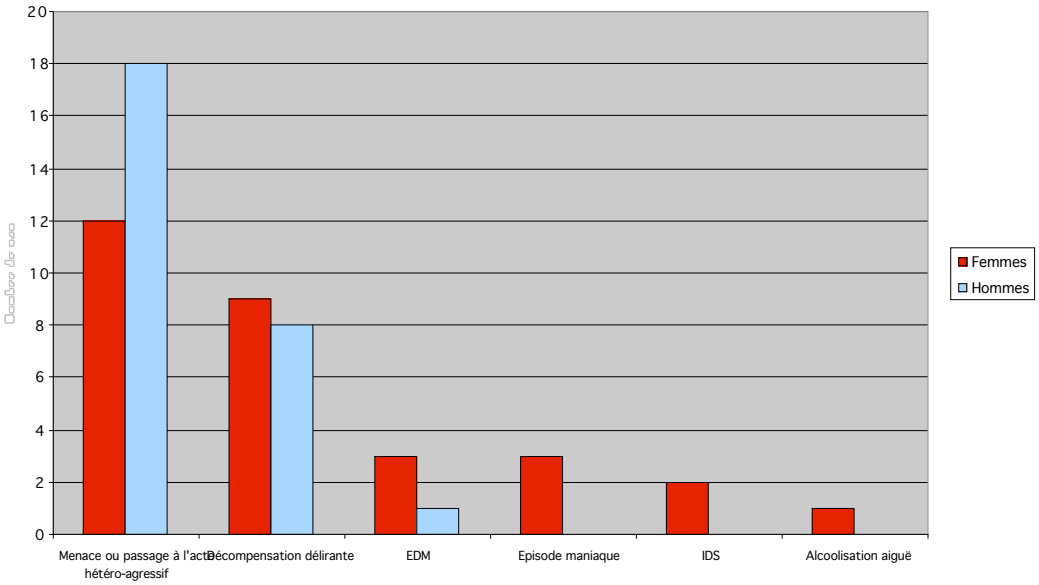


Figure 13- Diagnostics psychiatriques en fonction du sexe

IV.4.1.2 Mode d'hospitalisation

L'admission s'est fait, dans 53,4% des cas (n=31) en hospitalisation libre (HL), dans 41,4 % en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT, n=24) et dans 5,2% des cas en hospitalisation d'office (HO, n=3).

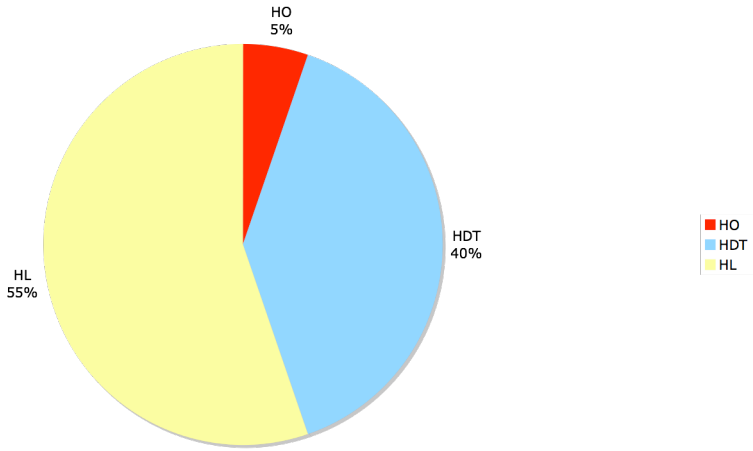


Figure 14 - Mode d'hospitalisation

IV.4.1.3 La symptomatologie au moment du passage à l'acte

Dans 34,4% des cas, le passage à l'acte violent est en lien avec des angoisses massives. Dans 22,4%, l'acte de violence est mis en lien avec des idées délirantes de persécution. Une excitation psychomotrice est retrouvée dans 27,5% des cas, une agitation aiguë dans 10,3% des cas, des verbalisations hostiles dans 3,4% et dans 1,7% des cas, on retrouve la présence d'hallucinations avec ordre de violence.

IV.4.1.3.1 Symptomatologie au décours du passage à l'acte en fonction du sexe

Chez les femmes, les symptômes présents au moment du passage à l'acte de violence physique sont, dans 35,5% des cas, une excitation psychomotrice (n=11), dans 26% des angoisses massives (n=8), dans 19,3% un délire de persécution (n=6), un état d'agitation aiguë dans 13% des cas (n=4) et des hallucinations avec ordre de violence ou des verbalisations hostiles dans 3,2% des cas (n=1).

Chez les hommes, des angoisses massives sont retrouvées dans 44,4% (n=12) comme étant présentes au moment du passage à l'acte violent. Des idées délirantes de persécution sont notées dans 26% des cas (n=7), une excitation psychomotrice dans 18,5% des cas (n=5), une agitation aiguë dans 7,4% des cas (n=2) et des verbalisations hostiles dans 3,7% des cas (n=1).

Tableau 14- Symptomatologie au moment du passage à l'acte

Symptomatologie au moment du passage à l'acte	Femmes (n=31)	Hommes (n=27)	Total (n=58)	Pourcentage %
Angoisses massives	8	12	20	34,4
Idées délirantes de persécution	6	7	13	22,4
Excitation psychomotrice	11	0	11	27,5
Agitation aiguë	4	2	6	10,3
Verbalisations hostiles	1	1	2	3,4
Hallucinations avec ordre de violence	1	0	1	1,7

IV.4.1.4 Diagnostic(s) psychiatrique(s) posé(s) au décours du passage à l'acte

La catégorie diagnostique la plus fréquemment retrouvée dans les passages à l'acte de violence physique est la psychose chronique évoluant sur un mode déficitaire (50%, n=29).
On relève 12% de schizophrénie paranoïde (n=7), 6,9% d'accès maniaques (n=4), 6,9% d'épisodes dépressifs majeurs (n=4), 5,2% de retard mental grave (n=3), 3,4% de bouffées délirantes aiguës (n=2) et 1,7% de démence, de syndrome confusionnel, de troubles bipolaires, de troubles anxieux et d'éthylisme chronique (n=1).

IV.4.1.4.1 Répartition en fonction du sexe

Chez les femmes, le diagnostic le plus fréquent au décours du passage à l'acte violent est la psychose chronique évoluant sur un mode déficitaire (42%, n=13). On retrouve ensuite, les accès maniaques (13%, n=4), la schizophrénie paranoïde et l'épisode dépressif majeur (n=3), la bouffée délirante aiguë (6,4%, n=2) et enfin la confusion, la dépression, l'éthylisme chronique, le trouble schizo-affectif, le trouble anxieux (3,2%, n=1).

Chez les hommes, on retrouve également comme diagnostic principal la psychose déficitaire (n=16). Le diagnostic de schizophrénie paranoïde est posé dans 14,8% des cas (n=4), celui de retard mental grave dans 3 cas, et de trouble schizo-affectif, d'épisode dépressif majeur, d'hébéphrénie, de démence dans 3,7% des cas (n=1).

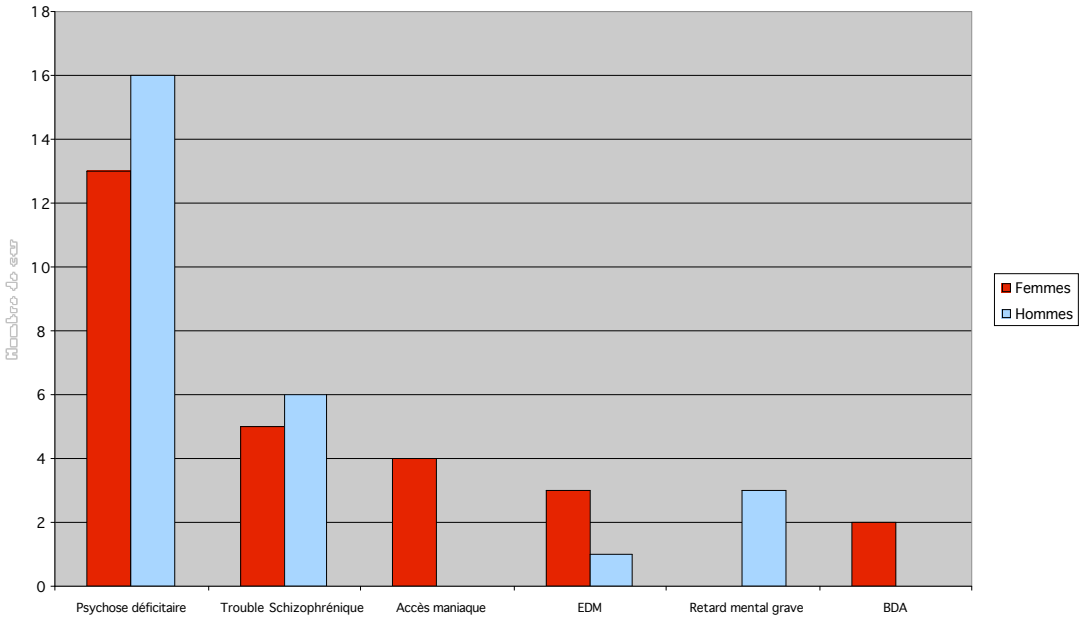


Figure 15- Diagnostics au moment du passage à l'acte en fonction du sexe

IV.4.1.4.2 Répartition en fonction du type d'unité d'hospitalisation.

L'hôpital Henri Laborit comprend différentes unités accueillants les patients pour des durées de séjour variables. Les études internationales sont le plus souvent réalisées soit dans des unités d'admission soit dans des unités de long séjour. Nous avons donc comparés les diagnostics retrouvés chez les patients violents en fonction de l'unité dans laquelle ils sont hospitalisés.

Quatorze cas sont dans une unité d'admission ouverte, 19 dans une unité d'admission fermée, 3 dans une unité de moyen séjour et 22 dans un service de long séjour.

Dans les unités d'admission (ouvertes et fermées), nous retrouvons comme diagnostics associés aux actes violents: 33% de psychose déficitaire (n=11), 18% de schizophrénie paranoïde (n= 6), 12% d épisodes maniaques (n='), 9% de troubles schizo-affectifs et de dépression (n=3) et 3% de confusion, éthylisme chronique et troubles anxieux.

Dans les unités de moyen et long séjour, nous avons constaté une surreprésentation des psychoses déficitaires qui constituent 72% du groupe de patients violents (n=18), puis 12% de retard mental sévère (n=3) et enfin 4% de schizophrénie paranoïde, d'hébéphrénie, de dépression et de trouble bipolaire (n=1).

IV.4.1.5 Trouble de la personnalité

L'existence d'un trouble de la personnalité n'est noté que dans 15 dossiers sur 58.

Dans 8 cas, il s'agit d'un trouble de la personnalité non spécifié. On retrouve également un trouble de la personnalité histrionique (n=2), un trouble de la personnalité dyssociale (n=2),

une personnalité émotionnellement labile de type impulsif (n=2) et une personnalité paranoïaque (n=1).

Le trouble de la personnalité émotionnellement labile est associé dans un cas avec un trouble schizo-affectif et dans un cas à un syndrome dépressif. Le trouble de la personnalité dyssociale est, quant à lui, associé dans les deux cas, à une schizophrénie paranoïde.

IV.4.1.6 Structure psychique

La structure psychique la plus retrouvée est la psychose (79%). On retrouve également 6,9% de structure névrotique, 3,4% de structure limite de la personnalité.

La structure n'est pas spécifiée dans 10% des cas (n=6).

IV.4.1.7 Existence de signes de confusion mentale

L'existence de signes de confusion mentale au moment de l'agression physique n'est trouvée que dans 1 cas sur 58.

IV.4.1.8 Existence de troubles neurologiques associés à la pathologie mentale

On note une prévalence importante d'anomalies neurologiques chez les patients ayant commis un passage à l'acte agressif.

Des anomalies neurologiques ont été mises en évidence au scanner ou à l'EEG dans 28 cas soit 48,2%.

La co-morbidité de troubles neurologiques est très fréquente chez les individus présentant une psychose chronique déficitaire. Sur les 28 cas présentant des anomalies neurologiques, 23 sont diagnostiqués psychotiques déficitaires et sur les 31 cas de psychoses chroniques déficitaires de l'étude, 23 présentent des anomalies neurologiques (75%).

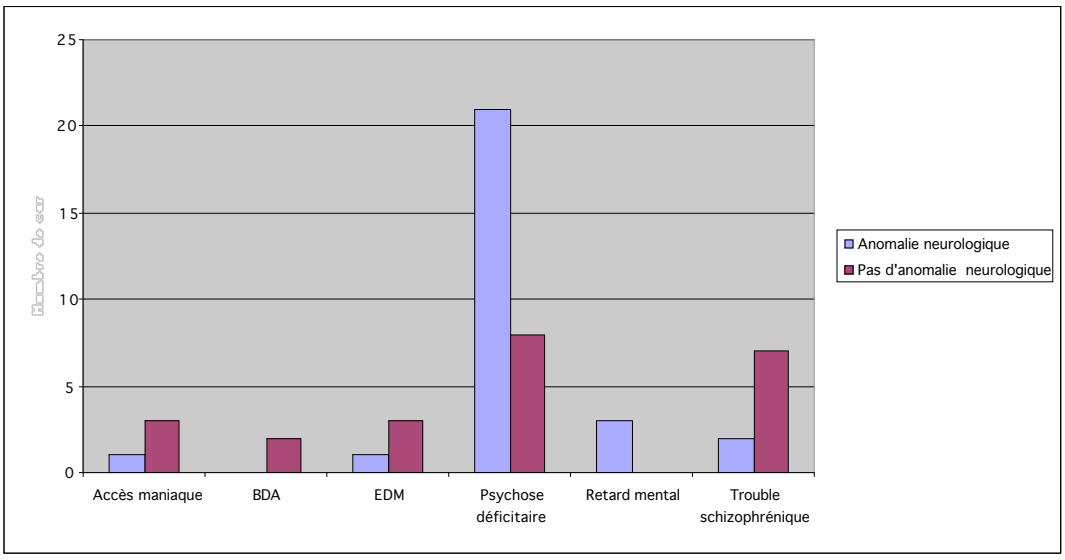


Figure 16- Présence d'anomalies neurologiques en fonction du diagnostic

Il est également intéressant de noter que 23 passages à l'acte violents dans l'étude ont été commis par 15 patients présentant une psychose chronique déficitaire et des troubles neurologiques. Nous relevons également que sur les dix patients récidivistes, six (14,3%) présentent des anomalies neurologiques et sont à l'origine de 14 passages à l'actes (24%), mais la différence n'est pas significative entre les patients récidivistes et non récidivistes en ce qui concerne l'existence de troubles neurologiques (Fisher, p=0,19).

IV.4.1.9 Existence d'un retard mental chez les patients ayant commis un acte de violence

Nous avons constaté une prévalence importante de troubles cognitifs et de retard mental parmi les cas de notre étude. Vingt-six cas, soit 44,8% présentent un retard mental soit comme diagnostic principal, soit en association avec un trouble mental majeur.
Il s'agit dans 17 cas d'un retard mental moyen (F71), dans 5 cas d'un retard mental grave (F72) et dans 6 cas d'un trouble mental profond (F73).

Les femmes composent la majorité des cas ayant un retard mental moyen (12 cas, 80%), alors que dans les cas de retard mental grave et profond, ce sont les hommes qui sont majoritaires (80% dans le retard mental grave et 100% dans le retard mental profond.)
Lorsque l'on s'intéresse aux co-morbidités diagnostiques, on note dans les retards mentaux moyens l'association dans 14 cas (93,3%) avec une psychose déficitaire et dans un cas, avec un trouble anxieux. Tous les cas de retard mental grave sont associé à une psychose déficitaire. Par contre, l'on retrouve trois cas de retard mental profond, sans autre diagnostic psychiatrique et dans les trois autres cas, ce retard est associé à une psychose déficitaire.

Comme pour les troubles neurologiques, nous retrouvons une association entre l'existence d'un retard mental et le risque de récidive violente au cours de l'hospitalisation. Trois patients ayant un retard mental moyen sont à l'origine de 10 passages à l'actes durant l'étude, un patient avec un retard mental grave est passé deux fois à l'acte et 2 patients ayant un retard mental profond ont commis 4 actes de violence. Donc 16 passages à l'acte (27,5%) sont dûs à 6 patients ayant un retard mental. Il existe statistiquement, plus de cas de retard mental chez les patients récidivistes que chez les non récidivistes (Fischer, p=0.04).

IV.4.2 APPROCHE THERAPEUTIQUE

IV.4.2.1 Prévisibilité du passage à l'acte violent

D'après l'examen des dossiers, on note que la violence était prévisible dans 16 cas (27%), en raison d'une agressivité ou d'un état d'agitation évoluant depuis plusieurs jours.
Dans 4 cas, un traitement neuroleptique sédatif a été prescrit avant le passage à l'acte, dans 7 cas, le patient a bénéficié d'un entretien avec un infirmier et dans 2 cas, une mesure d'isolement a été mise en place.

IV.4.2.2 Le traitement mis en place durant l'hospitalisation

Pour tous les patients, un traitement psychotrope avait été prescrit lors de l'hospitalisation. Un traitement par antidépresseur (IRS ou IRSNa) est retrouvé dans 38% des cas (n=22). 76% des cas ont un traitement par neuroleptique ou antipsychotique (n=44) et 36% sont sous traitement anticonvulsivant.
La prescription d'antipsychotique associée à un anticonvulsivant n'est notée que dans 3 cas. Par contre l'association d'un neuroleptique et d'un anticonvulsivant apparaît dans 14 cas et d'un neuroleptique retard avec un anticonvulsivant dans 8 cas. Donc 43% des cas bénéficient d'une association entre un neuroleptique ou un antipsychotique et un médicament anticonvulsivant.

IV.4.2.3 Prescription après le passage à l'acte violent

Après le passage à l'acte de violence physique, un traitement par neuroleptique sédatif est prescrit dans 53% des cas (n=31) dont 46% en intramusculaire. La mise en place de mesure d'isolement est notée dans 77% des cas. Il n'a pas été retrouvé de mesure de contention suite aux passages à l'acte.
Dans 67% des cas, un entretien infirmier a eu lieu avec le patient, peu de temps après l'agression. L'existence d'un entretien médical rapidement après le passage à l'acte n'est retrouvée que dans 29% des cas.

IV.5 DEVENIR ET ORIENTATION APRES L'HOSPITALISATION.

IV.5.1 ETAT

A la fin de la réalisation de l'étude, 46,5% (n=27) des cas sont encore hospitalisés, 8,6% (n=5) ont été transférés dans un autre hôpital et 3,4% sont décédés (n=2). Dans 1 cas, le transfert s'est fait vers une USIP (unité de soins intensifs psychiatriques).

Tableau 15 - Devenir des patients à la fin de l'étude

Devenir	Femmes (n=31)	Hommes (n=27)	Total (n=58)	Pourcentage %
Toujours hospitalisés	10	17	27	46,5
Transfert	2	3	5	8,6
Sortie	19	5	24	41,4
Décès	0	2	2	3,5

IV.5.2 ORIENTATION PSYCHIATRIQUE APRES LA SORTIE DU C.H.H.L

Sur les 58 cas de l'étude, seulement 24 ne sont plus hospitalisés en psychiatrie.

IV.5.2.1 Pas de suivi psychiatrique

L'absence de suivi psychiatrique à la sortie de l'hôpital n'est retrouvée qu'une fois. Il s'agissait d'une hospitalisation pour une décompensation délirante diagnostiquée comme une bouffée délirante aiguë. On trouve également une sortie contre avis médical.

IV.5.2.2 Prise en charge ambulatoire

Des consultations de suivi psychiatrique en CMP ou en libéral sont retrouvées dans 54% des cas. Un suivi en hôpital de jour est noté pour 33% des 24 cas.
Un patient bénéficie de visites à domicile.

IV.5.2.3 Traitement à la sortie d'hospitalisation

Tous les patients qui ont quitté l'hôpital ont bénéficié d'une prescription de médicaments psychotropes à la sortie. Dans 2 cas, la prescription ne comprend qu'un seul médicament, dans 10 cas elle comprend deux psychotropes, dans 4 cas elle associe 3 psychotropes , dans 6 cas, 4 psychotropes et dans 1 cas, 5 psychotropes.

IV.5.2.4 Nouvelle hospitalisation en psychiatrie

Sur les 24 cas, sortis de l'hôpital après leur passage à l'acte violent, 10 ont, de nouveau, été hospitalisés, dans 8 cas dans un délai supérieur à 2 mois, dans 1 cas, dans un délai de 1 à 2 semaines et dans 1 cas dans un délai inférieur à une semaine.
Dans 40% des cas, il s'agit de patients présentant une schizophrénie paranoïde, dans 20% des cas une psychose chronique déficitaire et dans 10% des cas d'un accès maniaque, d'un épisode dépressif majeur ou d'une dépression.
Dans 3 cas, cette nouvelle hospitalisation fait suite à un passage à l'acte ou une menace de passage à l'acte hétéro-agressif (30%). Les diagnostics associés à ces nouveaux passages

à l'acte sont dans 2 cas une psychose chronique déficitaire et dans 1 cas, une schizophrénie paranoïde.
Sur les dix cas ré-hospitalisés, dans 4 cas, il s'agit de patients qui avaient été précédemment hospitalisés suite à une rupture thérapeutique.

V DISCUSSION

V.1 DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

V.1.1 LES PATIENTS VIOLENTS : UNE PREDOMINANCE DE SUJETS D'AGE MOYEN

Dans notre étude, la moyenne d'âge des patients ayant été violents est de 40 ans, avec des extrêmes allant de 18 à 86 ans. Chez les femmes, la tranche d'âge des 30- 49 ans regroupe 84% des cas, alors que chez les hommes, la répartition est plus homogène avec seulement 48% des cas compris dans la tranche d'âge 30-49 ans.
Les études internationales retrouvent une augmentation d'un risque de violence lié à un âge jeune. Nous ne retrouvons que 10 cas de violence chez des patients âgés de moins de 30 ans, mais sur ces 10 cas, 7 sont des hommes. L'absence de sur-représentation des jeunes individus dans cette étude est vraisemblablement en lien avec la population étudiée, composée de patients hospitalisés depuis plusieurs années, ou ayant de multiples antécédents d'hospitalisation.
Dans les études sur les patients hospitalisés, la moyenne d'âge de la population étudiée est fréquemment aux environs de 40 ans. Dans l'étude de JOYAL et al.[514] (2008), elle est de 39,5 ans, dans l'étude de ABDERHALDEN et al.[515] (2007) de 39,4 ans, dans celle de CALASANTI et al.[516] (2007) elle est de 44,10 ans.
Dans les études sur la violence en institution, KRAKOWSKI et CZOBOR[517] (1994) ont retrouvé, une moyenne d'âge de 32 ans pour les patients présentant des violences répétées et de 34 ans pour les patients ayant commis peu d'actes agressifs. TARDIFF [518](1984) a constaté que les femmes présentaient plus de comportements d'agression avant l'âge de 20 ans et dans la tranche d'âge de 31-40 ans. L'âge moyen des patients violents est de 34,4

[514] JOYAL CC., GENDRON C., COTE G. Nature and frequency of aggressive behaviours among long term inpatients with schizophrenia. A 6-month report using the modified Overt Aggression Scale. *Can J Psychiatry*. 2008; 53:478-481.
[515] ABDERHALDEN C., NEEDHAM I., DASSEN T., HALFENS R., FISCHER J. et al. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clin. Practice Epidemio. Mental Health.* 2007 ;3 :30-41.
[516] COLASANTI A., NATOLI A., MOLITERNO D., ROSSATTINI M., DE GASARI IF., MAURI MC. Psychiatric diagnosis and aggression before acute hospitalisation. Eur Psychiatry. 2007, doi:10.1016/j.europsy.2007.09.005.
[517] KRAKOWSKI MI., CZOBOR PC. Clinical symptoms, neurological impairment, and prediction of violence in psychiatric inpatients. *Hosp Community Psychiatry.* 1994 ;45 :700-705.
[518] TARDIFF K. Characteristics of assaultive patients in private hospitals. *Am J Psychiatry.* 1984;141:1232-1235

ans dans l'étude de SOLIMAN et REZA [519](2001). Pour ABDERHALEN et al., le risque de passage à l'acte violent est faible chez les individus âgés de plus de 50 ans.
De plus, il semble que l'âge ne joue pas un rôle prédictif majeur chez les patients hospitalisés (STEINERT T., 2002[520])

V.1.2 LA VIOLENCE DES MALADES MENTAUX EN MILIEU HOSPITALIER : L'ABSENCE DE DIFFERENCE ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES.

La plupart des études ont mis en évidence l'absence de différence dans la prévalence d'actes de violence entre les hommes et les femmes présentant des troubles mentaux graves.
Nous retrouvons dans notre série, une légère sur-représentation féminine parmi les auteurs d'agressions physiques, les femmes étant à l'origine de 31 actes de violence (54%) et les hommes de28%. De façon, similaire, KRAUS et SHEITMAN[521] (2004) ont constaté une plus forte prévalence de la violence dans les unités d'admissions et d'hospitalisation à long terme pour femmes. FOTTREL[522](1981) ont trouvé que 56 à 68% des agressions physiques en milieu hospitalier sont commises par des femmes. Dans l'étude de JAMES et al.[523](1990), elles constituent 51,6% des auteurs de violence dans l'institution. Dans l'étude de BINDER et Mc NIEL[524] (1990) les femmes hospitalisées sont plus violentes que les hommes dans les trois jours suivant l'admission et dans celle de LAM et al[525] (2000), 45% des agressions physiques sur le personnel soignant ont été commises par des femmes. KRAKOWSKI et CZOBOR[526] (2004) ont mis en évidence que 13,9% des femmes et 12,2% des hommes hospitalisés avaient commis une agression dans les deux mois suivant l'admission.

V.1.3 UN FAIBLE NIVEAU SCOLAIRE ET L'ABSENCE DE TRAVAIL

La majorité des cas de cette étude a un faible niveau scolaire et est inactive. Ces patients touchent l'A.A.H (Allocation Adulte Handicapé) ou sont au chômage et ont donc un bas niveau socio-économique. NOBLE et RODGER[527] (1989) ont constaté que 59% des patients

---

[519] SOLIMAN AE., REZA H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv*. 2001;52:75-80.
[520] STEINERT T. Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;412:133-141.
[521] KRAUS JE., SHEITMAN BB. Characteristics of violent behavior in a large state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv.* 2004;55:183-185.
[522] FOTTRELL E. Violent behaviour by psychiatric patients. *Br J Hosp Med*. 1981;25:28-38.
[523] JAMES DV., FINEBERG NA., SHAH AK., PRIEST RG. An increase in violence on an acute psychiatric wards. A study of associated factors. *Br J psychiatry.* 1990 ;156 :846-852.
[524] BINDER RL., McNEIL DE. The relationship of gender to violent behavior in acutely disturbed psychiatric patients. *J Clin Psychiatry.* 1990;51:110-114.
[525] LAM JN., McNIEL DE., BINDER RL. The relationship between patients gender and violence leading to staff injuries. *Psychiatr Serv.* 2000;51:1167-1170.
[526] KRAKOWSKI M., CZOBOR P. Gender differences in violent behavior:relationship to clinical symptoms and psychological factors. *Am J psychiatry*. 2004;161:459-465.
[527] NOBLE P., RODGER S. Violence by psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry*. 1989 ;155 :384-390.

ayant été violents à l'hôpital n'avaient pas d'emploi au moment de l'admission et que 50,4% étaient au chômage depuis au moins un an.

Un bas niveau socio-économique et un parcours scolaire arrêté précocement sont associés, dans la littérature, à une augmentation du risque de violence (SWANSON et al.,2000[528] ; STUEVE et LINK, 1998[529]) SWANSON et al. [530](2006) a également retrouvé que l'inactivité professionnelle augmentait le risque de violence chez les individus présentant des troubles mentaux.

V.1.4 UNE PREDOMINANCE DE SUJETS CELIBATAIRES ET SANS ENFANTS

Selon SWANSON et al. (2000), les célibataires seraient plus à risque de violence.

Nous retrouvons dans notre série, une forte proportion de patients célibataires (70%), n'ayant pas d'enfants (77%). Ces résultats sont similaires à ceux retrouvé par NOBLE et RODGER[531] (60% de célibataires) et EDWARDS et al.[532] (85% de célibataires chez les hommes et 50% chez les femmes.

Néanmoins, ce résultat n'est pas surprenant, car une proportion assez importante de notre série présente une psychose déficitaire évoluant depuis de nombreuses années, avec un vécu institutionnel ancien, ne permettant pas de faire une démarche administrative comme le mariage. En effet, les données que nous avons relevé prennent en compte le statut matrimonial, qui est un acte civil administratif, et ne reflète donc pas complètement la réalité de la vie affective des individus.

V.1.5 DES PATIENTS SOUS MESURES DE PROTECTION JURIDIQUE

Plus de la moitié (65%) des cas de notre étude bénéficie d'une mesure de protection juridique (tutelle ou curatelle). Nous n'avons pas retrouvé de données similaires dans les études, celles-ci étant la plupart réalisées dans des pays anglo-saxons, où ce type de mesures n'existent pas. Notre résultat vient vraisemblablement du fait que les patients de la série ont pour la plupart une pathologie chronique, souvent un trouble psychotique, n'ont pas la capacité de pourvoir seuls à leurs intérêts et doivent être assistés ou représentés dans les actes de la vie civile.

---

[528] SWANSON JW., SWARTZ MS., BORUM R., HIDAY V., WAGNER R., BURNS B. Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behavior in persons with severe mental illness. Br J Psychiatry. 2000;174:324-331.

[529] STUEVE A., LINK BG. Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study of young adults in Israël. *Psychiatr Q*.1997;68:327-342.

[530] SWANSON JW., SWARTZ MS., VAN DORN RA., ELBOGEN EB., WAGNER HR., ROSENHECK RA. et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:490-499.

[531] NOBLE P., RODGER S. Violence by psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry*. 1989 ;155 :384-390.

[532] EDWARDS JG., JONES D., REID WH., CHU CC. Physical assaults in a psychiatric unit of a general hospital. *Am J Psychiatry*. 1988 ;145 :1568-1571.

V.2 LES ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

V.2.1 DES ANTECEDENTS DE SUIVI ET D'HOSPITALISATION MAIS DES RUPTURES THERAPEUTIQUES FREQUENTES

Quatre-vingt-onze pour cent des individus ayant commis des actes violents durant la période de l'étude présentaient des antécédents de troubles psychiatriques majeurs, et il s'agissait dans près de la moitié des cas de psychose infantile évoluant sur un mode déficitaire (51%) puis dans de troubles schizophréniques (15%, schizophrénie paranoïde, trouble schizo-affectifs, schizophrénie hébéphrénique). Les diagnostics de troubles de l'humeur (épisode dépressif majeur et trouble bipolaire) étaient posés dans 13,8%.

Ces patients avaient, avant leur hospitalisation, bénéficié d'un suivi psychiatrique le plus souvent en Centre Médico-Psychologique (C.M.P.). Seulement 5 cas n'avaient aucun antécédent de suivi (8,6%).

On retrouve une forte prévalence d'arrêt de traitement et du suivi avant l'hospitalisation (respectivement 23% et 19%). L'existence d'une mauvaise adhésion aux soins et d'une rupture thérapeutique est associée à une augmentation du risque de violence. Les patients ayant arrêté leur traitement sont, dans notre étude, principalement des schizophrènes paranoïdes (50%), l'inobservance des psychotropes ayant entraîné une nouvelle décompensation délirante. Les données de la littérature montrent que chez les patients schizophrènes, une mauvaise adhésion aux soins est fréquemment associée à des troubles d'abus/dépendance à l'alcool ou aux drogues. Nous retrouvons des résultats similaires avec une prévalence d'abus ou dépendance à l'alcool de 41,6% et d'abus/dépendance à une substance dans 33,3% chez les patients en rupture thérapeutique.

La fréquence des hospitalisations est associé à un plus grand risque de comportement violent, et 90% des patients de notre série avaient été hospitalisés à plusieurs reprises. Seulement 10% des cas de notre étude n'avaient jamais été hospitalisés, ce qui est similaire à ce que retrouvait NOBLE et RODGER[533] (1989) avec seulement 13,1% de première hospitalisation parmi les patients violents en institution.

V.2.2 L'ABSENCE D'ANTECEDENTS D'ABUS D'ALCOOL OU DE DROGUE

L'existence d'antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool n'est relevée dans les dossiers que dans 12% des cas et la dépendance/abus de toxiques que dans 10% des cas. Les patients de notre série présentent donc peu d'antécédents d'abus ou de dépendance à la drogue et l'alcool. Pourtant, les données de la littérature ont mis en évidence que la consommation d'alcool ou de drogue est un facteur favorisant les actes de violence dans la

[533] NOBLE P., RODGER S. Violence by psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry*. 1989 ;155 :384-390.

communauté, que ce soit dans la population générale ou chez les individus présentant des troubles mentaux.

BARLOW et al. [534](2000) retrouve que les troubles d'abus de substance sont associé à un risque de violence lors de l'admission.

Pour KRAKOWSKI et al.[535](1994) ,par contre, les antécédents d'abus de substance ne sont pas des facteurs discriminants de risque de passage à l'acte en institution.

La faible prévalence d'antécédents d'alcool et de drogue tient vraisemblablement à la population de l'étude, composée en grande partie de patients hospitalisés depuis plusieurs années ou vivant en institution, ce qui les met à distance du risque de consommation de toxiques et d'alcool.

V.2.3 PEU D'ANTECEDENTS D'INFRACTIONS

Les antécédents d'infractions constituent l'un des facteurs de risque de comportements violents chez les patients souffrant de trouble mental sévère. Nous n'avons malheureusement retrouvé que dans très peu de cas ce type de renseignements, la question n'étant quasiment jamais posée aux patients. Nous n'avons noté des antécédents que dans quatre cas, qui sont tous associés au diagnostic de schizophrénie paranoïde.

V.3 LE PASSAGE A L'ACTE

V.3.1 DES ANTECEDENTS DE VIOLENCE PHYSIQUE EN DEHORS DE L'HOPITAL SONT FREQUEMMENT RETROUVES

Les données de la littérature mettent en évidence que les antécédents de violence augmentent significativement le risque de violence future. Les individus atteints de troubles mentaux dirigent le plus souvent leur agressivité vers leurs proches, ou les personnes de leur quotidien.

Nous retrouvons 55% d'antécédents de violence physique à l'extérieur de l'hôpital et dans environ 80% des cas, la violence était dirigée vers un parent ou une personne du lieu de vie. Comme dans les autres études, la violence n'était dirigée vers un inconnu que dans 9% des cas. Seulement un cas de notre série a utilisé une arme blanche pour tenter de blesser quelqu'un.

La prévalence de la violence physique chez les femmes est moins importante que chez les hommes en dehors de l'hôpital (55% vs 66%), ce qui est conforme aux données de la littérature.

---

[534] BARLOW K., GRENYER B., ILKIW-LAVALLE O. Prevalence and précipitants of aggression in psychiatrie inpatients units. *Aust NZJPsychiatry.* 2000;34:967-974.

[535] KRAKOWSKI MI., CZOBOR PC. Clinical symptoms, neurological impairment, and prediction of violence in psychiatric inpatients. *Hosp Community Psychiatry.* 1994 ;45 :700-705.

EDWARDS et al.[536] (1988) on trouvé également 52% d'antécédents de violence dans un groupe de patients, violents au sein institution, cette prévalence étant de 54% chez les hommes et de 50% chez les femmes. Pour Mc NIEL et al.[537] (1988), il existe une association significative entre les antécédents de violence dans la communauté et la violence en milieu hospitalier.

V.3.2 LES ANTECEDENTS DE VIOLENCE A L'ENCONTRE DES SOIGNANTS

Une forte prévalence (60%) d'antécédent de violence physique en milieu hospitalier est constatée dans notre série, avec des patients présentant des comportements agressifs de façon répétée (41% des cas). Ces patients sont souvent hospitalisés depuis plusieurs mois et présentent un diagnostic de psychose déficitaire (27 cas sur 35).

Il ne s'agit donc pas, dans la plupart des cas, de pathologie aiguë. Cela est concordant avec les résultats de TARDIFF et al.[538] (1984) qui retrouvait une augmentation du taux de violence chez les patients, principalement chez les femmes, hospitalisés sur une longue durée.

V.3.3 UN PETIT NOMBRE DE PATIENTS EST A L'ORIGINE DE MULTIPLES AGRESSIONS PHYSIQUES

Dix patients, dans notre étude, sont à l'origine de 44,8% des actes de violence (n=26). Cela est similaire aux données de la littérature qui mettent en évidence qu'un petit nombre de patients sont à l'origine de la majorité des violences en milieu hospitalier.

Dans l'étude de FOTTREL[539] (1981) c'est 3% des patients qui étaient impliqués dans 70% des incidents violents, dans celle d'OWEN[540] (1998), 20 patients avaient commis 67% des agressions et dans la recherche de KRAUSS et SHEITMAN[541] (2004), 27 patients étaient à l'origine de 56% des épisodes de violence.

Ces patients, qui commettent des violences à répétition au sein de l'institution, présenteraient certaines caractéristiques dont celle d'une plus grande prévalence d'anomalies neurologiques associées au diagnostic psychiatrique (KRAKOWSKI et al., 1994[542] ; CONVIT et al., 1990[543]; OWEN et al.,1998). Nous retrouvons également dans notre étude, une co-occurrence importante d'anomalies neurologiques chez les patients

---

[536] EDWARDS JG., JONES D., REID WH., CHU CC. Physical assaults in a psychiatric unit of a general hospital. *Am J Psychiatry*. 1988 ;145 :1568-1571.

[537] MCNIEL DE, BINDER RL, GREENFIELD TK. Predictors of violence in civilly committed acute psychiatric patients. *Am J Psychiatry*.1988 ; 145:965-970.

[538] TARDIFF K. Characteristics of assaultive patients in private hospitals. Am J Psychiatry. 1984;141:1232-1235.

[539] FOTTRELL E. Violent behaviour by psychiatric patients. *Br J Hosp Med*. 1981;25:28-38.

[540] OWEN C., TARANTELLO C., JONES M., TENNANT C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv.* 1998;49:1452-1457

[541] KRAUS JE., SHEITMAN BB. Characteristics of violent behavior in a large state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv*. 2004;55:183-185.

[542] KRAKOWSKI MI., CZOBOR PC. Clinical symptoms, neurological impairment, and prediction of violence in psychiatric inpatients. *Hosp Community Psychiatry*. 1994 ;45 :700-705.

[543] CONVIT A., ISAY D., OTIS D., VOLVKA J. Characteristics of repeatedly assautive psychiatric inpatients. *Hosp Community Psychiatry*. 1990 ;41 :1112-1115.

psychotiques chroniques ayant commis plusieurs agressions, mais nous ne notons pas de différence significative entre les patients récidivistes et les non-récidivistes (Fisher, p=0,19), mais cela peut être du, au faible nombre de cas de notre population.

V.3.4 UN DELAI ENTRE L'ADMISSION ET LE PASSAGE A L'ACTE SOIT COURT SOIT TRES LONG

Nous pouvons définir deux temps de violences.

Le premier se situe dans les deux premières semaines qui suivent l'admission, nous sommes dans l'aiguë. Il s'agit de décompensation délirante de schizophrénie paranoïde, d'excitation psychomotrice dans les épisodes maniaques ou d'angoisses massives dans le cadre d'épisodes dépressifs majeurs.

La seconde période se situe après un temps d'hospitalisation supérieur à 6 mois. Nous ne sommes plus dans de l'aigu mais dans du chronique. Il s'agit de patients hospitalisés au long cours, en raison de troubles du comportement ou de résistance au traitement ne permettant pas leur retour dans la communauté.

BARLOW et al.[544] (2000) retrouvent des résultats similaires avec deux périodes à risque de violence: dans les 2 jours suivant l'admission ou après plusieurs mois d'hospitalisation. Pour TARDIFF et SWEILLAM [545](1982), la plupart des patients commettant des violences au sein de l'institution étaient hospitalisés depuis plusieurs années (27% plus de deux ans et 47% plus de 10 ans).

V.3.5 DES MOMENTS PARTICULIERS POUR LE PASSAGE A L'ACTE

Les actes violents ont lieu principalement en semaine et le matin. Néanmoins, on retrouve deux pics, entre 11 et 13h et entre 17 et 19h, correspondant au moment des repas et des traitements.

Ces résultats sont concordants avec ceux de FOTTREL[546] (1981)qui constatait que 48% des actes de violence avaient lieu entre 7h et 12h du matin et ceux d' EDWARDS et al.[547] (1988) pour qui plus de la moitié des passages à l'acte avait lieu le matin. PEARSON et al.[548] (1986) a trouvé également une augmentation d'actes agressifs au moment des repas.

---

[544] BARLOW K., GRENYER B., ILKIW-LAVALLE O. Prevalence and précipitants of aggression in psychiatrie inpatients units. *Aust NZJPsychiatry.* 2000;34:967-974.
[545] TARDIFF K., SWEILLAM A. Assaultive behavior among chronic inpatients. *Am J Psychiatry.*1982;10:177-182.
[546] FOTTRELL E. Violent behaviour by psychiatric patients. *Br J Hosp Med*. 1981;25:28-38.
[547] EDWARDS JG., JONES D., REID WH., CHU CC. Physical assaults in a psychiatric unit of a general hospital. *Am J Psychiatry*. 1988 ;145 :1568-1571.
[548] PEARSON M., WILMOT E., PADI M. A study of violent behavior among in-patient in a psychiatric hospital. *Br J Psychiatry*. 1986 ;149 :232-235.

Il semble que la nuit soit peu propice aux actes de violence. 10% pour OWEN[549], 7% pour FOTTREL (1981). Ceci est aussi le cas dans notre série avec 3,4% d'actes de violence commis entre 21h et 7h du matin.

Concernant les jours de passage à l'acte, les études retrouvent des résultats différents en fonction de l'organisation des services. Pour NOBLE et RODGER[550] (1989)., il existe peu d'agressions le week-end alors que pour SOLIMAN et REZA[551] les week-ends représentent 36,5% des agressions.

V.3.6 LA CHAMBRE COMME LIEU PRIVILEGIE DE PASSAGE A L'ACTE

Peu d'études ont relevé le lieu du passage à l'acte violent. Dans notre série, les agressions ont eu lieu principalement dans la chambre du patient (35%) ou dans le couloir et la salle commune de l'unité (22% et 20%). La chambre correspond à un endroit intime où le soignant est en relation duelle avec le patient, souvent au moment de soins, d'un entretien ou d'une aide à la toilette, avec une proximité physique importante. Le couloir ou la salle commune, lieux plus ouverts, lieux de passage où les patients se rassemblent, où l'agitation, l'excitation peuvent s'amplifier et se transmettre.

Ces résultats sont similaires à ceux de SOLIMAN et REZA[552], pour qui, 50% des actes de violence avaient eu lieu dans la chambre du patient et 23,1% dans le couloir de l'unité.

V.3.7 UN EVENEMENT DECLENCHANT RETROUVE DANS LA PLUPART DES CAS

Alors que les actes de violence en lien direct avec des idées délirantes sont assez rares, l'intolérance à la frustration, le fait qu'un soignant ait refusé une demande faite par un patient, ou qu'un soignant ait reposé un cadre de soin sont des situations fréquemment retrouvés dans la littérature pour expliquer le passage à l'acte violent.

SHERIDAN et al.[553] (1990) ont constaté que dans 63% des cas, l'agression avait été précipitée par une tension entre l'équipe soignante et le patient (rappel des règles..) et ce n'est que dans 30% des cas que l'agression avait été en lien avec la symptomatologie du patient. NOLAN et al.[554] (2003) trouvent des résultats encore plus faibles, puisque dans leur étude, seulement 20 % des agressions sont consécutives à des idées délirantes ou des hallucinations.

---

[549] OWEN C., TARANTELLO C., JONES M., TENNANT C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv.* 1998;49:1452-1457.

[550] NOBLE P., RODGER S. Violence by psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry*. 1989 ;155 :384-390.

[551] SOLIMAN AE., REZA H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv*. 2001;52:75-80.

[552] SOLIMAN AE., REZA H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv*. 2001;52:75-80.

[553] SHERIDAN M., HENRION R. ROBINSON L., BAXTER V. Precipitants of violence in a psychiatric inpatients setting. *Hosp Community Psychiatry*. 1990,41 :776-780.

[554] NOLAN KA., CZOBOR P., ROY BB., PLATT MM., SHOPE CB., CITROME LL et al. Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv.* 2003;54:1012-1016.

Pour QUANBECK et al.[555] (2007), 26% des agressions faisaient suite à un ordre d'un soignant obligeant le patient à effectuer quelque chose, 17% étaient liées à un refus par les soignants d'une demande du patient et seulement 17% des passages à l'acte violents étaient secondaires à des idées délirantes.

Dans notre étude, un événement ayant déclenché ou précipité l'acte de violence est relevé par les soignants dans plus de la moitié des cas et il s'agit le plus souvent d'une frustration (43%). La mauvaise adhésion aux soins, comme le refus de l'hospitalisation ou du traitement sont retrouvés dans respectivement 20 et 8% des cas. Le lien direct avec des idées délirantes de persécution n'est mis en évidence que dans 11% des cas.

Il semble donc que chez les patients hospitalisés, s'il existe une association entre les actes de violence et les symptômes cliniques, celle-ci est limitée dans le temps et a surtout lieu lors des premiers jours après l'admission.
Les passages à l'acte agressifs en milieu hospitalier semblent être fortement liés au contexte et à l'environnement, à la relation entre les soignants et les patients, à des difficultés de communication et de compréhension.

V.3.8 UN PASSAGE A L'ACTE IMPULSIF

Il existe différents types d'agressions commises, en milieu hospitalier, commises par des individus atteints de troubles mentaux.
Les agressions impulsives sont une réponse immédiate à la provocation ou à une frustration, le patient manifeste une agitation extrême avec des menaces verbales et l'absence de réflexion quant aux conséquences de l'acte. Les agressions organisées, sont quant à elles, plus planifiées, déclenchées par des provocations minimes ; on note une absence d'agitation du patient et le déni après l'acte violent. Dans les agressions psychotiques, le délire et les hallucinations sont liés au passage à l'acte.
Dans notre étude, les soignants n'ont jamais mis en évidence de préméditation lors des actes d'agression physique. Il s'agit essentiellement d'agressions impulsives (89%) ou psychotiques (11%).
Dans l'étude de QUANBECK et al. [556](2007), les agressions organisées représentaient 29% des actes de violence commis par des patients hospitalisés depuis plusieurs années, nous n'en avons aucune dans la nôtre. Néanmoins l'absence d'événement déclenchant le passage à l'acte est noté dans 40% des cas de notre série et il est possible que parmi eux,

---

[555] QUANBECK C.D., McDERMOTT B.E., LAM J., EISENSTARK H., SOKOLOV G., SCOTT C.L. Categorization of aggressive acts committees by chronically assaultive state hospital patients. *Psychiatr* Serv.2007;58:521-528.
[556] QUANBECK CD., McDERMOTT BE., LAM J., EISENSTARK H., SOKOLOV G., SCOTT C.L. Categorization of aggressive acts committees by chronically assaultive state hospital patients. *Psychiatr* Serv.2007;58:521-528.

des actes aient été prémédités par les patients. Une autre raison de l'absence d'agressions de type organisées tient aussi aux individus étudiés. Dans l'étude de QUANBECK, il s'agissait de patients aux antécédents criminels, admis dans un hôpital psychiatrique légal depuis plus de trois ans et présentant des co-occurrences élevées de trouble de la personnalité. Les personnalités antisociales ou psychopathiques sont associées à des agressions de type organisé ce qui a augmenté la prévalence de ce type d'acte dans son étude. Dans notre série, peu de troubles de la personnalité antisociale sont constatés, mais pour ces patients, il pourrait être intéressant de pouvoir mieux évaluer l'existence de motivations du passage à l'acte.

V.3.9 UN ACTE DE VIOLENCE A L'ENCONTRE LE PLUS SOUVENT D'UNE SEULE PERSONNE.

Les actes de violence des patients ont souvent pour cible une seule victime. Dans notre série, 88% des agressions ont été commises à l'encontre d'une seule personne. Toutefois, dans 12% des cas, il y a eu deux victimes.

Cela est similaire aux résultats de FOTTREL[557] (1981) qui retrouvait dans plus de 70% des cas, une seule victime.

V.3.10 LES INFIRMIERES SONT PLUS SOUVENT LA CIBLE DES VIOLENCES

La violence des patients en milieu hospitalier vise le plus souvent le personnel soignant. FOTTREL (1981) trouvait 63% de passage à l'acte sur les soignants contre 37% entre patients, EDWARDS et al.[558] (1988) et JAMES et al.[559] (1990)., constataient également une surreprésentation des soignants parmi les victimes des agressions.

Notre étude est essentiellement basée sur la violence physique à l'encontre des soignants, mais nous avons retrouvé que les femmes, infirmières, sont les cibles principales des agressions physiques des patients comparativement aux autres catégories professionnelles.

Cela n'est pas étonnant car cette profession est la plus en contact avec les patients, que ce soit au moment des soins, des entretiens. Elles sont les premières à intervenir lors de l'agitation d'un patient, pour tenter de l'apaiser. La féminisation de la profession fait que les équipes sont, de plus en plus, essentiellement composées de femmes et qu'elles sont donc plus souvent confrontées à des patients agités ou délirant sans possibilité d'intervention d'un homme, si ce n'est en renfort. De plus, le nombre de femmes parmi le personnel soignant étant plus important que le nombre d'hommes, il est logique qu'elles représentent la majorité des victimes.

---

[557] FOTTRELL E. Violent behaviour by psychiatric patients. *Br J Hosp Med*. 1981;25:28-38.

[558] EDWARDS JG., JONES D., REID WH., CHU CC. Physical assaults in a psychiatric unit of a general hospital. *Am J Psychiatry*. 1988 ;145 :1568-1571.

[559] JAMES DV., FINEBERG NA., SHAH AK., PRIEST RG. An increase in violence on an acute psychiatric wards. A study of associated factors. *Br J psychiatry.* 1990 ;156 :846-852.

V.3.11 DES VIOLENCES AUX CONSEQUENCES PHYSIQUES PEU SEVERES

Nous avons noté que les conséquences des agressions physiques n'entraînaient dans la plupart des cas que des lésions minimes (27,5%) ou modérées (65,5%). C'est également ce que retrouvait FOTTREL[560] (1981) avec une majorité d'agression de sévérité 1 (agression n'entraînant pas de lésions). NOBLE et RODGER[561] (1989) constatait 59% d'agression de sévérité 1 et 39% de sévérité 2 (agression occasionnant des blessures minimes à type de contusions, de griffures ou d'érosions). Pour PEARSON et al.[562] (1986), presque 70% des agressions étaient de niveau 1 et seulement 29% de niveau 2.

Les passages à l'acte violents ayant des conséquences graves pour les victimes sont donc particulièrement rares (3% pour NOBLE et RODGER, 6% pour SOLIMAN[563], 3% pour OWEN 1998[564]). Dans notre série, 7% (n=4) des agressions ont occasionné des lésions plus sévères (de niveau 3 selon la classification de FOTTREL).

Il est néanmoins important de noter que 3 de ces agressions de niveau 3 ont été commises par des femmes, alors que dans l'étude de NOBLE et RODGER[565] (1989)., les 3 actes violents de sévérité 3 avaient été commis par des hommes.

V.4 LA CLINIQUE DU PASSAGE A L'ACTE

V.4.1 UNE HOSPITALISATION POUR PASSAGE A L'ACTE HETERO-AGRESSIF MAIS UNE MAJORITE D'HOSPITALISATION LIBRE AU MOMENT DU PASSAGE A L'ACTE

Comme nous l'avons vu, les antécédents de violence dans la communauté et dans les 15 jours précédant l'admission augmentent le risque de comportement agressif en milieu hospitalier. Il n'est donc pas étonnant de retrouver, chez les patients ayant commis des actes violents au sein de l'institution, des hospitalisations en raison de troubles du comportement à type de menace ou de passage à l'acte hétéro-agressif dans plus de la moitié des cas.

Ces menaces ou passages à l'acte agressifs sont retrouvés comme motifs d'hospitalisation, principalement chez les individus présentant une psychose déficitaire, les actes agressifs étant dirigés vers les membres de la famille ou les personnes du lieu de vie.

Viennent ensuite les admissions pour une décompensation délirante chez les individus schizophrènes. Les données de la littérature montrent bien une association entre l'intensité

---

[560] FOTTRELL E. Violent behaviour by psychiatric patients. *Br J Hosp Med*. 1981;25:28-38.
[561] NOBLE P., RODGER S. Violence by psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry*. 1989 ;155 :384-390.
[562] PEARSON M., WILMOT E., PADI M. A study of violent behavior among in-patient in a psychiatric hospital. *Br J Psychiatry*. 1986 ;149 :232-235.
[563] SOLIMAN AE., REZA H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv*. 2001;52:75-80.
[564] OWEN C., TARANTELLO C., JONES M., TENNANT C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv*. 1998;49:1452-1457.
[565] NOBLE P., RODGER S. Violence by psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry*. 1989 ;155 :384-390.

de la symptomatologie psychotique positive (délire, hallucinations) et le risque de passage à l'acte agressif, surtout lorsqu'il existe des idées délirantes de persécution. L'hostilité et la méfiance engendrées par ces pensées délirantes augmentent le risque de violence à l'encontre des soignants.

Dans notre étude, moins de la moitié des patients (46,6%) était hospitalisée sous contrainte, soit à la demande d'un tiers, soit en hospitalisation d'office, au moment du passage à l'acte.
Les études internationales rapportent ordinairement une prévalence plus importante d'hospitalisation sous contrainte que d'hospitalisation libre chez les patients violents en institution (NOBLE et RODGER, 1989 ; TARDIFF et al.,1982[566]). JAMES et al.[567](1990)constataient 60,9% d'hospitalisation sous contrainte dans son étude sur la violence dans un service d'admission.
NOBLE et RODGER[568] (1989) évoquent même une association entre le fait d'être hospitalisé sous contrainte et le risque de violence, ce que constate également SOLIMAN et REZA[569].

L'absence de supériorité des hospitalisations sous contrainte dans notre série, provient vraisemblablement de la population étudiée. En effet, les études de NOBLE (1989) et SOLIMAN (2001) ont été réalisées dans des unités d'admissions, les patients présentant une décompensation délirante ou des passages à l'acte agressifs avant l'hospitalisation nécessitent la plupart du temps d'être admis sous contrainte. Notre étude étant basée sur des patients hospitalisés à la fois dans des unités de court, moyen et long séjour ne peut retrouver des résultats identiques. Les patients qui avaient pu être admis en HDT ou HO, mais qui sont hospitalisés depuis plusieurs mois voire plusieurs années, ont souvent vu lever leur mesure de contrainte, l'amélioration de leur symptomatologie ne la justifiant plus. Ceci pourrait expliquer, en partie, les 53% d'hospitalisations libres chez des patients présentant des comportements violents.

V.4.2 DES ANGOISSES MASSIVES AU MOMENT DU PASSAGE A L'ACTE

Des symptômes cliniques ont été signalés par les soignants au moment de l'acte de violence. Les angoisses massives représentent 34,4% des cas, et sont surtout présentes chez les patients psychotiques déficitaires masculins (44,4%). Chez les femmes, il s'agit fréquemment d'une excitation psychomotrice (35,5%), en lien avec des symptômes de type maniaque dans le cadre d'un trouble bipolaire, d'un trouble schizo-affectif.

---

[566] TARDIFF K., SWEILLAM A. Assaultive behavior among chronic inpatients. *Am J Psychiatry.*1982;10:177-182.
[567] JAMES DV., FINEBERG NA., SHAH AK., PRIEST RG. An increase in violence on an acute psychiatric wards. A study of associated factors. *Br J psychiatry.* 1990 ;156 :846-852
[568] NOBLE P., RODGER S. Violence by psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry.* 1989 ;155 :384-390.
[569] SOLIMAN AE., REZA H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv*. 2001;52:75-80.

Les idées délirantes de persécution et la présence d'hallucinations avec ordre de violence sont constatées dans 24 % des cas, chez des patients schizophrènes paranoïdes (hommes ou femmes) ou dans des bouffées délirantes aiguës. Le fait que les agressions aient été motivées par ces idées délirantes est consistant avec un certain nombre d'études qui ont associé les actes de violence aux idées de persécution (CHEUNG et al., 1997[570]; WESSELY et al., 1993[571]).

V.4.3 UNE SUR-REPRESENTATION DES PSYCHOSES DEFICITAIRES

Dans notre étude, le diagnostic le plus fréquemment posé au décours du passage à l'acte est une psychose chronique évoluant sur un mode déficitaire (autisme, trouble envahissant du développement, schizophrénie déficitaire) et la schizophrénie paranoïde n'est relevée que dans 12% des cas.

Ceci diffère des études précédentes, qui retrouvaient une majorité de schizophrénie parmi les patients passant à l'acte dans l'institution. FOTTREL[572] (1981) constatait que ce diagnostic représentait 39% des cas, pour NOBLE et RODGER[573], il s'agissait de 44% des cas, pour PEARSON et al.[574] (1986) de 56,5% des cas, et pour EDWARDS et al.[575] (1988) de 68% des cas. Ces études ont été effectuées principalement dans des unités d'admissions aiguës, ce qui peut expliquer cette prépondérance de schizophrénie parmi les auteurs de violence en institution.

Par contre, les études sur les patients présentant des actes de violence répétés dans des unités d'hospitalisation de moyenne et longue durée, retrouvent plus de troubles du développement (retard mental ou trouble du spectre de l'autisme) et de troubles neurologiques. KRAUS et SHEITMAN[576] ont constaté que, chez les patients ayant commis 5 actes de violence ou plus, 37% présentaient un trouble du développement ou un trouble neurologique. Pour TARDIFF et SWEILLAM[577], les catégories diagnostiques retrouvées chez les patients violents hospitalisés depuis plusieurs années étaient les schizophrénies non paranoïdes (46%), les psychoses organiques (25%) et les retards mentaux (11%). Les agressions en milieu hospitalier sont associées, chez les femmes et les hommes à la schizophrénie non paranoïde et au retard mental.

---

[570] CHEUNG P., SCHWEITZER I., CROWLEY K., TUCKWELL V. Violence in schizophrenia : role of hallucinations and delusions. *Schizophr Research*. 1997 ;26 :181-190.

[571] WESSELY S., BUCHANAN A., REED A., CUTTING J., EVERITT B., GARETY P. et al. Acting on delusions: Prevalence. *Br. J Psychiatry*. 1993;163:69-76

[572] FOTTRELL E. Violent behaviour by psychiatric patients. *Br J Hosp Med*. 1981;25:28-38.

[573] NOBLE P., RODGER S. Violence by psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry*. 1989 ;155 :384-390.

[574] PEARSON M., WILMOT E., PADI M. A study of violent behavior among in-patient in a psychiatric hospital. *Br J Psychiatry*. 1986 ;149 :232-235

[575] EDWARDS JG., JONES D., REID WH., CHU CC. Physical assaults in a psychiatric unit of a general hospital. *Am J Psychiatry*. 1988 ;145 :1568-1571

[576] KRAUS JE., SHEITMAN BB. Characteristics of violent behavior in a large state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv*. 2004;55:183-185.

[577] TARDIFF K., SWEILLAM A. Assaultive behavior among chronic inpatients. *Am J Psychiatry.*1982;10:177-182.

Notre étude a été réalisée dans un hôpital comportant à la fois des services d'admissions aigus et des services pour des durées de séjour moyennes ou longues.

Si l'on ne prend que les services d'admissions, la prévalence de la schizophrénie paranoïde sera plus importante, de même que les épisodes maniaques et les épisodes dépressifs majeurs. En effet, dans les services d'admissions, même si le diagnostic de psychose déficitaire reste le plus fréquent (33%), la schizophrénie paranoïde est néanmoins constatée dans 18% et les troubles schizo-affectifs dans 9% des cas.

FOTTREL[578] (1981) retrouvaient 6% de dépression et 8% de manie, NOBLE et RODGERS[579] (1989) 4,4% de manie et 3,6% de dépression, Mc NIEL et al.[580] (1988) , 30,2% de manie , EDWARDS et al. (1988) 20% de manie, et 4% de dépression (mais 8% chez les femmes) et JAMES et al.[581](1990) 17,2% de manie et 1,5% de dépression. Dans notre étude, les épisodes maniaques sont constatés dans 6,9% des cas (mais dans 13% chez les femmes) et les épisodes dépressifs dans 5,17% des cas et dans les services d'admissions leur prévalence est de 12% pour les épisodes maniaques et de 9% pour les épisodes dépressifs majeurs.

La dépression est donc également à risque de passage à l'acte, mais de façon moins importante que les épisodes maniaques.

Par contre, les troubles anxieux, ne semblent pas plus à risque de violence. Nous ne retrouvons dans notre série que 1,7% de troubles anxieux, ce qui est similaire aux autres études, la plupart ne retrouvant d'ailleurs pas ce diagnostic chez les patients agressifs en milieu hospitalier. Seuls NOBLE et RODGER[582](1989) mettaient en évidence une prévalence de ces troubles de 2,2%.

Le diagnostic unique de trouble d'abus ou dépendance à l'alcool est très peu retrouvé parmi les auteurs d'actes violents en institution. Dans l'étude de FOTTREL[583] (1981) il représentait 4% de cas, dans celle de NOBLE (1989), 0,7% des cas, et même 0% des cas dans celle de PEARSON et al.[584](1986).

Nous constatons également une très faible prévalence de ce diagnostic dans notre série, puisqu'il n'est posé que dans un cas, soit 1,7%.

---

[578] FOTTRELL E. Violent behaviour by psychiatric patients. *Br J Hosp Med*. 1981;25:28-38.
[579] NOBLE P., RODGER S. Violence by psychiatric in-patients. *Br J psychiatry.* 1989;155:384-390.
[580] MCNIEL DE, BINDER RL, GREENFIELD TK. Predictors of violence in civilly committed acute psychiatric patients. *Am J Psychiatry.*1988 ; 145:965-970.
[581] JAMES DV., FINEBERG NA., SHAH AK., PRIEST RG. An increase in violence on an acute psychiatric wards. A study of associated factors. *Br J psychiatry.* 1990 ;156 :846-852.
[582] NOBLE P., RODGER S. Violence by psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry*. 1989 ;155 :384-390.
[583] FOTTRELL E. Violent behaviour by psychiatric patients. *Br J Hosp Med*. 1981;25:28-38.
[584] PEARSON M, WILMOT E, PADI M. A study of violent behaviour among in-patients in a psychiatric hospital. *Br J Psychiatry*. 1986 ;149:232-235.

V.4.4 L'ASSOCIATION TRES FREQUENTE A DES TROUBLES NEUROLOGIQUES ET DES DEFICITS COGNITIFS

L'existence de troubles ou d'anomalies neurologiques semble être un facteur de risque important de violence en institution, surtout chez les patients hospitalisés depuis plusieurs années. KRAKOWSKI et CZOBOR[585] (1994) ont mis en évidence l'existence d'anomalies neurologiques dans un groupe de patients résistant aux traitements commettant des violences répétées en institution. OWEN et al.[586] (1998) trouvait également ce résultat, les individus exprimant des violences multiples présentant plus de troubles et d'anomalies neurologiques que ceux ne récidivant pas. Dans l'étude de CONVIT et al (1990)[587]. les femmes récidivistes avaient plus fréquemment des troubles neurologiques que celles n'ayant commis qu'un seul acte de violence.

Dans notre série, nous notons également une prévalence importante d'anomalies neurologiques, principalement chez les patients psychotiques déficitaires, puisqu'elles sont retrouvées chez 75% d'entre eux. Ces anomalies sont associées à une augmentation du risque de violence à répétition, puisque 40% des passage à l'acte ont été commis par 15 patients présentant une psychose déficitaire associée à des troubles neurologiques, néanmoins, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre les patients ayant commis plusieurs actes de violence durant l'étude et les non récidivistes.

De plus, beaucoup de cas dans notre série présentent un retard mental (44,8%), soit comme diagnostique principal, soit en association d'un trouble mental de l'axe 1. Ce retard mental est également retrouvé principalement en co-morbidité avec une psychose déficitaire et chez les patients ayant commis des actes de violence à répétition. D'ailleurs, nous avons mis en évidence une différence significative quant à la présence d'un retard mental entre les patients récidivistes et non récidivistes.

V.4.5 DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE PEU FREQUEMMENT DECRITS

La présence de troubles de la personnalité de type antisocial et borderline sont associé à une augmentation du risque de violence dans la communauté, qu'ils soient seuls ou associés à un trouble mental majeur de l'axe 1 du DSM-IV.

Les études montrent une association fréquente de trouble de la personnalité antisociale et de la schizophrénie chez les individus ayant commis des infractions et des actes de violence.

---

[585] KRAKOWSKI MI., CZOBOR PC. Clinical symptoms, neurological impairment, and prediction of violence in psychiatric inpatients. *Hosp Community Psychiatry*. 1994 ;45 :700-705.

[586] OWEN C., TARANTELLO C., JONES M., TENNANT C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv*. 1998;49:1452-1457.

[587] CONVIT A., ISAY D., OTIS D., VOLVKA J. Characteristics of repeatedly assautive psychiatric inpatients. *Hosp Community Psychiatry*. 1990 ;41 :1112-1115.

Dans notre série, l'existence d'un trouble de la personnalité était peu renseignée dans les dossiers, seulement dans 15 cas sur 58. Nous ne retrouvons que 4 cas de personnalité dyssociale et borderline. Dans deux cas, ces troubles de la personnalité sont associés à une schizophrénie paranoïde et dans un cas, à un trouble schizo-affectif.

V.4.6 LA PSYCHOSE COMME STRUCTURE DE PERSONNALITE ASSOCIEE AU PASSAGE A L'ACTE

Les individus violents dans notre étude sont principalement des patients psychotiques (79%) ce qui est conforme aux données de la littérature qui mettent en évidence une association entre les troubles psychotiques et le risque de passage à l'acte violent.

Néanmoins, il est difficile de comparer ces résultats car la notion de « structure », névrotique et psychotique, n'est pas employée dans les études internationales et reste un concept lié à la psychanalyse.

Néanmoins, dans une démarche de prise en charge thérapeutique, comprendre l'acte de violence en fonction des mécanismes de défense et de la structuration de la personnalité nous semble intéressant.

V.4.7 UN FAIBLE INSIGHT ASSOCIE AU PASSAGE A L'ACTE VIOLENT

L'insight correspond à la capacité du patient à reconnaître sa maladie, les conséquences sociales de celle-ci, son impact sur son comportement et la nécessité de soins.

Une faible capacité d'insight est associée à une augmentation du risque de comportements violents chez les individus présentant des troubles mentaux. Les patients de notre série présentent, pour la plupart, une incapacité à reconnaître les conséquences de leurs actes, soit du fait de troubles cognitifs importants soit du fait d'un trouble de la personnalité antisociale ou borderline associé. La critique de leur geste n'est retrouvée que dans de très rares cas et plus fréquemment chez des personnes présentant une décompensation aiguë de type bouffée délirante aiguë ou lors d'une agitation secondaire à une alcoolisation aiguë.

Il existe assez souvent un déni ou une minimisation de l'acte agressif. Néanmoins, ces données sont à prendre avec précaution car elles sont basées sur des informations relevées dans les dossiers et n'ont pas fait l'objet d'évaluation à partir d'une échelle d'insight.

V.5 LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

V.5.1 DES PATIENTS SOUS TRAITEMENT PSYCHOTROPE AVANT LE PASSAGE A L'ACTE

Tous les patients de notre étude étaient sous traitement avant le passage à l'acte violent. Dans la majorité des cas, le traitement était constitué de plusieurs psychotropes. SOLIMAN

et al.[588] (2001) relevaient que les patients violents étaient plus susceptibles de bénéficier de d'un traitement comportant plus d'un médicament que les patients non violents.

Il s'agit dans notre série principalement d'association de traitement antiproductif (antipsychotiques, neuroleptiques et neuroleptique retard) avec des médicaments anticonvulsivants (43% des cas), ce qui est normal du fait des catégories diagnostiques présente dans notre étude, composées essentiellement de patients psychotiques et de l'association fréquente à des troubles neurologiques. De plus, certains anticonvulsivants ont également une action thymorégulatrice et sont fréquemment prescrits dans ce but.

Par contre, aucun patient n'était sous traitement par Clozapine, ce qui est assez étonnant du fait de son action connue sur la diminution de l'agressivité et de la violence[589]. Nous avons constaté dans un dossier, que ce traitement était envisagé pour une femme psychotique déficitaire commettant des actes de violence de plus en plus fréquents et de plus en plus sérieux.

V.5.2 UN REPERAGE PAR LES SOIGNANTS D'UN ETAT D'AGITATION SANS REELLE ANTICIPATION

L'anticipation de l'agression par les soignants n'est constatée que dans de rares cas, ce qui est assez surprenant alors que ces patients sont pour la plupart bien connus et leur risque de violence a été repérée. Le signe d'alarme le plus fréquemment noté est un état d'agitation évoluant depuis plusieurs jours (27%), ce qui est similaire à ce que retrouvaient OWEN et al.[590] (1998) qui constatait qu'une prévisibilité de la violence était liée à un état d'agitation dans 15% des cas, mais que dans 85% la violence était considérée comme spontanée. De plus, SJOSTROM et al.[591] mettaient en évidence que l'agressivité verbale non dirigée, et dirigée et la violence contre les objets étaient fortement prédictif de comportement violent sur autrui, multipliant le risque respectivement par 0,43, 2,53 et 2,62.

Mais même lorsque le risque de passage à l'acte avait été noté, nous ne relevons que peu de modifications de la prise en charge : prescription d'un traitement sédatif dans 4 cas et une mesure d'isolement dans deux cas.

Nous pouvons nous interroger sur la difficulté des équipes soignantes à anticiper l'acte de violence. Est-ce le fait d'une forme d'habitude face à l'agressivité des patients qui rend plus difficile le repérage de l'imminence d'un acte de violence physique ? Est ce qu'il s'agit d'un manque de temps pour discuter, en équipe, des changements récents dans le comportement d'un patient et de réfléchir à une modification du traitement ou de la prise en charge afin de

---

[588] SOLIMAN AE., REZA H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv*. 2001;52:75-80.

[589] VOLAVKA J., CITROME L. Heterogeneity of violence in schizophrenia and implications for long-term treatment. *Int J Clin Pract*. 2008;62:1237-1245.

[590] OWEN C., TARANTELLO C., JONES M., TENNANT C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv*. 1998;49:1452-1457.

[591] SJOSTROM N., EDER DN., MALM J., BESKOW J. Violence and its prediction at a psychiatric hospital. *Eur Psychiatry*. 2001;16:459-465.

faire retomber l'angoisse et l'agitation ? QUANBECK[592] (2007) faisait remarquer que l'environnement et la relation soignant - patient était des facteurs majeurs de la violence en institution. La sur-occupation des lits, le manque de temps pour expliquer aux patients le cadre de la prise en charge et les raisons d'un refus et s'assurer qu'ils ont compris augmentent le risque de passage à l'acte et l'hostilité vis à vis des soignants.

V.5.3 L'UTILISATION DE LA SEDATION ET DE L'ISOLEMENT COMME REPONSE A LA VIOLENCE PHYSIQUE

Lorsque l'agression a eu lieu, la réponse soignante est le plus souvent la mise du patient en chambre d'isolement (77% des cas) et la prescription d'un traitement sédatif dans 53% des cas, administré par voie intramusculaire dans plus de la moitié des cas .

Dans l'étude de JOYAL et al.[593] (2008), il s'agissait de l'isolement dans la chambre dans 37% des cas, du transfert du patient en chambre d'isolement dans 18% des cas, de la prescription immédiate d'un traitement oral dans 15,5% des cas et en intramusculaire dans 2,6% des cas.

La mise en place de mesure de contention est notée dans 6,9% des cas dans l'étude de JOYAL (2008), dans notre série, elle n'a jamais été prescrite.

Il semble que les entretiens après l'acte de violence, soient principalement effectués par les infirmiers. Il est important de pouvoir reprendre avec le patient les raisons qui l'ont poussé à commettre son geste, d'expliquer les raisons de sa mise en isolement et les conséquences de son geste à la fois pour lui mais également pour les soignants. Il est nécessaire de replacer cet acte dans la réalité afin d'éviter le déni.

V.5.4 DES PATIENTS TOUJOURS HOSPITALISES ET DES REHOSPITALISATIONS POUR VIOLENCE

Moins de la moitié des cas de notre série (41%) sont ressortis de l'hôpital et 10 ont été de nouveau hospitalisés pour une nouvelle décompensation dont 30% en raison d'une récidive violente. Les patients de notre étude ayant été ré-hospitalisés avaient pour près de la moitié déjà été hospitalisés précédemment pour une non-observance médicamenteuse.

Le nombre important de patients toujours hospitalisés peut s'expliquer par le fait que la majorité des patients violents de notre étude nécessite des soins de longue durée en raison d'une résistance au traitement et de la persistance de troubles majeurs du comportement.

---

[592] QUANBECK C.D., McDERMOTT B.E., LAM J., EISENSTARK H., SOKOLOV G., SCOTT C.L. Categorization of aggressive acts committees by chronically assaultive state hospital patients. *Psychiatr* Serv.2007;58:521-528.

[593] JOYAL CC., GENDRON C., COTE G. Nature and frequency of aggressive behaviours among long term inpatients with schizophrenia. A 6-month report using the modified Overt Aggression Scale. *Can J Psychiatry*. 2008; 53:478-481.

Les réadmissions sont souvent liées à des ruptures thérapeutiques, démontrant bien l'association entre l'adhésion au traitement et le risque de violence (SWARTZ et al., 1998[594] ; SWANSON et al., 2004[595]). ELBOGEN et al.[596] (2006) ont également mis en évidence que la violence des individus malades mentaux était liée à l'adhésion au traitement mais aussi à la perception de la nécessité d'un traitement et de son efficacité. En effet, les patients ne percevant pas l'utilité d'une prise en charge thérapeutique, sont moins susceptibles de prendre leurs médicaments et d'aller aux consultations. De plus, la non-observance du traitement psychotrope augmente le risque de rechute et donc de comportements violents. Les théories cognitives concernant les modifications d'attitudes ont montré que la perception du bénéfice du traitement prédisait l'adhésion aux soins. Il serait sans doute utile de travailler avec les patients aux antécédents de violence, avant leur sortie de l'hôpital, sur la nécessité de la prise en charge, afin d'éviter les rechutes et de diminuer le risque de récidive violente.

Après la sortie de l'hôpital, les études internationales ont établi que les 20 semaines suivantes étaient les plus à risque de comportements violents et nécessitaient donc une prise en charge intensive, en démontrant que plus les soins étaient rapprochés, plus le risque de violence diminuait. Il est donc nécessaire de pouvoir proposer à nos patients, surtout à ceux qui ont commis des actes agressifs, que ce soit au sein ou en dehors de l'hôpital une prise en charge régulière et intensive afin d'éviter les rechutes et d'augmenter l'observance thérapeutique.

V.6 SYNTHESE DE LA DISCUSSION

Les résultats de notre étude sont, dans l'ensemble, conformes aux données de la littérature. Les différences observées peuvent être attribuées à la population sur laquelle se sont basées les études antérieures et aux différents biais de notre recherche.

Toutefois, nous pouvons définir certaines caractéristiques propres aux patients violents en milieu hospitalier.

Nous avons relevé :

- Une prédominance de sujets de 30-49 ans
- Une prévalence similaire d'hommes et de femmes
- Un faible niveau socio-économique avec une grande fréquence d'inactivité professionnelle
- Des individus célibataires et sans enfants

---

[594] SWARTZ MS., SWANSON JW., HIDAY V. BORUM R., WAGNER HR., BURNS BJ. Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry* 1998; 155:226-231.

[595] SWANSON JW., SWARTZ MS., ELBOGEN EB. Effectiveness of atypical antipsychotic medications in reducing violent behavior among persons with schizophrenia in community-based treatment. *Schizophr Bull*. 2004;30:3-20.

[596] ELBOGEN EB., VAN DORN R., SWANSON JW., SWARTZ MS., MONAHAN J. Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *Br J. Psychiatry.* 2006 ;189 :354-360.

- Des antécédents psychiatriques, de suivi et d'hospitalisation dans 90% des cas, mais des ruptures thérapeutiques fréquentes.
- Une faible occurrence d'antécédent d'abus d'alcool ou de toxiques, mais reliée à la non-adhésion aux soins.
- Des antécédents fréquents de violence physique en dehors et au sein de l'hôpital.
- Des passages à l'acte ayant lieu principalement le matin ou au moment des repas ou des soins, dans la chambre du patient ou dans le couloir et la salle commune de l'unité.
- Une victime souvent unique, de sexe féminin, souvent une infirmière.
- Des lésions minimes ou modérées.
- Une minorité de patients à l'origine de presque la moitié des actes de violence, présentant fréquemment des troubles neurologiques et cognitifs associés au diagnostic de trouble mental.
- Une forte prévalence de psychose déficitaire parmi les patients violents
- Des passages à l'acte le plus souvent impulsif.
- Un risque de violence repéré parfois, mais sans réelle anticipation.
- Des patients hospitalisés sur une longue durée en raison d'une résistance au traitement et des rechutes avec violence chez certains patients sortis de l'hôpital.

VI CRITIQUES DE LA RECHERCHE

Cette étude comporte des limites et des biais inhérent au caractère rétrospectif de celle-ci. Les résultats sont donc à prendre avec précaution et doivent être nuancés.

Le biais le plus important dans cette recherche, est constitué par le fait que nous n'avons pas rencontré les patients et que les données récoltées proviennent des dossiers de soins, infirmiers et médicaux. Les réponses aux questionnaires dépendent donc de ce qui est noté dans le dossier et certains items comme la prévisibilité du passage à l'acte ou son caractère impulsif relève d'une certaine subjectivité propre aux soignant ou à l'interprétation de ce qui était noté dans le dossier. Concernant les diagnostics psychiatriques, nous nous sommes basés sur les cotations selon la CIM-10 effectuées par les psychiatres traitants.
Cependant certaines données sont objectives comme les données socio-démographiques, la temporalité du passage à l'acte violent, les victimes et les conséquences physiques, le traitement donné avant et après le passage à l'acte, les antécédents d'hospitalisation et de suivi.

De plus, nous avons noté l'existence d'un biais de sélection dans notre recherche. Nous nous sommes basée sur l'existence d'une déclaration de violence physique auprès de la direction des soins pour inclure les patients dans l'étude. Or, un certain nombre d'actes de violence physique n'est pas signalé, soit car leur gravité est ressentie comme mineure par le personnel soignant, soit parce que la trop grande fréquence de ce type d'agression chez un patient rend difficile la déclaration de tous les incidents. Certains de ces actes ont été relevés lors de la consultation des dossiers de soins, mais n'ont pas pu être inclus du fait de l'absence de signalement.

Une autre remarque concerne le faible nombre de patients dans certaines catégories, ce que ne permet pas la mise en évidence de différences statistiquement significatives.

L'étude des antécédents judiciaires et de comportements délictuels des patients aurait été très intéressante car reconnue comme un facteur de risque de violence. Malheureusement, cette donnée n'est notée qu'à de rares occasions dans les dossiers, et n'a donc pas pu être évaluée statistiquement.

Enfin, ce type d'étude souffre de l'absence d'évaluation clinique des patients ayant présenté un passage à l'acte de violence physique permettant une meilleure compréhension psychopathologique et qui ne peut se faire que lors d'une approche individuelle.

Les limites de cette étude montrent la nécessité de la mise en place d'une recherche prospective. Le suivi prospectif permettrait non seulement une évaluation clinique et psychopathologique plus fiable mais également une meilleure évaluation du contexte du passage à l'acte, du ressenti des soignants et du patient face à la violence, et de la réponse soignante à cette violence. Cette méthodologie était envisagée au départ de l'étude, mais le faible nombre de cas relevés lors de la période de suivi rendant impossible une interprétation statistique des résultats, elle a évolué vers une étude rétrospective.
Une recherche prospective permettrait une réflexion commune entre soignants, concernant les stratégies de préventions de la violence en milieu hospitalier, l'évaluation des facteurs de risque de passage à l'acte violent et la mise en place de moyen de détection et de stratégies de réponse à l'agressivité d'un patient.
Cette étude pourrait également permettre, du fait d'une meilleure compréhension psychopathologique du passage à l'acte violent, de faire évoluer chez le personnel soignant la représentation de ce type de violence qui engendre parfois malaise et peur et de modifier des réactions qui peuvent nuire à la prise en charge thérapeutique.

Il pourrait également être intéressant de constituer un groupe de patients témoins, non violents, afin de mettre en évidence de façon plus significative, les facteurs de risques associés à la violence en institution.

VII PREMIERES CONCLUSIONS ET PROPOSITIONS

La violence en institution, des personnes malades mentales, présente des caractéristiques différentes de celle commise dans la communauté.
En effet, si la schizophrénie, l'intensité des symptômes psychotiques et l'abus d'alcool et de drogue et le fait d'être de sexe masculin jouent un rôle majeur dans l'augmentation du risque de comportement violents au sein de la collectivité, cela est moins représentatif au sein de l'institution.
La violence physique en milieu hospitalier semble être fortement corrélée à des agressions de type impulsif, perpétrées par des patients commettant des violences à répétition, présentant une psychose évoluant sur un mode déficitaire. Les difficultés de contrôle pulsionnel, témoignant d'anomalies neurologiques et cognitives, rendent cette violence souvent imprévisible, puisqu'elle peut se déclencher à la moindre frustration. La proximité nécessitée par les soins ou la toilette, le contact physique sont parfois insupportables pour le patient et engendrent une décharge motrice liée à l'angoisse. Néanmoins, il semble que des signes d'alertes existent comme un état d'agitation ou d'angoisse important, témoignant de l'imminence d'un passage à l'acte violent. Pour ces patients, il est pertinent de proposer des programmes de soins basés à la fois sur la prescription médicamenteuse d'antipsychotiques - la Clozapine étant le traitement le plus efficace - associés à des anticonvulsivants ou des bêtabloquants et sur des psychothérapies d'inspiration cognitivo-comportementale visant à diminuer les troubles du comportements en améliorant le contrôle des impulsions.

L'admission de patients schizophrènes délirants peut aussi être un moment à risque de violence pour les soignants, surtout lorsque ces patients présentent un délire de persécution et qu'il existe des antécédents de violence à la fois au sein et à l'extérieur de l'hôpital. Repérer, dans le discours du patient, une cible potentielle de violence, un soignant désigné comme persécuteur participera à la prévention d'un passage à l'acte. Dépister des antécédents d'abus d'alcool ou de substance pour les prendre en charge et si besoin demander l'aide d'une unité d'alcoologie permettra de diminuer le risque de récidive violente à la sortie de l'hôpital.
Il est également important de noter, que chez certains patients, l'existence d'un trouble de la personnalité associé (de type antisocial ou borderline) augmente le risque d'agression et de comportement délinquant et diminue l'adhésion aux soins. La prise en charge de ces troubles de la personnalité est délicate, du fait d'une hostilité à l'égard des soins et d'un

contact très superficiel qui rend difficile l'établissement d'une relation thérapeutique. Néanmoins, des approches cognitivo-comportementales et certains traitements médicamenteux permettent une diminution de l'impulsivité liée à ces personnalités et une amélioration de l'observance thérapeutique.

Lors de l'hospitalisation, il est semble également essentiel de laisser aux équipes des temps de réflexion, de supervision, pour discuter des situations difficiles, du ressenti vis à vis de certains patients comme le rejet et la peur. Seul ce questionnement, à la fois institutionnel et personnel, permettra une meilleure évaluation des situations à risque, une meilleure adaptation du comportement face à un patient au potentiel de violence et donc une meilleure prévention du risque d'actes d'agression.
A la sortie du patient, il faut se rappeler la nécessité d'un suivi régulier, surtout dans les vingt premières semaines, moment à risque de rechute et de récidive violente, afin de s'assurer de l'observance médicamenteuse et d'augmenter l'adhésion aux soins.

Par ailleurs compte tenu des résultats de notre étude et des limites que nous avons relevées, il semblerait intéressant de pouvoir continuer cette recherche, en proposant un recueil de données concernant certains items qui n'étaient pas souvent renseignés dans les dossiers (Annexe 2) et en proposant aux équipes d'évaluer la violence à partir de l'Overt Agression Scale (Annexe 3), échelle permettant de déterminer l'évolution dans le temps du type de violence (verbale, contre les objets, physique) chez un patient. Il serait également intéressant de pouvoir rechercher l'existence de troubles de la personnalité, d'évaluer la capacité d'insight à l'aide d'une échelle et de rechercher des anomalies neurologiques chez les patient ayant été violents.

CONCLUSION

La dangerosité des malades mentaux est une question touchant à la fois la psychiatrie et la criminologie.
Les études internationales ont maintenant bien montré que les individus atteints de troubles mentaux sévères sont plus susceptibles de commettre des actes violents que la population générale, mais que cette augmentation du risque de violence est liée à la fois à des facteurs historiques, contextuels et cliniques.
Parmi les facteurs historiques, nous retiendrons, l'âge jeune, le milieu socio-économique défavorisé, le faible niveau scolaire, l'inactivité professionnelle, les antécédents d'infractions, de violence et les antécédents d'hospitalisations.
Concernant les facteurs contextuels, un environnement violent, des relations affectives et amicales peu soutenantes semblent favoriser l'émergence de comportements agressifs.
La symptomatologie clinique joue un rôle important dans le risque de dangerosité des malades mentaux au sein de la communauté. Si la schizophrénie semble être le diagnostic majorant le plus le risque de passage à l'acte violent, la manie et les épisodes dépressifs majeurs peuvent également entraîner la commission d'infractions. La dangerosité de ces patients est augmentée en cas de délire de persécution, de syndrome d'influence, de manque d'insight, d'abus d'alcool ou de drogue et de la co-morbidité d'un trouble de la personnalité de type antisociale ou de traits psychopathiques. La non-observance des traitements et une mauvaise adhésion aux soins sont également associées à une augmentation du risque de violence.

Si certains de ces facteurs de risque se retrouvent dans les cas de violence en milieu hospitalier, il semble néanmoins que ce soient les facteurs environnementaux qui jouent le rôle le plus important dans le risque de violence au sein de l'institution. Par contre, il n'existe plus de différence significative entre les hommes et les femmes dans le risque d'agression.
Quant aux troubles schizophréniques, ils augmentent le risque de comportement agressif en cas de décompensation délirante, principalement dans les premières semaines suivant l'admission, risque qui est aggravé en cas d'association d'un trouble de la personnalité.
Cependant toutes les études montrent qu'une minorité de patients est à l'origine de la majorité des passages à l'acte violents. Ces patients présentent fréquemment une psychose associée à des troubles neurologiques et cognitifs et passent à l'acte sur un mode impulsif.

La prise en charge thérapeutique des patients violents ou à risque de violence est essentielle afin de prévenir cette dangerosité. Elle doit à la fois permettre une évaluation du risque (à partir d'instruments d'évaluations) et la mise en place de stratégies thérapeutiques adaptées à ces patients.
Le suivi ambulatoire doit être le plus intensif et le plus régulier possible, afin de rechercher tout signe de rechute et d'augmenter l'adhésion aux soins. Des traitements médicamenteux

visant à diminuer l'impulsivité doivent être prescrits mais ils doivent présenter le moins d'effets secondaires possible afin d'améliorer l'observance. Il semble également utile de pouvoir proposer des programmes basés sur des thérapies cognitivo-comportementales qui ont prouvé leur efficacité dans la diminution des récidives violentes.
Enfin, un accompagnement psychosocial visant à trouver au patient un logement dans un quartier calme et à l'aider à retrouver un emploi ou une activité afin de renouer des liens sociaux, fait également parti de la prévention de la violence.

Si de telles mesures étaient mises en place, un certain nombre d'actes violents ou criminels commis par des malades mentaux seraient peut-être évités.
D'autre part, nous avons constaté que, ces dernières années, les politiques pénales tendaient à désigner de plus en plus le malade mental comme un dangereux délinquant qu'il fallait mettre à l'écart de la société. La prévalence de trouble mentaux au sein des prisons ne cesse d'augmenter et les déclarations d'irresponsabilité pénale diminuent. Pour endiguer cette évolution, il s'avère nécessaire de donner à la psychiatrie les moyens de soigner ces individus, d'une part en augmentant l'encadrement humain, ce qui permettrait de proposer des thérapies variées, d'assurer un suivi régulier et d'accompagner le patient dans son évolution, et d'autre part en rendant possible la mise en place de soins ambulatoires sous contraintes pour certains patients présentant des troubles de la personnalité associés car la prison n'est peut-être pas la structure qui soit la mieux adaptée pour des individus qui sont avant tout des malades.

ANNEXES

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE SUR LES ACTES DE VIOLENCE PHYSIQUE, DE PATIENTS HOSPITALISES, PRESENTANT DES TROUBLES MENTAUX, A L'ENCONTRE DE SOIGNANTS

I. LE PATIENT

A. Données générales personnelles

1. Date du passage à l'acte: …… / ….. / ……
2. Age: ans
3. Sexe : M ❑ F ❑
4. Nationalité française : Oui ❑ Non ❑

B. Situation socioprofessionnelle

5. Domicile : Rural ☐ Urbain ☐
6. Sans domicile fixe : Oui ☐ Non ☐
7. Niveau d'étude :
   Sans : ☐
   Primaire/BEPC ☐ Baccalauréat filière générale ❑
   Baccalauréat filière professionnelle ❑ BEP/CAP ❑
   Université ❑ Autres études secondaires ❑
8. Profession actuelle ou passée :
   Agriculteur/Exploitant ❑
   Artisans, commerçants et chefs d'entreprise ❑
   Cadres et professions libérales ❑
   Professions intermédiaires ❑
   Employé ❑
   Ouvriers ❑
   Demandeur d'emploi ayant déjà travaillé (chômage) ❑
   Demandeur d'emploi n'ayant jamais travaillé ❑
   Travaille dans un établissement protégé (CAT…) ❑
   Sans information ❑
9. Retraité(e) : Oui ❑ Non ❑
10. Invalidité Cotorep avec ou sans AAH : Oui ❑ Non ❑

C. Situation familiale

11. Elevé par ses parents : Oui ☐ Non ☐

12. Si non, par qui ?

    Parents adoptifs ☐ Grands-parents ☐ Frère/ soeur ☐ Foyer ☐ Famille d'accueil ☐

    Autres ☐

13. Situation conjugale :

    Célibataire ☐ Marié ☐ Divorcé (ou séparé) ☐ Veuf ☐

    Union libre ☐

14. Père : En vie ☐ décédé ☐ Mère : En vie ☐ décédée ☐

15. Frères/Soeurs : Oui ☐ Non ☐

16. Enfants : Oui ☐ Non ☐

17. Si oui, combien d'enfants ? 1 ☐ 2 ☐ ☐ 4 ☐ 5 ☐ >5 ☐

D. Situation médico-légale

18. **Mesure de protection antérieure ou actuelle** : Oui ☐ Non ☐

19. Si mesure de protection :

    Tutelle ☐

    Curatelle ☐

    Sauvegarde de justice ☐

    Demande en cours ☐

20. Le patient a-t-il déjà fait l'objet d'une expertise médico-psychologique ?

    Oui ☐ Non ☐

21. **ATCDs judiciaires** : Oui ☐ Non ☐

22. Si oui, Age du premier délit :

    Moins de 14 ans ☐ 14-18 ans ☐ 18-25 ☐ 25-35☐ >35ans☐

23. Si oui, pour quels motifs :

    Conduite en état d'ivresse : Oui ☐ Non ☐

    Coup et blessures : Oui ☐ Non ☐

    Agression sexuelle : Oui ☐ Non ☐

    Escroquerie : Oui ☐ Non ☐

    Vol : Oui ☐ Non ☐

    Infraction à la législation des stupéfiants : Oui ☐ Non ☐

    Autres : Oui ☐ Non ☐

24. ATCDs personnels d'incarcération : Oui ☐ Non ☐

25. Si oui, quel(s) motif(s) ?

    Conduite en état d'ivresse : Oui ☐ Non ☐

    Coup et blessures : Oui ☐ Non ☐

    Agression sexuelle : Oui ☐ Non ☐

Escroquerie : Oui ☐ Non ☐

Vol : Oui ☐ Non ☐

Infraction à la législation des stupéfiants : Oui ☐ Non ☐

Autres : Oui ☐ Non ☐ ……

E. Antécédents de Violences :

26. Notion de violence conjugale actuelle ou passée : Oui ☐ Non ☐

27. Si oui, fait-elle ou a-t-elle fait l'objet d'une plainte ? Oui ☐ Non ☐

28. Notion de violence physique passée envers autrui en dehors de l'hôpital :

Oui ☐ Non ☐

29. Si oui, a combien de reprises : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ > de 5 ☐

30. Si oui, quelle (s) type (s) de violence (s) :

Menace avec une arme ☐

Utilisation d'une arme ☐

Lancer un objet ☐

Donner des coups ☐

Violence sexuelle ☐

31. Si oui, quelle était la victime : Parents ☐ conjoint ☐ enfants ☐ ami ☐ collègue ☐ inconnu ☐

32. Si oui, quel était le lieu du passage à l'acte violent : Maison ☐ Extérieur ☐ Travail ☐

33. Si oui, s'agissait t'il d'un geste : impulsif ☐ prémédité ☐

34. **ATCD de victimisation** : Oui ☐ Non ☐

35. Si oui, de quel type: violence physique ☐ violence sexuelle ☐

36. ATCD de violence sur le personnel soignants: Oui ☐ Non ☐

37. Si oui, à combien de reprise: 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ >5☐

F. Antécédents psychiatriques

38. ATCDs personnels psychiatriques : Oui ☐ Non ☐

39. Si ATCDs personnels :

Trouble anxieux : Oui ☐ Non ☐

Dysthymie : Oui ☐ Non ☐

Episode dépressif majeur : Oui ☐ Non ☐

Trouble de l'adaptation : Oui ☐ Non ☐

Trouble bipolaire : Oui ☐ Non ☐

Bouffée délirante aigue : Oui ☐ Non ☐

Schizophrénie : Oui ☐ Non ☐

paranoïde ☐

hébéphrénique ❑

héboïdophrénique ❑

catatonique ❑

indifférenciée ☐

Trouble schizo-affectif : Oui ❑ Non ❑

Psychose paranoïaque : Oui ☐ Non ☐

Psychose déficitaire : Oui ☐ Non ☐

Démence dégénérative ou vasculaire : Oui ☐ Non ☐

Autre : Oui ☐ Non ☐

40. <u>ATCD d'éthylisme chronique</u> : Oui ☐ Non ☐

41. <u>ATCDs consommation d'autres toxiques</u> : Oui ☐ Non ☐

42. <u>Si ATCDs consommation d'autres toxiques</u> :

Cannabis : Oui ☐ Non ☐ Ecstasy : Oui ☐ Non ☐

Héroïne : Oui ☐ Non ☐ Cocaïne : Oui ☐ Non ☐

Autres : Oui ☐ Non ☐

43. <u>ATCD suivi psychologique</u> : Oui ☐ Non ☐

44. <u>Si ATCD suivi</u> : Libéral ☐ Hospitalier ☐

45. <u>Si ATCD suivi</u> : Psychiatre ☐ Psychologue ☐ Infirmière ☐ Autre ☐ ……..

46. <u>Arrêt du suivi par le patient lui-même avant l'hospitalisation actuelle</u>:

Oui ☐ Non ☐

47. <u>ATCDs hospitalisation en psychiatrie</u> : Oui ☐ Non ☐

48. <u>Si oui, délai depuis dernière hospitalisation</u> :

Quelques jours (<1semaine) ☐ < 2semaines ☐ <1mois ☐

<2mois ☐ <6mois ☐ <1an ☐ >1an ☐

49. <u>Traitement avant l'hospitalisation actuelle</u>: Oui ☐ Non ☐

50. <u>Si traitement avant l'hospitalisation actuelle</u> :

Antidépresseur tricyclique : Oui ☐ Non ☐

Antidépresseur IRS : Oui ☐ Non ☐

Antidépresseur action duale : Oui ☐ Non ☐

IMAO: Oui ☐ Non ☐

Thymorégulateur anticonvulsivant : Oui ☐ Non ☐

Lithium : Oui☐ Non ☐

Antipsychotique de 1ère génération : Oui ☐ Non ☐

Antipsychotique de 2éme génération : Oui ☐ Non ☐

Neuroleptique forme retard : Oui ☐ Non ☐

Anxiolytique BZD : Oui ☐ Non ☐

Autres : Oui ☐ Non ☐

51. <u>Si traitement avant l'hospitalisation actuelle, avait-il été arrêté</u> ? Oui ☐ Non

☐

52. **ATCD d'hospitalisation en UMD :** Oui ❑ Non ❑
53. **ATCDs familiaux psychiatriques :** Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
54. **ATCD familial d'éthylisme chronique** : Oui ☐ Non ☐
55. Si ATCDs familiaux :

    Dysthymie : Oui ☐ Non ☐

    Episode dépressif majeur : Oui ☐ Non ☐

    Trouble anxieux : Oui ☐ Non ☐

    Trouble bipolaire : Oui ☐ Non ☐

    Bouffée délirante aigue : Oui ☐ Non ☐

    Schizophrénie Oui ☐ Non ☐

II. LE PASSAGE A L'ACTE VIOLENT

A. Reconstitution synoptique du passage à l'acte

56. Jour du passage à l'acte violent: Semaine ☐ Week-end ☐ Férié ☐
57. Horaire du passage à l'acte violent :

    Matin ☐ Après midi ☐ Soir ☐Nuit ☐
58. Instant particulier du passage à l'acte :

    Toilette ☐ Repas ☐ Admission ☐ Autres ☐ ……
59. Lieu du passage à l'acte violent:

    Urgences ☐ Chambre ☐ salle commune ☐ Bureau infirmier ☐ Couloir ☐
60. Quel est le mode d'hospitalisation :

    HL ☐ HDT ☐ HO ☐
61. Quel était le motif de l'hospitalisation :

    Idées de suicide ☐

    Décompensation délirante ☐

    Passage à l'acte Hétéro-agressif ☐

    Menace de passage à l'acte hétéro-agressif ☐

    Auto-agressivité ☐

    Alcoolisation aiguë ☐

    Episode dépressif majeur ☐

    Episode maniaque ☐

    Episode confusionnel ☐
62. Depuis combien de temps le patient est il hospitalisé au moment du passage à l'acte violent :

    <24h ☐ 24h-48h ☐ 2-7j ☐ 7-14j ☐ 15-31j ☐ >1mois ☐

    >3mois ☐

63. Existence d'un évènement déclenchant au passage à l'acte : Oui ☐ Non ☐

64. Si évènement déclenchant : type et nature de l'évènement rapporté par le patient :

Alcoolisation aiguë ☐

prise de toxique autre ☐

Frustration☐

Difficultés liées à la prise du traitement ❑

Opposition au traitement ☐

Opposition à l'hospitalisation ☐

Autre ☐ .....

65. Le patient avait-il prévenu une personne du geste qu'il s'apprêtait à accomplir :

Oui ☐ Non ☐

66. Qui avait-elle prévenu ?

Conjoint (e) ou ami(e) : Oui ☐ Non ☐

Patients : Oui ☐ Non ☐

Soignants : Oui ☐ Non ☐

Autre(s) : Oui ☐ Non ☐

67. Prise d'alcool précédant le geste : Oui ☐ Non ☐

La VICTIME

68. Quel est le sexe de la victime : Masculin ☐ Féminin ☐

69. La victime est t'elle :

Un infirmier ☐ Un médecin ☐ Un Aide soignant ☐

70. Quel a été le type de manifestation violente :

- Frappe, donne des coups, bouscule les autres, sans lésions pour autrui ☐
- Agresse, attaque, occasionnant des lésions modérées (contusion, entorse) ☐
- Agresse, attaque, occasionnant des lésions graves nécessitant des soins (fracture, plaie profonde) ☐
- Agresse, attaque entraînant des lésions vitales (décès) ☐

B. Approche clinique du patient violent

71. Une dimension impulsive au geste a-t-elle été repérée par les soignants ?: Oui ☐ Non ☐
72. Est ce que le geste violent était prémédité : Oui ☐ Non ☐
73. Est ce que le patient a essayé de prévenir les soignants du risque de passage à l'acte :

Oui ☐ Non ☐

74. Si oui, le patient a t'il demandé un traitement médicamenteux : Oui ☐ Non ☐
75. Si oui, le patient a t'il demandé à être isolé : Oui ☐ Non ☐
76. Symptomatologie (s) au moment du passage à l'acte :

Idées délirantes à thème :

mystique ☐

grandeur ☐

persécution ☐

Jalousie ☐

Préjudice ☐

Revendication ☐

Influence ☐

Hallucinations avec ordre de violence ☐

Désorganisation de la pensée ☐

Idées de violence ☐

Idées de suicide ☐

Excitation psychomotrice ☐

Verbalisations hostiles ☐

Angoisses massives ☐

Agitation ☐

77. Diagnostic(s) pathologie(s) au moment du passage à l'acte violent : Oui ☐ Non ☐
78. Si oui, le(s)quel(s) ?:

Dépression : Oui ☐ Non ❑

Episode dépressif majeur : Oui ☐ Non ❑

Trouble anxieux : Oui ☐ Non ❑

Accès maniaque : Oui ☐ Non ❑

Trouble bipolaire : Oui ☐ Non ❑

Bouffée délirante aigue : Oui ☐ Non ❑

Schizophrénie : Oui ☐ Non ☐

- paranoïde ☐
- hébéphrénique
- héboïdophrénie
- catatonique
- indifférenciée ☐

Trouble schizo-affectif : Oui ❑ Non ❑

Psychose paranoïaque : Oui ☐ Non ❑

Psychose chronique déficitaire Oui ❑ Non ❑

Autre psychose chronique : Oui ☐ Non ❑

Démence dégénérative ou vasculaire : Oui ☐Non ❑

Éthylisme chronique : Oui ☐ Non ❑

79. Existe-t-il des signes de confusion mentale ? Oui ☐ Non ❑
80. Existe t'il des signes de retard mental? Oui ❑ Non ❑

81. Traitement avant le passage à l'acte : Oui ☐ Non ☐

82. Acceptation du traitement par le patient : Oui ☐ Non ☐
83. Si oui, quel traitement est institué :

Antidépresseur tricyclique : Oui ☐ Non ❑

Antidépresseur IRS : Oui ☐ Non ❑

Antidépresseur action duale : Oui ☐ Non ❑

IMAO: Oui ❑ Non ❑

Thymorégulateur anticonvulsivant : Oui ☐ Non ❑

Lithium : Oui ☐ Non ☐

Antipsychotique de 1ère génération : Oui ☐ Non ❑

Antipsychotique de 2éme génération : ☐ Non ❑

Neuroleptique forme retard : Oui ☐ Non ❑

Neuroleptique sédatif : Oui ☐ Non ❑

Anxiolytique BZD : Oui ☐ Non ❑

Hypnotique : ☐ Non ❑

Autres : Oui ☐ Non ❑ ……..

84. Trouble de la personnalité sous-jacent et manifeste: Oui ☐ Non ☐
85. Si oui, quel est ce trouble ?

Personnalité borderline ou émotionnellement labile ☐

Personnalité histrionique ☐

Personnalité dépendante ☐

Personnalité narcissique ☐

Personnalité antisociale ou dyssociale ☐

Personnalité anankastique ☐

Personnalité paranoïaque ☐

Personnalité schizoïde ☐

Trouble de la personnalité non spécifié ☐

86. Un diagnostic clinique concernant la structure psychique a-t-il été porté au cours de cette hospitalisation ? Oui ☐ Non ☐
87. Si oui, lequel ?

Structure névrotique ☐

Structure psychotique ☐

Astructuration (Etat-limite…) ☐

88. Après le Passage à l'acte violent , le patient critique t'il son passage à l'acte :

Oui ☐ Non ☐

89. Le patient a t'il une bonne capacité d'insight :

Reconnaît il sa maladie : Oui ❑ Non ❑

Reconnaît il la nécessité d'un traitement : Oui ❑ Non ❑

Reconnaît il les conséquences sociales de sa maladie : Oui ❑ Non ❑

Reconnaît il sa difficulté à contrôler ses pulsions agressives : Oui ❑ Non ❑

90. Existe t'il une bonne alliance thérapeutique avec le patient : Oui ☐ Non ☐
91. Y a t'il une bonne observance du traitement par la patient : Oui ☐ Non ☐

92. **Le patient a t'il bénéficié d'examens neuro-cognitifs : Oui ☐ Non ☐**

93. Si oui, lesquels : TDM cérébral ☐ EEG ☐ tests cognitifs ☐

94. Existe t'il des signes neurologiques aux examens : Oui ☐ Non ☐

C. Approche de la violence par le personnel soignant :

95. La violence du patient était-elle prévisible? Oui ☐ Non ☐

96. Si oui, pourquoi ?

.....

97. Si oui, qu'avez-vous essayé de mettre en place **avant** le passage à l'acte violent?

Traitement médicamenteux : Oui ☐ Non ☐

Entretien infirmier : Oui ☐ Non ☐

Isolement : Oui ☐ ☐

Autre : ……;

98. Si un traitement médicamenteux a été donné avant le passage à l'acte, de quel type :

Neuroleptique sédatif ☐

Antipsychotique ☐

Anxiolytique ☐

Autre (préciser) ☐ ……..

99. **Après** le passage à l'acte violent, quelle a été la réponse soignante :

Traitement médicamenteux : Oui ☐ Non ☐

Isolement : Oui ☐ Non ☐

Contention : Oui ☐ Non ☐

Entretien infirmier : Oui ☐ Non ☐

Entretien médical : Oui ☐ Non ☐

Autre : ☐

100. Si un traitement médicamenteux a été donné après le passage à l'acte violent, de quel type :

Molécule : .....

Posologie : .....

Voie d'administration : .....

101. Si une contention a été mise, durée de la contention :

VIII DEVENIR DU PATIENT APRES L'HOSPITALISATION

102. Quel type de suivi a été proposé à la sortie du patient :

Aucun ☐

Sortie contre avis médical ☐

Consultation psychiatrique en CMP ☐

Consultation psychiatrique en libéral ☐

VAD par infirmière ☐

Hôpital de Jour ☐

Hospitalisation en UMD ❑

Toujours hospitalisé ❑

103. Quel est le délai de consultation infirmière après l'hospitalisation :

1semaine ☐ 2 semaines ☐ 3 semaines ☐ 1-2 mois ☐

>2mois ☐

104. Quel est le délai de consultation médical après l'hospitalisation :

1semaine ☐ 2 semaines ☐ 3 semaines ☐ 1-2 mois ☐

>2mois ☐

105. Traitement à la sortie : Oui ☐ Non ☐

106. Si oui, lequel :

Antidépresseur tricyclique : Oui ☐ Non ☐

Antidépresseur IRS : Oui ☐ Non ☐

Antidépresseur action duale : Oui ☐ Non ☐

IMAO: Oui ☐ Non ☐

Thymorégulateur anticonvulsivant : Oui ☐ Non ☐

Lithium : Oui ☐ Non ☐

Antipsychotique de 1ère génération : Oui ☐ Non ☐

Antipsychotique de 2éme génération : Oui ☐ Non ☐

Neuroleptique forme retard : Oui ☐ Non ☐

Anxiolytique BZD : Oui ☐ Non ☐

Autre anxiolytique : Oui ☐ Non ☐

Hypnotique : Oui ☐ Non ☐

Autres : Oui ☐ Non ☐

107. Après sa sortie de l'hôpital, le patient a t'il été ré-hospitalisé : Oui ☐ Non ☐

108. Si oui, dans quel délai :

< 7 jours ☐ 1 semaine ☐ 2 semaines ☐ 3 semaines ☐

1mois ☐ >2 mois ☐

109. Après sa sortie de l'hôpital a t'il commis un acte violent :

Oui ☐

Non ☐

Ne sait pas ☐

ANNEXE 2

Proposition d'un recueil de données pour actes de violence physique à l'encontre d'un soignant. (en plus de la fiche de signalement à la direction des soins)

1) **Date du passage à l'acte : …….**
2) **Antécédents de violence :**

- Antécédents de violence physique envers autrui en dehors de l'hôpital. OUI NON
  - Si Oui, quel type de violence :
    1. lancer des objets
    2. menace avec une arme
    3. donner des coups
    4. coups portés avec une arme blanche
  - Antécédents d'incarcération : OUI NON

Antécédents de violence physique envers le personnel soignant : OUI NON

- Si oui, quel type de violence :
  5. lancer des objets
  6. menace avec une arme
  7. donner des coups
  8. coups portés avec une arme blanche

3) **A propos du passage à l'acte**

- Diagnostic psychiatrique :
- Trouble de la personnalité : OUI NON
  i. Si oui : lequel ……..
- Existence d'un facteur déclenchant : OUI NON
  i. Si OUI Facteurs déclenchant rapportés par le patient : ……
  ii. Si OUI Facteurs déclenchant rapportés par les soignant : …… ;
- Signes avant le passage à l'acte :
  i. Menace verbale dirigée vers le personnel soignant
  ii. Menace verbale non dirigée
  iii. Agressivité contre des objets
  iv. Auto-agressivité
- Symptomatologie au moment du passage à l'acte
  i. Délire
  ii. Agitation
  iii. Excitation psychomotrice
  iv. IDS
  v. Angoisses massives

ANNEXE 3

Overt Agression Scale (OAS)

YUDOVSKI S., SILVER J., JACKSON W., ENDICOTT J, 1986.

Traduction française, VERLAETEN et CHARLES, 1989.

Nom du patient :	Nom du soignant :
Sexe du patient : 1 Homme 2 Femme	Date : / /

Comportements agressifs

Agression verbale	**Agression physique envers soi-même**
1- Fait du bruit, crie de colère. 2- Lance des insultes personnelles de petite portée (par exemple : vous êtes stupides). 3- Parle vulgairement, dans sa colère utilise un langage grossier, fait des menaces modérées envers les autres ou lui-même. 4- Fait clairement des menaces de violence envers autrui ou lui-même (par exemple : je vais te tuer) ou demande à être aidé pour se contrôler.	1- Se pique ou s'arrache la peau, se frappe, s'arrache les cheveux. 2- Se heurte violemment la tête frappe du poing les objets, se jette par terre ou sur les objets (se fait mal, mais les lésions sont bénignes). 3- Petites coupures ou ecchymoses ou brûlures (lésions modérées). 4- Se mutile, se fait des larges entailles, se mord jusqu'au sang, provoque des lésions internes, fractures, se casse les dents, perte de connaissance (lésions graves).
Agression physique envers les objets	**Agression physique envers autrui**
1- Claque les portes, disperse ses vêtements, fait du désordre. 2- Jette des objets par terre, donne des coups de pied dans les meubles sans les casser, abîme les murs. 3- Casse les objets, fracasse les fenêtres. 4- Met le feu, jette les objets de façon dangereuse.	1- Fait des gestes menaçants, tourne autour des gens, s'agrippe aux vêtements d'autrui. 2- Frappe, donne des coups de pieds, tire les cheveux d'autrui (sans causer des lésions). 3- Attaque les autres, causant des lésions minimes ou modérées (ecchymose, foulure, contusion). 4- Attaque les autres causant des lésions graves (fractures, déchirures profondes, lésions internes).
Heure de début de l'incident :	Durée de l'incident :

Intervention

1- Aucune 2- Parler au patient 3- Observation rapprochée 4- Maintien du patient	1- Médication immédiate per os. 2- Médication immédiate par injection 3- Mise en chambre. 4- Isolement.	1- Utilisation de contention 2- Lésions nécessitant un traitement médical immédiat pour le patient 3- Lésions nécessitant un traitement médical immédiat pour l'autre personne

Commentaires

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURES

Figure 1 -Age au moment du passage à l'acte 203
Figure 2 Répartition par classe d'âge et par sexe 204
Figure 3 - Nombre d'enfants 205
Figure 4 - Mesure de protection actuelle ou antérieure 206
Figure 5 - Antécédents de violence physique en dehors de l'hôpital en fonction du sexe .. 210
Figure 6- Antécédents de violence contre un soignant en fonction du sexe 211
Figure 7- Horaires des passages à l'acte 212
Figure 8 - Délai entre l'admission et le passage à l'acte 213
Figure 9 - Evènement déclenchant du passage à l'acte 214
Figure 10 - Sévérités des lésions en fonction du sexe 215
Figure 11 – La sévérité des lésions consécutives à l'acte de violence selon les diagnostics psychiatriques 215
Figure 12 - La profession des victimes en fonction du sexe 216
Figure 13- Diagnostics psychiatriques en fonction du sexe 217
Figure 14 - Mode d'hospitalisation 218
Figure 15- Diagnostics au moment du passage à l'acte en fonction du sexe 220
Figure 16- Présence d'anomalies neurologiques en fonction du diagnostic 221

TABLEAUX

Tableau 1 - Evolution du nombre de lits psychiatriques aux Etats-Unis (Lamb et Weinberger, 2005) 31
Tableau 2- Risque d'homicides chez des individus masculins souffrant de troubles mentaux comparés à la population générale masculine. (Eronen et al. 1996) 58
Tableau 3- Résultats de différentes études sur le risque d'homicide par des individus présentant des troubles mentaux 63
Tableau 4 -Résultats des études sur la prévalence des troubles mentaux en prison 67
Tableau 5 - Indicateurs théoriques de la violence fondamentale et de l'agressivité selon J. BERGERET 131
Tableau 6 - Historical Clinical Risk-20 (HCR-20) 150
Tableau 7 - Items de l'échelle VRAG 152
Tableau 8- Items de la VRS 2- 153
Tableau 9 - Psychopathie suivant la Psychopathie Check List révisée (PCL-R), traduction française 156
Tableau 10 - Situation matrimoniale en fonction du genre 205
Tableau 13 – Antécédents psychiatriques 207
Tableau 14 - Antécédents de violence physique en fonction du diagnostic 209

Tableau 15 - ATCD de violence sur les soignants en fonction du diagnostic 210
Tableau 16- Antécédents de violence contre un soignant en fonction du sexe 211
Tableau 19 - Evènement déclenchant du passage à l'acte 214
Tableau 24-Mode d'hospitalisation 218
Tableau 25- Symptomatologie au moment du passage à l'acte 219
Tableau 27- Présence d'anomalies neurologiques en fonction du diagnostic 221
Tableau 28 - Devenir des patients à la fin de l'étude..... 224

BIBLIOGRAPHIE

1. ABDERHALDEN C., NEEDHAM I., DASSEN T., HALFENS R., FISCHER J., HAUG HJ. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clin. Practice Epidemiol. Mental Health.* 2007;3:30-41.
2. ABUSHUA'LEH K., ABU-AKEL A. Association of psychopathic traits and symptomatology with violence in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2006;143:205-211.
3. ADDAD M., BENEZECH M. Schizophrénie et délinquance. *Ann Med Psychol.* 1977;1:1-33.
4. ALBERNHE T. Les groupes des schizophrénies. In ALBERNHE T *« Criminologie et Psychiatrie»,* Ellipses, Paris, 1997:316-321.
5. ALIA-KLEIN N., O'ROURKE TM., GOLDSTEIN R., MALASPINA D. Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample. *Aggress. Behav*. 2007;33:86-89.
6. AMBROSI A. L'évaluation de la dangerosité: de quels dangers d'agit-il ? In VILLERBU « *Dangerosité et vulnérabilité en psychocriminologie »,* L'Harmattan, Paris, 2003.
7. APPELBAUM PS., ROBBINS PC., ROTH LH. Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses. *Am. J Psychiatry*. 1999;156:1938-1943.
3. APPELBAUM PS., ROBBINS PC., MONAHAN J**.** Violence and delusions : data from Mac Arthur violence risk assessment study. *Am J Psychiatry.* 2000;157:566-572.
4. ARANGO C., BARBA A. , GONAZALES T., ORDONEZ A. Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Bull.* 1999;25:493-503.
5. ARSENEAULT L., MOFFITT T., CASPI A., TAYLOR P., SILVA P. Mental disorders and violence in a total Birth Cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 2000;57:979-986.
6. ASNIS GM., KAPLAN ML., VAA PRAAG HM., SANDERSON WC. Homicidal behavior among psychiatrie outpatients. *Hosp Community Psychiatry.* 1994;45:127-132.
7. ASNIS GM., KAPLAN ML., HUNDORFEAN G., SAEED W. Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am.*1997;20:405-425.
8. ASSEMBLEE DE LA SOCIETE SUISSE DE PSYCHIATRIE. Berne. 29-30 août 1931. Les délinquants psychopathes. *Ann. Med. Psychol.* 1931;2:477-480.
9. BALIER C. La psychanalyse des agirs : http://www.spp.asso.fr/
10. BALIER C. *Psychanalyse des comportements violents*. PUF, Paris, 1988.
11. BALIER C. *La violence en abyme*. PUF, Paris, 2005.
12. BARLOW K., GRENYER B., ILKIW-LAVALLE O. Prevalence and precipitants of aggression in psychiatrie inpatients units. *Aust NZ J Psychiatry.* 2000;34:967-974.
13. BARNARD G., ROBBINS L., NEWMAN G., CARRERA F. A study of violence within a forensic treatment facility. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1984;12:399-348.

14. BELL CC. Assessment and management of the violent patient. *J Natl Med Assoc*. 2000;92:247-253.
15. BELLOC. De la responsabilité morale chez les aliénés. *Ann Med Psychol.* 1861: 26-28.
16. BENEZECH M., ADDAD M. L'homicide des psychotiques en France. *Ann Med Psychol.* 1983 ;141 (1) :101-106.
17. BENEZECH M., YESAVAGE JA., ADDAD M., BOURGEOIS M., MILLS M. Homicide by psychotics in France: a five year study. *J. Clin. Psychiatry.*1984;45:85-86.
10. BENEZECH M., BOURGEOIS M**.** L'homicide est fortement corrélé à la dépression et pas à la manie. *Encéphale.* 1992;XVIII:89-90.
11. BENEZECH M., BENAYOUN MD., HACHOUF S. Homicide sadique d'un homosexuel par un schizophrène. Considérations médico-légales sur les fantasmes pervers chez les psychotiques. *Ann Med Psychol.* 2001;159:363-369.
12. BENEZECH M. Le passage à l'acte homicide en milieu médical et carcéral. *Ann Med Psychol*. 2005 ; 163 :632-641.
13. BERNARD H. Les déficiences mentales. In ALBERNHE T: « *Criminologie et psychiatrie »,* Ellipses, Paris:p331.
14. BERG AZ., BELL CC., TUPIN J. Clinician safety: assessing and managing the violent patient. *New Dir Ment Health Serv*. 2001;91:107-127.
15. BINDER RL., McNIEL DE. Effects of diagnosis and context on Dangerousness. *Am J Psychiatry.* 1988;145:728-732.
16. BINDER RL., McNEIL DE. The relationship of gender to violent behavior in acutely disturbed psychiatric patients. *J Clin Psychiatry.* 1990;51:110-114.
17. BJORKLY S. Psychotic symptoms and violence toward others. A literature review of some preliminary findings. Part 2: Hallucinations. *Aggress Violent Behav.* 2002;7:605-615.
18. BJORKLY S. Psychotic symptoms and violence towards others : a literature review of some preliminary findings. Part 1: Delusions. *Aggress Violent Behav*. 2007;7:617-631.
19. BLANCHE, BERGERON, LASEGUE. Du délire par accès avec impulsion homicide. *Archives générales de médecine.* 1875. ;6(25) : 5-22.
20. BODON-BRUZEL M., ORLANDO N., KOTTLER C. Actualités pratiques en matière de prescription. Expérience de l'UMD Henri-Colin. In BEAUREPAIRE, BÉNÉZECH, KOTTLER *« Les dangerosités »* John Libbey, Paris, 2004.
21. BONTA J., LAW M., HANSON K. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta analysis. *Psychol Bull.* 1988;123:123-142.

22. BORUM R. Improving the clinical pratice of violence risk assessment. Technology, guidelines and training. Am Psychol. 1996;51:945-956.
23. BOUCHARD JP., MOULIN V**.** Les thérapies cognitivo-comportementales. In ALBERNHE T *« Criminologie et Psychiatre »*. Ellipses, Paris, 1997.
24. BOUCHARD JP. Violences, homicides et délires de persécution. *Ann Med Psychol*. 2005;163:820-826.
25. BOURGEOIS M., BENEZECH M. Dangerosité criminologique, psychopathologique et comorbidité psychiatrique. *Ann Med Psychol.* 2001; 159:475-486.
26. BOURNEVILLE DM. *Assistance, Traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés.* Alcan, Progrès médical, 1895: p148.
27. BRAHAM LG., TROWER P., BIRCHWOOD M. Acting on command hallucinations and dangerous behavior : a critique of the major findings in the last decade. *Clin. Psychol. Rev.* 2004;24:513-528.
28. BRENNAN PA., MEDNICK SA., HODGINS S. Major Mental disorders in a total birth cohort: results from a Dunedin study. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57:979-988.
29. BRIERRE de BOISMONT A. Exposé des travaux du Dr Morel sur la médecine légale des aliénés. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale.* 1874;2(41):184-197.
30. BRIERRE de BOISMONT A**.** De la nécessité de créer un établissement spécial pour les aliénés vagabonds et criminels. *Annales d'Hygiène publique et de médecine légale.*1846;1(35):396-412.
31. BRIERRE DE BOISMONT A. De la responsabilité légale des aliénés. *Annales d'hygiènes publique et de médecine légale.* 1863;2(20):328-401.
32. BUCKLEY PF., HROUDA DR**.** Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1712-1714.
33. CAILLAT AS., HORREARD AS., KOTTLER C. Les méthodes d'évaluation de la dangerosité. In BEAUREPAIRE, BENEZECH, KOTTLER. *«Les Dangerosités*» John Libbey Eurotext, Paris, 2004.
34. CAMUSET L**.** Les aliénés à tendance homicide présentent-ils des particularités physiques caractéristiques*. Ann Med Psychol.* 1893 ;18:198-249.
35. CARMEL H., HUNTER M. Staff injuries from inpatient violence. *Hosp Community Psychiatry*. 1989;40:41-46.
36. CHARPENTIER R. L'expertise psychiatrique devant la juridiction criminelle et la défense sociale contre les anormaux. *Ann Med Psychol.* 1930;01:289-320.
37. CHARUEL, HAURY. Un aliéné en liberté : nécessité d'une protection sociale contre ces aliénés dangereux. *Archives de l'anthropologie criminelle.* 1912: 191-207.

38. CHEUNG P., SCHWEITZER I., CROWLEY K., TUCKWELL V. Violence in schizophrenia : role of hallucinations and delusions. *Schizophr Research*. 1997;26:181-190.
39. CITROME L, VOLAVKA J, CZOBOR P, BROOK S, LOEBEL A, MANDEL FS. Efficacy of ziprasidone against hostility in schizophrenia: post hoc analysis of randomized, open-label study data. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 638–42.
40. CITROME L. SHOPE CB., NOLAN KA., CZOBOR P., VOLAVKA J. Risperidone alone versus risperidone plus valproate in the treatment of patients with schizophrenia and hostility. *Int. Clin Psychopharmacol*. 2007;22(6):356-362.
41. CLEMENT P., LEONARD G. *Rapport d'information sur le traitement de la récidive des infractions pénales*. Assemblée nationale. Rapport N°1718. 7 Juillet 2004.
42. COCHE A. *La détermination de la dangerosité des délinquants en droit français.* Presse Universitaire de Marseille. 2005.
43. COLASANTI A., NATOLI A., MOLITERNI D., ROSSATTINI M., DE GASPARI IF., MAURI MC. Psychiatric diagnosis and aggression before acute hospitalisation. *Eur Psychiatry*. 2007: doi:10.1016/j.europsy.2007.09.005.
44. CONVIT A., ISAY D., OTIS D., VOLVKA J. Characteristics of repeatedly assautive psychiatric inpatients. *Hosp Community Psychiatry*. 1990;41:1112-1115.
45. CORRADO R., COHEN I., HART S., ROESCH R. Comparative examination of the prevalence of mental disorders among jailed inmates in Canada and United States. *Int J Law Psychiatry.* 2000; 23:633-647.
46. COTE G., HODGINS S. Co-occuring mental disorders among criminal offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1990;18:271-281.
47. COTE G., HODGINS S. The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *Int J Law Psychiatry*. 1992;15:89-99.
48. COTE G. Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique. *Criminologie*. 2001;34:31-45.
49. CUFFEL BJ., SHUMWAY M., CHOULJIAN TL., MC DONALD T. A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia. *J. Nerv. Ment Dis*, 1994;182(12):704-708
50. DAVIS S. Violence by psychiatric inpatients : a review. *Hosp Community Psychiatry.* 1991;42:585-590.
51. DAVIS S. Assessing the criminalization of the mentally ill in Canada. *Can J Psychiatry.* 1992;37:532-538.
52. DEAN K., WALSH E., MORAN P., TYRER P., CREED F., BYFORD S., et al. Violence in women with psychosis in the community: prospective study. *Br J Psychiatry.* 2006;188:264-270.

53. DE BARROS DM., DE PADUA SERAFIM A. Association between personality disorder and violent behavior pattern. *Forensic Sci Int*. 2008;179:19-22.
54. DEBUYST C. Les savoirs psychiatriques sur le crime. In DEBUYST C., DIGNEFFE F., LABADIE JM., PIRES AP : « *Histoire des savoirs sur le crime et la peine* », De Boek Université, Bruxelles, 2007.
55. DE GREEF E. Du sentiment d'injustice subie en pathologie criminelle. *Ann. Med. Psychol.* 1935;1:361-384.
56. DIAZ-MARSA M., GONZALES BARDANCA S., TAJIMA K., GARCIA-ALBEA J., NAVAS M., CARRASCO JL. Psychopharmacological treatment in borderline personality disorder. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36:39-49.
57. DOLAN M., DAVIES G. Psychopathy and institutional outcome in patients with schizophrenia in forensic settings in the UK. *Schizophr Res*. 2006;81:277-281.
58. DOLAN M., FULLAM R., LOGAN C., DAVIES G. The violence risk scale second edition (VRS-2) as predictor of institutional violence in a British forensic inpatient sample. *Psychiatr Res*. 2008;158:55-65.
59. DOUGLAS KS., OGLOFF JRP., TONIA N., GRANT I. Assessing risk of violence among psychiatric patients: The HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist Screening version. *J. Consult. Clin. Psychol*. 1999;67:917-930.
60. DOUGLAS KS., OGLOFF JRP., HART SD. Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatr Serv.* 2003;54:1372-1379.
61. DOYLE M., DOLAN M. Standardized risk assessment. *Psychiatry.* 2007;6:409-414.
62. DRAKE R. HAIYI X., Mc HUGO G., GREEN A. The effects of clozapine on alcohol and drug use disorders among patients with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2000;26:441-449.
63. DUNSIETH NW., NELSON EB., BRUSMANS-LOVINS LA., HOLCOMB JL., BECKMAN D., WELGE JA., et al. Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offences *J. Clin. Psychiatry.* 2004 ;65 :293-300.
64. DUGGAN C**.** The treatment of severe personnality disorder. *Psychiatry*. 2005 ; 4(3) :26-28.
65. DUPRAT GL. *L'instabilité mentale, essai sur les données de la psychopathologie.* Alcan, Paris, 1899.
66. DUPRE E. Définition médico-légale de l'aliéné : leçon d'ouverture du cours de psychiatrie. In « *Clinique des maladies mentales, Institut de médecine légale de paris*». J Gainche, Paris, 1904.
67. ECONOMOU M., PALLI A., FALLOON I. Violence, misconduct and schizophrenia : outcome after four years of optimal treatment. *Clin Pratice Epidemiol Mental Health.* 2005 ; 1:1-6.

68. EDWARDS JG., JONES D., REID WH., CHU CC. Physical assaults in a psychiatric unit of a general hospital. *Am J Psychiatry*. 1988;145:1568-1571.
69. ELBOGEN EB., VAN DORN R., SWANSON JW., SWARTZ MS., MONAHAN J. Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *Br J. Psychiatry.* 2006;189:354-360.
70. ELIZAGARATE E., SANCHEZ P. Schizophrénie résistante : stratégies thérapeutiques. In BEAUREPAIRE, BENEZECH, KOTTLER *« Les dangerosités »* John Libbey, Paris, 2004.
71. ELKAIM M. Délinquances et criminalité : les approches thérapeutiques. In ALBERNHE T *« Criminologie et Psychiatrie »* Ellipses, Paris, 1997.
72. ERB M., HODGINS S., FREESE R., MULLER-ISBERNER R., JOCKEL D. Homicide and schizophrenia :maybe treatment does have preventive effect. *Criminal Behav. Mental Health.* 2001;11:6-26.
73. ERKIRAN M. OZULANAN H., EVREN C., AYTACLAR S. Substance abuse amplifies the risk for violence in schizophrenia spectrum disorder. *Addict Behav*, 2006;31:1797-1805.
74. ERONEN M. Mental disorder and homicidal behavior in female subjects. *Am J Psychiatry.* 1995;152:1216-1218.
75. ERONEN M., HAKOLA P., TIIHONEN J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53:497-501.
76. ERONEN M., TIIHONEN J., HAKOLA P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull.* 1996;22:83-89.
77. ERONEN M., HAKOLA P., TIIHONEN J**.** Factors associated with homicide recidivism in a 13-year sample of homicide offenders in Finland. *Psychiatr Serv.* 1996;47:403-406.
78. ERONEN M., ANGERMEYER MC., SCHULZE B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33:S12-S23.
79. ESQUIROL E**.** *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiéniques et médico-légal. Tome II*. JB Baillière, Paris, 1838.
80. ESTROFF SE., SWANSON JW., LACHICOTTE WS., SWARTZ M., BOLDUC M. Risk reconsidered : targets of violence in thé social networks of people with serious *psychiatric disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33:S95-S101.
81. FALRET JP. Mémoire sur la folie circulaire. *In « Bulletin de l'Académie nationale de médecine »,* 1853-54;19.
82. FARISSE J., LANCON C., HERY F. Contribution de la neurobiologie à l'étude des comportements agressifs. In. ALBERNHE T. : « *Criminologie et Psychiatrie »*.Ellipses, Paris, 1997.

45. FAZEL S., DANESH J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet.* 2002;359:545-50.
46. FAZEL S., GRANN M. Psychiatric morbidity among homicide offenders: a Swedish population study. *Am J Psychiatry.* 2004;161:2129-2131.
47. FAZEL S, GRANN M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J. Psychiatry*. 2006;163 (8):1397-1403.
48. FERRI E. *La sociologie criminelle.* Ed Rousseau, Paris,1893.
49. FOLEY S., KELLY B., CLARKE M., MCTIGUE O., GERVIN M., KAMALI M et al. Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis. *Schizophr Res*, 2005;72:161-168.
50. FOSTER C., BOWERS L., NIJMAN H. Aggressive behavior on acute psychiatric wards : prevalence, severity and management. *J Advanced Nursing*. 2007;58(2):140-149.
51. FOTTRELL E. Violent behaviour by psychiatric patients. *Br J Hosp Med*. 1981;25:28-38.
52. FOUCAULT M. *Le Pouvoir psychiatrique*. Ed Seuil, Coll Hautes Etudes, Paris, 2003.
53. FREUD S. *Malaise dans la civilisation.* PUF, Paris, 1992.
54. FRIEDMAN AS., KRAMER S., KREISHER C., GRANICK S. The relation ships of substance abuse to illegal and violent behavior in a community sample of young adult African-Americans. *J. Substance Abuse*. 1996;8:379-402.
55. GAGNE P., DESPAROIS L**.** Male erotomania : a type of dangerous sexual harassment. *Can J psychiatry.* 1995; 40:136-141.
56. GEORGET. Quelques considérations médico-légales sur la liberté morale. *Archives générales de médecine.* 1825 ;1(8) : 317-383.
57. GEORGET. Discussions médico-légales sur la folie ou l'aliénation mentale. *Archives générales de médecine.* 1826 ;1(10) :497-556.
58. GOLSE B. La genèse de l'agressivité et de la violence chez l'enfant. In ALBERNHE T *« Criminologie et Psychiatrie ».*Ellipses, Paris, 1997.
59. GORENSTEIN E., TAGER F., SHAPIRO P., MONK C. SLOAN R. Cognitive-Behavior Therapy for reduction of persistent anger. *Cognitive Behavior Practice*. 2007;14:168-184.
60. GOTTLIEB P., KRAMP P., GABRIELSEN G. The pratice of forensic psychiatry in cases of homicide in Copengagen, 1959 to 1983. *Acta Psychiatr Scand.* 1987;76:514-522.
61. GRASSI L., PERON L., MARANGONI C., ZANCHI P., VANNI A. Characteristics of violent behavior in acute psychiatric inpatients : a 5-year italian study. *Acta Psychiatr Scand.* 2001 ;104 :273-279.

62. GRAVIER B., LUSTENBERGER Y. L'évaluation du risque de comportement violents: le point sur la question. *Ann Med Psychol*. 2005;163:668-680.
63. GROSSMAN LS., HAYWOOD TW., CAVANAUGH JL., DAVIS JM., LEWIS DA. State psychiatric hospital patients with past arrests for violent crimes. Psychiatr Serv. 1995;46:790-795.
64. HADDOCK G., BARROWCLOUGH C., TARRIER N., MOTING J., O'BRIEN R. SCHOFIELD N. et al. Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. *Br J Psychiatry*. 2003;183:418-426.
65. HEUYER MG., SERRIN C. Les troubles du caractère au début de la démence précoce. *Ann Med Psychol.* 1930;2:90-110.
66. HIDAY VA., SWARTZ MS., SWANSON JW., BORUM R., WAGNER HR. Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv.* 1999;50:62-68.
67. HIROSE S., ASTIBY CR., MILLS MJ. Effectiveness of ECT combined with risperidone against aggression in schizophrenia. *J ECT*. 2001;17:22-26.
68. HODGINS S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime: evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49:476-483.
69. HODGINS S., MEDNICK SA., BRENNAN P., SCHULSINGER F., ENGBERG M. Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53:489-496.
70. HODGINS S., LAPALME M., TOUPIN J. Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: a 2-year follow-up. *J Affect Disord*. 1999;55:187-202.
71. HODGINS S., HISCOKE UL., FREESE R. The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. *Behav Sci Law*. 2003;21:523-546.
72. HODGINS S., MULLER-ISBERNER R. Preventing crime by people with schizophrenie disorders: the role of psychiatric services. *Br J Psychiatry.* 2004;185:245-250.
73. HODGINS S., TIIHONEN J., ROSS D. The consequences of conduct disorder for males who develop schizophrenia: associations with criminality, aggressive behavior, substance abuse and psychiatric services. *Schizophr Res*. 2005;78:323-335.
74. HODGINS S., ALDERTONS J., CREE A., ABOUD A., MAK T. Aggressive behaviour, victimisation and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation. *Br J. Psychiatry.* 2007 ;191 :343-350.
75. HODGINS S., MULLER-ISBERNER R., TIIHONEN J., REPO-TIIHONEN E., ERONEN M., EAVES D. et al. A comparison of general adult and forensic patients with schizophrenia living in the community. *Int J Forensic Mental Health*. 2007;6(1):63-75.

76. HOPTMAN MJ., VOLAVKA J., JOHNSON G., WEISS E., BILDER R., LIM KO. Frontal white matter microstructure, aggression and impulsivity in men with schizophrenia: a preliminary study. *Biol Psychiatry.* 2002;52:9-14.

60. HUMPHREY MS., JOHNSTONE EC., Me MILLAN JF. TAYLOR PJ. Dangerous behavior preceding first admissions for schizophrenia. *Br J Psychiatry.*1992;161:501-505.

61. JAMES DV., FINEBERG NA., SHAH AK., PRIEST RG. An increase in violence on an acute psychiatric wards. A study of associated factors. *Br J psychiatry.* 1990;156:846-852.

62. JUNGINGER J. Predicting compliance with command hallucinations. *Am J psychiatry*. 1990;147:245-247.

63. JUNGINGER J. Psychosis and violence:The case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophr Bull.* 1996;22:91-103.

64. JUNGINGER J., PARKS-LEVY J., Mc GUIRE L. Delusions and symptom-consistent violence. *Psychiatr Serv.* 1998;49:218-220.

62. JOYAL CC., PUTKONEN A., PAAVOLA P., TIIHONEN J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychological medicine.* 2004;34:433-442.

63. JOYAL CC., GENDRON C., COTE G. Nature and frequency of aggressive behaviours among long term inpatients with schizophrenia. A 6-month report using the modified Overt Aggression Scale. *Can J Psychiatry*. 2008;53:478-481.

64. KENNEDY HG., KEMP LI., DYER DE. Fear and anger in delusional (paranoid) disorder: the association with violence. *Br J Psychiatry*. 1992;160:488-492.

65. KRAKOWSKI M., CONVIT A., JAEGER J., LIN S., VOLAVKA J. Neurological impairment in violent schizophrenic inpatients. *Am J Psychiatry.* 1989;146:849-853.

66. KRAKOWSKI MI., CZOBOR PC. Clinical symptoms, neurological impairment, and prediction of violence in psychiatric inpatients. *Hosp Community Psychiatry.* 1994;45:700-705.

67. KRAKOWSKI M., CZOBOR P., CHOU JC. Course of violence in patients with schizophrenia : relationship to clinical symptoms. *Schizophr. Bull.* 1999;25:505-517

68. KRAKOWKI M., CZOBOR P**.** Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *Am J Psychiatry.* 2004;161:459-465.

69. KRAKOWSI M., CZOBOR.P., CITROME L., BARK N., COOPER T. Atypical antipsychotic agents in the treatment of violent patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63:622-629.

70. KRAUS JE., SHEITMAN BB. Characteristics of violent behavior in a large state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv*. 2004;55:183-185.

71. KULLGREN G., GRANN M., HOLMBERG G**.** The Swedish Forensic concept of severe mental disorders as related to personality disorders. *Int J Law Psychiatry*. 1996,19(2):191-200.
72. LABERGE D., MORIN D., LANDREVILLE P. Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale: le modèle de l'urgence psychosociale justice. *Criminologie.* 2000;33:81-107.
73. LAM JN., McNIEL DE., BINDER RL. The relationship between patients gender and violence leading to staff injuries. *Psychiatr* Serv.2000;51:1167-1170.
74. LAMB HR., WEINBERGER LE**.** The shift of psychiatric inpatient care from hospitals to jail and prisons. *J. Am. Acad. Psychiatry Law.* 2005;33:529-534.
67. LAMB R., WEINBERGER L., JEFFREY L., MARSH J., GROSS BH. Treatment prospects for persons with severe mental illness in a urban county jail. *Psychiatr Serv.* 2007;58:782-786.
68. LAURELL J., DÄDERMAN A**.** Recidivism is related to psychopathy (PCL-R) in a group of men convicted of homicide. *Int J Law and Psychiatry*. 2005;28: 255-268.
69. LARGE M., NIELSSEN O. Evidence for a relationship between the duration of untreated psychosis and the proportion of psychotic homicides prior to treatment. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol*. 2008;43:37-44.
70. LE BIHAN P., BENEZECH M. Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. A propos de 42 observations. *Ann Med Psychol.* 2004 ;162 :615-625.
71. LE BIHAN P., BENEZECH M. La récidive dans l'homicide pathologique : étude descriptive et analytique de douze observations. *Ann. Med Psychol.* 2005 ;163 :642-655.
72. LECOMTE T., SPIDEL A., LECLERC C., McEWAN G.W., GREAVES C., BENTALL RP. Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophr. Res*. 2008. Article in Press.
73. LINDQVIST P. Criminal homicide in Northern Sweden 1970-1981: Alcohol intoxication, alcohol abuse and mental disease. *Int J Law Psychiatry.* 1986 ;8:19-37
74. LINDQVIST P., ALLEBECK P. Schizophrenia and crime. A longitudinal Follow Up of 644 schizophrenic in Stockholm. *Br J Psychiatry.* 1990;157:345-350.
75. LINDQVIST P., ALLEBECK P. Schizophrenia and assaultive behaviour: the role of alcohol and drug abuse. *Acta Psychiatr Scand*. 1990;82(3):191-195.
76. LINK BG., CULLEN FT. Contact with the mentally ill and perceptions about of how dangerous they are. *J Health Soc Behav*. 1986;27:289-302.
77. LINK BG., ANDREWS H., CULLENT FT. The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *Am. Social Review.* 1992 ;57 :275-292.

78. LINK BG., STUEVE A., PHELAN J. Psychotic symptoms and violent behavior : probing the components of « threat/control-override » symptoms. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 1998 ;33 :55-60.

79. LOMBROSO C. *Le crime, causes et remèdes .* Schleicher frères, Paris, 1899.

80. LOMBROSO C. *Les conquêtes récentes de la psychiatrie : conférence lue à l'Assemblée Générale du Congrès international de médecine de Moscou.* Bocca frères, Turin, 1898.

81. MASSÉ G. Les politiques de santé mentale face à la dangerosité. In ALBERNHE T. *« Criminologie et psychiatrie ».* Ellipses, Paris, 1997.

82. McDERMOTT BE., QUANBECK CD., SCOTT CL., EDENS F., BUSSE D. Examining the role of static and dynamic risk factors in the prediction of in-patient violence. *Law Human Behav*. 2008;32:325-338.

83. McELROY SL., SOUTULLO CA., TAYLOR P., NELSON EB., BECKMAN DA., BRUSMAN LA., et al. Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry*. 1999 ;60 :414-420.

84. MCNIEL DE, BINDER RL, GREENFIELD TK. Predictors of violence in civilly committed acute psychiatric patients. *Am J Psychiatry.*1988 ; 145:965-970.

75. McNIEL DE., BINDER RL. The relationship between acute psychiatric symptoms, diagnosis, and short term risk of violence. *Hosp Community Psychiatry.* 1994;45:133-137.

76. McNIEL DE., EISNER JP., BINDER RL. The relationship beetween command hallucinations and violence. *Psychiatr Services.2000* ;51(10) :1288-1292.

77. MILLAUD F., DUBREUCQ JL. Evaluation de la dangerosité du malade mental psychotique. Introduction. *Ann Med Psychol*. 2005. 163 :846-851.

78. MEEHAN J., FLYNN S., HUNT L, RONBINSON J., BICKLEY H., PARSONS R., et al. Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales. *Psychiatr Serv.*2006;57:1648-1651.

79. MELOY JR. Entre la personnalité antisociale et la psychopathie grave, un gradient de sévérité. *Evol Psychiatrique.* 2001 ;66:563-586.

80. MODESTIN J., AMMANN R. Mental disorder and criminality: male schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1996;22(l):69-82.

81. MODESTIN J., HUG A., AMMAN R. Criminal behavior in males with affective disorders. *J. Affect Disord.* 1997;42:29-38.

82. MODESTIN J., WUERMLE O. Criminality in men with major mental disorder with and without comorbid substance abuse. *Psychiatr Clin Neurosciences.* 2005;59:25-29.

83. MOLZ A. The place of psychotherapy in forensic settings. *Psychiatry*. 2008 ;7(5) :206-208.

84. MONAHAN J. Mental disorder and violence : another look. In MONAHAN J., STEADMAN HJ: *Mental Disorder and Violence*. Chicago, University of Chicago Press, 1994.
85. MONAHAN J., ARNOLD J. Violence by people with mental illness : a consensus statement by advocates and researchers. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 67- 70.
86. MONAHAN J., STEADMAN HJ., ROBBINS PC., SILVER E., APPELBAUM PS., GRISSO T. et al. Developping a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *Br J psychiatry.* 2000;176:312-319.
87. MONAHAN J., STEADMAN HJ., ROBBINS PC., APPELBAUM P., BANKS S., GRISSO T. An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders. *Psychiatr. Serv.* 2005 ;56 :810-815.
88. MORAN P., WALSH E., TYRER P., BURNS T., CREED F., FAHY T. Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis. *Br J Psychiatry.* 2003 ;182 :129-134.
89. MORAN P., HODGINS S. The correlates of comorbid Antisocial Personality disorder in schizophrenia. *Schizophr. Bull*. 2004;30:791-802.
90. MOREL BA. *Traité des dégénérescence physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine, et des causes qui produisent ces variétés maladives.* Paris, JB Baillière,1857.
91. MORISSEY JP., CUDDEBACK GS., CUELLAR AE., STEADMAN HJ. The role of Medicaid enrolment and outpatient service use in jail recidivism among persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 2007;58:794-801.
92. MUCCHIELLI L. Criminologie, hygiénisme et eugénisme en France (1870-1914) débats médicaux sur l'élimination des criminels réputés incorrigibles. *Revue d'histoire des sciences humaines,* 2000 ; 2 : 57-89.
93. MUESER KT., YARNOLD PR., LEVINSON DF., SINGH H., BELLACK AS. Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophr Bull*. 1990;16:31-56
94. MULLEN P., BURGESS P., WALLACE C., PALMER S., RUSCHENA D. Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet,* 2000; 355:614-617.
95. MULVEY EP., BLUMSTEIN A., COHEN J. Reframing the research question of mental patient criminality. *Int J Law Psychiatry*. 1986;9:57-65.
96. MULVEY EP. Assessing the evidence of a link between mental illness and violence. *Hosp and Community psychiatry.* 1994;45:663-668.
97. NAUDTS K., HODGINS S. Schizophrenia and violence : a search for neurobiological correlates. *Curr Opin Psychiatry*. 2006 ;19 :533-538.
98. NESTOR PG., HAYCOCK J., DOIRON S., KELLY J., KELLY D. Lethal violence and psychosis : a clinical profile. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1995 ;23 :331-341.

99. NEWHILL CE., MULVEY EP., LIDZ CW. Characteristics of violence in the community by female patients seens in a psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv.* 1995;46:785-789.

100. NICKEL MK., LOEW TH. Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients, part II: 18 month follow-up. *Eur Psychiatry.* 2008;23:115-117.

86. NIELSSEN O., WESTMORE B., LARGE M., HAYES R. Homicide during psychotic illness in New South Wales Between 1993 et 2002. *Med J Australia.* 2007;186(6):301-304.

87. NOBLE P., RODGER S. Violence by psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry.* 1989 ;155 :384-390.

88. NOLAN KA., VOLAVKA J., MOHR P., CZOBOR P. Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatr. Serv.*1999;50:787-792.

89. NOLAN KA., CZOBOR P., ROY BB., PLATT MM., SHOPE CB., CITROME LL et al. Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv.* 2003;54:1012-1016.

90. NOLAN KA., VOLAVKA J., CZOBOR P., SHEITMAN B., LINDENMAYER JP., CITROME LL. et al. Aggression and psychopathology in treatment-resistant inpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J. Psychiatr Res*. 2005;29:109-115.

91. NORDSTROM A., KULLGREN G. Victim relations and victime gender in violent crimes committed by offenders with schizophrénia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003 ; 38 :326-330.

92. OWEN C., TARANTELLO C., JONES M., TENNANT C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv.* 1998;49:1452-1457.

93. PALMSTIERNA T., HUITFELDT B., WISTEDT B. The relationship of crowding and aggressive behavior on a psychiatric intensive care unit. *Hosp Community Psychiatry.* 1991;42:1237-1240.

94. PEARSON M., WILMOT E., PADI M. A study of violent behavior among in-patient in a psychiatric hospital*. Br J Psychiatry*. 1986 ;149 :232-235.

95. PERA B., DAILLET A. Homicide par des malades mentaux : analyse clinique et criminologique. *Encephale.* 2005 ;31 :539-549.

96. PHAM TH., DUCRO C., MARGHEM B., REVEILLERE C. Evaluation du risque de récidive au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone. *Ann Med Psychol.* 2005;163:842-845.

97. PHAM TH., MALINGREY F., DUCRO C., SALOPPE X. Psychopathie et troubles mentaux graves chez des patients internés. *Ann Med Psychol,* 2007 ;165 :511-516.

98. PINEL P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Richard, Caille et Ravier, Paris, 1801

99. PRATT J.Dangerosité, risque et technologie du pouvoir. *Criminologie* 2001 ;34: 101-121.

100. PUTKONEN H., KOMULAINEN E., VIRKUNEN M., ERONEN M. Risk of repeat offending among violent female offenders with psychotic and personnality disorders. *A m J Psychiatry* 2003; 160:947-951.

101. PUTKONEN A., KOTILAINEN L, JOYAL C., TIIHONEN J. Comorbid personnality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: a structured clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophr. Bull.* 2004;30(l):59-72.

102. PUTKONEN H., COLLANDER J., WEIZMANN-HENELIUS G., ERONEN M. Legal outcome of all suspect neonaticides in Finland 1980-2000. *Int J Law Psychiatry.* 2007;30:248-254.

103. PRZYGODZKI-LIONET N., NOEL Y. Individu dangereux et situations dangereuses: les representations sociales de la dangerosité chez les citoyens, les magistrats et les surveillants de prison. *Psychol Française*. 2004 ;49 :409-424.

104. QUANBECK CD., STONE D., Mc DERMOTT B., BOONE K., SCOTT CL., FRYE MA. Relationship between criminal arrest and community treatment history among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Ser.* 2005 ;56(7) :847-852.

105. QUANBECK C.D., McDERMOTT B.E., LAM J., EISENSTARK H., SOKOLOV G., SCOTT C.L. Categorization of aggressive acts committees by chronically assaultive state hospital patients. *Psychiatr* Serv.2007;58:521-528.

106. QUINTIN P., KLEIN P., CARRIERE P. L'image de la schizophrénie et des patients schizophrènes auprès du grand public. *Enquête IPSOS. Nervure IV.* 2002.

107. RACAMIER C. Agression et jalousie : deux singuliers visages de la dépression. *L'évolution psychiatrique*. 1968 ;32 :291-307.

108. RAPPORT de la commission Santé-Justice présidée par BURGELIN JF. « *Santé, justice et dangerosités: pour une meilleure prévention* ». Ministère de la justice et de la santé.

109. Rapport de la mission parlementaire JP GARRAUD. Réponses à la dangerosité.

110. RASANEN P., TIIHONEN J., ISOHANNI M., RANTAKALLIO P., LEHTONEN J., MORING J. Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26 year follow-up study of an unselected birth cohort. Schizophr Bull. 1998;24(3):437-441.

111. RASMUSSEN K., LEVANDER S. Symptoms and personnality characteristics of patients in a maximum security Psychiatric Unit. *Int. J. Law Psychiatry*. 1996 ;19(1) :27-37.

112. RECASENS C. Schizophrénies, psychoses délirantes chroniques et dangerosité. In BEAUREPAIRE, BENEZECH, KOTTLER *« Les dangerosités »* John Libbey, Paris, 2004.

113. REIST C., NAKAMURA K., SAGART E., SOKOLSKI KN., FUJIMOTO KA. Impulsive aggressive behavior: open-label treatment with citalopram. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:81-85.

114. RICHARD-DEVANTOY S. « *Homicide et maladie mentale : données épidémiologiques, particularités cliniques et criminologiques, axes de prévention* ». Thèse de Psychiatrie. Angers. 2007.

115. RIOTON B.,PELTIER MP., GUIBERT S. Les accidents du travail du personnel soignant au cours d'interactions violentes avec des patients en milieu psychiatrique. *Information Psy*. 1998;2:153-161.

116. ROUILLON F., DUBURCQ A., FAGNANI F., FALISSARD B. Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison. Audition publique, textes des experts, Expertise psychiatrique pénale. 2007.

99. ROBBINS PC., MONAHAN J., SILVER E. Mental disorder, violence and gender. *Law Hum Behav.2003* ;27 :561-571.

100. SANDBERG DA., McNIEL DE., BINDER RL. Characteristics of psychiatric inpatients who stalk, threaten, or harass hospital staff after discharge. *Am J Psychiatry*. 1998;155:1102-1105.

101. SAUVAGNAT F., VAISSERMANN A. Contributions psychanalytiques à la prévention des passages à l'acte psychotiques. In ALBERNHE T *« Criminologie et Psychiatrie »* Ellipses, Paris, 1997.

102. SCHUWEY-HAYOZ A., NEEDHAM I. Characteristics of patient aggression in a psychiatric hospital in Swittzerland. *Rech. Soins. Infirm*. 2006 ;86 :108-115.

103. SCHWEITZER M.G., PUIG-VERGES N. Psychiatrie médico-légale et méthode psychopathologique au cours de la première partie du XXe siècle. *Ann Med Psychol* 2002; 160:755-759.

104. SCOTT H., JOHNSON S., MENEZES P., THORNICROFT G., MARSHALL J., BINDMAN J et al. Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill. *Br J Psychiatry.* 1998 ;172 :345-350.

105. SCOTT CL., RESNICK PJ. Violence risk assessment in persons with mental illness. *Agress Violent Behav.* 2006 ;11 :598-611.

106. SENNINGER JL. Personnalité schizoïde et actes criminels. Act Psy 1986 ;1 :23-28.

107. SENNINGER JL., FONTAA V. Les évènements de vie stressant de la vie et la criminalité des schizophrènes. *Encéphale*. 1996 ; sp III ;49-52.

108. SENNINGER JL., FONTAA V. Les unités pour malades difficiles. In ALBERNHE T *« Criminologie et psychiatrie »*. Ellipses, Paris, 1997.

109. SENNINGER JL. Les trajectoires psychopathologiques de la dangerosité. *In* VILLERBU *« Dangerosité et vulnérabilité en psychocriminologie* ». L'Harmattan, Paris, 2003.

110. SENNINGER JL., Notion de dangerosité en psychiatrie médico-légale. *EMC, psyc*hiatrie. 2007 : 37-510-A-10.

111. SENON JL., RICHARD D., PERIVIER E. L'épilepsie. In ALBERNHE T: *"Criminologie et psychiatrie"*. Ellipses, Paris, 1997: p336.

112. SENON JL., MANZANERA C. Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médico-légaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique. *Ann Med Psychol.,* 2005;163:870-877.

103. SENON J.L., MANZANERA C. Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuelles sur l'expertise psychiatrique pénale. *Ann Med Psychol.* 2006; 164:818-827.

104. SENON JL, MAZANERA C, HUMEAU M, GOTZAMANIS L. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? *L'information psychiatrique* 2006 ; 82 (8) : 645-652.

105. SHAW J., APPLEBY L., AMOS T., McDONNELL R., HARRIS C., McCANN K., et al. Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide: national clinical survey *BMJ.* 1999; 318:1240-1244.

106. SHAW J., HUNT L, FLYNN S., MEEHAN J., ROBINSON J. et al. Rates of mental disorder in people convicted of homicide. *Br J Psychiatry.* 2006; 188:143-147.

107. SHELTON PS., BROOKS VG. Estrogen for dementia related aggression in ederly men. *Ann Pharmacother*. 1999;33:808-812.

108. SHERIDAN M., HENRION R. ROBINSON L., BAXTER V. Precipitants of violence in a psychiatric inpatients setting. *Hosp Community Psychiatry*. 1990,41 :776-780.

109. SILVER JM., YUDOVSKY SC., SLATER JA., GOLD RK., STRYER BLK., WILLIAMS DT., et al. Propanolol treatment of chronically hospitalized aggressive patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1999;11:328-335.

106. SIMPSON A., Me KENNA B., MOSKOWITZ A., SKIPWORTH J., BARRY J. Homicide and mental illness in New Zealand, 1970-2000. *Br J Psychiatry.* 2004 ; 185 :394-398.

107. SJOSTROM N., EDER DN., MALM J., BESKOW J. Violence and its prediction at a psychiatric hospital. *Eur Psychiatry*. 2001;16:459-465.

108. SKEEM JL., MULVEY EP. Assessing the risk of violence posed by mentally disordered offenders being treated in the community. In BUCHANAN A.“ *Care of mentally disordered offender in the Community*”. Oxford University Press, Oxford, 2002: p 111-142.
109. SKEEM J et al. « Projet HOPE » for homelless individuals with co-occuring mental and substance abuse disorders : reducing symptoms, victimization and violence. *Int J Forensic Mental Health*. 2006 ; 5(1) : 1-13.
110. SOCIETE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE. Démence précoce, schizophrénie, schizoïdie. *Ann. Med Psychol.* 1926 ;1 :253-266.
111. SOLIMAN AE., REZA H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv*. 2001;52:75-80.
112. SOYKA M. Substance misuse, psychiatric disorder and violence and disturbed behavior. *Br J Psychiatry.* 2000;176:345-350.
113. SOYKA M., MORHART-KLUTE V., SCHOECH H. Delinquency and criminal offenses in former schizophrenic inpatients 7-12 years following discharge. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2004 ;254 :289-294.
114. SOKYA M.,GRAZ C., BOTTLENDER R., DIRSCHEDL P., SCOECH H. Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2007; 94:89-98.
115. STANFORD MS., HELFRITZ LE., CONKLIN SM., VILLEMARETT NR., GREVE KW. et al. A comparison of anticonvulsivants in the treatment of impulsive aggression. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2005;13(1):72-77.
116. STEADMAN HJ., MONAHAN J., APPELBAUM PS., GRISSO T., MULVEY EP. Designing a new generation of risk assessment research. In Monahan J., Steadman H *"Violence and Mental Disorder. "* Chicago. Chicago Press. 1994: p 297-318
117. STEADMAN HJ., MULVEY EP., MONAHAN J., ROBBINS PC., APPELBAUM PS., GRISSO T., et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55:393-401.
118. STEINERT T., VOELLNER A., FAUST V. Violence and schizophrenia: two types of criminal offenders. *Eur J Psychiatry.* 1998 ;12 :153-165.
119. STEINERT T., WIEBE C., GEBHART RP. Aggressive behavior against self and others among first-admission patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*.1999;50:85-90.
120. STEINERT T. Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;412:133-141
121. STOMPE T., ORTWEIN-SWOBODA G., SCHANDA H. Schizophrenia, delusional symptoms, and violence; The Threat/Control-Override concept re-examined. *Schizophr. Bull*.2004;30:31-44.

122. STUEVE A., LINK BG. Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatr Q.* 1997;68:327-342.
123. SWANSON JW., HOLZER CE., GANJU VK., JONO RT. Violence and psychiatric disorder in the community : evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hosp Community Psychiatry.* 1990;41:761-770.
124. SWANSON JW., HOLZER CE. Violence and EGA data. Hosp Community Psychiatry. 1991;42:954-955.
125. SWANSON J., ESTROFF S., SWARTZ M., BORUM R., LACHICOTTE W., ZIMMER C., et al. Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity and lack of treatment. *Psychiatry.* 1997;60:1-22.
126. SWANSON J.W., BORUM R., SWARTZ M., HIDAY V. Violent behavior preceding hospitalization among persons with severe mental illness. *Law Hum Behav.*1999;23:185-204.
127. SWANSON JW., SWARTZ MS., BORUM R., HIDAY V., WAGNER R., BURNS BJ. Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behavior in persons with severe mental illness. *Br J Psychiatry.* 2000; 174 : 324-331.
128. SWANSON JW., SWARTZ MS., ESSOCK SM., OSHER FC., WAGNER HR., GOODMAN LA., et al. The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *Am J Public Health,* 2002, 92 (9): 1523-1531.
129. SWANSON JW., SWARTZ MS., VAN DORN R., ELBOGEN E., WAGNER R et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry 2003;63:* 490-499.
130. SWANSON JW., SWARTZ MS., ELBOGEN EB. Effectiveness of atypical antipsychotic medications in reducing violent behavior among persons with schizophrenia in community-based treatment. *Schizophr Bull*. 2004;30:3-20.
131. SWANSON JW., SWARTZ MS., ELBOGEN EB., VAN DORN RA. Reducing violence risk in persons with schizophrenia: olanzapine versus risperidone. *J Clin Psychiatry.* 2004 ;65 :1666-1673.
132. SWANSON JW., SWARTZ MS., VAN DORN R., ELBOGEN E., WAGNER R., ROSENHECK RA et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 2006;63:490-499.
133. SWARTZ MS., SWANSON JW., HIDAY V. BORUM R., WAGNER HR., BURNS BJ. Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry* 1998; 155:226-231.
134. SWARTZ MS., SWANSON JW., HIDAY VA. A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina. *Psychiatr Serv*. 2001; 52:325-329.

135. SWARTZ MS., SWANSON JW. Involuntary outpatient commitment, community treatment orders and assisted outpatient treatment: what's in the data. *Can J Psychiatry*. 2004;49:585-591.
136. TARDIFF K., SWEILLAM A. Assaultive behavior among chronic inpatients. *Am J Psychiatry.*1982;10:177-182.
137. TARDIFF K. Characteristics of assaultive patients in private hospitals. *Am J Psychiatry.* 1984;141:1232-1235.
138. TARDIFF K., MARZUK P., LEON A., PORTERA L. A prospective study of violence by psychiatric patients after hospital discharge. *Psychiatr Serv.* 1997;48:678-681.
139. TAYLOR PJ., GUNN J. Violence and psychosis. *Br. Med Journal.* 1984;288:1945-1949.
140. TAYLOR PJ. Motives for offending among violent and psychotic men. *Br J Psychiatry.* 1985 ;147 :491-498.
141. TAYLOR PJ., LEESE M., WILLIAMS D., BUTWELL M., DALY R., LARKIN E. Mental Disorder and violence : a special high security hospital study. *Br J Psychiatry*. 1998 ;172 :218-224.
142. TAYLOR PJ., GUNN J. Homicides by people with mental illness : myth and reality. *Br J. Psychiatry.* 1999 ;174 :9-14.
125. TEPLIN LA. The prevalence of severe mental disorder among urban jail detainees : comparaison with the epidemiologic catchment area program. *Am J Public Health.* 1990;80:663-669.
126. TEPLIN LA. Psychiatrie and substance abuse disorders among mâle urban jail detainees. *Am J Public Health.* 1994;84:290-293.
127. TEPLIN LA., ABRAM KM., McCLELLAND GM. Prevalence of psychiatrie disorders among incarcerated women. *Arch Gen Psychiatry.* 1996:53:505-512.
128. TENGSTROM A., HODGINS S. KULLGREN G. Men with schizophrenia who behave violently : The usefulness of an early- versus late-start offender typology. *Schizophr Bull*. 2001 ;27 :205-218.
129. TIIHONEN J., HAKOLA P., ERONEN M., VARTIANEN H., RYYNANEN OP. Risk of homicidal behavior among discharged forensic psychiatric patients. *Forensic Sci Int.* 1996;79:123-129.
130. TIIHONEN J., ISOHANNI M., RASANEN P., KOIRANEN M, MORING J. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry*. 1997;154:840-845.
131. TIIHONEN J., HALLIKAINEN T., RYYNANEN OP., REPO-TIIHONEN E., KOTILAINEN I., ERONEN M., et al. Lamotrigine in treatment-resistant schizophrenia: a randomized placebo-controlled crossover trial. *Biol Psychiatry* 2003;54:1241–1248.

131. TREATMENT ADVOCACY CENTER. Criminalization of individuals with severe psychiatric disorders. 2007. http: www.treatmentadvocacycenter.org.
132. TRELAT U. *La folie lucide : étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société.* Paris, A. Delahaye 1861.
133. VANELLE JM., LOO H. Chimioprophylaxie des conduites agressives. In ALBERNHE T *« Criminologie et psychiatrie »*. Ellipses, Paris, 1997.
134. VARTIANEN H., TIIHONEN J., PUTKONEN A., KOPONEN H., VIRKKUNEN M., HAKOLA P., et al. Citalopram, a selective serotonin reuptake inhibitor, in the treatment of aggression in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 1995;91:348-351.
135. VOLAVKA J. Schizophrenia and Violence. *Psychol Med*. 1989 ;19 :559-562.
136. VOLAVKA J., LASKA E., BAKER S., MEISNER M., CZOBOR P., KRIVELEVICH I. History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. Analyses based on the WHO study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Br J Psychiatry*. 1997;171:9-14.
137. VOLAVKA J., CZOBOR P., NOLAN K., SHEITMAN B., LINDENMAYER JP., McEVOY J et al. Overt aggression and psychotic symptoms in patients with schizophrenia treated with clozapine, olanzapine, risperidone, or haloperidol. *J Clin Psychopharmacol*. 2004 ;24 :225-228.
138. VOLAVKA J., CITROME L., HUERTAS D. Update on the biological treatment of aggression. *Actas Esp Psiquiatr.* 2006; 34 :123-135.
139. VOLAVKA J., CITROME L. Heterogeneity of violence in schizophrenia and implications for long-term treatment. *Int J Clin Pract*. 2008;62:1237-1245.
140. WACQUANT L. *Punir les pauvres.* Agone, Marseille, 2004.
141. WALLACE C., MULLEN P., BURGESS P., PALMER S., RUSCHENA D., BROWNE C. Serious criminal offending and mental disorder. Case Linkage study. *Br J Psychiatry.* 1998; 172:477-484.
142. WALLACE C., MULLEN E., BURGESS P. Criminal offending in schizophrenia over 25-year period marked by desinstitutionalization and increasing prevalence of co-morbid substance use disorders. *Am J Psychiatry.* 2004 ;161 :716-727.
143. WALSH E., BUCHANAN A., FAHY T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry.* 2002; 180: 490-495.
144. WALSH E., GILVARRY C., SAMELE C., HARVEY K., MANLEY C., TATTAN T., et al. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Research.* 2004;67:247-252.
145. WESSELY S., BUCHANAN A., REED A., CUTTING J., EVERITT B., GARETY P. et al. Acting on delusions: Prevalence. *Br. J Psychiatry*. 1993;163:69-76
146. WESSELY SC, CASTLE D., DOUGLAS AJ., TAYLOR PJ. The criminal careers of incidents cases of schizophrenia. *Psychol. Med.* 1994;24(2);483-502.

147. WOOTON L., FAHY T. Dangerous severe personnality disorders : beyond the ethical boundary of psychiatry ?.*Psychiatry.* 2006 ;6 (2) :52-54.

148. YATES K., KUNZ M., CZOBOR P., RABINOWITZ S., LINDENMAYER JP., VOLAVKA J. A cognitive, behaviorally based program for patients with persistent mental illness and a history of aggression, crime, or both : structure and correlates of completers of program. *J. Am Acad Psychiatry Law.* 2005;33:214-222.

RESUME ET MOTS CLES

La violence des malades mentaux est une question touchant à la fois le monde judiciaire et la psychiatrie. Les politiques pénales de ces dernières années tendent à désigner le malade mental comme un délinquant dangereux, qui doit être mis à l'écart de la société.
Certes, depuis le XIXème siècle, les recherches ont établi qu'il pouvait exister un lien entre maladie mentale et criminologie mais aujourd'hui, les études réalisées au plan international montrent que les malades mentaux ne sont pas, pour la plupart, plus dangereux que la population générale. Néanmoins, certaines pathologies psychiatriques semblent, dans des contextes particuliers, plus à risque d'entraîner des actes de violence physique.
Plusieurs méthodes ont été élaborées pour évaluer le risque de dangerosité des malades mentaux et des prises en charge psychiatriques et judiciaires conçues pour prévenir les comportements violents au sein de l'institution comme à l'extérieur.
La recherche qui est présentée est centrée sur l'existence de caractéristiques particulières concernant la violence physique des malades mentaux en milieu hospitalier, à partir d'une étude rétrospective. Le but de cette étude est de mieux connaître les contextes et les pathologies ainsi que les facteurs en lien avec le risque de comportements violents en milieu hospitalier, afin de réfléchir à la mise en place de stratégies d'évaluation et de prévention de cette violence.

Mots clés : Dangerosité psychiatrique, violence physique, malades mentaux, violence en milieu hospitalier, prévention.

RESUMÉ et MOTS CLÉS

La violence des malades mentaux est une question touchant à la fois le monde judiciaire et la psychiatrie. Les politiques pénales de ces dernières années tendent à désigner le malade mental comme un délinquant dangereux, qui doit être mis à l'écart de la société.
Certes, depuis le XIXème siècle, les recherches ont établi qu'il pouvait exister un lien entre maladie mentale et criminologie mais aujourd'hui, les études réalisées au plan international montrent que les malades mentaux ne sont pas, pour la plupart, plus dangereux que la population générale. Néanmoins, certaines pathologies psychiatriques semblent, dans des contextes particuliers, plus à risque d'entraîner des actes de violence physique.
Plusieurs méthodes ont été élaborées pour évaluer le risque de dangerosité des malades mentaux et des prises en charge psychiatriques et judiciaires conçues pour prévenir les comportements violents au sein de l'institution comme à l'extérieur.
La recherche qui est présentée est centrée sur l'existence de caractéristiques particulières concernant la violence physique des malades mentaux en milieu hospitalier, à partir d'une étude rétrospective. Le but de cette étude est de mieux connaître les contextes et les pathologies ainsi que les facteurs en lien avec le risque de comportements violents en milieu hospitalier, afin de réfléchir à la mise en place de stratégies d'évaluation et de prévention de cette violence.

Mots clés : Dangerosité psychiatrique, violence physique, malades mentaux, violence en milieu hospitalier, prévention.