



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**AUDITION PUBLIQUE**

**Dangerosité psychiatrique :  
étude et évaluation des facteurs de risque  
de violence hétéro-agressive  
chez les personnes ayant une  
schizophrénie ou des troubles de l'humeur**

**TEXTE DES EXPERTS**

**Décembre 2010**



## Sommaire

<b>1</b>	<b>Session 1. La « dangérosité psychiatrique » et son contexte.....</b>	<b>5</b>
	Qu'apporte l'éclairage de l'histoire au concept de dangérosité en psychiatrie ? M. RENNEVILLE.....	7
	Comment définir la « dangérosité psychiatrique » dans le champ des dangérosités ? Dr JC. PASCAL ..	19
	Comment a évolué récemment le droit et quelles sont les préoccupations du législateur quand il évoque la « dangérosité des malades mentaux » ? Me J. DANET .....	27
	Quel est le point de vue des patients et des familles sur la « dangérosité psychiatrique » J. CANNEVA.	39
<b>2</b>	<b>Session 2. Épidémiologie, aspects clinique, facteurs de risque généraux et spécifiques de violence hétéro-agressive, signes d'alerte .....</b>	<b>41</b>
	Quelles sont les données de la littérature concernant la violence hétéro-agressive chez les personnes présentant une schizophrénie ? Dr R. GOUREVITCH.....	43
	Quelles sont les données de la littérature concernant la violence hétéro-agressive chez les personnes présentant un trouble de l'humeur ? Dr P. LE BIHAN.....	55
	Quelles sont les données de la littérature concernant la violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une addiction associée à une schizophrénie ou à un trouble de l'humeur ? D. L. MICHEL .....	91
	Quelles sont les données de la littérature concernant la violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une psychopathie associée à une schizophrénie ou à un trouble de l'humeur ? Pr S. HODGINS..	101
	Quels sont les apports critiques de la neuro-imagerie fonctionnelle et des neurosciences à l'évaluation de la « dangérosité psychiatrique » ? Pr P. THOMAS .....	125
	Quels sont les facteurs généraux et spécifiques de violence ? Dr MN. VACHERON .....	135
<b>3</b>	<b>Session 3. Évaluation, premier recours en cas de signes d'alerte .....</b>	<b>155</b>
	Quels sont les signes d'alerte et les premiers recours face à l'inquiétude de la famille ou du médecin généraliste dans l'anticipation de la violence ? Dr MJ GUEDJ .....	157
	Quelles préconisations cliniques proposer dans l'organisation des soins pour mieux prévenir la violence de personnes présentant une schizophrénie ou un trouble de l'humeur ? Pr JL DUBREUCQ...	169
	Comment évaluer le risque de violence des « malades mentaux » ? Des méthodes actuarielles aux méthodes d'évaluation partagée dans l'équipe soignante. Pr F. MILLAUD.....	177



## **Session 1.**

### **La « dangerosité psychiatrique » et son contexte**



## Qu'apporte l'éclairage de l'histoire au concept de dangérosité en psychiatrie ?

### Marc RENEVILLE

Chargé d'études et de recherches à la direction de l'administration pénitentiaire  
Chercheur associé au centre A. Koyré. Histoire des sciences et des techniques  
(CNRS/EHESS/MNHN), Paris

Le concept de dangérosité est à la fois évident et complexe. Évident, parce qu'il existe une littérature contemporaine foisonnante sur la dangérosité. Complexe, dans son appréhension. Si l'on admet que la psychiatrie contemporaine naît en même temps que la médecine clinique, anatomo-pathologique, au tournant donc des XVIII<sup>e</sup>-XIX<sup>e</sup> siècles, le concept de « dangérosité », lui, ne date que du siècle dernier, et il doit autant à la criminologie qu'à la psychiatrie. Envisager l'histoire de ce rapport dangérosité/psychiatrie devrait donc consister à reprendre la question dans le cadre du rapport de la psychiatrie aux savoirs pénitentiaires et plus particulièrement à la « criminologie », terme qui n'apparaît qu'en 1885, et qui est alors en concurrence avec celui de « criminalologie » et, surtout, d'une « anthropologie criminelle », dont l'ambition conceptuelle recouvre celle de la criminologie clinique contemporaine. Laissons donc les mots de la science, puisqu'ils ne permettent qu'une concordance des temps à échelle brève, et tentons une approche plus large. Si l'accord peut se faire sur la signification de la « psychiatrie », forme de savoir et de pratiques dont la configuration contemporaine fondatrice serait à chercher dans « l'aliénisme » et la théorie de l'aliénation mentale de Pinel (1745-1826) et d'Esquirol (1772-1840) ; que faut-il entendre par « dangérosité », du point de vue contemporain, d'abord ? Deux citations pour mettre au jour sinon un consensus, du moins un jugement dominant. « Qu'est-ce que la dangérosité ? », demande Dominique Barbier, dans un ouvrage consacré à cette notion. « Le terme est lui-même imprécis, ce qui rend la clinique pratiquement impossible »<sup>1</sup>. Le professeur Régis Pouget affirmait il y a dix ans, dans un ouvrage collectif visant à établir un état des lieux du rapport entre criminologie et psychiatrie : « S'il est difficile de définir la violence, il ne l'est pas moins de définir la dangérosité »<sup>2</sup>. En psychiatrie, le terme est discuté, contesté même dans sa pertinence épistémologique, et l'on pourrait ajouter à certaines critiques virulentes issues de la communauté médicale celles de criminologues, tel Guy Houchon, ou de sociologues pénalistes, tel Philippe Robert qui stigmatise un « concept amorphe »<sup>3</sup>. On reviendra en conclusion sur ce mouvement critique, mais il signale d'emblée que l'enquête rétrospective ne peut s'appuyer sur une définition exacte et consacrée par l'état de la science contemporaine.

Prise au sens large, la « dangérosité » est l'expression d'un état de danger qui peut se focaliser, comme l'a rappelé C. Debuyst, sur la personne ou sur la position ou la situation par rapport au groupe ou à autrui<sup>4</sup>. Concentrée sur la personne, la dangérosité dit l'état dangereux du sujet. On associe souvent dans cette perspective, au diagnostic de

---

<sup>1</sup> Dominique Barbier (dir.), *La dangérosité. Approche pénale et psychiatrique*, Toulouse, Privat, 1991, p. 15.

<sup>2</sup> Régis Pouget, « La dangérosité », T. Albernhe (dir.), *Psychiatrie et criminologie*, Paris, Ellipses, p. 64.

<sup>3</sup> Michel Landry, *L'état dangereux. Un jugement déguisé en diagnostic*, Paris, L'Harmattan, 2002 ; Guy Houchon, « Evolution du concept de dangérosité en criminologie européenne (« vingt ans après... »), *Criminologie*, 1984, vol. XVII, n° 2, pp. 79-91 ; Philippe Robert, « La crise de la notion de dangérosité » in *La question pénale*, Genève, Droz, 1984, p. 138-160.

<sup>4</sup> C. Debuyst, « Le concept de personnalité dangereuse considéré comme expression d'un point de vue » in C. Debuyst (dir.), *Dangérosité et justice pénale. Ambiguïté d'une pratique*, Paris Genève, Masson, Médecine et hygiène, 1981, p. 19-34.

dangerosité du sujet, l'hypothèse ou l'affirmation d'une étiologie mettant en évidence des anomalies constitutionnelles. Cette perspective a longtemps eu pour programme de recherche la définition de la personnalité criminelle. La seconde perspective tente d'articuler le sujet - qui n'a pas nécessairement une « personnalité criminelle » - aux conditions du milieu à partir desquelles il devient susceptible de commettre une infraction. Il s'agit donc d'une approche psychosociale. La variante sociologique de cette perspective serait l'approche interactionniste. La dangerosité est conçue dans ces deux variantes comme un processus dynamique, mais elle est appréhendée dans l'approche interactionniste comme une action de stigmatisation dans une relation de pouvoir : la dangerosité, alors, c'est toujours l'autre, qu'il s'agisse d'un individu isolé ou d'un groupe.

L'histoire de la relation de la dangerosité à la psychiatrie devrait englober ces deux perspectives, tout en rendant compte de leurs multiples dimensions car l'état de dangerosité, même réduit à un point de vue statique, est toujours un état de relation. Qui est dangereux, pour qui ? Pour soi, pour les autres, les proches, la famille, les victimes, les personnels prenant en charge l'individu, mais aussi la société. La dangerosité, en ce sens, est toujours l'irruption avérée ou potentielle d'un désordre et met en lumière, par contrejour, ce qu'est ou ce que devrait être l'ordre et la norme. Une telle histoire dépasserait le cadre imparti. On se contentera donc de quelques coups de sonde dans les deux derniers siècles, pour tenter ensuite de dégager une ligne de force liée à l'histoire de la dangerosité en psychiatrie.

### **Ordre public et aliénation mentale, de 1789 à 1838**

Dans son acception large, la question de l'état dangereux fut, avant d'être une question psychiatrique, un problème politique de gestion de maintien de l'ordre. Sous l'Ancien régime, les situations de mise en danger de l'ordre public n'étaient pas toutes réglées par un droit pénal qui prononçait des peines d'élimination (peine de mort) ou d'exclusion (bannissement, galères, etc.) et il faut rappeler ici que, si la prison pénale occupe une place marginale dans l'Ancien droit, il existait des modalités d'enfermement qui ne passaient pas par une décision judiciaire. Ces mesures prises par ordre du roi ou de police permettaient d'incarcérer des individus « jusqu'à nouvel ordre » dans des lieux (prison ordinaire, maison de force, dépôt de mendicité, quartier de force des hôpitaux généraux, etc.) où la durée de détention se trouvait de facto « indéterminée ». Ce n'est qu'à partir de la circulaire Breteuil que l'on tenta de fixer les temps de réclusion selon la nature des individus<sup>5</sup>. Si la psychiatrie n'était encore que très rarement convoquée pour apprécier le caractère dangereux des individus, l'impératif de neutralisation des individus troublant l'ordre public était donc bien déjà, lui, ancré dans des pratiques qui négligeaient parfois le principe de légalité.

La période révolutionnaire tenta de combler cette lacune par une série de textes. Ce fut d'abord l'article 9 du décret du 27 mars 1790 portant abrogation des lettres de cachet, la loi des 16-24 août 1790 sur l'organisation judiciaire, dont l'article 3 du titre XI confiait « à la vigilance et à l'autorité des corps municipaux [...] le soin d'obvier ou de remédier aux événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par des insensés ou par des furieux laissés en liberté, et par la divagation des animaux malfaisants et féroces », la loi enfin des 19-22 juillet 1791, qui sanctionnait pénalement ceux qui laisseraient divaguer les insensés de leur famille et qui stipulait que l'interdiction des aliénés devait dans tous les cas être entérinée par un tribunal<sup>6</sup>. Cette formalité était dictée par la double volonté de maintenir l'ordre public et de faire respecter les droits du citoyen-aliéné en donnant un caractère légal

---

<sup>5</sup> La circulaire Breteuil (mars 1784) recommandait la détention à vie pour les fous agités, un à deux ans pour les libertins et débauchés non délinquants et trois ans pour les femmes scandaleuses ou pour les personnes ayant commis une indécence au détriment de la famille. D'après Nicole Castan, « Du grand renfermement à la révolution » in J. -G. Petit (Ed.), *Histoire des galères, bagnes et prisons*, Toulouse, Privat, 1991, p. 45-77; (p. 71).

<sup>6</sup> Pour un aperçu historique sur le contrôle judiciaire dans la procédure d'interdiction, de la Révolution à nos jours, voir l'article d'Olivier Guérin, « Le juge garant de la liberté individuelle : l'illusion du droit » in F. Chaumon et N. Vacher, *Psychiatrie et justice*, Paris, La Documentation française, 1988, p. 88-98.



à son enfermement. Si l'autorité administrative pouvait provoquer la détention d'un aliéné troublant l'ordre public, c'était au pouvoir judiciaire qu'il appartenait de statuer définitivement sur la nécessité de maintenir ou de relaxer l'individu. Les principes de l'interdiction furent précisés dans le Code civil de 1804. L'exposé des motifs fait par Emmery montre bien qu'une telle mesure visait autant à « protéger » la société qu'à protéger l'individu car les autorités publiques ne devaient intervenir que dans les cas prévus dans l'article 491 où la « fureur » de l'insensé menace « le repos et la sûreté publique »<sup>7</sup>. Dans tous les autres cas, c'était à la famille seule de statuer sur l'avenir de l'aliéné (art. 490). Elle pouvait garder l'aliéné, à condition de l'empêcher de troubler l'ordre public. Cette clause restrictive fut renforcée par le code pénal de 1810, qui prévoyait des peines de police pour ceux qui auraient laissé « divaguer des fous ou des furieux étant sous leur garde » (Art. 475 n°7).

Concrètement, l'interdiction devait être prononcée à l'aune de critères psychologiques et sociaux et Emmery proposait une description correspondant à une folie intermittente, avec des intervalles lucides. L'article 489 du code civil est ici très clair en stipulant que « le majeur qui est dans un état d'imbécillité, de démence ou de fureur doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides ». Cette description ne recouvrait pas totalement la manie raisonnante de Pinel, car si la raison de l'insensé pouvait bien « se percevoir de loin en loin » selon Emmery, ses « paroles et ses actions de tous les jours » étaient bien celles d'un insensé<sup>8</sup>. L'énoncé de l'article 489 montre toutefois que les juristes ne se limitaient pas à une représentation de la folie en termes de fureur ou de démence complète et continue. Le second point important de cette pratique, c'est que l'interdiction par voie judiciaire fut délaissée au profit d'enfermements par procédure administrative.

L'initiative des procédures d'enfermement venait souvent des maires des villages ou des commissaires, agents de police qui faisaient entrer en considération dans leur procès-verbaux le trouble de l'ordre public, les dommages matériels et les risques que comportait la libre circulation de tels individus. Lorsque le préfet prononçait son arrêté de détention, il ne stipulait jamais le temps de la réclusion. La formule qui revenait souvent était la suivante : « Considérant qu'il est dangereux pour la sûreté publique de laisser plus longtemps divaguer cet infortuné, dès lors il devient nécessaire qu'il soit détenu dans une maison de force ». La nécessité d'une expertise médicale n'était pas indiquée par la loi et, en pratique, il était rarement fait appel à un médecin dans ces procédures.

A Paris même, il n'y avait eu en 1838 que 60 à 70 jugements d'interdiction pour 1 300 internements<sup>9</sup> ! L'existence de ces procédures où l'administratif prévalait sur le judiciaire montre bien que les principes de « dangérosité » et de « défense sociale » étaient mis en pratique comme pour le cas des mendiants que nous avons évoqué plus haut et ce, bien avant que les positivistes ne les conceptualisent. Il faudrait reconsidérer à cet égard l'argumentation de Foucault qui, reprenant en fait une analyse de Françoise Tulkens, tendait à démontrer que la notion d'état dangereux s'était moins imposée dans la pensée pénale par l'école positiviste italienne que par le droit civil allemand, dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle<sup>10</sup>. Rappelons l'argument : les juristes au civil auraient conceptualisé une « responsabilité sans faute » et c'est; selon Foucault, cette « dépenalisation de la responsabilité civile » qui constitua un modèle pour le droit pénal : « en éliminant l'élément de la faute dans le système de la responsabilité, les civilistes introduisaient dans le droit la

---

<sup>7</sup> Article 489 du Code civil : « le majeur qui est dans un état d'imbécillité, de démence ou de fureur doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides. »

<sup>8</sup> Voir l'analyse menée par Michel van de Kerchove in « Le juge et le psychiatre. Evolution de leurs pouvoirs respectifs » in Gérard P. et M. van de Kerchove (Eds.), *Fonction de juger et pouvoir judiciaire*, Bruxelles, 1983, p. 311-390.

<sup>9</sup> Les autres internements viennent donc soit d'une initiative familiale, soit, c'est le cas le plus fréquent, policière. Les chiffres sont tirés de O. Guérin, *op. cit.*, p. 89.

<sup>10</sup> M. Foucault, « L'évolution de la notion "d'individu dangereux" dans la psychiatrie légale », *Déviante et société*, 1981, vol. 5, n°4, p. 403-422 (1978). Reproduit in *Dits et écrits*, vol, III, p. 443-464.

notion de probabilité causale et de risque, et ils faisaient apparaître l'idée d'une sanction qui aurait une fonction de défendre, de protéger, de faire pression sur d'inévitables risques »<sup>11</sup>.

S'il est probable que de tels déplacements ont pu jouer un rôle à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, notamment en Belgique et en Allemagne, comme l'a bien démontré Françoise Tulkens dans le cadre de ses recherches sur la généalogie de la défense sociale belge, il reste difficile d'en évaluer le degré en France<sup>12</sup>. Il est évident en revanche qu'ils n'ont pu que confirmer tout au plus une pratique qui a débuté dans le droit civil certes, mais non pas en direction des industriels mais à l'égard des « insensés » et des « animaux sauvages ». La transgression des formes d'enfermement légal et le mépris de l'instance judiciaire laisse transparaître une peur sociale à l'égard de ceux qui troublent les bonnes mœurs : peur des pouvoirs locaux d'abord, qui entendent faire respecter l'ordre public; et honte de la famille, qui préfère éviter la publicité d'un procès qui permettait d'assurer les droits de l'aliéné, etc. On peut dire ainsi que la pratique d'une « défense sociale » qui ne dit pas alors son nom a été mise en œuvre bien avant la naissance du concept de « dangérosité », sous le poids de deux pratiques généralisées : l'enfermement administratif illégal des aliénés et l'enfermement des enfants délinquants déclarés irresponsables<sup>13</sup>.

Il faudrait également ajouter à ce tableau l'évolution d'une justice pénale qui, loin de rester figée et arc-boutée sur le principe du libre-arbitre et des peines fixe, inaugure, dans les années 1840, un mouvement vers l'individualisation des peines. En droit d'abord, avec la loi du 28 avril 1832 qui introduit les circonstances atténuantes en matière criminelle, en doctrine ensuite, avec l'école néoclassique, emmenée par un Pellegrino Rossi qui illustre ce point de jonction méconnu avec l'école positiviste à venir : « *Pourquoi la loi pénale ? Pourquoi vouloir que justice se fasse ? Pour conserver et protéger l'ordre social* »<sup>14</sup>.

Qu'en est-il maintenant du côté des aliénistes ? La première époque de la psychiatrie est dans ce que G Lantéri-Laura appelle le « paradigme de l'aliénation mentale »<sup>15</sup>. Or, dans ce paradigme, la dangérosité sociale du sujet aliéné n'est pas une préoccupation prioritaire des aliénistes. Elle passe même, et c'est ce qui va leur être reproché, dans la fameuse querelle de la monomanie homicide, au second plan : pour Pinel, Esquirol et Georget, c'est là un point qu'ils partagent parmi bien des divergences par ailleurs, c'est le statut du malade qui prévaut sur les actes commis par le sujet aliéné. Si la question de l'état dangereux du sujet aliéné est présente dès les débuts de l'aliénisme, c'est surtout et essentiellement, pour ces aliénistes, par le biais de la mise en avant de l'assistance au malade mental, qui est par son état pathologique en danger pour lui-même. Cette sensibilité philanthropique est un trait identitaire de l'aliénisme avant 1838. On la voit parfaitement à l'œuvre dans le débat sur la monomanie homicide, avec des prises de position très engagée sur la critique du système pénal, de la procédure et de l'échelle des peines, la peine de mort étant sévèrement critiquée comme pouvant aboutir, en cas de condamnation d'un monomane, à un crime juridique. Mais si la monomanie homicide marque le premier point de contact entre crime et folie, la première entité clinique cherchant à expliquer le passage à l'acte, ou certains passages à l'acte, elle marque aussi l'impasse clinique de ce paradigme, qui tient autant à l'étiologie passionnelle de l'aliénation mentale qu'à la dimension philanthropique de ses acteurs.

---

<sup>11</sup> *Ibid.*, p. 461.

<sup>12</sup> F. Tulkens (textes recueillis par), « Introduction » in *Généalogie de la défense sociale en Belgique (1880-1914)*, Bruxelles, E-Story Scienza, 1988, p. 8

<sup>13</sup> Enfermement prévu par le Titre V, art. 1 et 2 du code de 1791.

<sup>14</sup> P. Rossi, *Traité de droit pénal*, Paris, Guillaumin, 1863 (1829), vol. 2, p. 231.

<sup>15</sup> G. Lantéri-Laura, *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Éditions du Temps, 1998.

## Vers la dangérosité en psychiatrie

Le temps des aliénistes philanthropes a été éphémère. Une fois acquis pour l'aliéné le statut de malade, c'est la vieille peur du désordre social qu'il inspire qui a repris le dessus, et durablement. Il est vrai qu'elle n'avait jamais disparu. La distinction bien nette du criminel et du sujet de la folie valait peut-être pour les aliénistes, mais en dehors de leur communauté alors restreinte, la proximité des deux figures troublaient les frontières. En 1835, Adolphe Thiers, alors ministre de l'Intérieur, exprimait un sentiment diffus mais fort lorsqu'il écrivait, dans la circulaire du 29 juin 1835 que « la sûreté publique est souvent compromise par des insensés en état de liberté. Des meurtres et des incendies ont été commis par eux, et tout semble annoncer que les désordres et les accidents graves dont ils sont la cause deviennent chaque jour plus fréquents »<sup>16</sup>.

La posture philanthropique des premiers aliénistes s'estompe au milieu de la Monarchie de Juillet. Ce tournant correspond au déclin général de la philanthropie mais aussi, plus spécifiquement, au fait que les aliénistes trouvent la voie du pouvoir et du gouvernement avec la loi du 30 juin 1838. S'esquisse alors la recherche d'un consensus autour de la question de la prise en charge des aliénés, des criminels et des criminels-aliénés. Le discours prononcé en 1863 à la *Société médico-psychologique* par Eugène Dally (1833-1887) peut être considéré comme le manifeste du positivisme psychiatrique sur cette question car il servit longtemps de références à ses collègues. Tout en adoptant la théorie de la dégénérescence, Dally y affirmait qu'il était quasiment impossible de trouver des critères fiables permettant de distinguer les criminels des fous, comme le montrait bien les interminables querelles de diagnostic devant les cours judiciaires. En outre, cette question de distinction n'était guère pertinente car la criminalité et la folie constituaient « deux manifestations spéciales de la déchéance organique, héréditaire ou acquise... » et l'existence d'une prédisposition criminelle lui semblait « aussi incontestable que les plus incontestables prédispositions morbides »<sup>17</sup>. Pour Dally, le criminel ou le fou-criminel était irresponsable au sens pénal mais responsable par rapport à la société<sup>18</sup>. La question clinique du diagnostic différentiel passait après les impératifs du maintien de l'ordre ou plutôt, ceux-ci devaient informer celle-là. C'est ce qu'explique très bien en 1889 le docteur Semal, qui dirige l'asile d'aliénés de Mons : « Est-ce trop demander à la société actuelle, écrit-il, de mettre son régime répressif en accord avec les incontestables acquisitions de la science en promulguant qu'entre le crime, qu'elle a le droit de punir, et la maladie, dont elle a le devoir de poursuivre la cure, il y a une situation médiane exigeant de sa part une neutralité armée ? »<sup>19</sup>.

Ainsi, si la médecine mentale a pu s'inscrire partiellement dans le premier tiers du XIX<sup>e</sup> siècle dans une opposition revendicative par rapport aux institutions en place (qui renvoie aux itinéraires personnels de Ferrus, Trélat, Georget, etc.), la situation s'est inversée sous la Monarchie de Juillet. La loi du 30 juin 1838 est sur ce point une date essentielle puisque les médecins-aliénistes sont unanimes à mettre en avant dans les débats le maintien l'ordre social<sup>20</sup>. Les aliénistes ont également revendiqué une compétence en matière de distinction de la folie et du crime, à travers la pratique de l'expertise mentale au pénal. La lutte fut ici plus rude, la reconnaissance de cette compétence fut longtemps incertaine. L'expertise

---

<sup>16</sup> Circulaire n° 22 du 29 juin 1835 d'Adolphe Thiers, ministre de l'Intérieur « Sur les frais de traitement et d'entretien des insensés indigents ».

<sup>17</sup> Prosper Lucas, *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle*, Paris, J.-B. Baillière, 1847.

<sup>18</sup> Une reconstitution similaire de la philosophie pénale est défendue par Prosper Despine, *De la folie au point de vue philosophique ou plus spécialement psychologique étudiée chez le malade et chez l'homme en santé*, Paris, F. Savy, 1875.

<sup>19</sup> François Semal, *Des prisons-asiles pour criminels-aliénés et instinctif*, Bruxelles, Larcier, 1889, p. 57.

<sup>20</sup> R. Castel, *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Editions de Minuit, 1976. Sur le débat parlementaire, voir aussi G. Landron, « Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés », *Déviance et Société*, 1995, XIX, 1, p. 3-21.

mentale en matière criminelle devait toutefois être promise à une relative systématisation en 1905 par la voie d'une circulaire du Garde des Sceaux aux parquets généraux, suivant une conception classique de la pénologie. La mission de l'expert s'y trouvait en effet posée en termes d'évaluation de la responsabilité et l'atténuation dûment constatée de celle-ci devait avoir pour conséquence « une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi » (circulaire Chaumié du 20 décembre 1905)<sup>21</sup>. Il y a donc loin de cette circulaire aux principes de la défense sociale. Ce ne sont pourtant pas les velléités de légiférer qui manquent. Depuis le début de la Troisième République, les textes portant réforme de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés s'accumulent sur le bureau de la Chambre des députés. Les projets déposés visent à prévenir les enfermements abusifs ayant fait scandale sous le Second Empire, mais ils soulignent aussi que « la loi de 1838 ne protège pas, d'une manière suffisante, les intérêts sociaux contre les aliénés criminels »<sup>22</sup>. Ils suggèrent tous de satisfaire l'ancienne revendication des aliénistes concernant la création d'un ou plusieurs asiles spéciaux pour gérer les sujets étant à mi-chemin entre le crime et la folie. Les sociétés savantes sont unanimes sur la nécessité d'une telle réforme car cette revendication s'inscrit dans le premier tiers du XX<sup>e</sup> siècle dans un contexte de « crise de la répression ». C'est ainsi que le procureur Loubat proteste en 1913, dans une lettre adressée au quotidien *Le Temps*, de l'application exagérée qui est faite de la circulaire Chaumié, tant en matière de police correctionnelle qu'aux Assises, par les médecins : « L'un proclame l'irresponsabilité partielle, parce que l'accusé a de l'asymétrie de la face ; l'autre parce que l'accusé a un tic de la paupière ». Ce ne sont là au jugement du procureur que des « fantaisies » aboutissant à des peines atténuées affaiblissant la répression du crime<sup>23</sup>. Pourtant, dans les affaires Soleilland, Gorguloff et Papin, les experts psychiatres ont conclu à la responsabilité pénale des coupables. Ils font de même en 1919 dans l'affaire Landru<sup>24</sup>. Ces affaires extraordinaires sont-elles des exceptions à la règle dénoncée par Loubat ? D'autres sources tendent à démontrer que l'impact de la circulaire Chaumié dans la modification des pratiques judiciaires a été, dans certains départements, très limité. S'il y a eu par exemple dix demandes d'expertise mentale en matière criminelle dans le Calvados de 1900 à 1907, on n'en compte pas plus de treize de 1908 à 1914. L'installation de psychiatres dans le département (Baruk, Levassort, Corcket, Mercier, etc.) n'a même pas fondamentalement infléchi une pratique d'expert qui continue d'éviter de prononcer la responsabilité atténuée dans les grosses affaires<sup>25</sup>. Le 12 octobre 1912, Joseph Grasset adressait une lettre ouverte au Garde des Sceaux pour constater cette inertie en lui trouvant, dans le même temps, une explication. Si la responsabilité atténuée est très peu signalée par les psychiatres, explique-t-il, c'est qu'il subsiste une lacune dans la législation pénale. Les magistrats n'ont à leur disposition que l'article 64, qui renvoie à une totale irresponsabilité, ou l'article 463 sur les circonstances atténuantes, qui implique une réduction de peine. La prise en compte de la dangérosité en matière pénale est ainsi impossible. Joseph Grasset demande donc une révision de la loi pour « rendre obligatoire l'internement du demi-responsable dans un asile spécial dès son premier forfait, et permettre de l'y retenir en traitement [...] c'est-à-dire, dans certains cas de demi-folie incurable, pendant toute la vie du criminel »<sup>26</sup>.

---

<sup>21</sup> Georges Lantéri-Laura, « Evolution de la fonction d'expert au pénal : du code de 1810 à la circulaire Chaumié » in H. Grivois (dir.), *Les monomanies instinctives : funestes impulsions*, Paris, Masson, 1990, p. 39-60 ; M. Renneville, *Crime et folie. Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Paris, Fayard, 2003, p. 347-363.

<sup>22</sup> Léon Dayras, *La loi des aliénés. Des mesures législatives à prendre à l'égard des aliénés dits « criminels »*, Besançon, Ch. Marion, Morel et Cie, 1881, p. 15.

<sup>23</sup> William Loubat, « Lettre au Temps sur les demi-fous », AAC, 1913, p. 941. Cité par M. Kaluszynski, *La République à l'épreuve du crime*, Paris, LGDJ, 2002, p. 139.

<sup>24</sup> Pierre Darmon, *Landru*, Paris, Plon, 1994, p. 141.

<sup>25</sup> Françoise Muse, *L'homicide dans le Calvados de 1811 à 1914*, mémoire de CES de psychiatrie, Université de Caen, 1980, p. 547.

<sup>26</sup> Cité in Alexandre Reulos, *Réforme du code pénal. Rapport présenté à M. le premier Président Eugène Dreyfus...*, Paris, Gazette du Palais, 1933, p. 33. Proposition reprise in J. Grasset, *Devoirs et périls biologiques*, Paris, Alcan, 1917, p. 505-506.

Huit ans plus tard, deux psychiatres dénoncent une situation bloquée. D'une part, « la criminalité (toutes les statistiques en font foi) progresse de façon constante », de l'autre, la prise en compte de « l'état mental du criminel » n'aboutit en pratique qu'à l'impunité ou à l'atténuation de la peine. Or c'est une erreur, puisque ces personnes « aux frontières de la folie » - on parle de nos jours d'« états limites » - sont des déséquilibrés, des anormaux constitutionnels, des vicieux et des pervers dangereux, qui n'ont leur place ni à l'asile, ni en prison<sup>27</sup>. Ouverte en 1910, la troisième section de l'hôpital de Villejuif (future UMD H. Colin) est jugée bien insuffisante car elle ne peut accueillir plus de soixante malades hommes mais elle doit servir de modèle à la construction de nouveaux établissements. Ingénuité ou cynisme ? Ces deux internes rappellent que de tels asiles-prisons ont déjà existé en France : il s'agissait de la Bastille et des prisons royales de l'Ancien régime. Les temps donc ont bien changé. Loin de se défendre de l'analogie brandie autrefois par Dupin et Tardif, la position de ces deux aliénistes montre que l'infamie du lieu est tombée. Car qu'était au fond, d'après eux, la Bastille ? Un lieu pour enfermer « une foule de délinquants et de criminels, de fanatiques, de dégénérés malfaisants et d'anormaux constitutionnels, en un mot d'êtres antisociaux ou inadaptés au milieu social, dont l'élimination s'impose »<sup>28</sup>.

Si cette notion de « crise » autorise bien des recoupements entre les champs judiciaires et psychiatriques, elle recouvre aussi des réalités assez différentes dont la somme permet d'esquisser la spécificité de la situation française<sup>29</sup>. En 1914, le magistrat Albert Rivière estime que la crise répressive tient pour une large part au fait que les enfants, les prostituées, les vagabonds, les mendiants, les alcooliques et les demi-responsables ont été soustraits au droit pénal. Ce serait là, en plus des abandons de poursuite, la principale cause du déclin constatée depuis 1874 de la population pénale. Ce mouvement, interrompu sur les années encadrant la première guerre mondiale, a repris son cours dans l'entre-deux-guerres<sup>30</sup>. A tel point qu'en 1926, l'administration pénitentiaire projette de fermer plus de 200 établissements de détention (principalement des maisons d'arrêt) et réduit le nombre de ses régions administratives de 21 à 16 (circulaire du 23 septembre). Après 1926-27 et jusqu'en 1939, la population pénale ne dépasse plus les 24 000 personnes. Des établissements ferment leurs portes, tant pour les jeunes détenus (Gaillon, Saint-Bernard, Auberive, Val-d'Yèvre) que pour les adultes (Thouars et Saint-Lazare en 1926, la Conciergerie et le Dépôt en 1934, Montpellier en 1935, etc.)<sup>31</sup>.

Le système asilaire est aussi discuté que le système pénitentiaire, mais sur une dynamique démographique inverse. Alors que la population asilaire comptait environ 40 000 personnes en 1874, elle s'élève à 77 700 en 1926. Le nombre total d'établissement de soins est passé dans la même période de 102 à 116 et la population traitée, de 52 000 à 106 000 personnes<sup>32</sup>. L'enfermement asilaire est pourtant vivement critiqué au sein même de la communauté médicale. L'échec du traitement moral en milieu fermé a suscité dès le XIX<sup>e</sup> siècle l'expérimentation de nouvelles formes de prise en charge (asile « ouvert », colonie, placement familial, etc.). Certains médecins en appellent aussi au vieux principe de prévention : les anormaux étant ignorés par la justice et arrivant trop tard à l'asile, il faut les

---

<sup>27</sup> Julien Raynier et Louis Vian, « Anormaux constitutionnels criminels et délinquants », *Annales médico-psychologiques*, 1920, p. 23-38.

<sup>28</sup> *Ibid.*, p. 35. Les auteurs s'appuient sur les travaux de Sérieux et Libert, notamment *Le régime des aliénés en France au XVIII* (1914).

<sup>29</sup> Sur la crise pénale et l'effervescence « sécuritaire » avant 1914, voir D. Kalifa, *Crime et culture au XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Perrin, 2005, p. 257-297.

<sup>30</sup> Marie-Danièle Barré, « 130 années de statistique pénitentiaire en France », *Déviante et société*, 1986, vol. 10, n°2, pp. 107-128.

<sup>31</sup> Eléments tirés de Christian Carlier, *L'administration pénitentiaire et son personnel dans l'entre-deux-guerres*, DAP, 1989, p. 45-50. Les chiffres comprennent les prévenus et les condamnés.

<sup>32</sup> D'après la *Statistique générale de la France*, étude de Edouard Toulouse, Roger Dupouy et Marcel Moine, « Statistique de la psychopathie », *Annales médico-psychologiques*, 1930, 2, p. 390-404.

repérer avant qu'ils n'entrent dans une phase malade irrémédiable, avant même qu'ils aient commis leur premier délit. Ces médecins demandent à sortir des asiles pour agir sur la population libre. Cette stratégie thérapeutique de dépistage est parallèle à la création de « services ouverts » visant à prendre en charge les malades mentaux ne nécessitant pas de mesures d'internement. Ces patients « inoffensifs » ou « petits mentaux » sont suivis dans des services spécifiques, aménagés à l'initiative des psychiatres des hôpitaux ou des asiles. Vers 1900, Henri Claude à la Salpêtrière et Gilbert Ballet à Saint-Antoine suivent les patients curables sans internement. Jules Déjerine pratique des « cures d'isolement et de régime » pour les « psychonévropathes » de la Salpêtrière. Régis fait de même à Bordeaux, Raviart à Lille, Lépine à Lyon, Mairet à Montpellier. Les départements de l'Aisne, du Finistère, du Loiret, de l'Isère, du Lot, de la Manche, de la Somme prennent des dispositions similaires et Antoine Porot développa des services similaires à Tunis et à Alger.

Un psychiatre fut à la pointe de cette politique, en même temps qu'il la théorisa. Il s'agit d'Edouard Toulouse (1865-1947), dont la postérité est attachée à la création en 1922 du premier service ouvert à l'hôpital Sainte-Anne<sup>33</sup>. Toulouse a créé en 1897 un laboratoire de psychologie expérimentale, futur institut de « psychiatrie et de prophylaxie mentale ». En 1912, il participe à la création de la Société française d'eugénisme. En 1920, il fonde avec le docteur Georges Genil-Perrin la Ligue d'hygiène et de prophylaxie mentale. Celle-ci comprend des commissions couvrant les domaines dans lesquels la prévention médicale doit s'exercer. La première concerne les maladies générales et les troubles mentaux, la seconde vise la lutte contre l'alcoolisme (présidée par le docteur Legrain), la troisième étudie l'enfance anormale (présidée par le docteur Roubinovitch), la quatrième porte sur le travail professionnel, la cinquième sur les « antisociaux » (présidée par le docteur Henri Colin), la sixième s'intitule « dispensaires et services ouverts » (présidée par E. Toulouse). En 1931, Toulouse crée l'Association d'études sexologiques puis, en 1932, les Sociétés de biotypologie et de prophylaxie criminelle avec le concours de Justin Godart, ministre de la Santé publique, des professeurs Charles Achard et Henri Claude, des docteurs Roubinovitch et Heuyer, du procureur général de la Cour de cassation (Paul Matter) et de quelques autres magistrats. Le secrétaire général est le docteur André Ceillier et son adjoint est le docteur Paul Schiff<sup>34</sup>. Le 24 juin de cette même année, ces organisations se réunissent en séance solennelle dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne pour débattre de la « prophylaxie des maladies mentales », de la « prévention du crime » et de la « défense de la race ». Toulouse explique à l'auditoire que « le problème du crime est étroitement lié au problème de la folie, car l'un fait souvent le lit de l'autre. Les récidivistes sont des anormaux dans une proportion qui n'est pas inférieure à 80 % »<sup>35</sup>. Pour Toulouse, l'accord peut se faire sur le constat scientifique bien établi que « le crime est un fait biologique comme la tuberculose ou les anomalies sexuelles. C'est à ce fait biologique qu'il faut tout ramener pour ordonner à l'égard de chaque malheureux anormal un jugement équitable, un traitement curatif et d'abord pour la collectivité des méthodes prophylactiques »<sup>36</sup>. Toulouse milite ainsi pour la multiplication des dispensaires d'hygiène mentale et de prophylaxie afin de dépister les fous et les criminels avant même qu'ils ne passent à l'acte car « l'hôpital psychiatrique ouvert doit être le pivot de toute organisation prophylactique »<sup>37</sup>. Il prône en même temps les mérites de la « biocratie », un régime politique qui serait éclairé par les experts médecins spécialistes de

---

<sup>33</sup> Sur l'œuvre de Toulouse, voir Jean-Bernard Wojciechowski, *Hygiène mentale et hygiène sociale : contribution à l'histoire de l'hygiénisme*, Paris, L'Harmattan, 1997 ; Anne-Laure Simmonot, *Hygiénisme et eugénisme au XXe siècle à travers la psychiatrie française*, Paris, Seli Arslan, 1999 ; Alain Drouard, *L'eugénisme en questions. L'exemple de l'eugénisme « français »*, Paris, Ellipses, 1999 ; Michel Huteau, *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République. La biocratie d'Edouard Toulouse (1865-1947)*, Paris, L'Harmattan, 2002.

<sup>34</sup> M. Huteau, *op. cit.*, pp. 232-234.

<sup>35</sup> E. Toulouse, cité par Jean-Bernard Wojciechowski, *op. cit.*, vol. 2, p. 163.

<sup>36</sup> E. Toulouse, « L'expertise psychiatrique », *Annales de médecine légale*, 1934, p. 237.

<sup>37</sup> E. Toulouse, « Le mouvement français de prophylaxie mentale. Congrès international d'hygiène mentale à Washington. 1930 », *La prophylaxie mentale*, 1930, n°25, p. 204.

la reproduction humaine, de la prévention et de la guérison de tous les fléaux sociaux. L'ordre social ne pouvant s'établir sur un désordre biologique, les politiques doivent avoir le courage de favoriser la reproduction d'êtres de qualité en enrayant la multiplication de tarés dont le coût social est élevé. Ce concept de « biocratie » met en synergie des mesures aussi différentes que les services ouverts d'assistance aux « petits mentaux », la concentration des aliénés les plus dangereux dans des asiles de sûreté et la mise en place d'une politique étatique d'amélioration de la qualité biologique de la population pouvant aboutir à la stérilisation des individus les « moins aptes », qu'ils soient fous ou criminels. Toutefois, pour opérer ce tri sur une grande échelle, il faut parvenir à classer correctement les individus lors de l'examen de dépistage des tendances criminelles chez les antisociaux car, comme le notera bientôt le député médecin Paul Caujole, « les crimes sont rares qui éclatent comme l'orage dans un ciel serein »<sup>38</sup>.

En attendant le développement des services ouverts où seraient pratiqués ces dépistages, la plupart des psychiatres admettent, d'une part, qu'il n'y a pas de frontière nette entre l'aliénation et la psychopathie, d'autre part, que les conditions même de l'expertise mentale sur les prévenus, les inculpés et les condamnés sont déplorables<sup>39</sup>. Ce dernier point constitue de la part des experts une récrimination aussi ancienne que leur fonction. Elle a déjà trouvé à s'exprimer pendant la querelle de la monomanie homicide et elle n'a cessé, depuis, d'alimenter l'actualité de la médecine légale. Les demandes des experts vont de la nécessité d'une formation spécifique à une juste rétribution de leurs actes<sup>40</sup>. L'état de la question n'a donc guère évolué. Dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, Henri Colin appelait à la création dans les grandes prisons d'annexes spéciales d'observation pour les inculpés présumés aliénés<sup>41</sup>. On sait que la Belgique allait devancer la France sur ce point, et à partir des années 1920, la Belgique sert effectivement de modèle aux partisans d'une réforme en France<sup>42</sup>. Ces derniers considèrent les principes de la « défense sociale » « inattaquables » selon le rapport que le professeur Victor Balthazard produit à la Société générale des prisons, en 1922<sup>43</sup>. Il n'est ainsi pas étonnant que la commission de réforme pénitentiaire instaurée en 1924 par le gouvernement français conclue, en 1925, à la nécessité de créer des « centres de triage » et des « laboratoires d'anthropologie criminelle » pour procéder à la « sélection rationnelle des prisonniers ».

Chef de laboratoire à la clinique psychiatrique de la faculté de Lille, le psychiatre Robert Vullien présente en 1929 au congrès des aliénistes et neurologistes de langue française un rapport sur les conditions de l'expertise médico-légale de l'état mental des criminels dont les conclusions s'appuient, une nouvelle fois, sur l'exemple belge ; mais aussi, fait nouveau, sur l'ouverture de la première annexe psychiatrique en France, faite à la prison de Loos-les-Lille avec la collaboration du docteur Georges Raviart. Pour Vullien, la généralisation de l'expérience lilloise aux grandes prisons françaises permettrait aux psychiatres de disposer

---

<sup>38</sup> P. Caujole, *op. cit.*, 1931, p. 110.

<sup>39</sup> Henri Claude, « Les aliénés en liberté », *Annales de médecine légale*, 1933, p. 169 ; E. Toulouse, « L'expertise psychiatrique », *Annales de médecine légale*, 1934, p. 226.

<sup>40</sup> Laurence Dumoulin, « La médecine légale aux fondements de l'expertise judiciaire », *Equinoxe. Revue de sciences humaines*, « Homo criminalis », 1999, n°22, pp. 65-77 ; M. Renneville, « De la Bastille à Charenton ? L'institutionnalisation de l'expertise mentale en France », *ibid.*, pp. 53-64 ; Frédéric Chauvaud, *Les experts du crime*, Paris, Aubier, 2000 ; F. Chauvaud et L. Dumoulin, *Experts et expertise judiciaire. France. XIXe et XXe siècles*, Rennes, PUR, 2003.

<sup>41</sup> Henri Colin, *Les aliénés criminels*. Communication faite à la séance de la Société générale des prisons du 17 novembre 1897, Paris, Imprimerie Chaix, 1897.

<sup>42</sup> La loi belge de défense sociale fait notamment l'objet d'un rapport de l'avocat Simon Sasserath à la Société générale des prisons, le 1er mars 1928. Dans la discussion, le docteur René Charpentier soutient l'initiative belge sur la création des annexes psychiatriques et des laboratoires d'anthropologie criminelle (*Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1928, p. 35-36).

<sup>43</sup> V. Balthazard, « Répression et anormaux », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1922, p. 699-729 ; p. 740-765.

enfin d'un lieu dédié aux expertises médico-légales et au traitement des psychopathes délinquants. Le rapporteur commente : « Certes, comme par le passé, les aliénés seront envoyés dans les asiles ; les psychopathes légers et intimidables partageront le sort des condamnés, les amoraux incorrigibles seront justiciables d'asiles de sûreté qu'il faudra bien se résoudre à aménager ; mais la grande masse des psychopathes plus ou moins intimidables, trouveront à la prison même ce qui leur est indispensable : à savoir un hôpital organisé pour eux et un médecin pour les comprendre et les traiter s'il y a lieu »<sup>44</sup>. En s'appuyant sur l'expérience des belges, Vullien semble anticiper la création à venir des services médico-psychologiques ; mais son analyse porte également sur la révision de l'article 64 du code pénal et, là encore, on y trouve amorcée une inflexion décisive, plus d'un demi-siècle avant sa réalisation juridique. Il est en effet proposer de scinder l'article en deux alinéas, rédigés comme suit :

- 1) L'inculpé était-il en état de démence médico-légale au moment de l'acte ?
- 2) A défaut d'un état de démence caractérisée, présente-t-il des tares psychologiques influant sur son activité ? Ces tares sont-elles assez graves pour justifier des mesures spéciales ?

On le voit, il n'est plus question ici d'atténuer la peine, comme dans la circulaire Chaumié, mais de prendre des mesures spéciales, au sein même d'un cursus médico-pénitentiaire. Peine et soin apparaissent dès lors comme les deux composantes de l'administration d'une même sanction.

Dans la France des années trente, la psychiatrie légale progresse lentement dans le champ juridico-pénitentiaire sans attendre le grand soir législatif annoncé par les projets de réformes pénales, au fil des gouvernements successifs et sans grande fracture politique. Un décret du 31 mars 1936 a notamment créé à titre expérimental des services d'examen psychiatriques dans les prisons parisiennes de la Santé, de la Petite Roquette et de Fresnes, auxquels vont collaborer des psychiatres sensibilisés à la psychanalyse (A. Ceillier, P. Schiff, M. Cenac, Mlle Badonnel, etc.)<sup>45</sup>. Œuvrant en pionnier dans les prisons, Paul Schiff garde en horizon d'attente l'objectif ultime d'une prophylaxie criminelle qui ne pourra être réalisée que par l'instauration d'une véritable « collaboration médico-judiciaire » sur la mise en observation et le contrôle des sujets en « imminence criminelle », la catégorisation et la tutelle des jeunes délinquants jusqu'à leur majorité et, enfin, les soins, la surveillance et le reclassement des récidivistes et des anormaux sous un régime de peine « peu déterminée »<sup>46</sup>. Le rapprochement entre les communautés médicales et judiciaires progresse sur ce thème, avec la création au ministère de la justice d'un conseil supérieur de prophylaxie criminelle (22 mai 1936). Présidé par le garde des sceaux, ce conseil a pour vice-présidents le sénateur-maire et médecin militaire Antoine-Elie Gadaud, Paul Matter et Edouard Toulouse (arrêté du 2 juin 1936).

Si aucune grande loi de défense sociale n'a été adoptée en France, force est donc de reconnaître que la psychiatisation du système carcéral est devenue une réalité et que les racines de ce mouvement sont bien à rechercher dans cette troisième période et plus particulièrement ces années trente qui ont constitué un terrain très favorable, bien qu'il soit encore mal connu, aux échanges européens entre les communautés juridiques et médicales. Nombre de psychiatres étaient en effet convaincus, à l'image d'un Rogues de Fursac, que « dans la société future, la clinique psychiatrique et la clinique criminologique seront placées porte à porte et communiqueront largement, cela pour le plus grand bien de la science et de

---

<sup>44</sup> R. Vullien, *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1930, p. 91.

<sup>45</sup> Marcel Colin, « Annexes psychiatriques des prisons. Problèmes médico-légaux. 28e congrès international de médecine légale. Lyon 17-19 octobre 1957 », *Annales de médecine légale et de criminologie*, tome 38, 1958, n° 3, p. 134-141.

<sup>46</sup> Paul Schiff, « La prophylaxie criminelle et la collaboration médico-judiciaire », *Revue de sciences criminelles*, 1936, p. 479-492.



la défense sociale »<sup>47</sup>. Quant à Édouard Toulouse, il pouvait bien fustiger la « doctrine médico-légale retardataire » des experts qui condamnent les anormaux au nom de la défense sociale, il n'en espérait pas moins réunir lui aussi magistrats et médecins « dans une collaboration harmonieuse »<sup>48</sup>.

La réflexion théorique sur la prise en charge des délinquants « anormaux » s'est ainsi poursuivie jusqu'à la guerre avec le dépôt en 1937 d'une nouvelle proposition de loi qui évite le terme même de « responsabilité », pendant l'occupation et les actions concrètes se sont multipliées dans le contexte difficile de la libération<sup>49</sup>. Si la reprise du projet d'une grande loi pénale sur les anormaux n'a pas abouti, le plan de réforme pénitentiaire défini en 1945 par Paul Amor inscrit la nécessité de créer dans chaque établissement pénitentiaire « un service social et médico-psychologique » dans les principes de son action. Le directeur de l'administration pénitentiaire tenait alors fermement à lier la question des annexes psychiatriques à la réflexion sur l'adoption d'une loi de défense sociale. Il a favorisé dans cette perspective, dès 1946, la résurrection de l'annexe de la Petite-Roquette et l'ouverture de services similaires dans chaque direction régionale<sup>50</sup>. La poursuite de ce mouvement a permis l'ouverture simultanée en 1950 du premier système national de tri des condamnés (Centre national d'orientation à Fresnes) et du Centre d'observation spécialisé pour détenus psychopathes de Château-Thierry.

### **La dangérosité : un concept reviviscent ?**

Ces (trop) rapides coups de sonde permettent de dresser un constat : la question de la « dangérosité » du sujet psychiatrique, qu'elle soit nommée comme telle ou pas, est consubstantielle à l'histoire croisée de la psychiatrie et de la criminologie.

Bien qu'elle ait subi une relative éclipse dans les années 70, la dangérosité opère de nos jours un retour remarqué dans les politiques pénales et les champs professionnels de l'exécution des peines<sup>51</sup>. Elle ne manque pourtant pas de détracteurs. Considérée comme un « jugement déguisé en diagnostic » (Landry, 2002), un concept « porte-manteau » (G. Houchon, 1981), « amorphe » « suspect » (R. Robert, 1984), symptomatique d'une « maladie infantile de la criminologie » (C. Debuyst, 1984), la « dangérosité » semble faire depuis une vingtaine d'années l'unanimité sur sa débilité conceptuelle. L'historien des sciences est mal outillé pour analyser le présent et il n'a pas à prendre position sur ces jugements épistémologiques. Il peut toutefois relever ainsi que le concept de dangérosité paraît subir un sort assez proche de la notion de « criminel-né » de Lombroso : sans cesse critiquée, décortiquée, objet didactique exemplaire de tous les fourvoiements méthodologiques possibles, le présupposé qui la fonde – l'existence d'un « type criminel » - semble survivre à la démonstration de son inanité scientifique. Il semble en aller de même pour la dangérosité : concept nomade, entre criminologie clinique et psychiatrie, il n'en possède pas moins une étonnante capacité de reviviscence. A peine estompée par le mouvement interactionniste des années 1970, la dangérosité revient aujourd'hui en force, sinon dans le champ scientifique, du moins dans le débat sur la politique criminelle. Elle est au cœur de la volonté de prévenir la récidive, voire les infractions, avant même leur

---

<sup>47</sup> Joseph Rogues de Fursac, *Manuel de psychiatrie*, Paris, Alcan, 1923, p. 637.

<sup>48</sup> Pour une généalogie de cette jurisprudence expertale, dont les premiers signes apparaissent au XIX<sup>e</sup> siècle, voir M. Renneville, *op. cit.*, 2003, p. 241-259 ; p. 329-353.

<sup>49</sup> Lisbonne et Camboulives, « Une proposition de loi française de protection sociale relative aux délinquants mentalement anormaux », *Annales de médecine légale*, 1938, pp. 561-599 ; R. Baffos et G. Heuyer, « Les délinquants mentalement anormaux. Rapport sur la proposition de loi de MM. Lisbonne et Camboulives », *Revue de science criminelle et droit pénal comparé*, 1939, n°1, pp. 4-35.

<sup>50</sup> Paul Amor, « Rapport d'activité au conseil supérieur de l'Administration pénitentiaire. 30 janvier 1947 », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1947, p. 179-181.

<sup>51</sup> P. Mbanzoulou, H Bazex, O Razac et J. Alvarez, *Les nouvelles figures de la dangérosité*, L'Harmattan, 2008.

commission, volonté partagée par les phrénologistes, les criminologues du XIX<sup>e</sup> siècle, les partisans de la biocratie d'Édouard Toulouse et certains de nos contemporains.

La faculté de reviviscence de la notion de dangerosité tient probablement à cette capacité à accompagner les politiques de répression de la récidive. Cliniquement labile mais toujours intimement liée à la question de la récidive et de l'ordre public, la dangerosité en psychiatrie apparaît dès lors moins en situation de faillite épistémologique que comme une notion ressource, récurrente, originelle et donc, dans une certaine mesure structurelle, de la tentation criminologique d'une certaine psychiatrie. Cette situation paradoxale permet de rendre compte les jugements de valeurs diamétralement opposé qu'on peut lui accoler, dans un même champ professionnel : notion impure, mal construite, inutile ou concept en devenir, à reprendre dans une dynamique ouverte et pluridisciplinaire.

## **Comment définir la « dangerosité psychiatrique » dans le champ des dangerosités ?**

**Dr Jean-Charles PASCAL**

Psychiatre  
EPS ERASME, Antony

Le concept de dangerosité est difficile à saisir et par là à définir. Dangerosité physique, dangerosité psychologique, dangerosité immédiate ou potentielle, auto ou hétérodangerosité. Peut être considérée comme dangereuse, toute situation susceptible de provoquer un risque important de violence, de dommage ou de destruction (2) et il n'est pas sans intérêt, me semble-t-il, de se souvenir de l'origine du mot danger : *dominiarium*. Ainsi les situations de mise en danger sont multiples, qu'elles soient internes ou externes. Le sujet peut se mettre en danger ou être dangereux pour autrui dans le cadre de conduites plus ou moins conscientes, mais il peut être également victime de facteurs externes non maîtrisables.

La question qui nous est posée peut être abordée en privilégiant trois axes. Le premier concernera la pertinence de la question sous la forme : Existe-t-il une dangerosité psychiatrique spécifique ? , le second tentera d'analyser les facteurs de dangerosité psychiatrique avant d'envisager les préoccupations actuelles devant les réponses proposées.

### **Existe-t-il une dangerosité psychiatrique spécifique ?**

Le premier constat concernant la pertinence de cette question est celui, surprenant mais réel, d'une absence de consensus. Ceux que je qualifierai d'essentialistes nient toute dangerosité psychiatrique. Ils s'appuient sur le taux effectivement très faible des manifestations de dangerosité d'origine psychiatrique rapporté au nombre de personnes qui présentent des troubles mentaux, taux encore plus faible au regard de l'ensemble de la population. Les tenants de cette position soulignent que les malades atteints de psychoses graves sont essentiellement les victimes d'agressions multiples, non seulement physiques ou dans leurs biens, mais aussi sur le plan moral. Ils estiment que la violence alléguée de certains malades mentaux n'est en fait qu'une nouvelle manifestation de la stigmatisation dont ils sont l'objet.

Ainsi, de très nombreux auteurs montrent que les malades mentaux sont deux à trois fois plus souvent victimes d'actes de violence à l'âge adulte que la population générale, certains vont même jusqu'à proposer un ratio de 7 à 17 fois supérieur si on considère le statut plus général de victime. La prévalence des crimes violents envers des patients psychiatriques serait 11,8 fois plus importante qu'en population générale selon le rapport de la commission Violence et santé mentale (7). Ces différences d'appréciation sont dues aux modalités et protocoles, mais si toutes les études témoignent d'une particulière exposition des malades mentaux aux violences subies, ce constat ne renseigne pas la question posée d'une éventuelle dangerosité spécifiquement psychiatrique.

Si dans les pays industrialisés le taux des homicides est compris entre 1 et 5 pour 100 000 habitants, les troubles mentaux graves ne seraient responsables que de 0,16 homicides pour 100 000 habitants, soit un homicide sur 20. Ainsi, la plupart des auteurs s'entendent sur le fait que la prévalence d'actes violents commis par des patients qui présentent des troubles psychiatriques est plus importante qu'en population générale (8) et la réponse des psychiatres, qui par souci de protection de l'immense majorité des patients, éludent la question de la dangerosité de certains, est en fait contre-productive. Refuser de discuter

d'une question qui se pose réellement ne permet pas aux citoyens de se faire une juste représentation du problème et altère la capacité du législateur à se repérer et à moduler la réponse à donner à la dangerosité psychiatrique dans le champ des dangers. Il ne s'agit pas bien sûr d'une dangerosité qui concernerait la maladie mentale en général en tant que manifestation psychopathologique, mais de celle qui peut être liée à certaines formes majeures de pathologies sur lesquelles je reviendrai et qui s'exprime dans des conditions qu'il conviendra de préciser.

Ainsi, 3 à 5 % des violences seraient (3) dues à des malades mentaux et l'importance des gestes homicides a été soulignée, ce qui pour Millaud (8) pourrait être la cause de la représentation particulièrement négative de la maladie mentale. On relèvera d'ailleurs l'extrême violence globalisante médiatique qui fait suite à chaque agression commise par un malade mental.

Afin de ne pas surcharger inutilement cette présentation, je renverrai pour la question spécifique du rapport entre le crime et la maladie mentale à l'analyse critique très complète de la littérature effectuée sur cette question à la Société Médico-psychologique lors d'une journée consacrée en 2005 par cette société savante au rapport entre psychiatrie et violence et aux synthèses qui en ont été faites (14).

### **Analyse des facteurs de dangerosité psychiatrique**

On peut considérer que la psychiatrie classique s'est en grande partie constituée autour de la question de l'aliénation et de la responsabilité de l'aliéné dans l'acte violent ou dangereux. On entend par aliénation la conséquence des troubles liés aux pathologies schizophréniques, aux délires paranoïaques et aux troubles affectifs majeurs. Si la dangerosité psychiatrique, comme l'ont montré Jean-Louis Senon et collaborateurs (13), est liée à l'expression d'une maladie mentale, la dangerosité criminologique se situe dans une analyse de différents paramètres susceptibles de dessiner les risques d'une éventuelle récurrence.

Il peut y avoir parfois une certaine pertinence à rapprocher ces deux termes mais ce serait une faute que de les confondre. Cela reviendrait à concevoir que la maladie mentale sévère serait en elle-même un facteur de dangerosité alors que les données de la littérature montrent l'origine multifactorielle des passages à l'acte dus à des troubles psychiatriques sévères.

De nombreux auteurs relèvent que le nombre des malades mentaux ne consommant pas de toxiques (alcool et/ou stupéfiant) et qui sont mis en cause dans des actes de violence n'est pas significativement supérieur à celui de la population générale (4, 16). C'est également la position de ceux qui considèrent (18) que les biais méthodologiques sont trop importants pour lier directement le risque violent à la maladie mentale sans que soient pris en compte les conduites addictives et l'impact des phases aiguës dans l'évaluation de la dangerosité.

Il faut donc étudier, de façon précise, les différents paramètres qui peuvent faire craindre un passage à l'acte dangereux chez un malade mental et évaluer les facteurs liés à l'état mental d'un sujet, son degré d'adhésion au délire, sa capacité d'élaboration psychique ainsi que les facteurs neuropsychiques (capacités cognitives, impulsivité, rigidité). La diminution de la capacité d'autocritique, la faiblesse de l'insight, la qualité de l'observance et de l'alliance thérapeutique ainsi que, de façon générale, les valeurs et les contraintes éthiques du patient sont des paramètres essentiels. On peut rajouter à cet ensemble assez vaste la notion de violence subie dans l'enfance comme étant également un élément déterminant.

Voyer, Senon et collaborateurs (18) ont différencié les facteurs de risque statiques, non modifiables (sexe et âge) ou peu modifiables (structure de la personnalité, personnalité dyssociale, narcissique, paranoïaque), des facteurs dynamiques comme l'évaluation clinique, l'observance (et son lien avec l'importance des symptômes) ou la prise de toxiques. L'analyse de ces facteurs doit respecter un équilibre et ne pas privilégier, comme le ferait

une position actuarielle stricte, les facteurs statiques ou détriment des facteurs dynamiques au risque de figer les perspectives évolutives et l'évaluation des risques. Permettre à un patient à travers le lien thérapeutique institué de mieux repérer ses propres facteurs de risque est un acte plus préventif que ne l'est l'analyse de sa dangerosité potentielle.

Dans l'évaluation d'une dangerosité spécifiquement psychiatrique, il faut évidemment tenir compte du contenu délirant avec une attention particulière aux thématiques mystiques, aux délires paranoïaques et, sur le plan des mécanismes, aux hallucinations de commandes qui sont souvent repérées comme étant un facteur de risque essentiel des passages à l'acte dus à la maladie mentale. C'est la place fondamentale de l'acte clinique dans l'évaluation de la dangerosité qui introduit l'espace thérapeutique et je fais le souhait que cette audition publique puisse le formaliser.

Senninger (12) différencie les critères médicaux et les critères médico-psychologiques. Dans les critères médicaux sont retenus comme facteurs de risque : le jeune âge, le sexe masculin, les conduites addictives, les antécédents judiciaires et/ou de passages à l'acte et sur le plan médico-psychologique, l'impulsivité, la méfiance, un niveau intellectuel faible, une certaine froideur des relations, les mécanismes hallucinatoires et l'automatisme mental ainsi que les délires mystiques et paranoïaques. Les hospitalisations sans consentement seraient également plus élevées chez les patients qui présentent des comportements dangereux.

En fait l'immense majorité des auteurs s'accorde autour de ces facteurs de risque et la clinique, au quotidien, témoigne de leur pertinence mais aussi de la complexité de leur interprétation pour un sujet donné, voire de leur insuffisance quand elles sont utilisées dans un cadre strictement actuariel, mais j'y reviendrai.

La question spécifique de la personnalité dyssociale, qui en tant que telle est un trouble de la personnalité et non une maladie mentale, reste posée car certains psychopathes présentent des troubles qui sont tellement contraignants à travers leur intolérance à la frustration, leur très mauvais contrôle pulsionnel, leur égocytosie, leur très importante défaillance du lien social et leur absence d'empathie qu'on est en droit de se poser la question de leur libre arbitre tout comme d'ailleurs se pose celui des grands pervers. Le problème se complexifie encore par l'existence de comorbidités entre les troubles de la personnalité et certains troubles psychotiques, les premiers pouvant être apparus avant la décompensation symptomatique. Cela nous montre la difficulté d'analyse des interactions autour de ce que l'on peut présenter comme étant la dangerosité psychiatrique, telle que les médias ont l'habitude de résumer sous le titre de « drame de la folie ».

Ainsi, sans trop anticiper sur les présentations à venir, je crois que nous pouvons dire dès maintenant, qu'il y a dans certaines circonstances, et en relation à des troubles psychiatriques spécifiques, une dangerosité psychiatrique qui, bien que marginale par rapport à la maladie mentale en générale, doit être prise en compte.

Le refus d'aborder la question de la dangerosité de certains malades mentaux ne peut donc être considérée comme pertinente quelles que soient l'expression du drame et sa manipulation médiatique. Quand le chef de l'état, dans son discours prononcé à l'EPS Erasme le 2/12/2008 se dit en charge de la question posée par un passage à l'acte homicide commis quelques jours plus tôt par un malade mental en sortie d'essai, comment ne pas être en accord avec lui ? Comment ne pas s'accorder sur la nécessité d'améliorer les niveaux de prise en charge des patients qui nous préoccupent par leur potentialité agressive ou leur mauvaise observance ? Mais comment aussi ne pas être en désaccord sur la volonté exprimée à plusieurs reprises du risque zéro qui non seulement est un leurre, mais qui conduirait inexorablement à une société Orwelienne où l'objectif de maîtrise se substituerait à celui d'équité et qui pour contrôler une fraction de la société serait liberticide pour le plus grand nombre ?

Nous devons être d'autant plus vigilants sur ce point que nous savons par ailleurs que les premiers citoyens exposés aux dérives sécuritaires sont les malades mentaux dont l'immense majorité nous l'avons vu n'est pas concernée par les passages à l'acte violents.

### **Actualité de la question et réponse politique**

Abordons maintenant la question relative à une particulière actualité de la dangérosité psychiatrique au regard du champ des dangérosités.

De nombreux auteurs (13) évoquent les aléas du vécu de peur par rapport à une dangérosité potentielle. L'instabilité des statistiques et l'importance des artefacts doivent cependant susciter notre prudence d'autant que cette question est devenue un enjeu politique à travers le sentiment d'insécurité exprimé par la population en général et les problèmes spécifiques à la psychiatrie en particulier. L'évaluation de la dangérosité associée à des mesures de sécurité et de contrôle s'est donc inscrite dans une véritable commande politique. Il n'y a probablement pas de solution autre que d'associer à l'évaluation clinique qui est l'élément fondamental, l'analyse des facteurs de risque, mais dans une perspective qui ne soit pas exclusivement actuarielle car les données sont instables.

La qualité et la disponibilité du dispositif de soins psychiatrique, facteur essentiel dans l'analyse du devenir de la dangérosité potentielle, pose la question non seulement de ses moyens mais aussi de son information sur l'ensemble des problèmes liés à la dangérosité psychiatrique. La désinstitutionnalisation a été imprudente, non dans son légitime désir de traiter les patients en dehors du milieu hospitalier, mais par la faiblesse des solutions alternatives sous forme de foyers, d'appartements associatifs ou de toute structure susceptible d'héberger des patients souvent désocialisés. Cette défaillance a reporté sur les familles la charge du soutien en continu et ce dans des conditions souvent difficiles. En l'absence de famille et de structure d'accueil adéquate, la situation de ces patients est devenue tout simplement dramatique.

S'il y a bien, malgré un impact minime au regard de la totalité des actes violents commis, une spécificité de la dangérosité psychiatrique par rapport à la dangérosité globale, il nous appartient maintenant d'évoquer la façon dont cette dangérosité a été prise en charge historiquement et politiquement. Le concept médico-légal de dangérosité en lien avec la psychiatrie apparaît dans la loi du 12 février 1810 fondant l'ancien code pénal et son article 64, puis dans la loi du 30 juin 1838 (5), ce qui a permis à Michel Foucault de présenter le psychiatre comme un fonctionnaire de l'hygiène publique « chargé de contrôler tout ce qui est désordre et danger » (18).

La loi de 1838, différenciail le placement volontaire du patient refusant les soins mais non dangereux pour les autres, du placement d'office qui répondait à la nécessité de sauvegarder l'ordre public et la sûreté des personnes. La loi de 1990 « qui apporte peu sur le fond, mais innove largement sur la forme » (17) reprenant pour l'essentiel les dispositions de la loi de 1838, a maintenu la spécificité de traitement des troubles mentaux qui compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes pour les dispositions concernant l'hospitalisation d'office, la procédure d'urgence étant propre aux situations de péril imminent.

Cette gestion administrative avec judiciarisation a posteriori des soins sous contrainte est au centre d'un vif débat au sein de la discipline psychiatrique. Bien qu'il n'ait pas été démontré que ce dispositif soit particulièrement liberticide, le parti de la judiciarisation se renforce progressivement devant les craintes suscitées par un certain nombre de prises de positions politiques qui se sont traduites par des textes qui ont fragilisé la position médicale dans son rapport à la dangérosité potentielle que ce soit sur le plan éthique ou déontologique.

Afin de ne pas me disperser et compte tenu du temps qui m'est imparti, je n'attirerai votre attention que sur deux textes. Le premier a été promulgué et c'est la loi du 25/02/2008

relative à la rétention de sûreté, le second étant le projet de réforme de la loi du 27/06/1990 qui sera présenté en son état aux assemblées dans le premier trimestre 2011.

La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté a été l'occasion d'un très vif débat entre les représentants de la profession associés aux usagers et ce dès le premier projet de loi proposé en juin 2006. Ce projet qui portait sur la prévention de la délinquance contenait en effet un certain nombre de dispositions spécifiquement psychiatriques. Ainsi, l'article 19 prévoyait un fichier national des mesures d'hospitalisation d'office et les articles 18 à 24 concernaient directement des modifications de la loi du 27 juin 1990 allant dans le sens d'une aggravation du contrôle institutionnel et administratif de l'hospitalisation sous contrainte, hospitalisation d'office pour l'essentiel mais aussi hospitalisation à la demande d'un tiers (projet d'article 20 qui excluait de cette modalité les patients qui auraient perturbé l'ordre public). Si, après une très vive et unanime réaction des professionnels et des usagers ces mesures ont été retirées de la loi telle que promulguée, leur formulation a traduit la philosophie générale d'un renforcement sécuritaire qui réapparaît sous différents avatars. Au-delà du contenu même de ces articles dont certains se retrouvent dans le projet de réforme de la loi du 27 juin 1990, c'est la modification d'une loi de santé publique dans le cadre d'une loi d'ordre public qui était fondamentalement inacceptable

La notion d'ordre public qui intervient dans l'hospitalisation d'office pose d'ailleurs beaucoup de problèmes dans le lien qu'elle institue entre les soins et les considérations policières et nombreux sont ceux qui souhaitent maintenant qu'il n'en soit plus fait mention par crainte d'une subordination des considérations médicales aux préoccupations sécuritaires et préconisent une seule forme de soins sans consentement.

La loi du 25/02/2008, relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de maladie mentale, est analysée (9) comme un retour du positivisme dans le droit français. Cette loi s'appuie sur une définition de la dangerosité qui ne peut laisser indifférents les psychiatres : « personnes présentant une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité » (13). Il serait fastidieux et peut-être hors sujet de reprendre ici l'ensemble des travaux des commissions et rapports parlementaires centrés sur la question de la dangerosité, de son évaluation et de sa prédictibilité mais leur nombre témoigne de la volonté de trouver des réponses adaptées à la commande politique.

Les pressions vers une évaluation strictement actuarielle de cette question avec sommation faite au psychiatre de s'y conformer au risque d'en être dessaisi, sont au centre de nos préoccupations et l'évolution vers l'évaluation clinique structurée telle que proposée par Frédéric Millaud (8) semblerait mieux rendre compte de la complexité de la question. Jean-Louis Senon, qui, sa modestie dut-elle en souffrir est incontournable sur cette question, a montré l'évolution d'un modèle paternaliste, préventif et éducatif vers un modèle néolibéral, proche des positions philosophiques pragmatiques, individualistes et gestionnaires. Il a ainsi opposé le modèle du welfare (bien-être) au modèle néolibéral dans lequel le risque doit être domestiqué. On retrouve également ici la différence entre les positions humanistes et celles issues des philosophies utilitaristes anglo-saxonnes. Ce modèle néolibéral est très dominant dans de très nombreuses nations et la France n'est pas, loin de là, le seul pays à s'interroger sur ces modèles. Pas d'angélisme donc, pas de refus systématique de discuter des questions de sécurité pour autant que ce soit dans l'espace éthique et déontologique qui est inscrit dans notre tradition.

Dans la loi de 1990 l'hospitalisation d'office est justifiée par l'état de santé du patient (notion de troubles mentaux) mais a aussi pour objectif d'éviter que ces troubles ne nuisent à autrui, ce qui se traduit dans le texte par « personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes » (L342). De nouvelles dispositions sont intervenues principalement dans la loi du 4 mars 2002 qui intègre de façon très pertinente dans la mesure d'hospitalisation d'office la notion de nécessité de soins et précise que le trouble à l'ordre public doit être grave et dans la loi du 25 février 2008, qui a créé une procédure

d'hospitalisation d'office judiciaire lors du prononcé d'une irresponsabilité pénale pour trouble mental.

Le projet de réforme de la loi du 27 juin 1990 dont le texte est connu, devrait être proposé aux assemblées dans le premier trimestre 2011. Il comporte un certain nombre de propositions qui avaient été dans un premier temps, validées par un groupe de travail associant les professionnels et les usagers, telles que la facilitation des hospitalisations sans consentement en l'absence de tiers qui mettrait fin si elle était retenue à une situation d'impasse pour les plus démunis et les plus isolés ou la possibilité de soins sans consentement en ambulatoire qui remplacerait en quelque sorte le non-dit et la situation médico-légale hasardeuse des sorties d'essai. Ces dispositions ne font plus maintenant consensus et elles sont présentées par certains comme liberticides ; toute allusion à l'ordre public étant considérée comme la porte d'entrée du contrôle administratif et de la subordination de la position médicale qui ne devrait, selon les tenants de cette position, ne tenir compte que de l'état clinique du patient. Même s'il n'a jamais été prouvé que le système français de l'hospitalisation sous contrainte, qui est administratif en première intention puis secondairement judiciairisé, soit attentatoire aux libertés, le parti de la totale judiciairisation s'accroît de jour en jour. Cette radicalisation des positions est renforcée par l'extension prévue des mesures de contrôle par expertises des sorties des patients ayant bénéficié de l'application de l'article 122-1 du code de procédure pénale (estimés irresponsables) aux patients en hospitalisation d'office ou à ceux qui dans leur parcours de soins ont été pris en charge dans une unité pour malades difficiles (10) voire aux longues hospitalisations sans consentement.

La question de l'abolition ou de l'altération du discernement et son lien avec les actes violents ou dangereux est prise en charge par l'expertise psychiatrique ; ne pouvant traiter ici cette question essentielle je vous renvoi aux travaux et recommandations issus de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale qui s'est tenue à Paris en 2007 sous l'égide de la FFP avec le soutien de la HAS et de la DGS et présidée par Jean-Louis Senon (1).

Le psychiatre, même si cela le lui a été contesté, est légitimement en situation de pouvoir repérer et prendre en charge la dangérosité au sens psychiatrique du terme et ce dans le respect des paramètres cliniques que nous avons décrits qui sont pertinents au regard d'un temps défini. Cette analyse est différente de celle concernant le libre arbitre du sujet à un temps déterminé par les faits comme c'est souvent le cas dans la situation d'expertise. Par contre, la dangérosité criminologique s'évalue sur d'autres critères que ceux sur lesquels le psychiatre s'exprime et si le psychiatre est lui-même criminologue il prendra soin de faire la part de ce qui appartient à l'une ou l'autre de ses compétences. La dangérosité potentielle liée à une maladie mentale sera différenciée de l'évaluation d'une possible récurrence d'un acte délinquantiel. Cette question n'est pas formelle mais répond à une problématique fondamentale qui semble parfois mal comprise et qui pourrait, s'il y avait confusion, conduire à criminaliser des actes déterminés par une aliénation ou à psychiatriser des actes criminels.

La première éventualité s'exprime à travers les prises de positions qui soutiennent qu'il y aurait depuis quelques années une tendance à responsabiliser les malades mentaux soit directement soit par le biais de l'altération (article 122-2 du code de procédure pénale [CPP]) mais les données récentes ne montrent pas de diminution significative des non-lieux par application de l'article 122-1 du CPP mais au contraire une certaine stabilité voisine de 0,4% des personnes examinées (10, 6). Par contre, il n'apparaît pas à travers les jugements prononcés que l'altération ait permis de moduler les peines à travers des dispositifs de soins qui pourraient s'exprimer, par exemple, à travers des injonctions et il semble au contraire que l'altération conduise à une plus grande sévérité ce qui est contraire à l'esprit de la loi (6).

La psychiatrisation des actes criminels à travers la notion d'état dangereux est aussi préoccupante et la demande faite au psychiatre de participer à la décision de la prolongation d'une peine de sûreté au regard de la dangérosité potentielle d'un condamné considéré



comme responsable de ses actes conduit à une confusion des genres à travers cette volonté de maîtrise sécuritaire.

Les articles 706-53-13 à 706-53-22 CPP de la loi du 25 février 2008 instituent la peine de sûreté et ont fait l'objet d'un vif débat dans les assemblées entre la proposition de rétention judiciaire et la rétention « sanitarisée » (15). Quand s'est posée la question de la constitutionnalité de la peine de sûreté, la psychiatrisation de la décision de maintien en détention à travers une hospitalisation d'office qui interviendrait en fin de peine, a d'ailleurs été proposée comme porte de sortie par un ancien garde de sceaux, ce qui montre bien le chemin qu'il reste à faire pour éclairer le législateur et éviter toute instrumentalisation de notre discipline. Il n'en reste pas moins vrai que la probabilité de la dangerosité sera évaluée par deux psychiatres experts ce qui constitue bien, en quelque sorte, le lien contre nature que nous dénonçons.

La psychiatrie est une discipline complexe qui traite de la maladie mentale, mais qui ne peut être utilisée comme un élément du contrôle social à travers la question de la dangerosité comme elle a pu l'être ailleurs à des fins de contrôle politique. Le psychiatre tire sa légitimité de ce qu'il fait toujours la part devant le patient qu'il soigne, de ce qui appartient au sujet/citoyen de ce qui revient à la maladie mentale. La psychiatrie n'a pas vocation à être un élément de contrôle social. Elle n'est légitime que dans une perspective de soin et dans le respect des libertés. Toute confusion, tout excès dans l'interprétation de la dangerosité potentielle des malades, toute psychiatrisation abusive des conduites dangereuses seraient des régressions majeures tant sur le plan éthique que politique.

## Références bibliographiques

1. Audition publique 25 et 26 janvier 2007 sur l'expertise psychiatrique pénale. SENON JL, PASCAL JCH, ROSSINELLI G, Fédération Française de Psychiatrie, avec le partenariat méthodologique et le concours financier de la HAS, et le soutien de la Direction Générale de la Santé. John LIBBEY. PARIS
2. BENEZECH M. Introduction à l'étude de la dangérosité. Rapport pour les 13<sup>e</sup> rencontres nationales des services médico-psychologiques régionaux et unités pour malades difficiles ayant pour thème les dangérosités, Paris, 19 novembre 2001
3. DUBREUCQ JL, LOYAL C, MILLAUD : Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Med Psychologiques* 2005; 163: 852-65
4. ELBOGEN EB. JOHNSON SC. The intricate link between violence and mental disorders; results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archiv Gen Psychiatry* 2006 ; 66: 152-61
5. GHEOGHIEV C, RAFFRAY P, De MONTLEAU F. Dangérosité et maladie mentale. *L'Information Psychiatrique*. Volume 84. N°10, décembre 2008
6. LECERF JR et MICHEL JP Rapport d'information : La responsabilité pénale des personnes atteintes de troubles mentaux : <http://www.senat.fr/commission/loi/index.html>
7. LOVELL A Présidente de la commission Violence et santé mentale : [http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/violence\\_s\\_sante/sante\\_mentale.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/violence_s_sante/sante_mentale.pdf)
8. MILLAUD F, DUBREUCQ JL : Prédiction des comportements violents des malades mentaux, Synthèse d'une revue de la littérature. Expertise psychiatrique pénale. *Audition publique*. John Libbey 11/2007
9. ODIER G. Rétenion de sûreté : quelles mesures pour quelle politique criminelle *L'Information Psychiatrique*. VOL 84. N° 6 octobre 2008, 508-510
10. ROSSINELLI G. Psychiatrie médico-légale : évolution récentes, dérives, enjeux. *L'Information Psychiatrique* Volume 85 N° 8, octobre 2009, 703-707
11. ROSSINELLI G : Violence et psychiatrie : quels experts ? Pour quels rôles ? *L'Information Psychiatrique*. Volume 82, N°8, Octobre 2006, 655-662
12. SENNINGER JL. Notion de dangérosité en psychiatrie médico-légale *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37-510-A-10. Paris : Elsevier Masson SAS ; 2007
13. SENON JL et collaborateurs (Dangérosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et experts). *L'Information Psychiatrique* VOL 85 N°8-octobre 2008),
14. SENON JL et all .Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? *L'Information Psychiatrique* Vol 82, N°8-octobre 2006
15. SENON JL : La loi du 25/02/2008 relative à la rétenion de sûreté : ne faudrait-il pas clarifier et établir des priorités dans les rapports entre psychiatrie et justice ? *L'Information Psychiatrique* vol 84 N° 6, juin-juillet 2008 511-518
16. SWANSON JW. Violence and psychiatric disorder in the community; evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990 ; 41 : 761-70
17. TYRODE Y, ALBERNHE T. PSYCHIATRIE LEGALE. Ellipse PARIS 1995
18. VOYER M, SENON JL, PAILLARD C , JAAFARI N : Dangérosité psychiatrique et prédictivité. *L'Information Psychiatrique* Volume 85 N° 8 ; 745-752

## Comment a évolué récemment le droit et quelles sont les préoccupations du législateur quand il évoque la « dangérosité des malades mentaux » ?

M<sup>e</sup> Jean DANET

Avocat honoraire, maître de conférences, Université de Nantes

### Introduction

La question qui nous est posée est précise. Elle s'insère parmi d'autres et elle est destinée à définir le contexte dans lequel la notion de dangérosité psychiatrique peut être approchée : « Comment a évolué récemment le droit et quelles sont les préoccupations du législateur quand il évoque la dangérosité des « malades mentaux » ? » Elle invite à mettre l'accent sur l'analyse de la législation récente et notamment de la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté et la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental<sup>1</sup>. Ce texte est en effet central sur la question.

Il y aura lieu après avoir rappelé les principales dispositions de ce texte de le replacer dans un contexte législatif de lutte contre la récidive qui est particulièrement prégnant. Mais il est aussi nécessaire de rappeler comment la notion de dangérosité était précédemment approchée dans notre droit. Renvoyant pour les périodes antérieures à l'intervention de M. Marc Renneville, nous nous en tiendrons à la période contemporaine, de la fin des années cinquante à nos jours. À l'aide de ces rappels et par comparaison, il est possible de dégager les éléments permettant d'affirmer que la notion de dangérosité telle qu'appréhendue par le législateur a muté dans la dernière période et de mieux saisir comment elle se rattache à une évolution d'ensemble du droit pénal et à son évolution vers une logique de gestion du risque.

Si la justice correctionnelle est moins concernée par ce mouvement législatif, la question du lien entre justice et troubles psychiques resurgit pourtant au niveau du choix et de l'exécution des peines et aussi du sort réservé en milieu pénitentiaire et milieu ouvert à ceux qui souffrent de troubles mentaux<sup>2</sup>. Faute d'une traduction législative de la réflexion engagée au Sénat sur cette question, nous laisserons de côté dans la présente communication cet aspect de la question.

### Stratégie de recherche bibliographique

La présente communication est un travail de juriste mais d'un juriste praticien et chercheur. Elle utilise les outils du juriste, l'analyse des textes, des travaux parlementaires, de la jurisprudence. Mais on y analyse aussi les pratiques. Elle s'intéresse et se nourrit à d'autres réflexions que celle des juristes. Les recherches des historiens, des philosophes et des sociologues sont utiles à qui veut comprendre les métamorphoses de la justice pénale. Certaines des questions abordées ici pourraient l'être de manière strictement technique. Elles manqueraient à notre sens l'essentiel des enjeux.

---

<sup>1</sup> Certaines dispositions de ce texte ont déjà été modifiées par la loi n°2010-242 du 10 mars 2010. Nous tiendrons évidemment compte de ces modifications dans les développements à suivre.

<sup>2</sup> Voir le rapport d'information n°434 de M. G. BARBIER, Mme C. DEMONTES, MM. J.-R. LECERF, J.-P. MICHEL, « *Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français ?* Paris, Sénat, 5 mai 2010, 120 pages.

## Réponse à la question posée

### Principaux éléments de l'évolution récente du droit

La loi n° 2008-174 du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté et la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental a profondément modifié le droit positif français. Les relations entre les notions de maladie mentale d'une part et les notions de culpabilité, de peines et de mesures de sûreté d'autre part ont été profondément remaniées par cette réforme.

D'un côté, l'auteur d'un crime, jugé pénalement responsable de ses actes, n'est plus seulement tenu de purger sa peine de prison. Il peut, au terme de l'exécution de cette peine, faire l'objet de différentes mesures qui peuvent aller jusqu'à une privation de liberté, la « rétention de sûreté<sup>3</sup> », s'il présente « *une particulière dangérosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive* » parce qu'il « *souffre d'un trouble grave de la personnalité*<sup>4</sup> ».

D'un autre côté, l'auteur d'un crime présentant « *un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes* »<sup>5</sup> peut désormais être déclaré pénalement irresponsable aux termes d'une audience publique à laquelle il aura comparu, si son état le permet. Cette décision de la chambre de l'instruction aura, au préalable, déclaré qu'il existe contre lui des charges suffisantes d'avoir commis les faits qui lui sont reprochés<sup>6</sup>. Et il pourra être ordonné contre lui des interdictions<sup>7</sup> diverses qui recevront effet durant son hospitalisation d'office<sup>8</sup> décidée par la même juridiction et après sa sortie. Elles peuvent être ordonnées pour dix ou vingt ans au plus.

Le trouble de la personnalité du criminel quand il n'exclut pas leur responsabilité peut désormais justifier, au-delà de la peine, jusqu'à la privation de liberté. Les crimes de personnes pénalement irresponsables peuvent nécessiter selon ce texte qu'on les soumette au rituel judiciaire et qu'on prenne contre eux des « mesures » qui dans le Code pénal sont aussi des peines.

---

<sup>3</sup> Voir l'article 706-53-13 du code de procédure pénale (CPP), ci-dessous.

<sup>4</sup> Article 706-56-13 du CPP : « A titre exceptionnel, les personnes dont il est établi, à l'issue d'un réexamen de leur situation intervenant à la fin de l'exécution de leur peine, qu'elles présentent une particulière dangérosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité, peuvent faire l'objet à l'issue de cette peine d'une rétention de sûreté selon les modalités prévues par le présent chapitre, à la condition qu'elles aient été condamnées à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans pour les crimes, commis sur une victime mineure, d'assassinat ou de meurtre, de torture ou actes de barbarie, de viol, d'enlèvement ou de séquestration.

Il en est de même pour les crimes, commis sur une victime majeure, d'assassinat ou de meurtre aggravé, de torture ou actes de barbarie aggravés, de viol aggravé, d'enlèvement ou de séquestration aggravé, prévus par les articles [221-2](#), [221-3](#), [221-4](#), [222-2](#), [222-3](#), [222-4](#), [222-5](#), [222-6](#), [222-24](#), [222-25](#), [222-26](#), [224-2](#), [224-3](#) et [224-5-2 du code pénal](#) ou, lorsqu'ils sont commis en récidive, de meurtre, de torture ou d'actes de barbarie, de viol, d'enlèvement ou de séquestration.

La rétention de sûreté ne peut toutefois être prononcée que si la cour d'assises a expressément prévu dans sa décision de condamnation que la personne pourra faire l'objet à la fin de sa peine d'un réexamen de sa situation en vue d'une éventuelle rétention de sûreté.

La rétention de sûreté consiste dans le placement de la personne intéressée en centre socio-médico-judiciaire de sûreté dans lequel lui est proposée, de façon permanente, une prise en charge médicale, sociale et psychologique destinée à permettre la fin de cette mesure. »

<sup>5</sup> Article 122-1 du code pénal (CP).

<sup>6</sup> Voir les articles 706-119 à 706-125 du CPP.

<sup>7</sup> Prévues à l'article 706-136 du CPP.

<sup>8</sup> Prévues à l'article 706-135 du CPP.

Dans les deux cas, la rupture avec le droit positif antérieur est importante même si depuis longtemps certaines des conceptions à l'œuvre dans ce texte sont repérables dans une partie de la pensée juridique contemporaine y compris française. Ce double mouvement témoigne en tout cas de ce que la question du jugement d'actes liés à des troubles psychiques occupe une place centrale dans le débat public sur la justice criminelle.

### **Contexte de cette évolution**

La loi du 25 février 2008 s'inscrit dans un contexte d'une politique criminelle très orientée depuis quelques années vers la question de la prévention de la récidive. Autour de cette question, les lois se sont succédé à un rythme très soutenu et qui va s'accéléralant<sup>9</sup>. Ce n'est pas le nombre de récidive criminelle, au demeurant limitées ou leur augmentation qui provoque ce phénomène mais le fait que quelle que soit son importance quantitative, il est perçu comme un risque connu et donc inadmissible<sup>10</sup>.

### **Rappel de l'évolution de la pensée juridique et du droit au 20<sup>e</sup> siècle sur la question**

▪ La dangérosité n'est pas un concept juridique même pas en devenir. C'est en revanche et depuis un siècle une notion criminologique et une notion pérenne de la politique criminelle même si, depuis son apparition sur la scène criminologique vers la fin du 19<sup>e</sup> siècle, elle a muté.

L'école positiviste, italienne et française de la fin du 19<sup>e</sup> siècle, et, à sa suite, l'école de la défense sociale, dont le belge A. Prins fut le principal promoteur, ont l'une après l'autre et sur des modes stratégiques très différents voulu introduire la notion de dangérosité et la placer au centre des préoccupations auxquelles la réponse pénale devait s'attacher. La notion de dangérosité pensée comme un concept concurrent ou complémentaire de la responsabilité pénale n'aura à compter du dernier tiers du 19<sup>e</sup> siècle pas quitté la scène du débat de politique criminelle. Le conflit, la concurrence et le dialogue entre juristes<sup>11</sup> et psychiatres marquent profondément cette histoire sur laquelle nous ne reviendrons pas ici. Contrairement à la Belgique, à l'Allemagne, mais aussi à certains états des États-Unis durant les années vingt et trente, le droit français n'avait pas connu de traduction législative sur ce qu'on appelait alors la « délinquance des anormaux mentaux » alors pourtant qu'il avait très tôt suivi partiellement la logique de l'école positiviste en adoptant le système de la relégation.

Après 1945, l'école de la défense sociale nouvelle<sup>12</sup>, avec à sa tête Marc Ancel, va reprendre cette problématique et proposera en 1959 un avant-projet de loi rédigé par des professeurs de droit, des magistrats et des psychiatres qui nous intéresse à plusieurs titres pour comprendre notre présent. Les sources d'inspiration complexes, multiples, pluridisciplinaires,

---

<sup>9</sup> On relèvera principalement qui à un titre ou un autre traite de la question de la récidive et de sa prévention : Loi n°98-468 du 17 juin 1998 sur les infractions sexuelles et la protection des mineurs, Loi n°2003-239 du 18 mars 2003 sur la sécurité intérieure, Loi n°2003-495 du 12 juin 2003 contre la violence routière, Loi n°2004-204 du 9 mars 2004 d'adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, Loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005 sur le traitement de la récidive des infractions pénales, Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 de prévention de la délinquance, Loi n°2007-1198 du 10 août 2007 sur la récidive des majeurs et des mineurs, Loi n°2010-242 du 10 mars 2010 sur la récidive criminelle.

<sup>10</sup> Sur l'importance de la notion de risque dans le droit pénal contemporain, voir pour une plus ample analyse, nous nous permettons de renvoyer à J. DANET, *La justice pénale entre rituel et management*, Rennes, PUR, 2010, « L'univers des normes », Postface d'ANTOINE GARAPON, 280 pages, notamment chapitre 3 « La gestion nouvelle du risque de récidive ».

<sup>11</sup> Sur la réaction des juristes praticiens à la fin du 19<sup>e</sup> siècle, nous nous permettons de renvoyer à J. DANET, *La dangérosité, une notion criminologique, séculaire et mutante*, Champ pénal/ Pénal field, 2008, Vol. V.

<sup>12</sup> Sur l'ensemble de la question, nous nous permettons de renvoyer à J. DANET, *La justice pénale entre rituel et management*, op. cit. Et notamment au chapitre 2 repris de l'article intitulé *Les politiques sécuritaires à la lumière de la doctrine de la défense sociale nouvelle*, paru à la Revue de science criminelle et de droit pénal comparé, Dalloz, 2010, n°1 p. 49-69.

étrangères (notamment belges) mais aussi internationales (la pensée onusienne) de ce projet doivent être soulignées<sup>13</sup>.

L'avant-projet comportait 86 articles, définissait l'aliéné<sup>14</sup> et l'anormal<sup>15</sup>. Il visait les majeurs de dix-huit ans, auteurs et complices de crimes ou de délits punis d'emprisonnement à l'exception des infractions politiques ou de presse. Après avoir organisé le « dépistage », l'expertise mentale et l'observation des publics en cause (articles 6 à 28), ce texte édictait des mesures de défense sociale applicables aux délinquants aliénés et anormaux. L'aliéné, auteur d'un crime ou d'un délit, était soumis à l'internement de défense sociale, mesure curative de placement dans un hôpital psychiatrique. Prononcée par une juridiction à raison de la nocivité particulière du délinquant, la mesure d'internement prononcée contre l'aliéné était exécutée dans un hôpital spécifique mais sous le régime des hôpitaux ordinaires. Le délinquant anormal, lui, faisait l'objet d'un placement dans un établissement de défense sociale où il était soumis à un traitement médico-répressif tendant à l'amélioration de son état mental, à sa rééducation morale et à sa réadaptation sociale. La durée minimale en était de six mois et maximale de dix ans mais renouvelable (article 66) lorsque le détenu « n'est pas suffisamment réadapté aux conditions de la vie en société et que la persistance de son état rend probable dans l'immédiat la perpétration d'infractions graves ». Cette mesure pouvait être décidée par la juridiction d'instruction et se substituait donc à la peine. Le contrôle et l'exécution de ces mesures de défense sociale étaient de la compétence des tribunaux correctionnels et d'un juge de l'exécution après avis d'une commission consultative composée du directeur de l'établissement où se trouve l'aliéné ou l'anormal, et des membres de chacun des services (médical, rééducatif et social) en contact avec le détenu ou l'interné. Telle était l'économie de cet avant-projet de loi préparé entre 1954<sup>16</sup> et 1959, et inspiré notamment de la loi belge de défense sociale de 1930. Le projet pour diverses raisons<sup>17</sup> ne vit pas le jour, il ne fut même pas discuté au Parlement.

- De sorte que si la loi du 25 février 2008 peut avoir été analysée<sup>18</sup> avec raison comme une rupture profonde de notre droit positif, c'est à la condition d'ajouter que sa logique fut très présente à l'esprit des juristes même durant la période récente et à l'intérieur d'un courant doctrinal dont l'humanisme et l'attachement profond aux droits de l'homme ne font de doute pour personne. On doit préciser qu'en 1981, son animateur Marc Ancel dans la troisième édition de son ouvrage « *La défense sociale nouvelle* » fera largement marche arrière condamnant notamment toute forme de mesures *ante delictum* en raison des dangers qu'une telle politique criminelle pouvait faire courir à la liberté individuelle ainsi qu'au principe de légalité des délits et des peines.
- Peut-on même affirmer qu'en tout cas la notion de dangérosité était demeurée à la porte du droit positif ? Oui, si on le restreint à la loi. Non, si on y inclut les pratiques.

---

<sup>13</sup> Sur leur analyse, Ibid.

<sup>14</sup> Article 1. Est dit « aliéné » au sens de la présente loi tout individu qui, par suite d'un état psycho-pathologique dû à une maladie mentale ou à un développement mental incomplet, est totalement incapable d'apprécier le caractère délictueux de ses actes ou de se déterminer d'après cette appréciation.

<sup>15</sup> Article 2 Est dit « anormal » au sens de la présente loi tout individu qui, par suite de troubles psychiques ou de déficiences mentales durables altérant ses fonctions supérieures de contrôle n'est pas pleinement capable d'apprécier le caractère délictueux de ses actes ou de se déterminer d'après cette appréciation.

<sup>16</sup> M. ANCEL précise que la question avait fait l'objet de travaux dans le cadre de commissions officieuses créées par l'administration pénitentiaire après la Libération, qu'une « Commission de Lille » avait élaboré en 1948 un projet soumis à une sorte de référendum auprès de 200 magistrats (Cf. RSC, 1948 p. 594, 803 ; 1949 p. 123, 405, 607, 1950, p. 82, 462), et que la question avait encore fourni le sujet des deuxièmes journées de défense sociale en 1954, (RSC, 1954, p. 809).

<sup>17</sup> Voir notre analyse, appuyée notamment sur les indications précieuses du Pr Jean-Louis SENON, in DANET J., *La justice pénale entre rituel et management*, op. cit.

<sup>18</sup> Voir R. BADINTER Cf. Sénat, Séance du 30 janvier 2008 ; au regard du droit positif récent, nous partageons évidemment ce point de vue. Voir aussi les analyses de C. Lazerges, LAZERGES C. « Chronique de politique criminelle », RSC, 2008 et 2009.

Depuis bien longtemps déjà le savoir psychiatrique n'est plus sollicité par la justice à seule fin de dire si l'accusé peut ou non répondre de ses actes et si, dans l'affirmative sa responsabilité est atténuée<sup>19</sup>. L'expertise psychiatrique et l'expertise psychologique répondent à un autre enjeu, celui de la dangérosité<sup>20</sup>. Ce que nous voulons souligner ici, c'est que dans les années soixante et jusqu'au nouveau code pénal, ce n'est pas du côté du législateur<sup>21</sup> que la logique de la dangérosité a tellement avancé. On peut même parler d'une éclipse au plan du droit positif (au sens de la loi) entre 1958 et 1998. La thématique n'est pas non plus très présente en doctrine après le début de la décennie quatre-vingt<sup>22</sup>, mais c'est bien plutôt par les pratiques de l'expertise psychiatrique et psychologique devant les cours d'assises qu'elle avance.

C'est ici que la distinction s'est peu à peu construite entre dangérosité psychiatrique, liée à la maladie mentale et dangérosité criminologique, liée à d'autres facteurs ou à des troubles de la personnalité, distinction étrange puisque c'est au psychiatre seul que l'on confie le soin d'apprécier la seconde<sup>23</sup>. Ce sont les juges d'instruction qui dans, leur mission d'expertise, vont solliciter des experts, parfois d'ailleurs réticents à s'engager sur cette voie, et leur poser la question de la dangérosité « au sens psychiatrique » et « au sens criminologique<sup>24</sup> ». Ce sont les présidents de Cour d'assises qui vont demander à l'expert de distinguer les deux, d'expliquer la différence et souvent de s'engager sur le terrain du risque de récidive.

À bas bruit, pour l'extérieur du monde judiciaire, à contre-courant du sillage des sciences sociales marquées alors par le marxisme, et aussi du travail social où l'analyse des causes de telle ou telle délinquance était pensée plutôt du côté de facteurs économiques et sociaux,

<sup>19</sup> Cf. FOUCAULT M., et notamment *Les anormaux*, Cours au collège de France, 1974-1975, Gallimard, Le seuil, 1999.

<sup>20</sup> Ce qui n'empêche pas cette notion de dangérosité d'avoir subi des mutations mais il est important dans le contexte français actuel et à la suite de la loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté d'avoir conscience de ce que la notion de dangérosité n'a jamais disparu du débat de politique criminelle depuis la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle ; sur ce point, cf. DIGNEFFE F., « Généalogie du concept de dangérosité », CHEVALLIER P., GREACEN T., (dir.), *Folie et justice : relire Foucault*, Erès, 2009, et *supra* le chapitre consacré à cette question.

<sup>21</sup> En France, entre 1914 et 1939, l'effet législatif de l'Ecole positiviste ou de la défense sociale fut moindre qu'ailleurs. Moindre qu'en Allemagne, en Italie, en Belgique, ou que dans d'autres pays plus lointains. On doit certes citer la loi sur la relégation prise en 1885. Et en 1936, juste avant la constitution du cabinet Blum mais après les élections, un décret avait institué un Conseil de prophylaxie criminelle qui avait pour objet de développer la prévention contre le crime. Vichy le supprimera, trouvant le mot « suspect » dit Ancel. Il avait été au surplus constitué de juristes pénalistes dont un en tout cas, H. Donnedieu de Vabres, qui n'était point et ne sera pas pétainiste. Certes la relégation fut réformée mais non pas supprimée en 1954 et, en 1960, des textes sont pris sur les « fléaux sociaux » au rang desquels on avait ajouté l'homosexualité qui relèvent d'une logique de défense sociale. La loi sur les toxicomanes du 24 décembre 1953, et celle sur les alcooliques dangereux du 15 avril 1954 sont revendiquées par la défense sociale (ANCEL M., *La défense sociale nouvelle*, *op.cit.*, 1966, p. 230) mais on le sait, la seconde est restée lettre morte. Au total, la notion de dangérosité semble régresser dans les préoccupations du législateur.

<sup>22</sup> Il suffit d'aller relire un ouvrage comme *Raison pour la justice*, signé SOLON (pseudonyme de trois hauts magistrats) et préfacé par J-C. SOYER, publié en 1986 aux éditions Dalloz, pour comprendre que la peine, la prévention de la récidive sont pensées là dans le cadre du droit néo-classique alors que les préoccupations liées à l'augmentation de la délinquance sont déjà à l'époque très affichées. L'intérêt de certains pour ce qui se passe aux Etats-Unis, (on pense à Alain Peyrefitte, promoteur de la loi *Sécurité et libertés* qui propose déjà des peines planchers) n'ira pas jusqu'à la proposition, sur le fondement de la dangérosité, de mesures de sûreté, privatives de liberté.

<sup>23</sup> C'est en 2006 que les propositions émises par la commission parlementaire dite « commission Outreau », à la suite de la commission présidée par M. Viout, préconisent l'élaboration de critères permettant de distinguer les missions d'expertise relevant de la psychologie, de la psychiatrie et de la criminologie.

<sup>24</sup> Voir notamment SUTTER J., « Les enjeux et les pièges de l'expertise psychiatrique pénale », *Criminologie et psychiatrie*, Ellipses, 1997, p. 588 ; OLIE J-P., DE CARVALHO C., SPADONE C., « Expertise mentale dans le déroulement du procès pénal: le point de vue du psychiatre expert », FRISON-ROCHE M-A., MAZEAUD D. (dir.), *L'expertise*, Dalloz, 1995, p. 19.

la justice, quant à elle, investissait les experts psychiatres et psychologues - nonobstant la résistance de certains d'entre eux - de la tâche de repérer la dangerosité « criminologique » et le risque de récidive. Bien entendu, les infractions à caractère sexuel auront été le terrain privilégié de cette montée en puissance de l'expertise de dangerosité. Posés par principe comme extérieurs à toute explication de nature économique ou sociale, les caractères réels ou supposés de ces infractions permettaient<sup>25</sup> de légitimer un débat judiciaire qui se tenait non plus en termes de responsabilité mais de dangerosité du coupable.

▪ Sous l'empire de l'ancien code pénal, l'article 64 de l'ancien code pénal posait le principe qu'il n'y a « *ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister* ». D'une circulaire du garde des Sceaux<sup>26</sup>, la jurisprudence avait dégagé l'idée que faute d'un état de démence abolissant la responsabilité pénale, la maladie mentale devait emporter une atténuation de responsabilité qui globalement était pensée comme devant aboutir à une atténuation de la peine. Encore que la fragilité de ce corrélat ait été depuis longtemps rappelée par certains juristes<sup>27</sup>.

Dès les années quatre-vingt, avant même le nouveau code pénal, les avocats pénalistes avaient repéré que la force du syllogisme du libre arbitre, c'est-à-dire de l'atténuation de peine corrélatrice à une atténuation de responsabilité liée à un trouble mental se délitait. Ils en faisaient l'expérience aux assises comme en correctionnelle.

D'une part, les juridictions prenaient en compte de simples troubles de la personnalité décrits par l'expert psychiatre ou par le psychologue sans autre précision pour fixer la peine. Ici, à défaut de constater une maladie mentale *stricto sensu*, le syllogisme du libre arbitre pouvait être laissé de côté par les juges en toute quiétude au regard des principes qui pouvaient encore les guider. D'autre part, le syllogisme du libre arbitre et sa conclusion sur la peine étaient atteints frontalement par la notion de dangerosité criminologique. La peine et la peine de prison surtout, à défaut de pouvoir remplir une fonction de réinsertion à laquelle plus grand monde ne pouvait croire, remplirait au moins, pensait-on, une fonction de neutralisation de ceux qui présentaient une telle dangerosité. La hausse, importante durant cette période, des peines prononcées contre les délinquants en matière d'infractions à caractère sexuel trouve là sans doute une part de son explication.

Le nouvel article 122-1 second alinéa du nouveau code pénal confortait cette évolution : « *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.* »

---

<sup>25</sup> La fatalité longtemps postulée de la récidive, la facile psychologisation absolue de ces infractions, leur apparente unité.

<sup>26</sup> La « circulaire Chaumié » de 1905.

<sup>27</sup> En 1943, dans son *Traité élémentaire de droit criminel et de législation pénale comparée, op. cit.*, qui ne cède en rien aux théories de l'époque, Henri Donnedieu de Vabres analyse trois critiques faites à l'article 64 du code pénal. Les réponses qu'il y fait ne sont pas sans résonner avec notre problématique contemporaine.

1) L'économie du code de 1810 associait irresponsabilité pénale et civile. Donnedieu de Vabres en critique de cette conception, rappelait que la faute n'était plus le seul fondement de la responsabilité civile et que la théorie du risque qui fondait le droit des accidents du travail ou la réparation des accidents de la circulation devait trouver ici une autre traduction. Ce n'est qu'en 1968 que la loi posera dans l'article 489-2 du code civil le principe de la responsabilité civile du malade mental.

2) L'internement de l'aliéné criminel doit relever selon lui de l'autorité judiciaire et non pas de l'autorité administrative et les lieux d'enfermement des aliénés criminels doivent être distincts de l'hôpital psychiatrique ordinaire.

3) Enfin, il approuve et défend la théorie de la responsabilité atténuée qui s'est développée au début du 20<sup>e</sup> siècle en jurisprudence et conduit à accorder aux demi-fous des circonstances atténuantes mais, dit-il, ceux qui ont promu cette idée parmi les psychiatres ne songeaient pas à une abréviation de la peine mais à une atténuation de son régime et à l'association de mesures de sûreté à la peine.



On ne pouvait plus soutenir le principe d'une atténuation systématique de la peine. Le nouveau code ouvrait ainsi toute grande la porte à la prise en compte de la dangérosité criminologique pour déterminer la peine et en fixer le régime lorsque le condamné souffrait de troubles de la personnalité. Certes, les exégètes optimistes pouvaient s'accrocher au « toutefois » qui suivait le « demeure punissable » et les avocats tenter de développer, à partir de là, des trésors de rhétorique pour maintenir l'ancienne jurisprudence déjà malmenée. Le juge constatait quant à lui que le législateur lui confiait la tâche, une fois le principe de la responsabilité posé, d'adapter la peine à la circonstance d'un trouble mental. Et que rien ne l'empêchait de tenir compte de cette circonstance dans le sens d'une plus grande sévérité, pensée comme le gage d'une plus grande sécurité.

▪ En 1994, l'instauration de la perpétuité réelle pour punir certains assassinats relève encore d'une logique de rétribution et d'une logique d'élimination au regard d'une dangérosité. Celle-ci est pensée comme un état qu'en ce cas on n'espère pas supprimer. Dans le projet de 1959, la dangérosité du délinquant anormal comme de l'aliéné provoquait son enfermement ou son internement jusqu'à réduction de cette dangérosité.

▪ Avant la loi du 25 février 2008, la personne atteinte de troubles psychiques ou neuropsychiques ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes fait l'objet d'une ordonnance de non-lieu et à sa suite d'un internement d'office jusqu'à ce que la médecine qui l'a en charge estime pouvoir lever cette mesure qui était prise par l'autorité administrative.

C'est l'ensemble de cette conception de la dangérosité et de ses conséquences qui mute avec la loi du 25 février 2008.

## **Sur la mutation de la notion de dangérosité et de son usage**

### ***Sur la dangérosité du pénalement responsable atteint de trouble de la personnalité***

La dangérosité et le risque de récidive constituent les pivots autour duquel s'organise le *continuum* des notions qui justifie le recours à des mesures de sûreté, y compris des mesures privatives de liberté, infligées au-delà de la peine. Ce *continuum* est ainsi formé : trouble de la personnalité-dangérosité-risque de récidive-mesures de sûreté.

Chacune de ces quatre notions mérite d'être évoquée ici.

Le choix et l'utilisation par le législateur de la notion de « *trouble de la personnalité* », notion présente dans le DSM IV<sup>28</sup> sont essentiels pour le juriste quand il s'agit de comprendre l'articulation de ce dispositif au reste du droit pénal et au droit européen des droits de l'homme.

En 1998<sup>29</sup>, le législateur français a introduit au chapitre des peines applicables aux personnes physiques, le suivi socio-judiciaire qui peut, lorsque la loi le prévoit<sup>30</sup>, être ordonnée par la juridiction de jugement. La peine de suivi socio-judiciaire consiste en des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive<sup>31</sup>. Ces mesures

---

<sup>28</sup> [Association américaine de psychiatrie](#), DSM IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française, Paris, Masson, 1996.

<sup>29</sup> Loi n°98-468 du 17 juin 1998. Voir les articles 13 1-36-1 et s. du Code pénal.

<sup>30</sup> C'est-à-dire pour certaines infractions seulement mais qui vont de délits punis d'un an d'emprisonnement tel l'exhibitionnisme jusqu'aux crimes les plus graves.

<sup>31</sup> En 2005 (Loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005), le législateur a introduit un dispositif de surveillance judiciaire destiné à prévenir la récidive de ceux qui ont été condamnés à une peine de sept ans (depuis la loi du 10 mars 2010, dix ans auparavant) pour un crime ou un délit faisant encourir actuellement un suivi socio-judiciaire même quand le crime ou le délit a été commis avant l'entrée en vigueur du suivi socio-judiciaire (Crim. 21 janvier 2009, pourvoi n°08-83372). Destinée à ceux qui ont échappé au suivi socio-judiciaire pour des raisons d'application de la loi pénale dans le temps, la surveillance judiciaire, dite aussi surveillance judiciaire des personnes dangereuses, permet de

peuvent recouvrir des obligations de soins. Sa durée peut être de dix ans ou vingt ans au plus selon les infractions commises, voire illimitée en certains cas, sous réserve de la décision de la juridiction d'application des peines. Mais la peine de suivi socio-judiciaire ne suppose pas que le risque de récidive soit rattachée ou rattachable à un trouble de la personnalité. Si cette peine est finalisée (prévenir le risque de récidive), elle n'est pas pour autant selon la loi destinée à s'appliquer à un type particulier de personnalité.

En 2008, dix ans plus tard, le dispositif de prévention du risque de récidive des crimes se complète en revanche par la prise en compte de la notion de trouble de la personnalité lorsqu'elle induit une dangérosité. Le « *trouble grave de la personnalité* » induisant une « *particulière dangérosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive* » justifiera une rétention de sûreté tandis qu'une simple dangérosité induite par le même trouble justifiera une surveillance de sûreté. La violation des mesures de surveillance de sûreté conduit au placement en rétention de sûreté<sup>32</sup>.

Ces mesures de sûreté ne sont plus justifiées directement par le crime commis mais par le risque de récidive de ce crime; elles sont prononcées, au terme de l'exécution de la peine, par une commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté<sup>33</sup>; elles ne sont pas limitées dans le temps mais sont renouvelables autant que la dangérosité évaluée de celui qui en fait l'objet le justifie. Le juriste est en droit de s'interroger sur la compatibilité d'un tel dispositif avec la convention européenne des droits de l'homme (CEDH) et notamment avec l'article 5 de la dite convention<sup>34</sup>. Le droit à la liberté et à la sûreté connaît des exceptions limitées et parmi celles énoncées à l'article 5 de la convention, on en relève deux qui sont susceptibles de nous intéresser : la condamnation par un tribunal et la détention régulière d'un aliéné. Or, ce n'est pas la condamnation de la cour d'assises qui emporte directement la rétention de sûreté, elle ne fait que l'envisager, la rendre possible en fin de peine, si une commission en décide au vu de nouvelles évaluations. Reste le cas de « l'aliéné » si on veut bien considérer que cette notion inscrite dans la convention en 1950 recouvre « le trouble de la personnalité » de la loi de 2008 et du DSM IV. Ce qui ne va nullement de soi et supposerait quelques clarifications du côté de la psychiatrie sur la notion de trouble de la personnalité<sup>35</sup>. Il n'est donc pas certain que la rétention de sûreté telle qu'elle a été conçue soit conforme aux dispositions de l'article 5 de la CEDH.

La notion de dangérosité et son usage en droit, effectif ou envisagé, ont muté. Aujourd'hui, elle n'est plus conçue comme un *état*, définitif ou non selon que les soins sauraient la faire disparaître. Elle est pensée par le législateur comme un *effet du trouble de la personnalité*,

---

prendre des mesures de sûreté contre elles durant le temps des crédits de peines ou des réductions de peines dont elles ont bénéficié. Si, sauf décision contraire, la personne placée sous surveillance judiciaire est soumise à une injonction de soins (article 723-30 alinéa 2 du CPP), le risque de récidive qui justifie cette surveillance n'est pas non plus explicitement rattaché par la loi à un trouble de la personnalité.

<sup>32</sup> La décision de la CEDH du 17 décembre 2009, *M c/ Allemagne*, conduit à penser que la France pourrait être condamnée pour violation de l'article 7§1 de la CEDH : pour la cour, ce type de dispositif (détention de sûreté en Allemagne, rétention de sûreté en France) s'analyse en une « peine », privative de liberté qui doit être prévisible au moment où la personne commet l'infraction sur laquelle elle s'appuie fût-ce indirectement (et non pas au moment où elle enfreint les obligations de la surveillance de sûreté); en ce sens : GREGOIRE L., *La détention de sûreté est une peine*, Droit pénal, mai 2010, p.17).

<sup>33</sup> Article 763-10 du CPP.

<sup>34</sup> Voir en ce sens PECHILLON E., *Conditions du maintien d'une privation de liberté au terme d'une incarcération : l'examen de la conventionalité des rétentions de sûreté*, sous CEDH 10 juin 2010, *Borer c/ Suisse*, AJ pénal, septembre 2010, p. 390-391.

<sup>35</sup> Voir sur la perplexité et l'inquiétude que provoque le texte de l'article 706-53-13 chez les praticiens, juristes et psychiatres, MORICE A. ET D'HERVE N., *Justice de sûreté et gestion des risques*, Paris, L'harmattan, 2010, Collection Bibliothèques de droit, p. 47-54.

comme une *manifestation aiguë* de ce trouble qu'on ne pense pas guérir mais qu'on doit seulement « chroniciser ». Elle est *évolutive* et peut justifier des sorties de rétention de sûreté et des retours si la violation des mesures de surveillance (et non pas nécessairement de nouvelles infractions) laisse à penser que son degré, *le degré de dangérosité*, a augmenté. Pensée implicitement sur le modèle contemporain de la médecine à propos de certaines maladies, la paire « *trouble de la personnalité-dangérosité* » sera nécessairement grosse consommatrice d'expertises puisque l'évaluation de l'un et de l'autre, du degré de responsabilisation du délinquant dans les dispositifs qui lui sont proposés et imposés devra être revue *régulièrement* pour justifier les mesures dont il fait l'objet, leur maintien et leurs évolutions. Dans un sens et dans l'autre.

La gestion nouvelle du risque de récidive est ainsi adossée sur un dispositif d'ensemble qui comprend, d'une part, le suivi socio-judiciaire et la surveillance judiciaire des personnes dangereuses et là, l'existence d'un trouble de la personnalité n'est pas une condition nécessaire et, d'autre part, la rétention et la surveillance de sûreté qui la suppose. Des ponts sont construits par le législateur entre les deux versants de ce dispositif d'ensemble<sup>36</sup> et la loi du 10 mars 2010 a créé un répertoire des données à caractère personnel qui conservera toutes les expertises concernant ceux qui ont commis une infraction leur faisant seulement *encourir* un suivi socio-judiciaire qu'ils en aient ou non fait l'objet. Ainsi les « *faux négatifs* » de la dangérosité pourront-ils être rattrapés par leur histoire.

Si la prison c'est encore « *surveiller et punir* », il convient maintenant, après avoir puni par la prison, de continuer de surveiller, de traiter, voire de priver de liberté au nom du seul risque de récidive sans que ces dispositifs trouvent nécessairement leur terme. En cela ils font irrésistiblement penser au sort du perdant du jeu de l'oie avec son retour à la case prison. Alors que ces condamnés sont dits atteints de trouble de la personnalité, cette surveillance postule une formidable capacité de contrôle de leur part quand on sait qu'elle passera notamment par le port du bracelet électronique mobile. Elle requiert une adhésion constante de celui qui y est soumis à ces restrictions de liberté dans le temps et l'espace qu'il a charge de gérer. Ce n'est pas le moindre des paradoxes de ce dispositif dont on attend aussi qu'il contienne les effets des troubles de la personnalité des criminels.

### ***Sur le traitement de la dangérosité du pénement irresponsable***

En son second volet, la loi du 25 février 2008 poursuivait deux objectifs : en premier lieu, satisfaire les victimes convaincues que seul un procès leur apporterait la reconnaissance de leur statut, un vrai procès avec une audience, peut-être même publique, au terme duquel la juridiction dirait qu'il existait des charges suffisantes contre la personne mise en cause d'avoir commis les faits qui lui étaient reprochés ; qu'il était en tout cas nécessaire pour elles d'obtenir ce résultat avant que ne soit prononcée la décision d'irresponsabilité pénale. En second lieu, la loi avait pour objectif de permettre à la juridiction qui prononcerait la décision d'irresponsabilité pénale de prononcer encore l'hospitalisation d'office et aussi des mesures de sûreté destinées à prévenir la réitération des faits.

S'agissant des mesures que la juridiction peut prononcer, la discussion sur la nature de ces mesures (peines ou mesures de sûreté ?) a bien entendu surgi à la faveur de la question de l'application de la loi dans le temps. L'article 706-136 du code de procédure pénale permet on l'a dit de prononcer contre la personne déclarée pénement irresponsable une hospitalisation d'office mais aussi diverses interdictions<sup>37</sup> et privations de droit. De quoi

---

<sup>36</sup> Ainsi le condamné peut, à sa sortie de prison être placé en rétention de sûreté puis en surveillance de sûreté mais au terme de celles-ci, il devra encore exécuter la peine de suivi socio-judiciaire à laquelle la cour d'assises l'a condamné.

<sup>37</sup> Interdictions d'entrer en relation avec la victime ou d'autres personnes, et notamment avec les mineurs, spécialement désignées, interdiction de paraître en certains lieux spécialement désignés, de détenir ou de porter une arme, d'exercer une activité professionnelle ou bénévole spécialement désignée et enfin la suspension ou l'annulation du permis de conduire.

s'agit-il ici ? De peines qui ne sauraient donc être prononcées que pour des faits commis postérieurement à la loi ou de mesures de sûreté qui peuvent alors être prononcées immédiatement ? La doctrine est divisée<sup>38</sup> et les deux premières décisions de la chambre criminelle rendues la même année le sont en sens inverse l'une de l'autre<sup>39</sup>. Faut-il, au motif que ces interdictions figurent au code pénal parmi les peines les analyser comme telles même lorsqu'elles sont prononcées après une décision d'irresponsabilité pénale ? Faut-il suivant l'exemple de la CEDH prendre en compte leur caractère punitif même si le législateur les a dénommées mesures de sûreté ? Ou faut-il considérer qu'elles ne peuvent l'être par hypothèse qu'à titre de mesures de sûreté, comme le dit d'ailleurs la loi du 25 février 2008, dès lors qu'elles visent des personnes à qui aucune infraction n'est imputable et qui ne sauraient donc être *punies*. C'est en ce sens que s'est en dernier lieu prononcée la formation plénière de la Chambre criminelle de la Cour de cassation.

Mais est-ce si simple dès lors que ces interdictions ont encore vocation à s'appliquer quand les personnes en cause auront quitté l'hôpital, recouvré leur liberté et peut-être toute leur raison et que ces mesures ont vocation à éviter la répétition de faits délictuels ou criminels ?

On mesure ici l'ambiguïté que cette loi génère sur la représentation que se fait notre société des malades mentaux. Punissables ou non ? On ne sait plus le dire. Traités à l'hôpital puis privés de leurs droits en tout cas. Par prévention, par précaution ? L'impossible imputation à l'agent<sup>40</sup> d'une infraction et donc d'une peine, du fait de l'abolition du discernement, s'efface ici au profit d'une logique du risque et de sa gestion totalement dégagées de celle de responsabilité. La cause de cette abolition du discernement, le trouble psychique ou neuropsychique, n'empêche plus de *juger* les faits selon un rituel qui postule la participation du mis en cause à ce rituel ni de prévenir la réitération par l'auteur de tels faits infractionnels, dans le même état psychique ou non, par des interdictions et des privations de droit qui, appliquées à des coupables pénalement responsables sont des peines. Les frontières entre responsabilité et irresponsabilité s'estompent.

## Conclusion

Juger la folie ? C'est bien de cela qu'il s'agit d'une certaine façon quand le juge doit avec le concours permanent des experts, à tous les stades de la procédure et de l'exécution des peines jauger la dangérosité pour mesurer le risque de récidive chez celui qui souffre de troubles de la personnalité. Le respect ou au contraire la violation des obligations faites au condamné seront les signes d'une augmentation de cette dangérosité, d'une probabilité très élevée de récidive qui justifiera jusqu'à la privation de liberté au seul nom du risque. Une modification de ce qui s'apparente à un protocole de traitement sera proposée et à défaut imposée. Et « *l'homme dangereux*<sup>41</sup> » sera requis par le juge de se responsabiliser, de donner son accord à certains traitements, à la castration chimique, d'adhérer à la peine comme aux mesures de sûreté. « *L'homme dangereux* » comme tout autre devient « *l'entrepreneur de lui-même*<sup>42</sup> » et, en cela, le traitement contemporain de la dangérosité est bien celui d'une gouvernamentalité néolibérale. Un traitement auquel la justice est étroitement associée.

<sup>38</sup> Voir PRADEL J., *Une double révolution en droit pénal français avec la loi du 25 février 2008 sur les criminels dangereux*, Recueil Dalloz, 2010, p. 1010 en faveur de la seconde solution et MATSOPOULOU H., *L'application des « peines », puis des « mesures de sûreté », aux personnes atteintes de troubles mentaux : l'incohérence jurisprudentielle et ses conséquences*, Droit pénal, Février 2010, p. 11-15 en faveur de la première.

<sup>39</sup> Crim. 21 janvier 2009, pourvoi n°08-48392 qui écarte l'application de la procédure au motif qu'elle permet de prononcer des peines et Crim. 16 décembre 2009, pourvoi n°09-85153 qui qualifie ces interdictions de mesures de sûreté applicables immédiatement.

<sup>40</sup> Voir sur le sens de l'expression d'imputation à l'agent préférable à la notion d'imputabilité, ROUSSEAU F., *L'imputation dans la responsabilité pénale*, Paris, Dalloz, 2009, coll. Nouvelle bibliothèque de thèses, 485 pages.

<sup>41</sup> Nous reprenons là l'expression de KALUSZYNSKI M. « Le retour de l'homme dangereux », *Champ pénal*, volume V, 2008.

<sup>42</sup> FOUCAULT M., *Naissance de la biopolitique, Cours au collège de France*, Paris, Gallimard/ Seuil, 2004, p.232.

La victime comme les autres parties peuvent accepter la décision de non-lieu du juge d'instruction ou exiger, à ses risques d'ailleurs, une audience devant la chambre de l'instruction. Le rituel de la justice pénale est ici convoqué à des fins nouvelles de restitution plus que de rétribution. La décision de la cour, qui n'est pas un exercice normal des voies de recours<sup>43</sup>, ne dira dans la plupart des cas ni plus ni autre chose que ce qu'aurait dit le juge d'instruction ; la partie qui demande cette audience ne contestera peut-être pas la déclaration d'irresponsabilité à venir ; le mis en cause ne contestera peut-être pas avoir commis les faits, ni l'abolition de son discernement ni même l'hospitalisation d'office et les mesures de sûreté à venir. Par le recours au rituel de l'audience il s'agit seulement d'imposer un débat à l'Autre. Le texte a tout prévu ou presque : on interrogera le mis en examen si son état le permet, les experts qui l'ont examiné, les témoins nécessaires à l'établissement des faits, on entendra les réquisitions et les observations de la partie civile et de la défense, le tout en audience publique sauf si la publicité est dangereuse pour l'ordre ou les mœurs. Il n'est pas prévu d'entendre les témoins de personnalité en faveur du mis en examen. Ceux qui auraient pu dire qu'avant de commettre les faits avant de sombrer dans la maladie mentale, il était un ami, un frère ou un fils attentionné. Faire semblant de débattre avec l'Autre tout en lui déniait d'être quelqu'un d'autre que celui qui a commis les faits. Reconnaître qu'il n'est pas punissable tout en lui infligeant des peines d'interdictions encore applicables lorsqu'il aura quitté l'hôpital. Tout cela bien sûr pour le responsabiliser, aider ses victimes et prévenir la réitération. Juger les faits du « malade mental » encore au nom du risque et d'un droit au procès en trompe-l'œil.

Le juge n'est plus tant en charge de dire la responsabilité ou l'irresponsabilité pénale, il suivra sur ce point ce que lui diront les experts et l'hypothèse d'une contradiction entre eux est marginale; en revanche en tant que *risk manager*<sup>44</sup>, il doit dans la durée évaluer la réponse à apporter à la dangerosité, au risque de récidive dans l'un et l'autre cas. Bien plus qu'au travers d'une peine rétributive, c'est par cette réponse à la dangerosité qu'il est censé payer leur dû aux victimes.

Un autre modèle de justice pénale naît sous nos yeux. Le traitement de la folie en est une des manifestations. Au-delà de la responsabilité et de l'irresponsabilité pénale.

---

<sup>43</sup> Bien plus, elle prive chacune des parties d'un premier degré de juridiction puisque le juge d'instruction transmet, dès lors qu'une partie en a formé la demande, le dossier à la chambre de l'instruction.

<sup>44</sup> L'expression est empruntée à A. GARAPON, *La raison du moindre État, le néolibéralisme et la justice*, Paris, O. Jacob, 2010, 284 pages.



## **Quel est le point de vue des patients et des familles sur la « dangérosité psychiatrique » ?**

**Jean CANNEVA**  
Président de l'UNAFAM

### **L'alliance Unafam - Fnapsy, un exemple du partenariat qui existe dans la cité**

L'Unafam regroupe 15 000 familles, soit environ 60 000 personnes (15 000 personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères et 45 000 proches). L'association, créée en 1963, a été reconnue d'utilité publique en 1968. Elle a pour objectifs statutaires d'accueillir et d'aider les familles concernées et de défendre les intérêts des personnes confrontées aux pathologies en cause. L'association a conclu, en 2001, une alliance avec la Fédération de patients et anciens patients de la psychiatrie (Fnapsy) et avec les représentants des soignants associés aux travaux de la présente audition. Cette alliance est à l'image de celle souhaitée dans la cité.

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

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

### **Les pathologies psychiatriques sont des pathologies de la liberté. Celle-ci est protégée par le législateur**

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

Il est, par ailleurs, intéressant de constater que les deux premières lois concernent la prévention et que, dans les deux cas, le principe de subsidiarité vis-à-vis des familles est explicitement privilégié. Ce dernier point semble devoir justifier une reconnaissance officielle

dans les recommandations qui seront faites à la suite de l'audition publique du 10 décembre 2010.

### **Le rôle essentiel des aidants de proximité devrait être reconnu officiellement**

Après un temps d'apprentissage, les aidants de proximité deviennent capables de détecter les situations à risque. Ils sont les véritables acteurs de première ligne de la sécurité, c'est-à-dire les « veilleurs au quotidien » les mieux placés pour déclencher, le cas échéant, les procédures d'alerte et d'intervention des professionnels. Les associations, qui les aident au quotidien, ne comprennent pas pourquoi les services qu'elles offrent ne sont pas systématiquement intégrés au dispositif d'accompagnement et aidés à concurrence de l'importance de leur rôle en matière de prévention.

Cette prévention a, en particulier, trois objectifs :

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

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



## **Session 2.**

### **Épidémiologie, aspects clinique, facteurs de risque généraux et spécifiques de violence hétéro-agressive, signes d'alerte**



# Quelles sont les données de la littérature concernant la violence hétéro-agressive chez les personnes présentant une schizophrénie ?

**Dr Raphaël GOUREVITCH**

Psychiatre

Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris

## Introduction

La clinique psychiatrique et la pratique de l'expertise ont une longue histoire commune : on peut même dire que l'une a engendré l'autre, à tel point que dangérosité et maladie mentale ont longtemps été pratiquement confondues [60, 73]. Plus tard, dans un angélisme plein de bonnes intentions thérapeutiques, la communauté psychiatrique a voulu croire que les malades mentaux ne représentaient pas pour la sécurité des personnes un groupe plus à risque que l'ensemble de la population générale. Pourtant, dans l'opinion publique relayée par le discours politique et par une récente évolution législative, la représentation du malade mental et tout particulièrement celle du schizophrène est bel et bien restée associée à la notion de dangérosité. Ainsi, ce sont quarante-huit pour cent des français qui pensent que les schizophrènes sont dangereux pour les autres [56]. Dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalité », le meurtre et le viol sont associés, pour une majorité de personnes, au malade mental [24].

Rappelons que la schizophrénie, maladie psychotique chronique aboutissant à une profonde désorganisation de la personnalité, touche environ 1 % de la population partout dans le monde. Son origine reste pour l'essentiel inconnue, malgré de considérables travaux de recherche intégrant l'ensemble des données cliniques, épidémiologiques, génétiques, psychologiques, socio-environnementales et paracliniques à notre disposition. Débutant en général chez l'adolescent ou l'adulte jeune, ses manifestations évoluent ensuite de façon chronique sur la vie entière et s'articulent autour de trois axes : le délire paranoïde et les hallucinations (signes productifs ou positifs) ; l'autisme et le désinvestissement de la réalité (signes négatifs ou déficitaires) ; et, au cœur de ce que l'on pense être la psychopathologie de ce trouble, la dissociation qui correspond à la perte de l'unité psychique, provoquant un relâchement des processus associatifs entre idées, affectivité et attitudes [23].

La réalité clinique quotidienne pour les équipes qui prennent en charge des malades souffrant de schizophrénie est très éloignée de l'image que s'en fait le public et ne semble que rarement, au regard de l'ensemble des situations traitées, avoir de rapport avec la violence ou même avec l'agitation. Il apparaît donc nécessaire de dépasser le ressenti et les impressions subjectives, et, en examinant les données de la littérature sur ce sujet, de clarifier les liens épidémiologiques et cliniques réels entre schizophrénie et violence, ainsi que les hypothèses psycho ou physiopathologiques pouvant expliquer des comportements violents spécifiquement dans cette population. Il faut comprendre d'emblée que les travaux les plus anciens n'ont pas tous abouti à des résultats homogènes – il s'en faut de beaucoup.

## Méthode et résultats

Nous avons répertorié les principales publications françaises et internationales traitant de ce sujet. A titre d'exemple, sur un moteur de recherche informatique comme Pubmed®, le croisement des mots-clés *violence* et *schizophrenia* aboutit au recensement de plus de 1 000 publications. Dans le cadre limité du présent travail, plutôt que l'accumulation

exhaustive de ces données sous forme résumée, nous avons cru devoir extraire les publications les plus informatives sur l'état actuel des connaissances.

Dans un premier temps, nous avons effectué une recherche bibliographique à l'aide du moteur de recherche MEDLINE sur la période 1990-2006 inclusivement à propos des études prospectives ou rétrospectives aux méthodologies solides concernant la prévalence de la maladie mentale au sein de la population homicide d'un pays donné, en utilisant les mots-clés *homicide, crime, murder, mental disorder, major mental disorder* et *schizophrenia* : nous allons reprendre ici une partie de ces données que nous avons récemment publiées [58]. Selon notre travail, 15 à 20 % des meurtriers présenteraient ainsi une maladie mentale sévère (schizophrénie, trouble délirant, trouble de l'humeur : voir plus bas à propos de cette notion). Parmi eux, les sujets atteints de schizophrénie sont surreprésentés avec une prévalence 10 fois supérieure à ce qu'elle est en population générale. La schizophrénie multiplierait, par rapport à une population indemne de pathologie mentale, le risque de violence homicide par 6 à 16 chez l'homme et par 6,5 à 26 chez la femme. Les schizophrènes hommes ou femmes représentent 3,6 à 10 % des meurtriers. Ces chiffres sont à rapprocher de ceux associés à un abus de substances ou à un trouble de la personnalité : le risque de passage à l'acte homicide est augmenté de 12 fois chez l'homme et de 52 fois chez la femme en cas d'abus ou de dépendance à l'alcool par rapport à la population générale, et il est aussi multiplié par 10 à 29 chez l'homme en cas de trouble de la personnalité de type antisocial. Au total il paraissait difficile de tirer des conclusions définitives de cette revue de littérature, tant les résultats des divers travaux étaient hétérogènes (en fonction de la date de l'étude et surtout de sa méthodologie, de son contexte culturel et judiciaire, de la définition de l'homicide – volontaire ou non, abouti ou simple tentative, des critères diagnostiques utilisés ou des populations incluses, etc.).

En fait les rapports épidémiologiques entre pathologie psychiatrique et violence criminelle peuvent être étudiés suivant quatre axes [5] : études en population générale, études longitudinales de cohorte avec suivi depuis la naissance, études sur les mises en examen de patients sortant des hôpitaux psychiatriques et la prévalence des agressions criminelles chez les patients ambulatoires, enfin études de prévalence des pathologies psychiatriques chez les auteurs d'homicide. Quelle que soit la méthode retenue, il apparaît souvent que les chiffres de violence calculés dans les populations de sujets schizophrènes ne le sont que comparativement à d'autres troubles mentaux, ou qu'à l'inverse le risque est calculé en comparant « malades mentaux » considérés globalement et population générale. Des nombreuses publications que nous avons passées en revue [notamment 4, 15, 19, 20, 26, 28, 41, 63, 68, 70, 71, 79 in 74], on retient tout de même quelques notions fortes :

- l'augmentation du risque de violence chez les schizophrènes relativement à la population générale retrouvée dans toutes les études à la méthodologie rigoureuse (à l'exception notable de l'étude Mac Arthur [3, 48] qui apporte des conclusions plus nuancées – lesquelles du reste ont été rediscutées depuis [72]), mais aussi la grande hétérogénéité du risque ainsi calculé ;
- la majoration de ce risque par la co-occurrence d'un abus de substances et par le nombre de diagnostics associés ;
- l'importance des biais méthodologiques et des facteurs de confusion représentés par les données biographiques et sociodémographiques associées (âge, sexe, trajectoire personnelle, isolement social, etc..) ;
- le risque considérablement plus important représenté par l'abus de substances que par les troubles schizophréniques ;
- enfin l'impossibilité de conclure sur la nature du lien statistique mis en évidence entre schizophrénie et violence : la démonstration d'une corrélation n'est pas celle d'une relation de cause à effet.

Entre-temps c'est finalement une très importante méta-analyse réalisée par une équipe britannique et suédoise [21] qui a permis d'apporter des réponses plus complètes et plus

précises aux questions posées sur les risques de violence comparés spécifiquement entre population générale et populations de sujets atteints de schizophrénie : dans ce travail la recherche bibliographique s'étend sur la période janvier 1970-février 2009 et a utilisé les termes *viol\**, *crim\**, *homicide*, *schiz\**, *severe mental illness*, *major mental disorder*, *psychos\** et *psychot\** (voir la publication pour les détails méthodologiques concernant l'extraction et la réanalyse combinée des données issues des vingt études retenues et concernant au total 18 423 patients et 171 4904 personnes issues de la population générale). Le travail de Fazel & al. a ainsi permis de réanalyser des résultats obtenus dans 11 pays de culture occidentale, mais dont aucun en France : cinq études aux Etats-Unis [13, 15, 47, 62, 69] ; deux au Royaume-Uni [12, 30] ; deux au Danemark [9, 54] ; trois en Suède [18, 22, 40] ; deux en Finlande [16, 57, 71] ; les autres venant d'Australie [79], d'Allemagne [64], d'Autriche [25], de Suisse [44-46], de Nouvelle-Zélande [4] et d'Israël [66-67].

Chez l'homme l'*odd-ratio* (OR) comparant le risque de violence dans une population de sujets atteints de schizophrénie par rapport à la population générale est d'environ 4 (il est compris entre 1 et 7), tandis que chez la femme il est de 7,9 (il varie entre 4 et 29) ; dans les deux sexes considérés ensemble, l'OR est égal à 5 (fig. 1). En cas de comorbidité avec un abus de substance, l'OR (dans les deux sexes) est calculé à 8,9 (de 3 à 25), tandis que dans la population spécifique de schizophrènes sans abus de substances comparée à la population générale il est de 2,1. Les auteurs soulignent à leur tour la grande hétérogénéité des résultats sans pouvoir y apporter d'explication relative aux critères diagnostiques utilisés, aux méthodes de mesure, ni au lieu, à l'époque ou à la taille de l'étude : seule l'existence et la sévérité d'une comorbidité par un abus de substances est en mesure d'expliquer les différences retrouvées entre les différents travaux examinés. Fait remarquable, le risque de violence calculé dans des populations de sujets souffrant concomitamment de schizophrénie et d'abus de substance semble être le même que celui des « abuseurs » de substance non schizophrènes. Parmi les passages à l'acte recensés, la proportion de ceux commis par des sujets schizophrènes (risque attribuable) est comprise entre 3,2 et 9,9%. Enfin ces auteurs affinent notre estimation du risque spécifique d'homicide : l'ensemble des travaux examinés rapporte 261 cas d'homicide commis par des sujets souffrant de schizophrénie ou d'autres psychoses contre 2 999 dans la population témoin. Le risque homicidaire dans la population schizophrène est de 0,3 %, contre 0,02 % dans la population témoin ; l'OR est calculé à 19,5.

## Discussion

### Epidémiologie des comportements violents chez les personnes souffrant de schizophrénie

Il n'est pas contestable que le risque de comportements violents est augmenté chez les sujets souffrant de schizophrénie relativement à ce qu'il est dans la population générale [21, 58] : il est en fait multiplié par un facteur pouvant aller jusqu'à 7 chez l'homme (OR = 4) et compris entre 4 et 29 chez la femme (OR = 8). Ce risque est toutefois très inférieur à celui représenté par l'abus de substances ou par l'existence d'un trouble de personnalité de type antisocial [2, 80], lesquels sont aussi beaucoup plus fréquents que la schizophrénie. L'excès de risque chez les schizophrènes comparativement à la population générale est expliqué en très grande partie par les comorbidités addictives. La comorbidité associant schizophrénie et abus de substances augmente ainsi considérablement le risque de violence (OR compris entre 3 et 25), les sujets affligés du double diagnostic présentant un risque environ 4 fois supérieur à celui des schizophrènes sans addiction. Le risque de violence calculé dans des populations de sujets souffrant concomitamment de schizophrénie et d'abus de substance semble être le même que celui observé dans les populations présentant un abus de substance sans schizophrénie : autrement dit, dans une population de sujets présentant un abus de substance, l'existence d'une comorbidité psychotique n'augmente pas le risque de comportement violent. En fait, le volet sanitaire d'une stratégie de lutte contre les

comportements violents devrait porter avant tout sur la prévention des troubles addictifs, chez les schizophrènes comme chez les autres [82].

Les chiffres globalement plus élevés retrouvés chez les femmes que chez les hommes peuvent s'expliquer par la fréquence de l'abus de substances mais aussi par le taux de violence généralement plus bas chez celles-ci, d'où la surreprésentation des transgressions associées à d'autres conditions, telle que la maladie mentale (cf. figure 1).

Les chiffres concernant spécifiquement le taux d'homicide (0,3%) est similaire à ce qui est généralement trouvé dans les populations concernées par les abus de substances. Le fait que jusqu'à 10 % des homicides soient commis par des patients schizophrènes (qui ne représentent que 1 % environ de la population générale) témoigne d'une association particulièrement forte. Mais il faut se garder de tout contresens stigmatisant qui assimilerait facteur de risque, facteur prédictif puis facteur causal. La notion de risque attribuable (proportion au sein de la population générale des cas [ici de violence] attribuable à l'exposition au facteur [ici la schizophrénie]) prendrait un sens bien plus informatif aux yeux du public, auquel il rappellerait que le risque d'être victime d'un schizophrène est bien inférieur à celui d'être victime... d'un sujet sain [2] !

L'important travail de l'équipe de Fazel [21] a également permis de mettre en évidence des résultats négatifs qui remettent en question certaines idées reçues : il n'existe pas de différence significative entre les risques calculés dans différentes régions du monde... ce qui va contre l'idée selon laquelle l'association entre violence et maladie mentale serait modifiée par le contexte local, en termes de taux de violence dans la population générale ou de facilité d'accès aux armes à feu. Il est vrai que les travaux épidémiologiques répertoriés ici viennent tous de pays de culture occidentale : des données issues d'ailleurs apporteraient des renseignements précieux. Autre fait important, le risque ne semble pas majoré dans les études les plus récentes comparativement aux études plus anciennes... ce qui va contre l'idée selon laquelle les modifications survenues entre-temps dans les modalités de prise en charge (désinstitutionalisation notamment) auraient pu influencer le risque de violence.

### **Considérations cliniques**

Chez un patient souffrant de schizophrénie, l'importance des symptômes positifs et au moins autant celle de la désorganisation et du déficit, l'impulsivité, les idées ou fantasmes violents, les symptômes dépressifs constituent autant de facteurs de risque de violence ou de signes d'alerte. On a vu l'importance des comorbidités par abus de substances, mais l'association d'un retard mental augmente aussi le risque [14, 59]. Du reste plus le nombre de diagnostics psychiatriques augmente pour un même patient, plus le risque de violence augmente [8].

Nous avons ainsi dégagé différents registres cliniques associés aux comportements violents chez les sujets schizophrènes [75] :

- l'importance des symptômes psychotiques dits productifs : symptômes paranoïdes, méfiance, hostilité, idées de persécution, délire à dominante mystico-religieuse ou mégalomane, syndrome d'influence notamment lorsque le patient obéit à des voix identifiées [70] et lorsque ces signes sont vécus avec intensité ou dans un climat d'exaltation passionnelle (la réticence est également un élément à prendre en considération, comme témoin de l'importance de l'invasion hallucinatoire et du clivage dans le fonctionnement psychique du patient) ;
- la nécessité de rechercher d'autres signes spécifiques : rêveries diurnes d'agresser autrui, idéation et pratiques perverses, fascination pour les armes ou menaces évoquant un scénario en cours d'élaboration [61]... ;
- et d'autres moins spécifiques mais majorant le risque en fonction du contexte : émotions négatives telles que la peur, l'anxiété, la colère, un sentiment d'incapacité ou d'indignité, le déni (de la part du patient mais aussi de son entourage [10]), certains effets iatrogènes (akathisie notamment) ;

- Dubreucq parmi d'autres auteurs insistent sur le potentiel criminogène de certains symptômes négatifs ou dissociatifs comme le retrait social, l'émoussement affectif et émotionnel ainsi que la désorganisation idéique et comportementale [14, 36] ;
- il faut comprendre aussi l'importance des symptômes dépressifs comme facteur de dangerosité, chez le sujet schizophrène comme en population générale [7, 33] : selon Swanson le risque de passage à l'acte est de 21,1 % en cas de trouble de l'humeur associé contre 8,4 % en cas de schizophrénie sans trouble de l'humeur [69] ; du reste idéations voire comportements suicidaires, d'une part, et homicides, d'autre part, sont très fortement corrélés [5] ;
- quant à l'association d'une schizophrénie à une « personnalité antisociale » évoquée dans de nombreuses publications [27, 49, 50, 53], elle ne nous semble guère avoir de sens théorique, même s'il est indéniable qu'il existe des formes pseudo-psychopathiques de schizophrénie marquées notamment par la tendance à la transgression, l'impulsivité et l'intolérance aux frustrations. Certains auteurs pensent que l'existence d'un trouble de personnalité de type antisocial antérieurement à l'éclosion schizophrénique serait en soi un facteur de risque, indépendant de la maladie mentale. Cela sera détaillé ailleurs dans cette session ;
- nous ne reviendrons pas ici sur l'importance pronostique essentielle en termes de comportement violent à accorder à une comorbidité par un abus d'alcool ou d'autre substance. Cela aussi fera l'objet d'une autre communication au cours de cette session.

### Autres facteurs de risque

En fait, les facteurs de risque cliniques ne sont pas seuls à devoir être pris en compte. Il en existe bien d'autres, dont beaucoup s'appliquent aussi aux sujets non malades mentaux. La prise en compte d'éléments anamnestiques et circonstanciels « actuels » plaçant chaque individu dans un risque particulier au cours de sa trajectoire de vie et de soins est donc essentielle [76].

Certains de ces éléments sont d'ordre sociodémographique :

- en population générale comme chez le malade mental, les adultes jeunes, avant 40 ans, sont les plus à risque de violence [6] ;
- le sexe masculin est également un facteur de risque important puisque les hommes sont responsables d'environ 90 % de la violence sur autrui ; mais, on l'a vu, la maladie mentale et particulièrement la schizophrénie augmentent de façon plus importante le risque de violence chez les femmes [26, 28] ;
- comme en population générale, le célibat et surtout la faiblesse du statut économique sont majoritairement considérés chez les patients psychiatriques comme des facteurs de risque de violence, peut-être par l'intermédiaire de l'isolement social, du faible support d'étayage ou de l'exposition à des groupes violents [68].

D'autres sont liés aux antécédents personnels. Ces facteurs que l'on peut qualifier de statiques sont particulièrement importants à recueillir du fait de leur poids dans l'évaluation du risque de passage à l'acte (voir ailleurs au cours de cette audition les méthodes d'évaluation). Retenons en résumé l'importance d'un environnement familial perturbé, violent ou permissif ; d'une victimisation dans l'enfance ; de l'adhésion à des valeurs criminelles ; ou d'un environnement actuel défavorisé et violent. Mais en fait il faut surtout retenir que le meilleur prédicteur de violence, en population générale comme dans la population souffrant de troubles mentaux, est l'existence d'antécédents de violence [43].

D'autres encore sont d'ordre contextuel : chez un schizophrène peu capable de s'adapter à un environnement nouveau ou stressant plus encore qu'en population générale, les ruptures affectives, les situations conflictuelles, le chômage, le cadre de vie difficile majorent le risque de comportements violents. Certains auteurs soulignent l'importance du sentiment d'impasse

situationnelle, lorsque les demandes d'aide ou de fuite ont échoué, dans la genèse du passage à l'acte violent [11, 78].

Enfin il faut souligner l'importance des facteurs liés aux modalités des soins, tout simplement parce qu'il s'agit d'un domaine où l'intervention sanitaire peut être efficace :

- l'observance médicamenteuse joue un rôle central dans la diminution de la dangérosité chez le patient souffrant de schizophrénie [17]. De nombreux travaux montrent que les patients commettant des actes de violence se trouvent fréquemment en rupture de soins [42, 48], et particulièrement dans les semaines qui suivent une sortie de l'hôpital (cependant il faut noter que l'effet bénéfique de la continuité des soins relativement au risque de violence, s'il est intuitivement probable, n'est pas formellement démontré : une étude comparant soins intensifs et soins usuels et mesurant le taux de violence n'a pas mis en évidence de supériorité d'une stratégie par rapport à l'autre [81]) ;
- l'établissement d'une authentique alliance thérapeutique est également un élément protecteur [43], contrairement à la mise en place d'une « pseudo-alliance » permissive destinée à « maintenir la relation » dans un objectif illusoire et faussement sécurisant ;
- enfin la capacité du patient à demander de l'aide, parfois de façon détournée (verbalisation d'idées suicidaires ou tentative de suicide, interpellation des forces de l'ordre), doit rencontrer en retour la capacité des équipes soignantes à entendre cette demande d'aide, à se montrer disponibles et à proposer des mesures thérapeutiques appropriées [31, 37], ce qui n'est pas toujours le cas [65].

### **Identification de sous-groupes de patients et situations types [76]**

Certains auteurs décrivent des sous-groupes de patients, qui permettraient de mieux identifier les situations à risque et d'en prévenir les conséquences. Il faut cependant garder à l'esprit que le nombre des patients non-violents dépasse celui des violents, et qu'il existe ainsi beaucoup de « faux-positifs ».

Joyal propose de distinguer les patients schizophrènes violents en trois sous-groupes [33] :

- le premier groupe est représenté par des patients ayant un triple diagnostic : schizophrénie, abus d'alcool et personnalité antisociale ; dans ce groupe, la violence typiquement non planifiée, vise généralement un ami (le plus souvent consommateur avec l'agresseur avant le passage à l'acte) ; le risque de récurrence est élevé ;
- le deuxième groupe est composé de patients schizophrènes évoluant depuis plusieurs années et présentant des troubles neurologiques et/ou neuropsychologiques ; la violence souvent verbale ou dirigée vers des objets est non planifiée, souvent en réaction à une situation de frustration de la vie quotidienne ; elle occasionne rarement des blessures graves ; dans ce groupe, la récurrence violente est importante ;
- le troisième groupe correspond aux schizophrènes paranoïdes, dont la violence semble directement en lien avec le délire ; le geste violent est alors souvent mieux préparé et dirigé contre un membre de la famille ; le taux de récurrence est faible, souvent tributaire de la poursuite ou de l'arrêt des soins.

Hodgins et ses collaborateurs [29] identifient deux profils de schizophrènes violents ou criminels, en fonction de la chronologie d'apparition des troubles :

- les *early-starters* dont la délinquance débute avant l'apparition de la maladie ;
- les *late-starters* dont les actes délictueux débutent plus tardivement (après 18 ans), en fait après le début des troubles psychiatriques.

Les premiers se caractériseraient par la présence d'un trouble de personnalité prémorbide de type antisocial, par un meilleur niveau de fonctionnement social, par une exposition plus précoce aux toxiques, par une plus grande tendance à la rupture de soins et par un risque



plus marqué de récurrence violente grave. Tandis que les *late-starters* seraient fréquemment en difficulté avec l'alcool, leur fonctionnement social serait moins bon, leur victime serait plus fréquemment des proches ou des parents, et leur violence plus accessible aux traitements.

### **Hypothèses explicatives**

Une meilleure identification des facteurs démographiques, cliniques, psychométriques et neuropsychologiques associés à ces constatations épidémiologiques permettrait de mieux en comprendre les enjeux et de mieux prévenir les comportements violents associés à la schizophrénie.

Les rapports avec les troubles des conduites relevés chez les sujets antisociaux ne sont pas rares [52], mais la psychopathologie, pas plus que la physiopathologie sous-jacentes ne sont clairement établies [39]. Ont été invoquées des altérations et dysfonctions frontales notamment dans les psychoses déficitaires [32, 35], peut-être via une diminution des capacités de contrôle pulsionnel et de gestion de la colère ; certains auteurs suggèrent aussi que la rigidité cognitive liée à une détérioration neurologique ou une limitation intellectuelle est également un facteur de risque de violence [34] ; globalement des troubles neurologiques sont plus souvent mis en évidence chez les patients itérativement violents. On a également mis en cause des mutations du gène de la catéchol-O-méthyl-transférase (COMT) [38, 77], impliqué dans le métabolisme de la dopamine et l'inactivation des catécholamines.

Naudts & Hodgins [51] ont répertorié 17 études comparant sujets schizophrènes violents et sujets schizophrènes non violents sur le plan des performances neuropsychologiques, des signes neurologiques mineurs et de l'imagerie. Les données apparaissent globalement fragiles et peu répliquables : divers biais méthodologiques, au premier rang desquels l'absence de consensus autour de la définition de la violence, expliquent sans doute ces résultats décevants.

### **Conclusions**

Les comportements violents sont plus fréquents chez les schizophrènes que dans la population générale, et sous-tendus par les différentes dimensions de la maladie : dissociative, déficitaire et délirante. Ces aspects propres à la pathologie entrent en résonance avec leur corrélat interactif et social, l'isolement et la marginalisation y compris vis-à-vis des structures de soins, pour augmenter encore le risque de violence. Enfin l'association aux comportements d'allure antisociale, aux perturbations émotionnelles et surtout aux abus de substances boucle ce cercle dangereux, lequel est plus complexe qu'une simple superposition de risques additionnés.

Il faut garder à l'esprit cependant que si le schizophrène est dangereux, c'est bien plus souvent pour lui-même que pour autrui. Et que le praticien d'aujourd'hui, sans sortir de son rôle, dispose d'outils efficaces pour réduire la symptomatologie psychotique ou thymique ; pour lutter contre les addictions associées ; et pour favoriser l'observance et la relation thérapeutique – tout cela ne rendant pas moins nécessaire la mise en œuvre d'une politique encore plus efficace de lutte contre les toxicomanies.

Tous les malades mentaux ne sont pas violents, il s'en faut de beaucoup : l'agressivité représente l'exception et non la règle dans la présentation clinique. Depuis les années 1990, des études méthodologiquement rigoureuses auraient dû permettre d'apporter un éclairage serein et réaliste sur les liens réels entre maladie mentale et violence. La vérité documentée est que la très grande majorité des comportements violents sont le fait de sujets indemnes de troubles mentaux sévères : ces troubles seraient en lien avec 0,16 cas d'homicides pour 100 000 habitants et par an, alors que le taux d'homicide en population générale est de 1 à 5 pour 100 000 habitants et par an [14]. Ce que l'on entend ici par « trouble mental sévère » a été défini par S. Hodgins [26, 28] et fait aujourd'hui consensus : schizophrénie et autres

troubles délirants, et troubles de l'humeur. Cette définition restreinte de la maladie mentale s'oppose à celle, plus large et plus floue, qui regrouperait par exemple les diagnostics de l'axe I (incluant jusqu'aux dépendances à l'alcool et autres produits) et les troubles de la personnalité de l'axe II du DSM IV [1]. Cette question de la définition du trouble mental, entre maladie, trouble de l'adaptation, des conduites ou du caractère, est importante puisqu'elle interroge aussi les contours même du champ d'exercice de la psychiatrie et *in fine* celle de l'accessibilité aux soins et de la responsabilité. A trop étendre son objet, notre discipline a probablement contribué à rompre le point d'équilibre entre les attributions respectives de la médecine et de la justice, et à brouiller les repères traditionnels entre soins, peine et mesures de sûreté y compris chez le malade considéré comme irresponsable [55].

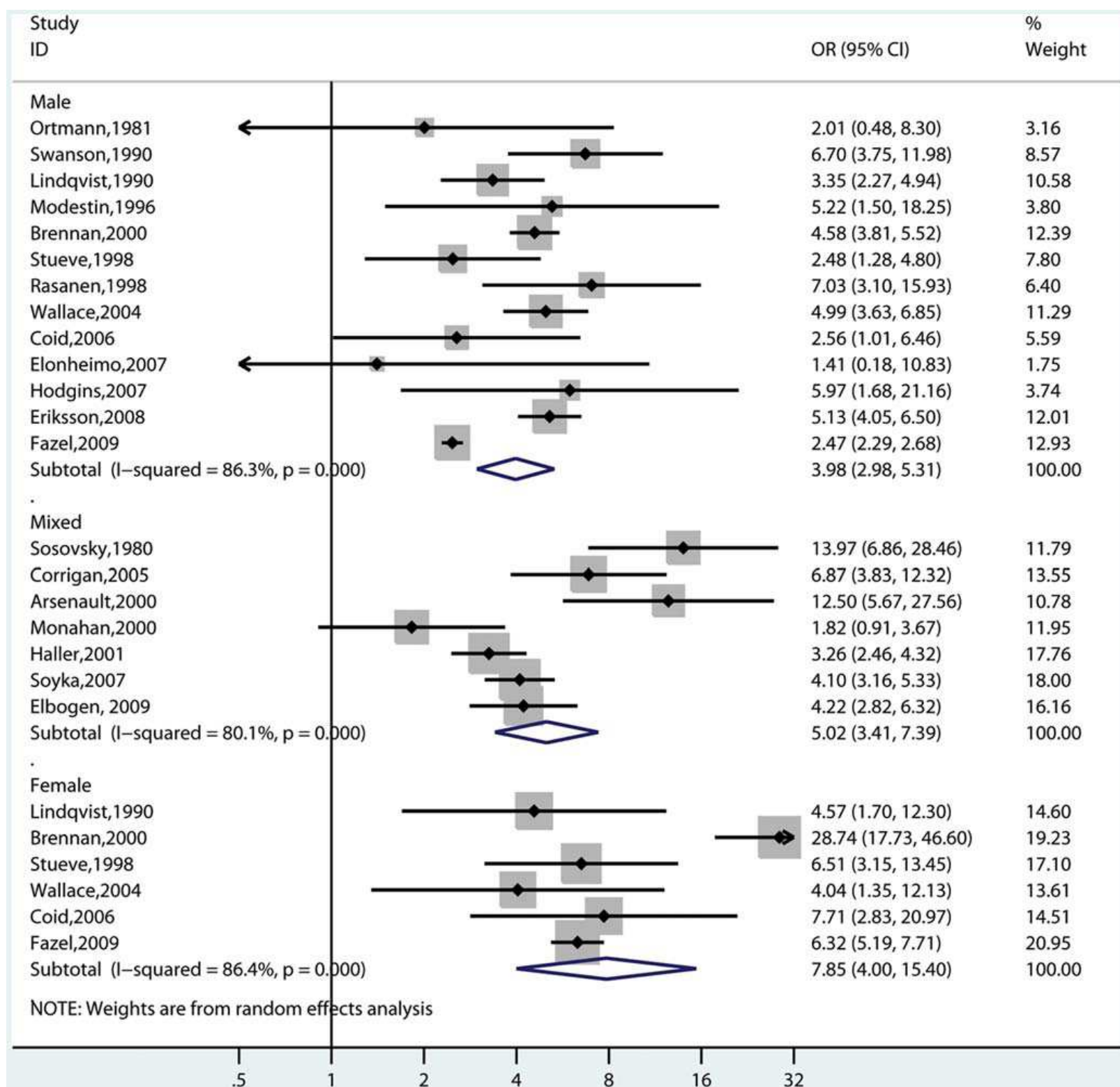


Figure 1. D'après Fazel & al., 2009 [21]: estimation du risque de violence dans la schizophrénie ou autre psychose, selon le sexe.

## Références bibliographiques

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (A.P.A), 1994. DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IVth edition). American Psychiatric Association Publ., Washington D.C.; traduction française par Guelfi J.D. & al., Paris : Masson, 1996.
2. ANGERMEYER M.C. Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000; (407): 63-7.
3. APPELBAUM P.S., ROBBINS P., MONAHAN J. Violence and delusions: data from the Mac Arthur violence risk assessment study. *Am J Psychiatry* 2000, 157:566-72.
4. ARSENEAULT L., MOFFITT T., CASPI A., TAYLOR P., SILVA P. Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 979–986.
5. ASNIS G.M., KAPLAN L. et al. Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Anger, Aggression and Violence. Psychiatric Clinic of North America* 1997, 20: 2.
6. BENEZECH M, LE BIHAN P, BOURGEOIS ML. Criminologie et psychiatrie. *Encycl Méd Chir, Psychiatrie, Paris, 2002 ; 37-906-A-10: 15p.*
7. BENEZECH M., BOURGEOIS M. L'homicide est fortement corrélé à la dépression et pas à la manie. *Encephale* 1992, 18:89-90.
8. BOURGEOIS M., BENEZECH M. Dangérosité criminologique, psychopathologie et comorbidité psychiatrique. *Ann Med Psychol* 2001, 159: 475-486.
9. BRENNAN P., MEDNICK S., HODGINS S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 494–500.
10. BUCKLEY P.F., HROUDA D.R., FRIEDMAN L., NOFFSINGER S.G., RESNICK P.J., CAMLIN-SHINGLER K. Insight and its relationship with violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004, 161: 1712-1714.
11. CAILLAT S, HORREARD AS, KOTTLER C. In: De Beaurepaire C, Bénézech M, Kottler C. Les dangérosités. De la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie. Paris: John Libbey Eurotext, 2004: 291-299.
12. COID J., YANG M., ROBERTS A., ULLRICH S., MORAN P. et al. Violence and psychiatric morbidity in a national household population-a report from the British Household Survey. *Am J Epidemiol* 2006 ; 164: 1199–1208.
13. CORRIGAN P., WATSON A. Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Res* 2005; 136: 153–162.
14. DUBREUCQ J.L., JOYAL C., MILLAUD F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales médico-psychologiques* 2005 ; 163 : 852-865.
15. ELBOGEN E., JOHNSON S. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 152–161.
16. ELONHEIMO H., NIEMELÄ S., KAIPARKKOLA, MULTIMÄKI P., HELENIUS H. et al. Police-registered offenses and psychiatric disorders among young males: The Finnish "From a boy to a man" birth cohort study. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 2008; 42: 477–484.
17. ERB M., HODGINS S., FREESE R., MULLER-ISBERNER R., JOCKEL D. Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect. *Crim Behav Ment Health* 2001, 11:6-26.
18. ERIKSSON A. Schizophrenia and criminal offending - risk factors and the role of treatment. [PhD dissertation]. Stockholm: Karolinska Institutet, 2008.
19. ERONEN M. et al. Schizophrenia and homicide behaviour. *Schizophr Bull* 1996, 22, 1:83-89.
20. FALISSARD B., LOZE J.Y., GASQUET I., DUBURC A., DE BEAUREPAIRE C., FAGNANI F., ROUILLON F. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 33.

21. FAZEL S., GULATI G., LINSELL L., GEDDES J.R., GRANN M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2009; 6: e1000120. Epub 2009 Aug 11.
22. FAZEL S., LÅNGSTRÖM N., HJERN A., GRANN M., LICHTENSTEIN P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA* 2009 ; 301: 2016–2023.
23. GOUREVITCH R., BREAN C. Dossier: schizophrénie. *Revue du Praticien Médecine Générale* 2010 ; 24 : sous presse.
24. GREACEN T. Principaux résultats II. Représentations de la santé mentale et du système de soins. Enquête de 1999-2003. La santé mentale en population générale : images et réalité. Deuxièmes rencontres des partenaires de santé à Paris, les 16 et 17 mars 2006. Mairie de Paris (DASES) – *Psycom* 75, 2006 : 13-16.
25. HALLER R., KEMPLER G., KOCSIS E., MADZLER W., PRUNLECHNER R. et al. Schizophrenie und Gewalttätigkeit Ergebnisse einer Gesamterhebung in einem österreichischen Bundesland. [Schizophrenia and violence: results of a survey in an Austrian county]. *Der Nervenarzt* 2001; 72: 859–866.
26. HODGINS S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 476-483.
27. HODGINS S., CÔTÉ G. Major mental disorder and antisocial personality disorder: a criminal combination. *Bull Am Acad of Psychiatry and Law* 1993, 21: 155-160.
28. HODGINS S, MEDNICK S, BRENNAN P, SCHULSINGER F, ENGBERG M. Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 489-496.
29. HODGINS S., HISCOKE U.L., FREESE R. The antecedent of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. *Behav Sci Law* 2003, 21:523-546.
30. 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.
31. HODGINS S., CREE A., KHALID F., PATEL K., SAINZ-FUERTES R., SHORTT M., MAK T, RIAZ M. Do community mental health teams caring for severely mentally ill patients adjust treatments and services based on patients' antisocial or criminal behaviours? *Eur Psychiatry* 2009; 24: 373-9.
32. HOPTMAN M.J., VOLAVKA J., JOHNSON G., WEISS E., BILDER R.M., LIM K.O. Frontal white matter microstructure, aggression, and impulsivity in men with schizophrenia: a preliminary study. *Biol Psychiatry* 2002; 52: 9-14.
33. JOYAL C.C., PUTKONEN P., PAAVOLA P. et al. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med* 2004, 34:433-42.
34. KRAKOWSKI M., CONVIT A., JAEGER J., LIN S., VOLAVKA J. Neurological impairment in violent schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1989, 146: 849-853.
35. KRAKOWSKI M., CZOBOR P., CHOU J.C. Course of violence in patients with schizophrenia: relationship to clinical symptoms. *Schizophr Bull* 1999, 25:505-517.
36. KRAKOWSKI M.I., VOLAVKA J., BRIZER D. Course of violence in patients with schizophrenia: relationship to clinical symptoms. *Schizophr Bull* 1999; 25:505-17.
37. KRAMP P., GABRIELSEN G. The organization of the psychiatric service and criminality committed by the mentally ill. *Eur Psychiatry*. 2009; 24: 401-11.
38. LACHMAN H.M., NOLAN K.A., MOHR P., SAITO T., VOLAVKA J. Association between catechol O-methyltransferase genotype and violence in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 835-7.
39. LINDENMAYER J.P. The pathophysiology of agitation. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (suppl 14): 5-10.
40. LINDQVIST P., ALLEBECK P. Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry* 1990 ; 157: 345–350.
41. LINK B.G., ANDREWS H., CULLEN F.T. The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *Am Social Rev* 1992, 57:275-292.

42. MILLAUD F. L'homicide chez le patient psychotique: une étude de 24 cas en vue d'une prédiction à court terme. *Canadian J Psychiatry* 1989, 34: 340-346.
43. MILLAUD F., DUBREUCQ J.L. Évaluation de la dangérosité du malade psychotique. *Ann Med Psychol* 2005; 163: 846-51.
44. MODESTIN J., AMMANN R. Mental disorders and criminal behaviour. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 667–675.
45. MODESTIN J., AMMANN R. Mental disorders and criminality: male schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996; 22: 69–82.
46. MODESTIN J., WUERMLE O. Criminality in men with major mental disorder with and without comorbid substance abuse. *Psychiatr Clin Neurosci* 2005; 59: 25–29.
47. MONAHAN J. Reducing violence risk: diagnostically based clues from the MacArthur Violent Risk Assessment Study. In: HODGINS S, editor. *Effective prevention of crime and violence among the mentally ill*. Amsterdam: Kluwer, 2000. pp. 19–34.
48. MONAHAN J., STEADMAN H., SILVER E., APPLEBAUM P., ROBBINS P., MULVEY E. Rethinking risk assessment. The McArthur study of mental disorder and violence. Oxford: Oxford University Press 2001.
49. MORAN P., HODGINS S. The correlates of co-morbid antisocial personality disorder in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2004, 30, 4:791-802.
50. MORAN P., WALSH E., TYRER P., BURNS T., CREED F., FAHY T. The impact of co-morbid personality disorder on violence in psychosis – data from the UK700 trial. *Br J Psychiatry* 2003, 182:129-134.
51. NAUDTS K., HODGINS S. Neurobiological correlates of violent behavior among persons with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006; 32: 562-72.
52. NESTOR P.G. Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1973-8.
53. NOLAN K.A., VOLAVKA J., MOHR P. et al. Psychopathy and violent behaviour among patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Psychiatr Serv* 1999, 50: 787-92.
54. ORTMANN J. Psykisk afvigelse og kriminel adfærd. En undersøgelse af 11533 mænd født i 1953 i det metropolitane omrøde København. [Mental disorder and criminal behaviour. An investigation of 11,533 men born in 1953 in Copenhagen metropolitan area.]. Copenhagen: Justitsministeriet, 1981.
55. PETITJEAN F., GOUREVITCH R. La dangérosité entre médecine et criminologie : questions soulevées par la Loi du 25 février 2008 relative aux mesures de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Journée FMC, 13 novembre 2009, Hôpital Sainte-Anne, Paris.
56. QUINTIN P., KLEIN P., CARRIERE P. L'image de la schizophrénie et des patients auprès du grand public. Enquête Institut Lilly/IPSOS. *Nervure* 2002 ; XIV (9).
57. RÄSÄNEN P., TIIHONEN J., ISOHANNI M., RANTAKALLIO P., LEHTONENE J. et al. Schizophrenia, alcohol abuse and violent behavior. *Schizophr Bull* 1998; 24: 437–441.
58. RICHARD-DEVANTOY S., OLIE J.P., GOUREVITCH R. Risque d'homicide et troubles mentaux graves: revue critique de la littérature. *Encéphale* 2009; 35: 521-30.
59. SACHS G.S. A review of agitation in mental illness: burden of illness and underlying pathology. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 Suppl 10: 5-12.
60. SENNINGER J.L. Dangérosité : étude historique. *L'information psychiatrique* 1990 ; 7 : 690-6.
61. SENON J.L., MANZARENA C., HUMEAU M. et al. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires? *Information Psychiatrique* 2006, 82, 8:645-52.
62. SOSOWSKY L. Crime and violence among mental patients reconsidered in view of the new legal relationship between the state and the mentally ill. *Am J Psychiatry* 1978; 135: 33–42.
63. SOYKA M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behavior. *Br J Psychiatry* 2000, 176:345-50.
64. SOYKA M., GRAZ C., BOTTLENDER R., DIRSCHEDL P., SCHOECH H. Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. *Schizophr Res* 2007; 94: 89–98.

65. STEINERT T., SIPPACH T., GEBHARDT R.P. How common is violence in schizophrenia despite neuroleptic treatment? *Pharmacopsychiatry* 2000; 33: 98-102.
66. STEUVE A., LINK B. Gender differences in the relationship between mental illness and violence: evidence from a community-based epidemiological study in Israel. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: S61–S67.
67. STEUVE A., LINK B. Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatr Quarterly* 1997; 68: 327–342.
68. SWANSON J.W. Mental disorder, substance abuse and community violence: An epidemiological approach. In: MONAHAN J., STEADMAN H., editors. *Violence and mental disorder*. Chicago: The University of Chicago Press 1994, pp101-136.
69. SWANSON J., HOLZER C., GANJU V., JONO R; Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Comm Psychiatry* 1990; 41: 761–770.
70. SWANSON J.W., SWARTZ M.S., VAN DORN R.A., ELBOGEN E.B., WAGNER H.R., ROSENHECK R.A., STROUP T.S., McEVOY J.P., LIEBERMAN J.A. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 490-9.
71. TIIHONEN J., ISOHANNI M., RÄSÄNEN 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.
72. TORREY E.F., STANLEY J. The MacArthur violence risk assessment study revisited: Two views ten years after its initial publication. *Psychiatr Serv* 2008, 59:147-152.
73. VACHERON-TRYSTRAM M.N., CORNIC F., GOUREVITCH R. Notion de dangerosité psychiatrique, pp. 3-11 in *La prise en charge des états réputés dangereux*. Rapport au 108ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Elsevier-Masson, Paris, 2010.
74. VACHERON-TRYSTRAM M.N., CORNIC F., GOUREVITCH R. *Revue de la littérature entre troubles mentaux et violence*, pp. 13-22, in *La prise en charge des états réputés dangereux*. Rapport au 108ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Elsevier-Masson, Paris, 2010.
75. VACHERON-TRYSTRAM M.N., CORNIC F., GOUREVITCH R. Etat dangereux suivant les différents troubles mentaux, pp. 22-40, in *La prise en charge des états réputés dangereux*. Rapport au 108ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Elsevier-Masson, Paris, 2010.
76. VACHERON-TRYSTRAM M.N., CORNIC F., GOUREVITCH R. Les facteurs de risque d'actes violents, pp. 83-96, in *La prise en charge des états réputés dangereux*. Rapport au 108ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Elsevier-Masson, Paris, 2010.
77. VOLAVKA J., KENNEDY J.L., NI X. et al. COMT158 polymorphism and hostility. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2004; 127: 28-9.
78. VOYER M., SENON J.L., PAILLARD C., JAAFARI N. Dangerosité psychiatrique et prédictivité. *L'Information Psychiatrique* 2009 ; 85 : 745-52.
79. WALLACE C., MULLEN P., BURGESS P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004, 161, 4:716-727
80. WALSH E., BUCHANAN A., FAHY T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 490-5.
81. WALSH E., GILVARRY C., SAMELE C., HARVEY K., MANLEY C. et al. Reducing violence in severe mental illness: randomised controlled trial of intensive case management compared with standard care. *BMJ* 2001; 323: 1093.
82. WOBROCK T., SOYKA M. Pharmacotherapy of schizophrenia with comorbid substance use disorder: reviewing the evidence and clinical recommendations. *Prog Neuropsych Biol Psychiatry* 2008; 32: 1375–1385.

# Quelles sont les données de la littérature concernant la violence hétéro-agressive chez les personnes présentant un trouble de l'humeur ?

**Dr Patrick LE BIHAN**

Praticien hospitalier, Centre hospitalier, 33410 Cadillac

## 1. Introduction

Ces dernières décennies, de nombreuses études ont montré une association modérée mais significative entre troubles mentaux majeurs et comportement criminel ou violent, en particulier dans la schizophrénie, même si les patients atteints de ces pathologies ne représentent qu'une part peu importante des auteurs de violence en général [9, 28, 98, 100, 113, 116]. Les recherches sur une association entre troubles affectifs majeurs et comportements violents sont rares en comparaison. MALMQUIST souligne le fait que plusieurs ouvrages de grande qualité sur les troubles de l'humeur ne traitent pas de cette question, pas plus que nombre d'articles de fond ou de revues de la littérature [68]. Très récemment, plusieurs publications ont apporté un éclairage nouveau sur cet aspect des troubles affectifs majeurs [8, 38, 46, 59, 79]. Certaines évoquent une probable sous-estimation du risque de violence dans la dépression, notamment lorsqu'elle s'accompagne d'idées suicidaires, et dans les troubles bipolaires de l'humeur. Nous envisagerons les grandes formes cliniques des troubles de l'humeur, unipolaires (UP) et bipolaires (BP) dans leur relation avec les comportements de violence envers les personnes.

## 2. Stratégie de recherche documentaire

L'analyse s'est basée sur une recherche extensive dans les bases de données, incluant : MEDLINE, PsycINFO, PsycArticles, FRANCIS, Gender studies, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SocINDEX with Full Text, SCOPUS, en nous limitant aux études en langue française ou anglaise, essentiellement publiées depuis 1980 et incluant des échantillons contemporains.

Les termes de recherche sont :

- Troubles affectifs, troubles de l'humeur, trouble bipolaire, manie, dépression, violence, crime, agression, homicide, homicide-suicide, filicide, infanticide, familicide, pacte suicidaire, agression sexuelle, prison ;
- Affective disorders, mood disorders, bipolar disorder, mania, depression, depressive disorder, violence, crime, homicide, homicide-suicide, filicide, infanticide, familicide, suicide pact, sexual aggression, jail, prison

## 3. Revue de la littérature

### 3.1 Études d'échantillons de la population générale

Les études de la prévalence de la violence dans des échantillons de la population générale sont particulièrement intéressantes, évitant la plupart des biais de sélection liés à une hospitalisation.

SWANSON et al [112] ont repris les données de trois sites de l'étude *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) portant sur des échantillons représentatifs de plus de 10 000 personnes évaluées par l'entretien structuré du DSM-III (*Diagnostic Interview Schedule*) [1], en recherchant la violence avouée envers autrui dans l'année précédente. La violence était notamment définie comme le fait de frapper ou jeter des objets sur son conjoint, battre un enfant, participer ou inciter aux bagarres, utiliser une arme contre autrui (couteau, bâton,

revolver). Le diagnostic de personnalité antisociale était exclu. 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 chez les personnes ne remplissant pas ces critères. La prévalence de la violence est remarquablement proche chez les personnes présentant une schizophrénie, une dépression majeure ou une manie/trouble bipolaire (10 à 12 %), alors qu'elle ne concerne que 2 % des sujets indemnes de troubles. Ainsi, parmi les 282 patients présentant une dépression majeure, 11,7 % ont présenté un comportement violent l'année précédente, un chiffre très proche étant retrouvé parmi les 30 patients maniaques ou bipolaires (11 %). Dans cette étude, la prévalence de troubles affectifs apparaît trois fois plus importante parmi les patients violents (9,4 %) que parmi ceux ne l'étant pas (2,9 %). Cette recherche met également en évidence le rôle de la comorbidité, les comportements de violence augmentant avec le nombre de diagnostics pour un même patient. Ainsi, alors que 3,4 % des patients présentant uniquement un trouble affectif avaient été violents l'année précédente, cette proportion passait à 29,2 % en cas d'association à un abus de substance.

STUEVE et LINK [110] dans une étude épidémiologique à l'aide d'un entretien structuré chez de jeunes adultes en Israël (n = 2 678), ont mis en évidence que chez les individus souffrant de troubles psychotiques (schizophrénie, troubles schizo-affectifs, 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 la dépression sans symptômes psychotiques n'est pas significativement plus élevé que dans la population générale. Il existait une très légère augmentation du risque de violence pour les troubles affectifs. Pour ces auteurs, même après contrôle de l'abus de substance, d'un trouble de la personnalité antisociale ou de caractéristiques démographiques, il existerait un lien entre certains troubles psychiatriques et comportement violent, principalement les troubles psychotiques et les troubles bipolaires. Cette association entre troubles mentaux et violence pourrait être influencée par le contexte social et culturel, notamment un faible niveau d'éducation.

CORRIGAN et WATSON [21] ont repris les données d'une autre importante étude sur des échantillons représentatifs de la population générale aux États-Unis, la *National Comorbidity Survey* (NCS) [74]. Les diagnostics reposaient sur un entretien structuré, les critères étant ceux du DSM-III-R. L'étude comprenait des items permettant d'explorer les comportements violents autorapportés sur l'année précédente pour 5 865 sujets. Les hommes étaient 4,4 fois plus à risque de comportements violents que les femmes (5,8 % vs 1,4 %), surtout dans la tranche d'âge 15-24 ans. La prévalence des comportements violents parmi les personnes ne réunissant pas les critères d'un trouble psychiatrique dans l'année écoulée était de 2 %. Elle était plus élevée parmi les sujets ayant un diagnostic de dépression majeure (7,1 %), dysthymie (8,8 %) ou trouble bipolaire (16 %) sur l'année précédente. Les sujets présentant un trouble affectif avaient ainsi plus de probabilité de rapporter des comportements violents que le groupe ne recevant aucun diagnostic, les *odds ratios* (OR) étant respectivement de 4,8 pour la dysthymie, 3,8 pour la dépression majeure et de 9,5 pour le trouble bipolaire.

Comme dans l'étude ECA [112], la violence augmentait avec le nombre de diagnostics pour un même sujet, i.e. la comorbidité. La prévalence des comportements violents parmi les sujets ayant un abus d'alcool comorbide était de 6,8 % pour la dysthymie, 8,5 % pour la dépression majeure et 14,5 % pour le trouble bipolaire. En cas d'abus de substance comorbide, la prévalence des comportements violents était respectivement de 9 %, 10 % et 13 % pour ces différents troubles. Les données de ces deux importantes études en population générale [21, 109] sont donc convergentes. Les auteurs soulignent cependant que des variables démographiques, en particulier le genre masculin, sont de bien meilleurs prédicteurs de la violence qu'un diagnostic psychiatrique d'abus de substance ou non [21].

ELBOGEN et JOHNSON [31] ont considéré 34 653 sujets ayant participé à l'étude *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC). Les données sur les



maladies mentales graves recueillies lors d'entretiens au cours d'une première phase en 2001-2003 étaient analysées pour prédire les comportements violents autorapportés lors d'une seconde phase de l'étude en 2004-2005. L'étude portait donc sur les actes de violence rapportés par les sujets entre les phases 1 et 2.

Les sujets avec une maladie mentale grave (schizophrénie, trouble bipolaire, dépression majeure) avaient plus de risque d'avoir des antécédents de violence que les sujets indemnes. Les analyses bivariées montrent cependant que l'incidence du comportement violent entre les phases 1 et 2 de l'étude, bien que légèrement supérieure parmi les personnes présentant une maladie mentale sévère, n'était significative qu'en cas d'abus de substance comorbide. Les analyses multivariées confirment que la maladie mentale sévère seule ne prédit pas de façon significative le comportement violent ultérieur. Ce dernier apparaît plutôt associé à des facteurs historiques (violence antérieure, détention juvénile, antécédent d'abus physique par les parents, violence ou arrestation parentale), cliniques (comorbidité entre maladie mentale et abus de substance, perception de menaces cachées), prédisposants (jeune âge, sexe masculin, faibles revenus) et contextuels (séparation ou divorce récent, absence d'emploi, victimisation). La plupart de ces facteurs de risque étaient cependant plus fréquents chez les sujets ayant une maladie mentale sévère, augmentant le risque de violence.

Les personnes ayant une maladie mentale grave rapportaient plus souvent des comportements de violence, mais en grande partie parce qu'elles réunissaient d'autres facteurs associés à la violence. Le risque le plus élevé concernait les sujets avec une maladie mentale grave, un abus de substance et des antécédents de violence, environ 10 fois plus important que pour des sujets présentant un trouble mental sévère seulement. Par contre, les personnes ayant une maladie mentale grave sans abus de substance ni violence antérieure, avaient le même risque d'être violentes durant les 3 années suivantes que n'importe quelle autre personne de la population générale.

Les auteurs reconnaissent cependant des limites à leur étude, la violence autorapportée sous-estimant probablement la violence réelle et le temps écoulé entre les entretiens pouvant avoir altéré le souvenir de comportements violents. Ils précisent ne pas savoir si leurs données incluent les homicides ou tentatives. Par ailleurs, l'information concernant le diagnostic étant rapportée par les sujets eux-mêmes, il est probable qu'une certaine proportion d'entre eux n'en ont pas fait état. Pour ces auteurs, la maladie mentale grave est clairement en rapport avec le risque de violence, mais son rôle causal est complexe, indirect et s'inscrit dans une constellation d'autres facteurs (sans doute plus) importants, individuels et situationnels.

### **3.2 Études de cohortes de naissances**

Les pays scandinaves ont vu se réaliser ces dernières décennies plusieurs études longitudinales prospectives de cohortes de naissances non sélectionnées. L'existence de registres nationaux permet de disposer de données sur l'ensemble des arrestations pour violence et des hospitalisations pour troubles mentaux survenues pour ces sujets.

TIIHONEN et al [116] ont considéré le risque relatif de comportement criminel associé à des troubles mentaux spécifiques selon le DSM-III-R. Cette étude portant sur une cohorte de naissance non sélectionnée de 12 058 sujets nés en 1966 dans le Nord de la Finlande, a été menée de façon prospective avec suivi sur 26 années. À l'âge de 26 ans, 6 hommes et 3 femmes seulement avaient un diagnostic de trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques. Sur les 6 hommes, deux avaient été condamnés pour un crime dont l'un pour un crime violent. Aucune des femmes n'avait d'antécédents judiciaires criminels. Les OR étaient de 3,1 pour les patients schizophrènes, 5,1 pour les troubles schizoaffectifs ou schizophréniformes, 6,3 pour les troubles de l'humeur avec symptômes psychotiques. La comparaison des OR pour les infractions violentes et pour l'ensemble des infractions suggérait une association de la schizophrénie (OR = 7) et des troubles de l'humeur avec

symptômes psychotiques (OR = 8,8) à un risque plus élevé d'infractions violentes. Les auteurs de cette étude insistent sur le rôle de l'alcool, les effets de la comorbidité avec l'abus d'alcool devant nécessairement être pris en compte avant de conclure sur une association entre troubles mentaux majeurs et comportements criminels.

HODGINS et al [50] font référence à une importante étude sur une cohorte de naissance de 324 401 sujets nés au Danemark, âgés de 43 à 46 ans lors du recueil de données. Elle montre que 13,3 % des hommes n'ayant jamais été hospitalisés en psychiatrie ont été arrêtés au moins une fois pour infraction criminelle, alors que cela concernait 19,9 % des hommes ayant été hospitalisés avec un diagnostic de dépression psychotique et 27,1 % de ceux ayant un diagnostic de trouble bipolaire. De même, chez les femmes, les troubles affectifs majeurs sont associés à une augmentation du risque d'arrestation. Si 3,5 % des femmes sans antécédent d'hospitalisation en psychiatrie avaient été arrêtées pour une infraction criminelle, cela concernait 7,9 % de celles ayant un diagnostic de dépression psychotique et 10 % de celles avec un trouble bipolaire. En outre, le nombre d'infractions violentes était augmenté parmi ces sujets présentant un trouble affectif majeur. Ainsi, 6,3 % des hommes et 0,6 % des femmes présentant un trouble affectif majeur ont été condamnés pour au moins une infraction violente en comparaison avec 3,3 % des hommes et 0,2 % des femmes indemnes de trouble.

BRENNAN et al [15] ont également analysé une cohorte de naissance de 358 180 personnes nées entre 1944 et 1947 au Danemark. L'étude montre une relation significative positive entre les troubles mentaux majeurs conduisant à une hospitalisation et la violence criminelle (OR 2 à 8,8 pour les hommes et 3,9 à 23,2 pour les femmes). Les personnes hospitalisées pour troubles mentaux étaient responsables d'un pourcentage disproportionné de violences commises par les membres de cette cohorte de naissance. Ainsi, 2,7 % des hommes et 0,1 % des femmes n'ayant pas de diagnostic de trouble psychiatrique avaient été arrêtés au moins une fois pour une infraction violente, alors que ce taux était de 5,2 % des hommes et 0,5 % des femmes présentant une psychose affective. L'OR pour les psychoses affectives était respectivement de 2 pour les hommes et 3,9 pour les femmes. Les sujets présentant une psychose affective sans diagnostic secondaire d'abus de substances ou de trouble de la personnalité n'apparaissaient cependant pas plus à risque d'arrestation pour crime violent que les personnes sans antécédent d'hospitalisation.

ARSENAULT et al [2] ont étudié 961 jeunes adultes âgés de moins de 21 ans représentant la presque totalité d'une cohorte de naissance d'une ville de Nouvelle-Zélande. L'étude examinait sur l'année précédente la prévalence des troubles mentaux mesurée par des entretiens standardisés selon le DSM-III-R ainsi que celle de la violence autorapportée en recherchant également les dossiers de condamnations officielles. La dépression était faiblement reliée à la violence (OR = 2,9) et les épisodes maniaques significativement associés à la violence (OR = 4,9) mais pas après contrôle de la comorbidité. L'auteure précise que l'on ne peut exclure de façon décisive une association entre ces troubles et la violence du fait de leur faible fréquence dans l'échantillon.

S'agissant de ces recherches, plusieurs auteurs soulignent cependant une possible sous-estimation du risque de violence dans les troubles affectifs. Les personnes ayant réalisé un suicide au décours immédiat de leur passage à l'acte ne sont pas incluses alors qu'il est raisonnable de penser que beaucoup étaient dépressives. Beaucoup de sujets n'ayant jamais été hospitalisés pourraient abuser de substances ou avoir un trouble de la personnalité.

### **3.3 Études de patients hospitalisés ou suivis**

LONDON et TAYLOR [66] trouvent une proportion relativement importante de patients présentant des troubles affectifs majeurs parmi 187 hommes reconnus irresponsables en raison de leurs troubles mentaux après une infraction pénale et admis dans une unité de psychiatrie légale aux États-Unis. La prévalence était de 34 % de patients bipolaires et 20 %

de schizophrènes. La proportion de patients bipolaires ayant commis des crimes violents (55 % dont 3 % de meurtres) était cependant moins importante que dans l'ensemble de l'échantillon (68 % dont 15 % de meurtres). Les patients bipolaires avaient le taux le plus bas de crimes violents et une proportion très faible de meurtres et de viols, en comparaison avec les patients présentant un autre diagnostic (abus d'alcool ou de substances, trouble de la personnalité ou pathologie organique). La fréquence des homicides parmi les patients déprimés était par contre très élevée, significativement plus que dans le reste de l'échantillon (7 cas sur 9, soit 78 %).

WULACH [122], dans une étude portant sur 100 patients en attente de jugement et hospitalisés dans une unité de psychiatrie légale pour un épisode maniaque selon les critères du DSM-III, observe que cet échantillon représente 2 % des patients. Ces sujets se répartissaient ainsi : 32 étaient mis en cause pour des infractions contre les personnes (18 pour agressions simples, 2 pour agressions avec arme) et 6 pour des infractions sexuelles (3 pour abus sexuel, 2 pour viol). L'âge moyen était de 37 ans. Les victimes étaient des inconnus sauf pour les agressions sexuelles. Pour l'auteur, les patients maniaques sont responsables d'infractions le plus souvent mineures, en dehors d'infractions rares représentant 15 % de l'ensemble comme des incendies volontaires, des agressions avec arme ou des viols.

BINDER et MC NIEL [10] ont réalisé une étude sur 253 patients hospitalisés dans une unité d'admission fermée d'un service de psychiatrie universitaire. Davantage de patients maniaques avaient été violents physiquement envers autrui dans les deux semaines avant l'hospitalisation (14 sur 46, soit 30 %) que de patients schizophrènes (23 sur 87, soit 26 %). Cette proportion était plus élevée que pour les patients ayant un autre diagnostic. Durant la phase aiguë de l'hospitalisation (les 24 premières heures), les patients maniaques étaient les plus susceptibles d'agressions physiques envers autrui, concernant 26 % de ces sujets.

GROSSMAN et al [47], parmi 172 sujets hospitalisés, montrent que les patients présentant un trouble schizo-affectif avaient de façon significative plus souvent des antécédents de crimes violents contre des personnes (40 %), en comparaison avec la schizophrénie (28 %), le trouble bipolaire (24 %) ou la dépression unipolaire (12 %).

ASNIS et al [3] ont étudié la prévalence de comportements violents chez 517 patients suivis en ambulatoire à l'aide d'un instrument d'autoévaluation. La prévalence des idées homicides était de 22 % et celle des tentatives d'homicide de 4 % dans l'ensemble de l'échantillon. Vingt-et-un pour cent des patients bipolaires, 17 % de ceux présentant une dépression majeure et 19 % des patients avec dysthymie rapportaient une idéation homicide. Respectivement 5, 4 et 3 % des patients présentant ces pathologies avaient réalisé une tentative d'homicide. Il est à souligner que la corrélation était très élevée entre tentative de suicide et tentative d'homicide puisque 91 % des patients ayant déjà réalisé une tentative d'homicide avaient aussi des antécédents suicidaires. Dans 86 % des cas, une idéation homicide était associée à des idées suicidaires.

MODESTIN et al [76] ont comparé les dossiers criminels d'un échantillon de 261 patients hommes hospitalisés présentant un trouble bipolaire ou dépressif selon les critères RDC (*Research Diagnostic Criteria*) et d'un échantillon d'hommes appariés pour les données sociodémographiques et pour l'âge, vivant dans le même environnement en Suisse. L'étude retrouve une plus grande proportion de patients (42 %) que de témoins (31 %) présentant des antécédents judiciaires. La probabilité d'avoir eu affaire avec la justice était 1,65 fois plus grande chez les sujets ayant des troubles thymiques que dans la population générale. En dehors des infractions sexuelles ou concernant les règles de circulation, les infractions de tous types étaient significativement plus fréquentes que dans le groupe témoin, le taux de récurrence étant également plus élevé. Les patients ayant commis des infractions étaient plus jeunes, souvent célibataires et d'une classe sociale plus défavorisée. La comorbidité était

aussi plus importante avec un trouble de la personnalité et un abus de substances. Les patients bipolaires et unipolaires souffrant de dépression mineure et intermittente avaient un taux de criminalité 2 fois plus important que celui des témoins. Les patients présentant une dépression majeure unipolaire n'avaient en revanche pas commis plus d'infractions que le groupe de comparaison. Pour ces auteurs, l'augmentation de la criminalité chez les patients bipolaires est en lien avec les épisodes maniaques. En considérant l'ensemble de l'échantillon, les patients présentant des troubles affectifs avaient un risque d'infraction violente augmenté par rapport au groupe témoin (OR = 4,1). Le nombre de patients impliqués dans ces infractions criminelles violentes (n = 12) était cependant peu important et les auteurs précisent que ces résultats doivent être considérés avec prudence.

HODGINS et al [50] ont réalisé une étude de suivi sur 2 ans après la sortie de l'hôpital de 30 hommes présentant un trouble affectif majeur (18 bipolaires et 12 EDM) et de 74 hommes schizophrènes. Deux fois plus de sujets avec un trouble affectif majeur (33 %) que de schizophrènes (15 %) avaient été condamnés pour une infraction criminelle durant la période de suivi. En outre, 3 fois plus de patients avec un diagnostic de trouble affectif avaient été condamnés pour un crime violent (30 %) que de schizophrènes (10 %). La proportion de patients condamnés était la même pour les individus bipolaires et dépressifs (6 sur 18 versus 4 sur 12). En comparaison avec les sujets ayant une dépression majeure, les patients bipolaires avaient tendance à commettre plus d'infractions non violentes pendant la période de suivi, avec plus de risque d'être condamné à une peine d'incarcération (83 % vs 25 %). Parmi les sujets présentant un trouble affectif majeur qui ont récidivé, tous sauf un ont commis des infractions violentes. Les troubles affectifs majeurs se différenciaient de la schizophrénie par une prévalence sur la vie entière plus élevée d'abus-dépendance à l'alcool (50 % vs 27 %). L'usage de drogue et l'intensité de la prise en charge en ambulatoire étaient significativement associés à la criminalité et notamment le plus souvent violente pour les troubles affectifs majeurs. Ainsi, 88 % des condamnés vs 21 % des non-condamnés avaient au moins une analyse d'urines positive pour la drogue alors qu'il n'y avait pas de différence sur ce plan pour les schizophrènes. Les analyses en régression logistique montrent que le risque d'infraction criminelle est plus élevé pour : 1) les sujets ayant passé moins de temps à l'hôpital et condamnés pour davantage d'infractions non violentes ; 2) les patients traités en hôpital psychiatrique général avec un diagnostic de schizophrénie et de personnalité antisociale. Cependant, le prédicteur le plus important d'infractions était la combinaison d'un diagnostic de trouble affectif majeur, de l'usage de drogues pendant la période de suivi, et du fait de voir un psychiatre moins souvent que la moyenne. La personnalité antisociale n'était pas associée à la criminalité pour les patients présentant un trouble affectif majeur. Dans cette étude, 75 % des patients présentant un trouble affectif majeur réunissaient cependant les critères d'un trouble des conduites dans l'enfance. HODGINS et al [50] distinguent deux types de patients présentant un trouble affectif majeur avec cet antécédent de trouble des conduites : 1) un type se développant jusqu'à la personnalité antisociale à l'âge adulte et commettant le plus souvent des infractions non violentes ; 2) un second type ayant les critères d'un trouble des conduites avec moins de symptômes mais uniquement ceux reflétant un comportement agressif, ne réunissant pas les critères d'une personnalité antisociale mais se comportant de façon violente à l'âge adulte.

BARLOW et al [4], à partir des incidents agressifs relevés dans quatre services d'admission en Australie sur une période de dix-huit mois, montrent que, sur 1 269 patients, 174 (13,7 %) avaient été signalés comme agressifs. Les patients schizophrènes et bipolaires avaient un risque d'agressions respectivement multiplié par 1,96 et 2,81. Seul un petit nombre de patients (6 %) était impliqué dans 71 % des incidents. L'agression survenait surtout dans les deux jours suivant l'admission ou après une longue durée d'hospitalisation.

MODESTIN et WUERMLE [77] ont étudié 282 hommes schizophrènes et 261 hommes présentant un trouble affectif (troubles bipolaires ou dépression), admis de façon consécutive à l'hôpital psychiatrique universitaire de Berne, en comparaison avec un échantillon sélectionné de la population générale. Comme dans la recherche de HODGINS et al [50],

davantage de patients présentant un trouble affectif (n = 110, soit 42 %) que de schizophrènes (n = 97, soit 34 %) étaient enregistrés pour une condamnation criminelle. L'abus de substance était aussi plus fréquent. Dans l'ensemble de l'échantillon, en cas d'abus de substance, on retrouvait 2 fois plus souvent un dossier criminel (50 % versus 26 %), un plus grand nombre d'infractions et une probabilité augmentée de récurrence. En comparant les sujets présentant un trouble affectif sans abus de substance avec les sujets contrôles appariés de la population générale, l'étude ne retrouvait par contre pas de différence significative dans la fréquence des dossiers criminels et le nombre d'infractions. Le taux de crimes violents n'était pas augmenté chez les patients présentant un trouble affectif qui avaient par contre plus de probabilité de commettre des infractions contre les biens (OR 3,29). Les auteurs précisent cependant que tous les actes criminels commis par des sujets présentant des troubles affectifs ne sont pas nécessairement reliés à leur pathologie, d'autant qu'elle se manifeste par épisodes avec des intervalles libres. La comorbidité avec des troubles de la personnalité n'est pas évaluée. Cette étude sur des patients hospitalisés pourrait enfin ne pas être représentative de l'ensemble des personnes présentant des troubles affectifs.

DEAN et al [25] ont analysé des patients dans le contexte d'une étude nationale sur le premier épisode psychotique au Royaume-Uni. Presque 40 % (n = 194) des patients étaient agressifs lors du premier contact avec le service, environ la moitié étant physiquement violents (n = 103). Un diagnostic de manie était associé avec le fait de commettre des agressions. La présence de symptômes maniaques en eux-mêmes était également associée avec le comportement agressif aussi bien dans l'ensemble de l'échantillon que pour les patients schizophrènes. Les facteurs différenciant les patients physiquement violents des patients agressifs ne passant pas à l'acte incluaient le genre masculin, une classe sociale inférieure et des antécédents d'infractions violentes.

OAKLEY et al [79] rappellent les données de l'étude Mac Arthur sur troubles mentaux et violence portant sur un échantillon de 1 136 patients sortis d'hôpitaux de 3 villes des États-Unis avec un entretien durant l'hospitalisation et toutes les 10 semaines dans l'année suivant la sortie. La violence autorapportée par les patients était complétée par des entretiens fréquents et des dossiers de police et de l'hôpital. Les patients présentant des troubles affectifs avaient un taux plus élevé de comportements violents pendant la période de suivi que les patients schizophrènes (28,5 % dans la dépression, 22 % dans le trouble bipolaire, 14,8 % dans la schizophrénie). Ces taux étaient significativement plus élevés chez les patients avec un usage de substance comorbide.

GRAZ et al [46] ont recensé les infractions criminelles commises après leur sortie par 1 561 patients présentant des troubles affectifs pris en charge entre 1990 et 1995 dans un hôpital universitaire de Munich, en utilisant un registre criminel national. Les patients étaient bipolaires (n = 756), maniaques (n = 89) ou déprimés majeurs (n = 702) selon les critères ICD-9. Parmi ces patients, 4,2 % ont commis des actes criminels dans les 7 à 12 ans suivant la sortie de l'hôpital, avec en moyenne 4,7 infractions par personne. De même, 1,3 % des patients avaient été condamnés pour des infractions violentes (agressions physiques envers autrui), en moyenne 2,3 fois. Les comportements criminels et infractions violentes étaient les plus fréquents dans le groupe maniaque, dans lequel environ 16 % des sujets ont commis un crime durant la période d'observation suivant leur sortie de l'hôpital ; 5,6 % ont été condamnés pour des infractions à type de blessures physiques. Parmi les divers délits, les atteintes contre les biens étaient cependant les plus fréquentes. L'étude recensait aussi un nombre significatif d'infractions agressives ou violentes (48 cas), à type d'agression physique le plus souvent (19 cas, soit 46 %) et un homicide commis par un patient maniaque. Deux cas de viol figuraient dans le registre criminel qui ne recensait pas d'autres infractions sexuelles. La criminalité et la violence étaient rares en comparaison pour les patients présentant un trouble dépressif majeur : 10 patients seulement sur 702 (1,4 %) avaient commis des crimes violents. Les facteurs de risque de délinquance et de violence future étaient : 1) le genre masculin, les hommes ayant eu un comportement criminel après leur

sortie de l'hôpital 2 fois plus souvent que les femmes avec un taux de crimes violents 6 fois plus élevé ; 2) le fait d'être séparé, divorcé ou veuf. L'étude ne retrouvait pas de relation significative avec le niveau d'éducation, la durée de séjour à l'hôpital, le manque d'insight et même paradoxalement avec l'usage de substances avant l'hospitalisation. Pour ces auteurs, ces données sont en faveur d'une association modérée entre troubles affectifs et criminalité. Ils soulignent les limites de cette étude avec un risque de sous-évaluation, des formes mineures d'agression ou de violence non rapportée n'étant pas recensées, notamment dans les familles ou durant l'hospitalisation. Cette recherche a été faite dans un service universitaire ne prenant pas les patients les plus violents, l'âge était relativement élevé (53 ans) et le niveau d'éducation satisfaisant.

SOYKA et ZINGG [107], en reprenant le même échantillon, montrent que les patients réunissant les critères du syndrome maniaque selon le système AMDP (Association pour la Méthodologie et la Documentation en Psychiatrie) avaient un risque significativement augmenté de comportement criminel ensuite, notamment plus élevé que pour le trouble dépressif. Les patients ayant un syndrome maniaque sévère montraient ainsi plus souvent un comportement criminel ultérieur que les patients n'ayant pas de syndrome maniaque (OR à l'admission : 1,78, OR à la sortie : 3,1). L'association avec le syndrome hostilité (suspicion, dysphorie, irritabilité, agressivité, manque de conscience de la maladie, absence d'insight et de coopération) augmentait plus encore ce risque.

FAZEL et al [38] ont comparé le taux d'infractions violentes parmi 3 743 patients présentant un trouble bipolaire pris en charge dans des hôpitaux en Suède entre 1973 et 2004 avec celui de 37 429 sujets contrôles de la population générale. Leur étude a mis en relation les données de plusieurs registres nationaux basés sur la population concernant notamment les diagnostics de sortie de l'hôpital et la criminalité. Les participants devaient avoir au moins 2 diagnostics de sortie de trouble bipolaire (critères ICD-8, ICD-9, ICD-10). Afin d'exclure des facteurs familiaux de confusion, l'étude a également comparé le taux d'infraction violente des sujets bipolaires avec celui de membres de leur fratrie non affectés par la maladie. Les infractions violentes comprenaient les homicides, les agressions, vols, incendies, infractions sexuelles (viols, rapports sexuels imposés, sévices sur enfants, exhibitionnisme ou harcèlement sexuel), menaces illégales ou intimidations. Les tentatives comme les formes aggravées des infractions étaient également incluses, de même que les verdicts d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, peines non privatives de liberté, amendes, cautions, menace de poursuite en cas de récidive, et transferts en hôpital psychiatrique médico-légal. Cette enquête est particulièrement exhaustive, l'absence d'identification de l'auteur d'une infraction violente dans le registre criminel ne concernant qu'une minorité de cas (0,05 %).

Pendant la période d'étude, la prévalence des condamnations pour infraction violente parmi les sujets avec un trouble bipolaire était de 8,4 % (n = 314), alors que ce taux était de 3,5 % pour les sujets contrôles dans la population générale. Le risque d'infraction violente parmi les sujets bipolaires est plus élevé (OR 2,3) que celui des sujets contrôles de la population générale. L'augmentation du risque était cependant moins importante quand ces sujets bipolaires étaient comparés aux membres de leur fratrie non affectés par la maladie (OR ajusté 1,6).

Les auteurs précisent que le risque était en majorité confiné aux sujets bipolaires ayant un abus de substance. La prévalence des infractions violentes parmi les patients bipolaires ayant un abus de substance comorbide était de 21 %, mais seulement de 5 % parmi les patients bipolaires sans abus de substance et de 3 % parmi les sujets contrôles dans la population générale. Ainsi, en comparaison avec les sujets contrôles de la population générale, l'OR pour les infractions violentes parmi les sujets bipolaires avec abus de substance était de 6,4. L'augmentation du risque était par contre minime pour les patients bipolaires sans abus de substance comorbide (OR ajusté 1,3). Il n'était pas significativement augmenté en comparaison avec des membres de la fratrie de sujets bipolaires mais non

affectés par la maladie. Le taux de crimes violents était plus élevé chez les hommes bipolaires (13,8 %) que chez les femmes bipolaires (4,2 %). Cependant, comparé aux taux d'infractions violentes dans la population générale du même sexe, les femmes bipolaires avaient un risque plus élevé d'infractions violentes (OR ajusté 4,1) que les hommes bipolaires (OR 1,9). Par ailleurs, l'étude ne retrouvait pas d'augmentation du risque de violence associé de façon spécifique aux épisodes maniaques, mixtes ou hypomaniaques par rapport aux épisodes dépressifs, ni pour les épisodes bipolaires psychotiques par rapport aux épisodes non psychotiques.

Les auteurs concluent à un risque augmenté d'infraction violente parmi les sujets avec un trouble bipolaire. Ils considèrent cependant que le risque associé à la maladie bipolaire en elle-même apparaît minime en comparaison avec celui des sujets contrôles de la population générale en l'absence d'usage de substance comorbide. L'augmentation du risque de violence parmi les membres de la fratrie de sujets bipolaires indemnes de la maladie, affaiblirait encore la relation entre trouble bipolaire per se et infraction violente, mettant en évidence la contribution de facteurs familiaux, génétiques et d'environnement.

Ces données suggèrent pour FAZEL et al [38] une étiologie familiale commune pour le trouble bipolaire, l'abus de substance et la criminalité violente. Le risque d'infraction violente parmi les sujets bipolaires est confiné à ceux ayant un usage de substance comorbide avec un risque de 6,4 par rapport aux sujets contrôles de la population générale, mais qui diminue à 2,8 par rapport à des sujets contrôles de la fratrie. Ceci est en faveur de l'implication de facteurs familiaux dans l'association entre crime violent et trouble bipolaire parmi les sujets avec abus de substance. Les sujets de la fratrie non atteints par la maladie avaient un taux d'abus de substance double de celui des sujets contrôles de la population générale (4 % vs 1,9 %), ce qui pourrait expliquer qu'ils montrent davantage de violence.

### **3.4 Études portant exclusivement sur des personnes condamnées**

WALLACE et al [118] ont envisagé l'ensemble des personnes condamnées (n = 4 156) par la Haute Cour dans l'État de Victoria en Australie entre 1993 et 1995. Les antécédents psychiatriques étaient recueillis par recoupement avec un registre listant les contacts avec les services de psychiatrie publique. Un quart (25 %) des personnes condamnées avaient eu un contact psychiatrique antérieur. Les troubles de la personnalité et l'usage de substances comptaient pour beaucoup dans cette relation, mais la schizophrénie et les troubles affectifs étaient également surreprésentés, notamment en cas d'usage de substance. Les sujets condamnés avaient significativement plus de risque d'avoir eu un traitement antérieur notamment pour une psychose affective ou un autre trouble affectif. Pour les hommes, les OR pour les psychoses affectives étaient respectivement de 2,8 pour l'ensemble des condamnés, 3,1 pour les auteurs d'infractions violentes et d'infractions sexuelles, 5 pour les auteurs d'homicide. Pour les autres troubles affectifs, les OR étaient de 3,4 pour l'ensemble des sujets condamnés, 4 pour les infractions sexuelles, 4,1 pour les infractions violentes et 5,4 pour les homicides. Pour les femmes, l'OR pour les psychoses affectives était de 3,3 pour le total des femmes condamnées mais la différence n'était pas significative pour les infractions violentes. Pour les autres troubles affectifs, l'OR était respectivement de 4,5 parmi l'ensemble des femmes condamnées et de 5,7 pour les auteurs d'infraction violente. Ces auteurs concluent à une « association robuste » entre une condamnation pour des infractions impliquant de la violence interpersonnelle et le fait d'avoir eu un traitement notamment pour un trouble affectif. Ils précisent cependant que la probabilité pour qu'une personne présentant un trouble affectif commette un crime grave, bien que supérieure à celle de la population générale, est très faible. L'augmentation des infractions dans les troubles affectifs leur paraît modeste et souvent liée à un mésusage de substance. Ainsi, dans les troubles affectifs sans abus de substance, l'OR est de 2,9 pour les infractions violentes et de 19 en cas d'abus de substance. De même, le risque de condamnation pour homicide en cas de trouble affectif est multiplié par 4,4 en l'absence d'abus de substance et par 17,4 en cas d'association à un abus de substance.

SOLOMON et DRAINE [106], dans une étude portant sur 325 auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux en liberté conditionnelle ou sous contrôle judiciaire, montrent que le nombre d'épisodes maniaques sur la vie entière et la fréquence des hospitalisations étaient les facteurs les plus significativement associés avec le nombre d'arrestations sur la vie entière, après contrôle des données démographiques et liées à l'âge.

Plusieurs recherches récentes mettent par ailleurs, en évidence une prévalence élevée de troubles affectifs sur la vie entière parmi les auteurs d'agressions sexuelles [29, 52, 72, 88]. Si la fréquence des troubles bipolaires parmi les agresseurs sexuels paraît peu importante dans la plupart des études, les troubles dépressifs et dysthymiques sont décrits comme fréquents et pouvant être présents avant le passage à l'acte notamment pour les pédophiles [83]. Deux études récentes sur des hommes condamnés pour infraction sexuelle retrouvent une prévalence élevée de trouble bipolaire (35 et 36%) [29, 72]. Dans une recherche sur 45 hommes réunissant les critères DSM-IV de pédophilie, la prévalence sur la vie entière des troubles de l'humeur était de 67 %, des antécédents de dépression majeure étant décrits par plus de la moitié (56 %) des sujets, les troubles bipolaires et la dysthymie ayant une même répartition (8,8 %) [88].

### 3. 5 Études portant sur des personnes détenues

Les études sur les personnes détenues montrent aussi une augmentation de la prévalence des troubles affectifs majeurs par rapport à leur prévalence dans la population générale. La proportion de troubles affectifs majeurs en détention est de 3 à 25 % des sujets suivant les études selon EAVES [30], parfois plus élevée chez les femmes.

TEPLIN [114], dans une étude de référence, a considéré la prévalence de la schizophrénie, de la dépression majeure et de la manie dans un échantillon randomisé d'hommes admis dans une prison aux États-Unis (n = 728), en utilisant un entretien structuré (*Diagnostic Interview Schedule*), en comparaison avec les données de la population générale dans l'étude ECA. La prévalence de la dépression majeure sur la vie entière était plus élevée pour les détenus hommes que pour les hommes dans l'étude ECA (5,8 % versus 3,2 %). La prévalence de la manie sur la vie entière était également plus importante (2,5 % versus 0,3 %). La plupart de ces troubles psychiatriques majeurs étaient présents avant la période d'incarcération.

COTÉ et HODGINS [23], dans une étude sur un échantillon représentatif de 495 détenus d'une prison québécoise, utilisant le même instrument diagnostique, mettent en évidence l'importance de la comorbidité, les troubles mentaux majeurs étant le plus souvent associés à un autre diagnostic ou même davantage. Parmi ces sujets, 3,4 % (n = 17) avaient un diagnostic sur la vie entière de trouble bipolaire et 14,7 % (n = 73) un diagnostic sur la vie entière de dépression majeure. Une proportion importante de ces patients (94 %) avaient une ou plusieurs pathologies comorbides, souvent une personnalité antisociale et/ou un abus de substances.

QUANBECK et al [87] soulignent le fait que par rapport à l'étude ECA, la prévalence du trouble bipolaire I est 6 fois plus élevée en prison que dans la population générale (6 % versus 1 %). Dans leur recherche sur 66 détenus présentant un trouble bipolaire de type I (DSM-IV) aux États-Unis, les patients ayant été arrêtés sont plus souvent des hommes, plus jeunes, avec un usage comorbide de substance et des hospitalisations plus fréquentes (en moyenne 3,4 fois par an versus 1,1 fois par an) et plus courtes (9 jours versus 16 jours) par rapport à un groupe témoin de patients bipolaires I déjà hospitalisés sans leur consentement mais sans antécédent d'arrestation. Une étude antérieure des mêmes auteurs montre que 75 % des détenus bipolaires I avaient été arrêtés lors d'une phase maniaque. Alors que 60 % avaient été hospitalisés dans le mois précédant leur incarcération, seulement 20 % bénéficiaient d'une prise en charge en externe lors de l'arrestation [87].



MCDERMOTT et al [71] ont comparé les détenus ayant reçu le diagnostic DSM-IV de trouble bipolaire I dans une prison aux États-Unis à un échantillon de patients dont le diagnostic était le même mais n'ayant pas subi d'arrestation. L'usage de substances, notamment chez les patientes bipolaires, est fortement lié au risque d'arrestation criminelle. L'OR en cas de diagnostic d'usage de substance comorbide pour les femmes arrêtées était multiplié par 38 en comparaison avec les femmes dans la communauté. Ces patientes bipolaires avec abus de substance avaient également plus de risque d'arrestation pour infraction violente (non sexuelle) (32 %). Les hommes bipolaires avec usage de substance avaient davantage été arrêtés pour des vols (38 %) ou des motifs divers, infractions sexuelles notamment (33 %). Pour ces auteurs, le type d'infraction commise indique que l'impulsivité pourrait être le facteur sous-jacent associé au comportement criminel chez ces patientes bipolaires.

TEPLIN et al [115] trouvent une prévalence importante de troubles affectifs majeurs sur la vie entière chez des femmes détenues aux États-Unis, significativement plus élevée que dans la population générale (47 % versus 20 %) d'après les données de l'étude ECA. La dépression majeure était le plus fréquent des troubles mentaux. La prévalence sur la vie entière de la dépression majeure était ainsi 2 fois plus élevée et celle de la manie 3 fois plus importante que chez les femmes de la population générale. Dans leur échantillon de femmes détenues (n = 1 272), 2,6 % présentaient les critères cliniques d'un épisode maniaque. Parmi elles, 35 % étaient incarcérées pour un crime violent.

PARSONS et al [81], dans une étude sur 382 femmes en détention provisoire au Royaume-Uni, observent que celles présentant des troubles mentaux étaient plus souvent mises en cause pour une infraction violente que les femmes indemnes de troubles (27 % vs 18 %). La prévalence était de 43 % (n = 166) pour les troubles de l'humeur sur la vie entière. Pour les troubles actuels, 1 % de l'échantillon présentaient une psychose affective et 14 % un trouble affectif majeur. Près d'un quart (23 %) des femmes ayant un trouble affectif majeur étaient incarcérées pour des infractions violentes.

Dans une recherche sur des détenus en Allemagne, WATZKE et al [119] montrent que les femmes avaient, toutes proportions gardées, commis un homicide plus souvent que les hommes, davantage auteurs de vols et d'agressions. Les hommes avaient une prévalence plus élevée de problèmes d'alcool et de personnalité dyssociale tandis que les femmes montraient plus souvent de la dépression, des troubles anxieux et une personnalité borderline.

Dans l'importante méta-analyse de FAZEL et DANESH [36] en 2002, portant sur 62 études réalisées dans 12 pays, incluant 22 790 détenus, l'âge moyen est de 29 ans, avec 18 350 hommes (81 %), 2 568 parmi 9 776 (26 %) étant des délinquants violents. La synthèse de ces études fait ressortir que 3,7 % des hommes incarcérés ont des troubles psychotiques et 10 % une dépression majeure. Quatre pour cent des femmes ont des troubles psychotiques et 12 % une dépression majeure. En comparaison avec la population générale d'âge similaire en Grande-Bretagne ou aux États-Unis, les détenus avaient 2 à 4 fois plus de troubles psychotiques et de dépression majeure.

En France, une étude réalisée en juin 2001 sur l'ensemble des sujets entrants ou suivis en détention dans les établissements comportant un SMPR retrouve une prévalence de 27,4 % de troubles dépressifs à l'entrée et de 6,8 % de troubles de l'humeur parmi les patients suivis [85]. Les résultats d'une autre importante enquête épidémiologique à l'initiative de la Direction Générale de la Santé et du ministère de la Justice, confirment la fréquence élevée de troubles psychiatriques chez les détenus, notamment de troubles de l'humeur [34]. La prévalence des troubles affectifs actuels selon le diagnostic établi par un double consensus de cliniciens est respectivement de 24 % pour le trouble dépressif majeur, 4,8 % pour la dysthymie, 3,1 % pour le trouble bipolaire (sur la vie entière) et 3,6 % pour l'épisode maniaque ou hypomaniaque, parmi les sujets ayant une symptomatologie marquée (critères DSM-IV et CGI > 5). Ces proportions sont plus élevées que dans plusieurs études internationales.

Les troubles de l'humeur sont décrits comme plus fréquents chez les femmes en contact avec les services de psychiatrie légale que pour les hommes [79]. Les troubles de l'humeur pourraient être d'une particulière importance dans la violence chez les femmes [38, 77, 79]. Certaines pathologies peuvent cependant être liées au contexte de l'incarcération. En se limitant à l'examen de détenus condamnés, la question d'une association au moins temporelle entre le trouble affectif et l'infraction reste ouverte.

### **3.6 Études portant sur des auteurs d'homicide**

#### **3.6.1 Études sur des auteurs d'homicide en général**

La fréquence des troubles de l'humeur chez les auteurs d'homicide en général varierait de 1,4 à 20,7 % dans la plupart des études récentes [24, 37, 45, 55, 65, 82, 90-92, 96, 98, 101, 102, 105, 113, 118]. On trouvera ces données dans le tableau 1.

Plusieurs recherches montrent un taux de dépression majeure sur la vie entière ou au moment des faits plus élevé parmi des auteurs d'homicide que dans la population générale. Les homicides commis en phase maniaque sont rares, seul quelques auteurs en rapportant quelques cas [46, 55, 98, 108].

COTÉ et HODGINS [24] rapportent des taux élevés de dépression majeure et de troubles bipolaires (20,7 %) dans une étude de détenus hommes condamnés pour homicide au Canada. Certaines études trouvent une proportion relativement importante de pathologies dépressives avant les faits dans des séries d'auteurs d'homicide.

RYLANDER [97] en Suède, à propos de 95 meurtriers vus en expertise sur une période de 15 ans, évoque 16 patients (16,8 %) souffrant de dépression avant leur crime, tous ces meurtres sauf un revêtant les caractéristiques de filicides à motivation altruiste.

PARKER [80] dans une étude personnelle portant sur 100 sujets en instance de jugement et vus en expertise, accusés de meurtre ou de tentative de meurtre, avance le chiffre de 23 % de déprimés au moment des faits, observant que ces patients étaient profondément désespérés et activement suicidaires.

ERONEN et al [33], en Finlande, montrent que les comportements homicides dans un pays présentant un taux de criminalité relativement bas sont associés de façon significative avec plusieurs troubles mentaux spécifiques selon les critères DSM III-R. Dans ce pays, environ 95 % des homicides sont élucidés et la plupart des auteurs d'homicide sont soumis à une évaluation de psychiatrie légale intensive et approfondie. Ces auteurs ont réalisé une étude longitudinale prospective sur 693 des 994 meurtriers (69,7 %) connus entre 1984 et 1991, soit une période de huit ans. La prévalence des troubles mentaux lors de l'acte parmi ces auteurs d'homicide a été utilisée pour calculer les OR pour l'augmentation statistique du risque associé à des troubles mentaux spécifiques en comparaison à la population générale (données de l'étude ECA). Un trouble dépressif était diagnostiqué pour 27 hommes (3 %) et 5 femmes (6 %) et une dysthymie chez 13 hommes (1,4 %) et une femme (1,2 %). Le risque relatif de commettre un homicide était légèrement augmenté pour les patients présentant un épisode dépressif majeur, l'OR étant de 1,9 pour les hommes et 2,1 pour les femmes.

**Tableau 1.** Principales études récentes portant notamment sur les relations entre troubles graves de l'humeur et homicide

Auteur	Pays et période d'étude	Étude	Définition de l'infraction ; instrument diagnostique	Résultats
Petursson et Gudjonsson (1981)	Islande 1900-1979	Taux de troubles mentaux parmi tous les auteurs connus d'homicide (n = 47, 93,3 % ♂)	Meurtre, homicide involontaire	4,3 % (n = 2) maladie maniaco-dépressive
Taylor et Gunn (1984)	Angleterre	Taux de troubles mentaux parmi tous les hommes accusés (n = 61) ou condamnés (n = 46) pour homicide	Homicide ICD-9	1,6 % (n = 1) psychose affective parmi les accusés 2,2% (n = 1) psychose affective parmi les condamnés
Gottlieb <i>et al</i> (1987)	Danemark (Copenhague) 1959-1983	Taux de troubles mentaux parmi 251 de l'ensemble des 263 accusés d'homicide (85,7 % ♂)	Homicide ICD-8	3,3 % (n = 7) dépression parmi les hommes 27,8 % (n = 10) dépression parmi les femmes
Lindqvist (1989)	Suède (Nord de la Suède et Stockholm) 1970-1980	Taux de troubles mentaux parmi tous les 176 auteurs connus d'homicide (90,9 % ♂)	Meurtre, homicide involontaire, coups ayant entraîné la mort	1,7 % (n = 3) dépression 33,3 % usage de substance comorbide à la dépression
Côté et Hodgins (1992)	Canada (Québec) 1988	Taux de troubles mentaux parmi 87 auteurs d'homicide dans un échantillon randomisé (n = 650) de tous les détenus ♂ en avril 1988	Meurtre, homicide involontaire DSM-III (DIS)	20,7% (n=18) dépression majeure ou trouble bipolaire

**Tableau 1 (suite).** Principales études récentes portant notamment sur les relations entre troubles graves de l'humeur et homicide

Auteur	Pays et période d'étude	Étude	Définition de l'infraction ; instrument diagnostique	Résultats
Eronen <i>et al</i> (1996)	Finlande 1984-1991	Comparaison du taux de troubles mentaux parmi 693 des 994 auteurs connus d'homicide (91,5 % ♂) avec le taux dans la population générale	Meurtre, homicide involontaire DSM-III-R	EDM : OR = 1,9 pour les hommes (n = 27) OR = 2,1 pour les femmes (n = 5) Pas d'épisode maniaque
Wallace <i>et al</i> (1998)	Australie (Victoria) 1993-1995	Dossiers de condamnation en Haute Cour (n = 4 156) en lien avec le registre des cas psychiatriques : n = 168 (90,5 % ♂)	Meurtre, homicide involontaire ICD-9	Psychoses affectives : OR = 5 pour les hommes (n = 2) OR = 16,9 pour les femmes (n = ?) Autres troubles affectifs : OR = 5,4 pour les hommes (n = 4) OR = 19,6 pour les femmes (n = ?)
Shaw <i>et al</i> (1999)	Angleterre et Pays de Galles 1996-1997 (18 mois)	Parmi les 718 homicides rapportés, étude des sujets condamnés pour homicide pour lesquels une expertise psychiatrique judiciaire est disponible (n = 500)	Meurtre, homicide involontaire, infanticide	Les troubles affectifs (bipolaires et dépression) sont le diagnostic le plus fréquent : 10,6 % (n = 53) sur la vie entière 9,6 % (n = 48) symptômes dépressifs au moment des faits
Schanda <i>et al</i> (2004)	Autriche 1975-1999	Comparaison des taux d'irresponsabilisation pour troubles mentaux parmi les auteurs d'homicide (n = 1 087) avec les taux de ces troubles en population générale	Meurtre, homicide involontaire DSM-IV	1,4 % (n = 15) troubles affectifs majeurs : 14 EDM, 1 épisode maniaque  EDM et épisodes maniaques non associés à une augmentation de la probabilité d'homicide, sauf si abus ou dépendance comorbide à l'alcool : augmentation modérée mais statistiquement significative (OR 3,1)
Simpson <i>et al</i> (2004)	Nouvelle-Zélande 1970-2000	N = 1 498 Analyse des seuls sujets avec troubles mentaux graves lors des faits et irresponsabilisés (n = 126)	Meurtre, homicide involontaire, infanticide DSM-IV	10,3 % (n = 13) trouble dépressif majeur 3,9 % (n = 5) bipolaire

**Tableau 1 (suite).** Principales études récentes portant notamment sur les relations entre troubles graves de l'humeur et homicide

Auteur	Pays et période d'étude	Étude	Définition de l'infraction ; instrument diagnostique	Résultats
Russo <i>et al</i> (2003)	Italie (Messina) 1990-1995	Comparaison entre patients hospitalisés auteurs d'homicide (n = 75) ou d'infraction non violente (n = 50) et patients non délinquants (n = 140) (100 % ♂)	Meurtre ou tentative DSM-III-R	Troubles affectifs : 15 % des auteurs d'homicide 6,1 % des auteurs d'infraction non violente 22,6 % des patients non délinquants  Symptomatologie dépressive : 18,6 % des auteurs d'homicide 11,4 % des auteurs d'infraction non violente 28,5 % des patients non délinquants
Fazel et Grann (2004)	Suède 1988-2001	Diagnostic psychiatrique disponible (n = 1 625) parmi tous les sujets condamnés (n = 2 005)	Meurtre, homicide involontaire ou tentative ICD-9, ICD-10, DSM-IV	3,1 % (n = 50) trouble bipolaire 2,9 % (n = 47) dépression non psychotique
Koh <i>et al</i> (2005)	Singapour 1997-2001	Tous les accusés de meurtre (n = 110)	Meurtre DSM-IV, CIM-10	8,2 % (n = 9) dépression 0,9 % (n = 1) abus/dépendance à l'alcool avec dépression 0,9 % (n = 1) trouble délirant avec dépression 0,9 % (n = 1) bipolaire
Schaw <i>et al</i> (2006)	Angleterre et Pays de Galles 1996-1999	Tous les condamnés pour homicide (n = 1 594)	Meurtre, homicide involontaire, infanticide CIM-10	7 % (n = 118) antécédents trouble affectif, essentiellement dépressifs 6 % (n = 101) trouble dépressif lors des faits
Richard-Devantoy <i>et al</i> (2009)	France (Angers) 1975-2005	Expertises d'auteurs d'homicide (n = 210) par deux experts	Homicide	7 % (n = 15) troubles de l'humeur

WALLACE et al [118], dans une grande étude australienne, ont mis en lien un registre des cas psychiatriques avec les dossiers de condamnations pour une grande variété d'infractions, dont l'homicide. En comparaison avec la population générale, les personnes ayant eu un contact antérieur avec la psychiatrie publique pour une psychose affective ont une probabilité de commettre un homicide 5,4 fois plus élevée chez les hommes et presque 17 fois plus chez les femmes.

ROSENBAUM et BENNET [95], dans une des rares études sur les patients souffrant de dépression et auteurs d'actes de violence grave, ont comparé 6 patients déprimés auteurs d'homicide ou de sa tentative à 6 déprimés contrôles. Des différences importantes étaient observées, les patients homicides ayant davantage de troubles de la personnalité sur l'axe II du DSM-III, d'antécédents d'abus d'alcool ou de substance, de sévices dans l'enfance et d'idées ou de comportements suicidaires. L'infidélité du partenaire était le facteur précipitant de la dépression. En termes dynamiques, la dépression homicide serait plutôt narcissique, réaction à une blessure d'amour propre, à un sentiment de honte ou d'humiliation, plutôt qu'anaclitique liée à une perte d'objet réelle ou imaginaire.

SCHANDA et al [98] ont comparé le taux d'irresponsabilisation pour troubles mentaux majeurs parmi 1 087 auteurs d'homicide en Autriche entre 1975 et 1999 avec le taux de ces troubles respectifs dans la population générale selon l'étude ECA. Parmi ces auteurs d'homicide, 15 (1,4 %) présentaient un trouble de l'humeur au moment des faits, soit 14 épisodes dépressifs majeurs (7 hommes et 7 femmes) et un épisode maniaque (1 homme) selon les critères DSM-IV. La dépression majeure et le trouble bipolaire étaient associés à une augmentation modérée mais statistiquement significative de la probabilité d'homicide en cas d'abus ou de dépendance comorbide à l'alcool (OR 3,1). Par contre, en l'absence d'abus-dépendance à l'alcool, ce risque apparaît paradoxalement diminué en comparaison avec la population générale.

RICHARD-DEVANTOY et al [90-92], en France, ont analysé 210 expertises d'auteurs d'homicide par deux psychiatres experts près la cour d'appel d'Angers entre 1975 et 2005. Parmi eux, 15 sujets, soit 9 femmes et 6 hommes, présentaient un trouble de l'humeur (7 %). Les pathologies étaient un épisode dépressif majeur isolé (13 %), un épisode dépressif avec caractéristiques mélancoliques ou avec symptômes psychotiques (60 %), plus rarement un trouble bipolaire, un trouble cyclothymique, une dysthymie ou une hypomanie (respectivement dans 6,7 % des cas). Des idées délirantes étaient observées dans 40 % des cas, de persécution surtout, de ruine, d'hypochondrie, de jalousie et sexuels. Une idéation suicidaire était le plus souvent présente (75 %). Les antécédents psychiatriques personnels (80 %) et familiaux étaient particulièrement fréquents, mais la comorbidité sur la vie entière relativement rare, notamment pour l'alcool (13 %) ou les troubles de personnalité (7 %). La plupart de ces sujets étaient mariés, l'âge moyen étant de 37 ans. Trois (20 %) avaient des antécédents de violences contre les personnes mais un seul avait des antécédents judiciaires. Le lieu du crime était toujours le domicile, préférentiellement le soir, le moyen le plus utilisé étant une arme à feu (40 %) avant les médicaments (20 %). Les victimes étaient des proches, le plus souvent les enfants (72 %), l'épouse (21 %) ou l'un des parents (7 %). Quatre sujets avaient consommé de l'alcool au moment des faits. L'étude compare de façon intéressante le comportement et les affects au moment du crime parmi les auteurs souffrant de troubles mentaux et ceux indemnes de pathologie mentale. La dépression (33 % vs 1 %), le délire (58 % vs 0 %) et les idées suicidaires (33 % vs 4 %), étaient caractéristiques de la clinique des malades mentaux avant leur crime. Une tentative de suicide après le crime était également significativement plus fréquente (31 % vs 3 %).

Le risque d'homicide paraît notamment plus élevé chez les auteurs de sexe féminin souffrant de troubles affectifs majeurs. Dans l'étude de WALLACE et al [118], seulement 16 femmes avaient été condamnées pour homicide. Malgré ce nombre peu important, l'association était significative avec le fait d'avoir été traitée antérieurement pour une psychose affective

(OR 17) ou un trouble affectif autre (OR 19,6), plus marquée que pour la schizophrénie (OR 10,6).

Plusieurs des auteurs de ces études font remarquer que ces recherches pourraient être passées à côté d'un « nombre considérable » d'auteurs d'homicide souffrant de psychopathologie sévère [33, 95]. Les homicides suivis de suicide sont en effet exclus, alors que leur fréquence est comparativement plus importante dans les pays dans lesquels le taux d'homicide est bas [20, 32, 39, 70]. Les sujets déprimés ayant commis un homicide avant de réaliser un suicide immédiatement après leur passage à l'acte, ce qui est un cas fréquent, n'ont pu être inclus dans ces études.

### **3.6.2 Études portant sur des auteurs de filicide**

Le filicide, défini comme le meurtre d'un enfant par un parent, est un événement relativement rare.

Dans la littérature de langue anglaise, le terme « neonaticide » concerne le meurtre d'un enfant dans les premières 24 heures de vie, presque toujours commis par les mères. Le terme d'infanticide est restreint au meurtre d'un enfant au cours de la première année de vie, commis le plus souvent par les mères dans le contexte des conséquences de la grossesse et de la lactation [14]. Les mères sont davantage auteurs de filicides dans la première enfance que les pères, mais ce risque tend à s'égaliser et même à s'inverser quand l'enfant progresse en âge [13, 14, 89]. Les pères sont la plupart des auteurs de ces crimes pour les enfants plus âgés.

L'étude classique de RESNICK [89] a porté sur 131 observations de filicides dans la littérature internationale entre 1751 et 1967. Les meurtres d'enfants non désirés au cours des 24 premières heures de vie étaient exclus de l'étude. L'auteur de ces libéricides est le plus souvent la mère, dont l'âge varie en moyenne entre 20 et 50 ans, dans 67 % des cas. L'âge de la victime varie de quelques jours à 20 ans, la période la plus critique paraissant être le premier semestre de la vie, âge des dépressions et des psychoses maternelles du post-partum. Cet auteur propose une classification reposant sur le motif le plus apparent de l'auteur du filicide : filicide « altruiste » (49 %), « psychotique aigu » (21 %), enfant non désiré (14 %), accidentel (12 %), vengeance envers le conjoint (4 %). La motivation parentale dans le filicide altruiste est de soulager l'enfant de souffrances réelles ou imaginaires ou de lui éviter de souffrir du fait du suicide de l'auteur.

McKEE et SHEA [73] observent de remarquables similitudes dans des comparaisons internationales sur les filicides maternels [12, 27, 73, 86, 89]. L'âge des mères varie de 24,6 à 31,5 ans, la plupart étant mariées ou en couple et ayant donné récemment naissance à un enfant. Beaucoup sont sans emploi et manquent de ressources avec des problèmes financiers. D'intelligence faible ou moyenne, elles présentent souvent des troubles mentaux qu'elles tentent de prendre en charge sans l'aide ou l'assistance d'autrui, rapportant des niveaux élevés de stress ainsi qu'un manque de support émotionnel au moment des faits. Beaucoup ont des expériences négatives de leur propre enfance (abus, etc.) et n'ont pas de modèle positif sur lequel baser leur propre style parental. Des conflits avec des membres de la famille avec isolement social sont souvent rapportés. Les conduites addictives paraissent rares. Elles commettent leur passage à l'acte seules et sans arme, tuant un seul de leurs enfants, plutôt d'âge préscolaire. La grande majorité des filicides s'inscrit dans le contexte d'un contact altéré avec la réalité ou correspond à des actes impulsifs, non prémédités, dérivant de niveaux extrêmes de stress situationnel, frustration, colère, dépression ou d'une combinaison de ces facteurs.

En comparaison, les pères filicides sont habituellement plus âgés, ont davantage d'antécédents de violences envers leurs enfants et commettent plus souvent une tentative de suicide lors des faits [13, 14, 120]. Dans la récente revue de la littérature de WEST et al [120], l'âge moyen de l'auteur est de 35 ans (15-76 ans) et celui des victimes 5,5 ans, avec une même proportion de garçons et de filles. En moyenne, un cas sur 5 concerne des

enfants de moins d'un an, sans considérer les meurtres au cours des premières 24 heures de vie. Par rapport aux mères, les méthodes sont plus violentes (arme à feu, couteau, trauma crânien sévère), les enfants plus âgés avec une plus grande proportion de garçons, des victimes plus souvent multiples, le motif étant plus souvent des violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner et la vengeance. Le niveau socio-économique est souvent faible et beaucoup sont sans emploi, avec un niveau d'éducation inférieur à la moyenne. Ils présentent souvent des facteurs de stress significatifs, un isolement et un manque de soutien social, des antécédents d'abus dans l'enfance. Le contexte est souvent celui d'une rupture dans le couple ou de la peur d'une séparation, parfois dans les suites d'une dispute à propos de l'infidélité de la conjointe. Ils sont en général, plus à risque de tuer leur épouse ou de commettre un filicide. De 18 à 65 % des pères commettent également un uxoricide ou sa tentative, ou au moins agressent leur épouse lors des faits [120].

Les femmes à risque de néonaticide sont souvent jeunes et non mariées, déniaient ou dissimulant leur grossesse, manquant de prise en charge prénatale mais ne présentant pas d'affection psychiatrique majeure [41]. La dépression ou les troubles psychotiques caractérisent plus souvent les mères qui tuent des enfants plus âgés [27, 73, 89]. La plupart des auteurs traitant des filicides évoquent l'importance des troubles de l'humeur préexistants et des idées suicidaires. La dépression majeure avec caractéristiques psychotiques est le diagnostic le plus commun [11, 12, 14, 27, 41, 89, 73, 89].

On trouvera dans le tableau 2 les principales études récentes portant notamment sur les filicides en relation avec les troubles affectifs majeurs.



**Tableau 2.** Fréquence des troubles graves de l'humeur dans plusieurs études récentes sur les filicides

Auteur	Pays et période d'étude	Étude	Fréquence de troubles de l'humeur	Fréquence de tentative de suicide lors des faits
Resnick (1969)	Tous pays 1751-1967	Revue de la littérature mondiale (n = 131)	Dépression : 71 % des mères et 33 % des pères Trouble psychotique : 67 % des mères et 44 % des pères Mélancolie : 11 % Psychose maniaco-dépressive : 2 %	
D'Orban (1979)	Grande-Bretagne (Londres) 1970-1975	89 mères accusées de filicide ou de sa tentative, en détention préventive	56 % symptômes de dépression 21 % dépression majeure lors des faits 8 % psychose puerpérale à composante schizoaffective 1 % dépression psychotique	20 %
Bourget et Bradford (1990)	Canada (Ottawa) Période de 8 ans	Tous les parents accusés de filicide admis dans un service universitaire de psychiatrie légale pour expertise avant procès (n = 13, 9 mères et 4 pères)	30,8 % dépression majeure DSM-III-R	15,4 %
McKee et Shea (1998)	États-Unis 1986-1995	Toutes les mères examinées dans un hôpital psychiatrique forensique pour expertise avant procès (n = 20)	25 % dépression majeure lors des faits DSM-III-R, DSM-IV	
Marleau <i>et al</i> (1999)	Canada (Montréal) 1982-1994	10 pères filicides hospitalisés à l'Institut Philippe Pinel (26 % de tous les filicides paternels sur la période)	Axe I : les troubles de l'humeur sont le diagnostic le plus fréquent lors des faits : 10 % EDM atypique avec symptômes psychotiques non congruents à l'humeur et abus d'alcool 10 % trouble BP avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur 10 % troubles de l'adaptation avec humeur dépressive 10 % trouble dépressif unipolaire 10 % dysthymie DSM-III-R	60 %

**Tableau 2 (suite).** Fréquence des troubles graves de l'humeur dans plusieurs études récentes sur les filicides

Auteur	Pays et période d'étude	Étude	Fréquence de troubles de l'humeur	Fréquence de tentative de suicide lors des faits
Bourget et Gagné (2002)	Canada (Québec) 1991-1998	Tous les filicides maternels dans les fichiers consécutifs des coroners (officiels chargés de constater les décès) (n = 27)	67% dépression majeure	56 %
Lewis et Bunce (2003)	États-Unis (Michigan) 1974-1996	Toutes les mères filicides évaluées dans un centre de psychiatrie légale (n = 55)	18 % dépression majeure psychotique 7 % trouble schizoaffectif 4 % dépression majeure non psychotique 4 % bipolaire maniaque 2 % dysthymie	44 %
Bourget et Gagné (2005)	Canada (Québec) 1991-2001	Tous les filicides paternels dans les fichiers consécutifs des coroners (n = 60 pères)	52 % dépression	60 %
Friedman <i>et al</i> (2005)	États-Unis (Cleveland, Ohio) 1958-2002	Filicide-suicide dans les dossiers des coroners : n = 10 mères n = 20 pères	70 % dépression ou sympt. dépressive 50 % dépression ou sympt. dépressive	100 % 100 %
Kauppi <i>et al</i> (2008)	Finlande 1970-1994	Tous les cas connus d'infanticide par des mères dépressives (n = 10)	40 % dépression psychotique 20 % dépression majeure 10 % dépression du post partum 10 % dépression chronique ICD-9, DSM-III, DSM-III-R	60 %
Putkonen <i>et al</i> (2009)	Autriche et Finlande 1995-2005	Tous les auteurs de filicide en Autriche (n=74)  Finlande (n=50)	Parmi les survivants : 10 % troubles psychotiques de l'humeur 9 % dépression non psychotique ICD-9, ICD-10, DSM-IV 12 % troubles psychotiques de l'humeur 35 % dépression non psychotique DSM-III-R, DSM-IV	32 %  54 %

RESNICK [89] retrouve une pathologie dépressive pour 71 % de ces mères et 33 % des pères filicides, la proportion de troubles psychotiques étant respectivement de 67 % et 44 %. Dans une recherche de HATTERS FRIEDMAN et al [49] sur 30 auteurs de filicide suivi de suicide, des preuves de dépression ou de symptômes dépressifs étaient présentes pour 57 % des parents (70 % des mères et 50 % des pères) et 10 % avaient des antécédents dépressifs. La majorité des motifs étaient altruistes (70 %) avec désir de soulager leur enfant de souffrances réelles ou imaginaires. Dans les cas de filicide par des mères présentant des troubles mentaux sévères, 49 % sont déprimées au moment des faits dans une autre étude des mêmes auteurs [49]. Les symptômes de dépression s'accompagnent souvent de préoccupations inquiètes sur l'état de santé de l'enfant et sur la capacité de la mère à le prendre en charge, d'idéation suicidaire ou de pensées psychotiques [53]. Ces mères dépressives sont souvent fortement investies dans le désir d'être une bonne mère et décrivent des motivations altruistes [108]. Les pensées de faire du mal à ses enfants seraient par ailleurs fréquentes parmi les mères dépressives.

Pour les filicides paternels, la fréquence des troubles dépressifs au moment des faits varie de 33 % à 52 %, les autres pathologies recensées étant des psychoses ou des troubles de la personnalité, avec une incidence élevée d'abus/dépendance à des substances [13, 86, 120].

Pour KIM et al [54], en se basant sur l'observation d'épisodes hypomaniaques ou maniaques durant l'hospitalisation de patientes après un filicide ou sa tentative, les troubles bipolaires sont insuffisamment diagnostiqués, passant de 24 % à l'admission à 73 % pour le diagnostic de sortie dans leur étude sur 45 femmes. Les symptômes significatifs pouvant prédire un trouble bipolaire étaient une dépression du postpartum, des symptômes psychotiques et une motivation non altruiste du filicide. STANTON et al [108] évoquent des cas de manie avec délire non congruent à l'humeur au moment du crime dans une recherche sur 6 femmes auteurs de filicide, avec un trouble dépressif majeur, un trouble schizo-affectif (en phase maniaque ou dépressive avant le crime) ou une schizophrénie (DSM-IV).

Plusieurs auteurs soulignent le fait que nombre de ces parents ont été vus par un professionnel de santé mentale peu avant leur crime [11, 13, 27, 41, 53, 73, 89]. Des mères évoquaient leur suicide et même exprimaient leur inquiétude pour l'avenir de leurs enfants ensuite [89]. Pour BOURGET et GAGNÉ [12, 13], près de 50 % des parents filicides de leur série avaient eu des contacts avec des médecins, psychiatres et/ou autres professionnels avant le drame. Dans une étude de FRIEDMAN et al [41], 70 % des mères et 30 % des pères avaient eu des contacts antérieurs avec un psychiatre. L'accent est mis sur la nécessité d'une plus grande conscience par le psychiatre du risque de filicide en particulier de mères dépressives et suicidaires.

FRIEDMAN et al [41] dans une revue critique de la littérature sur les filicides maternels, montrent que toutes les études sont rétrospectives et pour la plupart descriptives. Elles dépendent beaucoup de la source de l'échantillon, les différences dans les populations étudiées rendent difficile de tirer des conclusions générales pour connaître les parents à risque. Ils soulignent l'absence d'étude comparative entre patients auteurs de filicides et patients d'un même niveau socio-économique n'ayant pas commis de filicide. Dans une population de personnes souffrant de troubles affectifs majeurs, des recherches seraient nécessaires afin de savoir pourquoi une mère dépressive a plus de risque de tuer son enfant qu'une autre mère présentant la même pathologie. Des études sur les filicides en population générale seraient nécessaires pour développer des stratégies de prévention.

### **3.6.3 Études portant sur des auteurs de familicide**

La définition suivante du familicide est la plus souvent retenue : lorsqu'un individu (homme ou femme) tue son(sa) conjoint(e) et un ou plusieurs de ses enfants [61, 121]. Le familicide est très rare et de ce fait particulièrement difficile à prédire. Il est le fait presque exclusivement d'hommes (93 à 96 %). Il est très rare qu'une femme tue son conjoint et un ou plusieurs de ses enfants.

DIETZ [26] inclut dans sa typologie des homicides de masse une catégorie concernant les individus qui tuent tous les membres de la famille (« family annihilators »). Il définit l'auteur comme étant l'homme le plus âgé de la famille, typiquement dans un état dépressif, paranoïaque et/ou sous l'emprise d'une consommation abusive de psychotropes.

WILSON [121], en se basant sur la description de cas cliniques, suggère qu'il existe deux groupes d'individus ayant réalisé un familicide. Un premier groupe comprend des hommes présentant des griefs envers leur conjointe parce qu'ils la soupçonnent d'infidélité ou qu'elle veut mettre fin à leur relation, avec de la colère, une jalousie possessive, de la rage et parfois des violences antérieures envers leur partenaire. Un second groupe fait référence à des hommes déprimés et désespérés qui ne perçoivent plus aucune solution alternative que l'élimination des membres de leur famille. Le familicide est alors très souvent associé au suicide de l'agresseur. Plusieurs de ces hommes sentent qu'ils perdent le contrôle de leur famille mais aussi de plusieurs aspects de leur vie (mise à pied, perte de revenus, dettes, etc.). Ils ne parviennent plus à assurer leur rôle de chef de famille et les besoins de leurs proches. Percevant leur vie comme un échec, ils en viennent à penser que le suicide est la seule solution pour eux et leur famille. Plusieurs de ces familicides sont réalisés dans un contexte altruiste, dans le but d'éviter aux membres de leur famille de subir la honte liée à une baisse de statut social (perte d'argent, faillite). Les victimes sont vécues comme un prolongement narcissique et le contexte est celui d'un suicide élargi [61].

LÉVEILLÉE et al [61] ont réalisé une étude à partir de dossiers d'hommes ayant commis un familicide (n = 16) ou un filicide (n = 36) au Canada entre 1986 et 1998. Les hommes ayant commis un familicide étaient plus âgés, avaient davantage recours à une arme à feu et à une violence excessive lors du passage à l'acte. Ils étaient plus souvent impliqués dans un processus de séparation de couple et de perte (financière, d'emploi, etc.). Ils présentaient plus souvent une humeur dépressive dans le mois précédant les faits que les auteurs de filicide et avaient vécu significativement plus souvent des symptômes dépressifs dans l'année précédente. Il est à noter que les sujets ayant eu recours à une force excessive se caractérisaient par une dépression et une perte autre que conjugale.

SCHLESINGER [103] précise que les affects dépressifs ne peuvent expliquer à eux seuls ces familicides, soulignant l'importance du concept de processus catathymique. Ce dernier se caractérise par l'actualisation d'un geste violent qui devient nécessaire pour se libérer d'une tension psychique interne insupportable. Ce processus surviendrait surtout dans le contexte d'échecs personnels avec une estime de soi particulièrement fragile. L'homicide des proches et le suicide viseraient habituellement à éviter à soi et aux autres l'humiliation liée à ces échecs.

#### **3.6.4 Études portant sur des auteurs d'homicide suivi de suicide**

Dans les homicides suivis de suicide, la dépression est pour nombre d'auteurs l'affection la plus communément en cause [32, 39, 60, 70, 94]. Les recherches épidémiologiques sur ces meurtres suivis de suicide suggèrent une incidence annuelle de 0,20 à 0,30 pour 100 000 habitants, remarquablement constante suivant les pays et les époques. Leur proportion est significativement plus importante dans les pays montrant une moindre fréquence des homicides [20]. Ils représentent 2 à 6 % des homicides dans plusieurs études menées aux États-Unis. Des chiffres plus élevés sont classiquement observés en Australie (22 %), en Angleterre et au pays de Galles (33 %) ou au Danemark (42 %) [39, 70].

Dans ces meurtres suivis de suicide, une pathologie dépressive préexistante, présente au moment des faits, est relativement fréquente, allant de 36 à 75 % selon les études. Les autres troubles évoqués sont la paranoïa, la jalousie, une psychose, une personnalité antisociale, le faible contrôle d'une impulsivité agressive, l'abus d'alcool [32, 39, 70].

Le type de meurtre-suicide le plus commun, représentant 50 à 75 % de l'ensemble des meurtres suivis de suicide aux États-Unis, a habituellement pour motivation la jalousie, jalousie morbide ou délirante [32, 39, 70]. L'auteur est un homme dans plus de 90 % des

cas, âgé de 18 à 60 ans, développant une attitude de soupçons à propos de la fidélité de sa partenaire et la tuant dans un accès de rage avant de se suicider, le plus souvent avec une arme à feu. Il peut également tuer le rival. L'infidélité de l'épouse peut être réelle ou imaginaire, la pathologie du meurtrier allant de formes ruminatives et obsessionnelles de jalousie jusqu'aux idées délirantes. Il existe le plus souvent des relations tendues, mouvementées et des violences physiques dans le couple, pouvant témoigner d'une impulsivité, d'un caractère colérique avec hostilité et tendance à la projection du meurtrier. L'événement déclenchant est souvent une attitude de rejet du mari par son épouse et une menace de rupture, une séparation ou un divorce. La rupture est ressentie comme intolérable. Les observations de DE GREEFF décrivant un véritable état dépressif et suicidaire souvent dans la genèse des crimes passionnels, sont également à rappeler [6].

La corrélation entre filicide et suicide est soulignée dans de nombreuses études, avec une fréquence importante de troubles dépressifs des parents (cf. tableau 2). De 16 à 55 % des mères et de 40 à 60 % des pères se suicident immédiatement après le meurtre de leurs enfants [12-14, 32, 39, 70]. Peu de mères tuant leur enfant dans les vingt-quatre premières heures suivant la naissance se suicident ensuite. Le suicide d'un parent après le meurtre de son enfant est plus fréquent si la victime est âgée de 1 à 16 ans. Les parents commettent davantage de suicide après le meurtre d'enfants plus âgés.

Les meurtres d'une famille entière suivis de suicide apparaissent presque toujours le fait de pères de famille déprimés [39, 70]. La description la plus constante est celle d'un homme déprimé, paranoïaque, abusant d'alcool ou de substances au moment des faits, tuant chacun des membres de sa famille, épouse et enfants, par arme à feu, arme blanche ou par strangulation. Plusieurs facteurs précipitants sont souvent retrouvés, difficultés financières, conflits dans le couple ou autres facteurs de stress psychosociaux pesant sur l'ensemble de la famille. Des motivations altruistes, souci de délivrer leur famille d'épreuves durables, sont parfois exprimées dans des lettres explicatives. Dans d'autres cas, le meurtrier suspecte l'infidélité de son épouse. Parfois aussi, l'homme se percevant comme pouvant seul satisfaire les besoins de ses proches, ressent un sentiment de frustration avec explosion de rage meurtrière avec suicide si cette image apparaît menacée.

Une forme particulière de meurtre-suicide intéresse des hommes âgés et déprimés souffrant eux-mêmes et/ou leur épouse d'affections physiques invalidantes ou douloureuses. Une lettre explicative décrit souvent un sentiment d'incapacité de l'un ou des deux membres du couple à affronter une maladie physique ou la solitude. Certaines de ces situations sont très proches des pactes suicidaires (voir ci-après).

Les meurtres-suicides extrafamiliaux intéressent davantage des individus ayant des traits de personnalité paranoïaque et/ou narcissique, pouvant être déprimés et se sentant offensés [32, 39, 70]. Un délire de persécution est parfois présent. Ils peuvent avoir subi un licenciement, s'être vus refuser une promotion, un emprunt bancaire, se sentir humiliés par autrui et non reconnus à leur propre valeur. Des employeurs, collègues de travail, enseignants, médecins parfois, banquiers, parties adverses d'un procès, personnes investies dans la vie politique ou associative sont ainsi parfois des victimes d'un meurtre suivi de suicide par arme à feu le plus souvent, au cours duquel des témoins ou représentants des forces de l'ordre peuvent également être tués. Certains individus commettent de tels passages à l'acte dans l'intention de mourir sous les balles des policiers ou des gendarmes, réalisant ainsi une forme de suicide indirect.

### **3.6.5 Études portant sur les pactes suicidaires**

Les pactes suicidaires sont définis comme un accord mutuel entre le plus souvent deux individus décidant de mourir ensemble [6, 40, 51, 58]. Relativement rares, ils représentent de 0,6 à 2,5 % de l'ensemble des suicides dans les quelques études occidentales de référence [16-18, 40, 51, 58]. La plupart intéressent des couples mariés (70 à 78 %), dont l'âge moyen est relativement constant selon les études, entre 51 et 57 ans, souvent atteints d'affections

physiques invalidantes ou douloureuses, socialement isolés et décrivant fréquemment un sentiment de perte d'espoir. Les couples utilisent des méthodes non violentes, permettant de mettre fin à leurs jours ensemble sans douleur, ce qui suggère préméditation et assentiment réciproque, le plus souvent par intoxication par le monoxyde de carbone (gaz d'échappement de voiture) ou par une ou plusieurs substances (65 à 93 %). Dans la plupart des cas, la même méthode est utilisée par chacun des membres du couple [16-18, 40, 51, 58].

Dans beaucoup de pactes réussis, une pathologie dépressive de l'un ou des deux membres du couple paraît en cause, sous l'effet souvent de difficultés financières, d'anxiété à propos de maladies physiques personnelles ou de proches, d'un deuil ou d'une séparation possibles. La menace de dissolution d'une relation étroite, exclusive entre deux partenaires, dont l'un apparaît dominant et devient l'instigateur d'un double suicide, est soulignée par plusieurs auteurs [51, 58, 93].

ROSENBAUM [93], dans une étude portant sur 6 survivants de pactes, montre que l'instigateur est le plus souvent l'homme : 4 dépressions (67 %), deux paranoïas avec humeur dépressive (33 %). Tous avaient des antécédents de suicide. Quatre présentaient une maladie physique importante. L'épouse passive paraissait indemne de pathologie mentale et d'antécédents suicidaires. Une infidélité réelle ou imaginaire de la victime consentante décédée était présente dans 3 cas.

BROWN et al [18], analysant 9 de ces pactes suicidaires impliquant 18 victimes évoquent 10 (56 %) pathologies dépressives au moment des faits. Dans une étude sur 62 pactes en Angleterre et au Pays de Galles [16, 17], les mêmes auteurs trouvent que 40 % souffraient de dépression au moment du décès.

HUNT et al [51] ont réalisé récemment une importante recherche sur une série consécutive de personnes prises en charge en santé mentale et décédées lors de pactes suicidaires (n = 278) entre 1996 et 2005 en Angleterre et au Pays de Galles. Le diagnostic le plus fréquent, concernant près de la moitié des cas (47 %), était un trouble affectif (bipolaire ou dépressif). Une affection psychiatrique comorbide était fréquente, trouble de la personnalité (21 %), maladie dépressive (16 %) ou anxieuse (16 %). Dans plus d'un quart des cas, un contact avec un service de santé mentale avait eu lieu dans l'année précédente, dont plus de la moitié dans la semaine précédant le décès, la majorité rapportant des anomalies psychiques, détresse émotionnelle le plus souvent (25 %), maladie dépressive (23 %), idéation suicidaire (20 %) ou perte d'espoir (19 %). Le désengagement envers les soins, les sorties à l'initiative des patients, l'absence au dernier rendez-vous et la non-compliance au traitement médicamenteux étaient fréquents.

Le fait que ces pactes suicidaires entraînent très fréquemment le décès de leurs protagonistes appelle une particulière vigilance des cliniciens en présence de tels patients envisageant ou ayant déjà tenté de se suicider ensemble. Le phénomène récent des pactes sur Internet, par lequel des personnes qui ne se connaissent pas, organisent un pacte suicidaire au travers de sites spécifiques et forums de discussion, pourrait favoriser leur augmentation parmi les personnes vulnérables [51].

### **3.7 Synthèse d'une méta-analyse récente**

La plupart de ces études indiquent une augmentation du risque de criminalité et de comportement violent chez les individus présentant un trouble affectif majeur, souvent liée à un abus de substance comorbide.

FAZEL et al [38] ont réalisé une méta-analyse à partir d'une revue systématique qui leur a permis d'identifier 9 études sur le risque de violence chez des sujets présentant un trouble bipolaire (n = 6 383) en comparaison avec des sujets contrôles de la population générale (n = 112 944). Ils ont surtout envisagé les études cas-témoins (case control) et études de cohorte permettant une estimation du risque de violence pour les patients bipolaires par rapport à un groupe de comparaison de la population générale. Ils attribuent l'estimation du

risque plus basse dans leur propre étude au fait qu'ils ont examiné seulement les infractions violentes après un diagnostic de trouble bipolaire, considérant que le taux de violence aurait pu être plus élevé si des sujets jeunes avaient été inclus avant que le diagnostic soit posé à l'hôpital. La synthèse de leurs données montre que 9,8 % (n = 625) des sujets avec un trouble bipolaire avaient une évolution violente, pour seulement 3 % des sujets de la population générale [38]. Les OR pour le risque de violence variaient de 2 à 9 et l'OR pour l'ensemble de 4,1 [IC 95% : 2,9 - 5,8] avec une grande hétérogénéité entre les études cependant (cf. tableau 3).

Étude	Pays	Odd ratio (OR)	Intervalle de confiance 95%	de à	Poids (%)
Modestin et al (1997) <sup>[76]</sup>	Suisse	3,97	0,78-20,25		3,63
Swanson et al (1990) <sup>[112]</sup>	États-Unis	4,79	1,45-15,85		5,72
Arseneault et al (2000) <sup>[2]</sup>	Nouvelle-Zélande	8,93	2,95-27		6,34
Corrigan et Watson (2005) <sup>[21]</sup>	États-Unis	6,86	3,47-13,56		10,51
Monahan (2000)	États-Unis	3,68	1,97-6,90		11,19
Stueve et Link (1997) <sup>[110]</sup>	Israël	2,22	1,28-3,85		12,24
Elbogen et Johnson (2009) <sup>[31]</sup>	États-Unis	4,41	3,57-5,45		16,51
SAMHSA (2002) <sup>[111]</sup>	États-Unis	5,54	4,58-6,71		16,70
Fazel et al (2010) <sup>[38]</sup>	Suède	2,52	2,22-2,87		17,17
Ensemble		4,11	2,90-5,83		100,00

**Tableau 3.** Méta-analyse du risque de violence chez les sujets présentant un trouble bipolaire en comparaison avec des sujets contrôles de la population générale (D'après Fazel et al, 2010) <sup>[38]</sup>

#### 4. Discussion et clinique médico-légale

Les études sur le risque de violence envers autrui dans les troubles de l'humeur sont souvent récentes [38, 46, 50, 79].

Il est important de souligner que la définition de la violence et même des troubles affectifs n'est pas toujours superposable d'une recherche à l'autre. Chacune est à replacer dans le contexte d'un pays, d'une époque et dépend du système de justice en vigueur [90-92]. Les critères diagnostiques ou d'inclusion sont parfois différents et les méthodes de recueil peuvent varier. Les recherches à partir de registres des cas n'envisagent probablement

qu'un échantillon sélectionné, potentiellement biaisé, pour les troubles affectifs. Certaines recherches ne portent que sur des patients hospitalisés et pourraient ne pas être représentatives de l'ensemble des patients présentant ces pathologies [76]. D'autres envisagent des échantillons spécifiques de personnes détenues ou d'auteurs d'homicide, en considérant les troubles actuels lesquels peuvent être influencés par le contexte après les faits. Certaines études considèrent le diagnostic de trouble de l'humeur sur la vie entière mais tous les actes de violence commis par ces patients ne sont pas nécessairement reliés à leur pathologie, d'autant qu'il s'agit d'affections se manifestant par épisodes avec des intervalles libres. Les comportements violents des personnes présentant des troubles mentaux ne font par ailleurs souvent pas l'objet de poursuites et beaucoup d'infractions ne sont pas reconnues.

Il serait nécessaire de développer des recherches portant notamment sur les filicides et les homicides suivis de suicide, ces derniers étant souvent exclus des études du fait du suicide de leur auteur. D'autres études pourraient examiner des populations spécifiques incluant des parents avec ou sans facteurs de risque, aussi bien dans la population générale que parmi des personnes présentant des troubles de l'humeur [41]. Il serait enfin souhaitable de mieux reconnaître et identifier les troubles affectifs majeurs dans des populations d'auteurs d'infractions ou d'actes de violence envers autrui.

En fonction des différentes pathologies de l'humeur, les considérations suivantes peuvent être exposées [6, 7, 58, 59, 68, 79].

#### **4.1 Dépression**

Pour les auteurs classiques s'intéressant au risque de violence pour autrui dans la dépression, la référence à l'homicide altruiste dans la mélancolie est quasi constante. Ce fait est considéré comme rare mais non exceptionnel [58]. Ce meurtre, concernant le plus fréquemment des proches, s'inscrit souvent dans un contexte de suicide élargi ou étendu. Les formes cliniques de la mélancolie anxieuse et surtout de la mélancolie délirante paraissent le plus souvent en cause, le passage à l'acte meurtrier dérivant des idées de ruine, de culpabilité, de persécution, mystiques ou hypochondriaques étendues à ses proches. La préméditation avant le crime existe, souvent importante et dissimulée comme pour le suicide.

Les filicides paraissent particulièrement associés à la dépression. Les cliniciens devraient être avertis du risque de filicide de la part de parents déprimés ou délirants. Les parents déprimés devraient être directement questionnés sur le devenir de leurs enfants dans l'éventualité de leur suicide. Les parents ayant des pensées suicidaires ou des idées délirantes impliquant leurs enfants devraient être évalués pour le risque de filicide. Les indications d'hospitalisation comprennent notamment des craintes des parents de faire du mal à leurs enfants, des préoccupations non réalistes ou délirantes sur leur santé de ces derniers [41].

Sur le plan psychopathologique, les relations entre dépression et agressivité mais également entre meurtre et suicide sont décrites depuis longtemps par les psychanalystes, avec l'idée d'une agressivité retournée contre soi dans la dépression et le suicide. La colère, l'hostilité et l'irritabilité sont fréquemment observées dans les troubles dépressifs en particulier unipolaires [35]. Il faut noter l'existence d'états dépressifs se caractérisant par un sentiment permanent de colère et d'explosions coléreuses à l'origine de passages à l'acte violents [5]. Plusieurs études montrent que les patients déprimés ont des niveaux plus élevés d'hostilité et de colère que des témoins normaux [35, 66<sup>1</sup>]. Notamment pour FAVA et al [35], les patients dépressifs ambulatoires ont une prévalence de crises de colère (« anger attacks ») supérieure à celle de volontaires sains, avec agressivité envers autrui, sensation de perdre le contrôle de la situation, tachycardie et bouffées de chaleur. Les violences envers les proches notamment, dont le conjoint ou les enfants, peuvent être ainsi favorisées.



Des explosions de violence parfois homicide dans la dépression rappellent le concept de catathymie [103]. La catathymie est décrite comme étant l'état d'une personne en venant progressivement à l'idée que commettre un acte de violence est l'unique solution pour la délivrer d'un sentiment de tension émotionnelle prolongée. L'anxiété, le sentiment de tension interne, le ressentiment et une agressivité latente peuvent entraîner un besoin indéfinissable de décharge émotionnelle et éventuellement un passage à l'acte violent envers autrui.

Les troubles de l'humeur peuvent également s'accompagner d'idées délirantes ou d'hallucinations dont certaines peuvent être impératives, intimant au malade l'ordre de commettre des actes de violence ou parfois meurtriers. L'infanticide est souvent associé à un épisode dépressif majeur psychotique du postpartum caractérisé par des ordres hallucinatoires de tuer l'enfant ou par des idées délirantes selon lesquelles ce dernier serait possédé par le démon ou promis à un avenir des plus sombres. Les thèmes de culpabilité, somatiques, de persécution, menace de catastrophe imminente, influence, insertion et contrôle idéique sont des plus criminogènes.

L'association d'éléments dépressifs et délirants paranoïdes paraît également un des meilleurs critères de dangerosité pour les psychotiques [6, 75, 99]. Une étude rétrospective de MILLAUD [75] a porté sur 24 patients psychotiques ayant commis un meurtre ou sa tentative. L'étude distinguait un groupe de patients à composante affective prédominante (un tiers des patients) avec cinq épisodes dépressifs majeurs, un trouble bipolaire, un trouble schizoaffectif et un groupe à composante schizophrénique prédominante. Les patients du premier groupe avaient tous sauf un demandé et obtenu une consultation dans le mois précédent. À l'inverse, les schizophrènes avaient peu consulté. Ces appels à l'aide étaient du registre dépressif dans 66 % des cas avec idées suicidaires pour 33 % des patients. L'association de symptômes dépressifs et paranoïdes était présente dans 55 % des cas. SENNINGER et al [99] ont réalisé une recherche prospective sur six mois sur 17 patients hospitalisés en unité pour malades difficiles. Les scores d'agressivité physique à l'échelle *Overt Aggression Scale* étaient proportionnels aux scores obtenus à l'échelle MADRS de dépression avec une relation linéaire et une corrélation forte et significative. L'agressivité physique envers les personnes apparaît donc liée à la symptomatologie dépressive en particulier pour les schizophrènes.

La dangerosité du déprimé peut encore être liée à la mise en danger de la vie d'autrui. Des conduites suicidaires sont ainsi dangereuses pour l'entourage avec un risque d'incendie ou d'explosion lors d'une tentative de suicide par le gaz domestique. Il en est ainsi également des conduites suicidaires par précipitation ou en voiture, certains patients pouvant par ailleurs tenter de dissimuler leur suicide en le faisant passer pour un accident [48]. L'humeur dépressive, la perte des intérêts pour presque toutes les activités, la diminution de l'énergie, le sentiment de lassitude et de fatigue, l'incapacité à penser et à prendre des décisions, les troubles de la mémoire, les sentiments de dévalorisation peuvent entraîner la négligence de règles élémentaires de prudence avec le risque de mise en danger ou de délaissement de l'entourage, en particulier les enfants.

Dans la dépression de l'enfant et de l'adolescent, l'humeur irritable avec agressivité dans les relations sociales est un trait fréquent. Les troubles du comportement avec tendance au passage à l'acte envers soi ou autrui, les fugues, l'abus d'alcool et la toxicomanie font notamment partie du tableau clinique de la dépression chez l'adolescent. Des formes cliniques de dépression masquée avec trouble des conduites dans l'enfance ou l'adolescence, abus d'alcool ou de substances psycho-actives, conduites sexuelles déviantes ou diverses autres formes de criminalité ont pu être décrites. Le trouble des conduites dans l'enfance, comorbide avec des symptômes dépressifs, caractériserait un sous-groupe de sujets développant un trouble affectif majeur plus tard dans la vie avec un risque augmenté de suicide et de criminalité [50]. Les idées délirantes seraient par ailleurs fréquentes dans la dépression de l'adolescent [1].

Précisons que la dépression est surtout un facteur de risque démontré de suicide : plus de 2/3 des auteurs de tentatives et de suicides réussis ont un épisode dépressif majeur au moment de leur passage à l'acte [22]. La violence des patients est ainsi surtout dirigée contre eux-mêmes et ils en sont les premières victimes.

## **4.2 Trouble bipolaire et manie**

Le diagnostic d'un trouble bipolaire de l'humeur est souvent tardif, après plusieurs années d'évolution de la maladie et l'intervention de plusieurs médecins [43]. Cette affection significativement sous-diagnostiquée dans la population générale l'est probablement plus encore parmi les délinquants. L'instabilité ainsi que l'impulsivité, la recherche de sensations fortes, les fluctuations de l'humeur et l'abus de substances rendent peu évident le diagnostic différentiel avec un trouble de la personnalité (borderline, dyssociale, etc.).

Elle est associée dans plus de 50 % des cas à une autre pathologie, ce qui peut être source d'égarements diagnostiques [1, 44, 74]. La comorbidité est en particulier fréquente avec les conduites addictives notamment l'abus d'alcool et de substances et la personnalité dyssociale, favorisant les passages à l'acte à dimension médico-légale. Dans l'étude ECA, le trouble bipolaire a la plus grande prévalence vie entière d'usage de substance comorbide (60 %) [74]. Le trouble bipolaire et l'usage de substance auraient un effet synergique, les patients comorbides montrant davantage d'impulsivité [50]. Les patients bipolaires présentant des antécédents judiciaires avec des condamnations ne sont ainsi pas rares [43, 47]. Le risque est que ces patients bipolaires soient considérés comme présentant une personnalité pathologique ou les conséquences d'un abus de substances avec une non reconnaissance de la maladie par les cliniciens comme au cours des expertises et l'absence d'un traitement adapté.

L'euphorie n'est pas la seule modalité affective dans la manie qui peut se traduire par des sentiments d'irritabilité et des comportements agressifs envers les personnes et les biens. Des troubles des conduites sociales peuvent ainsi attirer l'attention de la justice avant ou même à la place des professionnels de santé. Dans leur ouvrage de référence, GOODWIN et JAMISON évoquent une fréquence de 49 % de comportements violents et d'agressivité et 57 % de troubles des conduites sexuelles (nudité, exhibitionnisme, hypersexualité) au cours des épisodes maniaques [44].

Dans l'accès maniaque, les actes antisociaux sont décrits comme relativement fréquents mais de moindre gravité que dans la dépression [7, 59]. L'exaltation dans la manie est rarement associée à la criminalité grave, mais conduit souvent à des infractions mineures variées. Les atteintes contre les personnes peuvent consister en des menaces ou violences envers autrui, outrages. Les agressions sexuelles sont davantage des conduites de harcèlement, exhibitionnisme et gestes impudiques que des viols. Des atteintes involontaires à la vie d'autrui peuvent être provoquées par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence. Les observations d'homicide sont exceptionnelles dans la manie. Des homicides peuvent être aussi commis lors de brèves phases de dépression survenant dans le cours ou au début d'un épisode à prédominance maniaque [57].

L'impulsivité est constante dans les états d'excitation maniaque au cours desquels le patient agit sans réfléchir aux conséquences de ses actes (dépenses inconsidérées, projets grandioses, actes antisociaux, etc.). La préméditation est classiquement absente du fait de l'excitation psychomotrice avec agitation désordonnée, favorisant peu les actes de violence élaborée. Il existe souvent une augmentation de la consommation d'alcool et/ou d'autres substances psycho-actives pouvant aggraver ou prolonger l'épisode et favoriser les comportements délinquants ou violents. L'accès de manie furieuse avec violence extrême, est classique mais rare. Les comportements de violence comme les délits sont facilités par l'absence de conscience des troubles des patients, le manque de compliance aux soins et d'observance des traitements. Leur sentiment de toute-puissance peut les amener à des

affrontements avec les personnes représentant l'autorité (forces de l'ordre, magistrats, médecins, soignants, etc.). Il peut entraîner des violences physiques envers autrui en particulier si le patient est contrarié dans ses projets ou se sent victime d'une humiliation ou de moqueries auxquelles son comportement l'expose. Il s'agit cependant le plus souvent de violences légères. Les infractions à la circulation routière sont également fréquentes, pouvant s'accompagner d'une mise en danger de la vie d'autrui et de la sienne propre.

Le rôle de la comorbidité, notamment avec un abus de substance ou d'alcool, dans la survenue de comportements de violence pour les sujets bipolaires paraît important. Il est souhaitable de prévenir, reconnaître et traiter un abus de substance ou d'alcool chez ces patients. Ceci pourrait probablement permettre de diminuer le risque de violence envers autrui.

Les idées délirantes et hallucinations sont par ailleurs fréquentes dans la manie. Leur contenu ne présente parfois pas de relation évidente avec les thèmes maniaques classiques de grandeur et de toute puissance. L'existence d'idées délirantes de persécution augmente la dangerosité, d'autant qu'il existe un persécuteur désigné. Les accès d'hypomanie paraissent davantage exposer au risque de comportement violent que les états maniaques typiques, en raison de la moindre fuite des idées. Il en est ainsi également des états mixtes de l'humeur, associant des signes de la série maniaque et dépressive. Des formes cliniques de manie chronique sont également décrites, répondant de façon insatisfaisante au traitement. La sédation psychique étant insuffisante, le patient reste irritable, agressif, tachypsychique et subdélirant. Les manies délirantes sont souvent associées à une guérison incomplète entre les épisodes. Il n'est pas rare d'observer la persistance de croyances délirantes en relation avec la thématique exprimée pendant l'accès et faisant désormais partie du répertoire des croyances du patient, ces manifestations étant souvent considérées comme des délires chroniques. Dans les manies secondaires, survenant au cours de pathologies organiques ou provoquées par des substances pharmacologiques, l'irritabilité et les comportements agressifs sont décrits comme plus fréquents. Les périodes propices au passage à l'acte sont les moments de virage de l'humeur, d'alcoolisation et d'abus de substances.

Certains auteurs évoquent cependant le risque d'une surestimation du diagnostic de trouble notamment bipolaire I en psychiatrie médico-légale, notamment à l'initiative des défenseurs de personnes mises en examen, rappelant la nécessité du respect des critères de cette affection, ces derniers devant être suffisamment marqués et d'une durée suffisante [78]. Des crimes ou actes de violence peuvent être commis par des sujets souffrant de troubles affectifs majeurs indépendamment de leur pathologie, notamment lors de phases de rémission ou d'intervalle libre.

Des comportements antisociaux au cours d'un épisode maniaque chez l'enfant et l'adolescent sont parfois difficiles à différencier d'un trouble des conduites ou d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Le trouble des conduites est par ailleurs décrit comme fréquemment associé au trouble bipolaire de l'enfant ou l'adolescent [56, 84, 109]. Les épisodes maniaques chez les adolescents ont plus souvent tendance à comporter des caractéristiques psychotiques et peuvent être associés à un absentéisme scolaire et un échec scolaire, des comportements antisociaux, une utilisation de substances psychoactives [1]. Dans une étude concernant 383 jeunes délinquants incarcérés aux États-Unis, 46 (12 %) présentaient un trouble bipolaire, la prévalence étant encore plus importante chez les adolescentes [109]. PLIZKA et al [84] ont examiné 50 adolescents entre 11 et 17 ans dans un centre de détention juvénile, retrouvant une proportion élevée de troubles affectifs (42 %) : 10 (20 %) réunissaient les critères de manie, 10 (20 %) de trouble dépressif majeur, 1 état mixte. La plupart de ces adolescents (30 cas, soit 60 %) avaient également les critères d'un trouble des conduites, la dépendance à l'alcool, à la marijuana et à d'autres substances étant par ailleurs fréquente. GALLI et al [42] rapportent 82 % de troubles de l'humeur et 55 % de troubles bipolaires chez des adolescents agresseurs sexuels.

### 4.3 Autres troubles de l'humeur

L'intercriste des troubles unipolaires ou bipolaires, les formes dites « atténuées » des troubles de l'humeur (trouble bipolaire II, hypomanie, dysthymie, cyclothymie), les états mixtes, les cycles rapides ou les épisodes thymiques récurrents brefs gagneraient à être mieux connus dans leurs relations éventuelles avec des comportements de violence envers autrui [8]. Le syndrome prémenstruel avec ses changements d'humeur (dépression, irritabilité, agressivité) n'est pas sans incidence médico-légale, pouvant s'accompagner d'actes de violences parfois graves envers autrui. Dans le spectre bipolaire, la notion de tempérament affectif est également importante à considérer [8, 59]. Ces troubles sont définis comme des formes subsyndromiques des troubles de l'humeur. Le tempérament peut être ainsi hyperthymique, cyclothymique, dépressif ou irritable. Le tempérament irritable est notamment caractérisé par un début précoce indéterminé (avant l'âge de 21 ans), une humeur habituellement changeante, une tendance à ruminer et broyer du noir, à l'hypercritique et à la plainte, une irritabilité avec des crises de colère et une tendance à l'impulsivité, une agitation dysphorique, un humour pathologique (piquant ou mordant), des problèmes interpersonnels. L'abus d'alcool et de substances est fréquent.

### 4.4 Aspects neurobiologiques

L'approche de la psychiatrie biologique est également intéressante. Un dysfonctionnement notamment sérotoninergique est actuellement une des hypothèses étiopathogéniques des troubles de l'humeur comme des comportements violents ou suicidaires impulsifs. Les premières études montrant une association entre concentration basse en acide 5-hydroxyindoleacétique (5-HIAA), principal métabolite de la sérotonine, dans le liquide céphalorachidien, à des comportements suicidaires notamment impulsifs et violents ont été largement reproduites dans plusieurs pays différents [19, 117].

L'agressivité envers autrui, impulsive, est également associée à une baisse de la sérotonine, dans les modèles animaux ou chez les humains. Plusieurs études ont mis en évidence un dysfonctionnement sérotoninergique pour des auteurs d'agression, des alcooliques ou des incendiaires impulsifs [19, 63, 64, 117]. Une intéressante étude de LIDBERG et al [62] porte sur les relations entre homicide, suicide et taux de 5-HIAA dans le LCR. Les concentrations de 5-HIAA ont été mesurées pour 16 hommes condamnés pour homicide, 22 hommes auteurs de tentatives de suicide, en comparaison avec un groupe contrôle de 39 hommes volontaires sains. Les hommes auteurs du meurtre de leur partenaire sexuel (n = 5) avaient des scores plus élevés à l'échelle MADRS de dépression que les autres meurtriers et avaient comme ceux ayant réalisé une tentative de suicide des taux de 5-HIAA dans le LCR significativement inférieurs. LIDBERG et al [63] observent également ce trait biologique pour trois patients auteurs de libéricide suivi de tentative de suicide. BROWN et LINNOILA [19] rapportent l'observation d'un patient meurtrier de sa maîtresse, comptant plusieurs antécédents de tentatives de suicide et dont le taux de 5-HIAA dans le LCR était très bas en comparaison avec des sujets normaux contrôles.

## 5. Conclusion

La proportion de personnes souffrant de troubles affectifs majeurs parmi l'ensemble des auteurs de crimes ou de violences est peu importante. Les troubles du comportement à dimension médico-légale ne sont cependant pas rares dans ces affections et peuvent apparaître au premier plan de la scène clinique.

La pathologie dépressive est parfois à l'origine de crimes graves, souvent envers les proches, notamment en cas d'association à une situation de crise existentielle (séparation de couple, épisode passionnel), une psychose délirante, un trouble grave de la personnalité (dyssoziale, limite, narcissique, paranoïaque), un abus d'alcool et/ou de substances [6].

L'exaltation dans la manie paraît associée à des actes de violence de moindre gravité que dans la dépression mais relativement fréquents. Il n'est pas rare de rencontrer des patients bipolaires avec des antécédents judiciaires [43, 46]. Le danger est que ces patients soient considérés à tort comme présentant uniquement un trouble de la personnalité ou un abus de substances. L'absence de traitement ou une prescription inadaptée ou tardive exposent à des comportements à risque et à des actes médico-légaux qui s'inscrivent dans l'évolution de la maladie ou dans le cadre d'une comorbidité qui paraît particulièrement fréquente. Il est important pour le clinicien de regarder au-delà du simple diagnostic et de considérer de plus près les facteurs historiques du patient et sa situation de vie actuelle en évaluant le risque de violence physique [31].

## Références bibliographiques

1. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Traduction française coordonnée par Guelfi JD, Paris : Masson, 1983, 1989, 1996, 2000
2. Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort. Results from the Dunedin study. *Arch Gen Psychiatr* 2000 ; 57 : 979-86
3. Asnis GM, Kaplan ML, Hundorfean G, Saeed W. Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1997 ; 20 : 405-24
4. Barlow K, Grenyer B, Ilkiw-Lavalle O. Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatients units. *Aust N Z J Psychiatry* 2000 ; 34 : 967-74
5. Bénézech M. Colère normale et colère pathologique : considérations générales et observations cliniques. *Ann Méd Psychol* 1998 ; 156 : 361-74
6. Bénézech M. Dépression et crime. Revue de la littérature et observations originales. *Ann Méd Psychol* 1991 ; 149 (2) : 150-65
7. Bénézech M, Bourgeois ML. L'homicide est fortement corrélé à la dépression et pas à la manie. *Encéphale* 1992 ; XVIII : 89-90
8. Bénézech M, Le Bihan P. Troubles de l'humeur et dangérosité. In : Troubles bipolaires et incidences médico-légales. Paris : Interligne, 2004 : 148-65
9. Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois ML. Criminologie et psychiatrie. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie*, 37-906-A-10, 2002, 15 p
10. Binder RL, McNiel DE. Effects of diagnosis and context on dangerousness. *Am J Psychiatry* 1988 ; 145 : 728-32
11. Bourget D, Bradford JMW. Homicidal parents. *Can J Psychiatr* 1990 ; 35 : 233-8
12. Bourget D, Gagné P. Maternal filicide in Québec. *J Am Acad Psychiatry Law* 2002 ; 30 : 345-51
13. Bourget D, Gagné P. Paternal filicide in Québec. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005 ; 33 : 354-60
14. Bourget D, Grace J, Whitehurst L. A review of maternal and paternal filicide. *J Am Acad Psychiatry Law* 2007 ; 35 : 74-82
15. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000 ; 57 : 494-500
16. Brown M, Barraclough B. Epidemiology of suicide pacts in England and Wales, 1988-92. *BMJ* 1997 ; 315 : 286-7
17. Brown M, Barraclough B. Partners in life and death : the suicide pact in England and Wales 1988-92. *Psychol Med* 1999 ; 29 : 1299-1306
18. Brown M, King E, Barraclough B. Nine suicide pacts : a clinical study of a consecutive series 1974-1983. *Br J Psychiatry* 1995 ; 167 : 448-51
19. Brown GL, Linnoila MI. CSF serotonin metabolite (5-HIAA) studies in depression, impulsivity and violence. *J Clin Psychiatry* 1990 ; 51 (suppl. 4) : 31-41
20. Coid J. The epidemiology of abnormal homicide and murder followed by suicide. *Psychol Med* 1983 ; 13 : 855-60
21. Corrigan PW, Watson AC. Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Res* 2005 ; 136 : 153-62
22. Coryell W, Young EA. Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2005 ; 66 : 412-7
23. Côté G, Hodgins S. Co-occurring mental disorders among criminal offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1990 ; 18 : 271-81
24. Côté G, Hodgins S. The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *Int J Law Psychiatry* 1992 ; 15 : 89-99
25. Dean K, Walsh E, Morgan C, Demjaha A, Dazzan P, Morgan K et al. Aggressive behaviour at first contact with services : findings from the AESOP First Episode Psychosis Study. *Psychol Med* 2007 ; 37 : 547-57
26. Dietz PE. Mass, serial and sensational homicides. *Bull NY Acad Med* 1986 ; 62 : 477-91

27. D'Orban P. Women who kill their children. *Br J Psychiatry* 1979 ; 134 : 560-71
28. Dubreucq JL, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Méd-Psychol* 2005 ; 163 : 852-65
29. Dunsieath 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
30. Eaves D, Tien G, Wilson D. Offenders with major affective disorders. In : Hodgins S, Müller-Isberner R Ed. Violence, crime and mentally disordered offenders. Chichester : John Wiley and Sons, 2000
31. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2009 ; 66 : 152-61
32. Eliason S. Murder-suicide : a review of the recent literature. *J Am Acad Psychiatry Law* 2009 ; 37 : 371-6
33. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 497-501
34. Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, De Beaupaire C, Fagnani F, Rouillon F. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006 ; 6 : 33
35. Fava M. Crises de colère dans les troubles dépressifs unipolaires. *Encéphale* 1997 ; Sp III : 39-42
36. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet* 2002 ; 359: 545-50
37. Fazel S, Grann M. Psychiatric morbidity among homicide offenders : a Swedish population study. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2129-31
38. Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin GM, Langström N. Bipolar disorder and violent crime. New evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2010 ; 67 : 931-8
39. Felthous AR, Hempel A. Combined homicide-suicides: A review. *J Forensic Sci* 1995 ; 40 : 846-57
40. Fishbain DA, D'Achille L, Barsky S, Aldrich TE. A controlled study of suicide pacts. *J Clin Psychiatry* 1984 ; 45 : 154-7
41. Friedman SH, McCue Horwitz S, Resnick PJ. Child murder by mothers : a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. *Am J Psychiatry* 2005 ; 162 : 1578-87
42. Galli V, McElroy SL, Soutullo CA, Kizer D, Raute N, Keck PE Jr, McConville BJ. The psychiatric diagnoses of twenty-two adolescents who have sexually molested other children. *Compr Psychiatry* 1999 ; 40 : 85-8
43. Gay C, Mathis D. Troubles bipolaires et dangérosité. In : Beaupaire C de, Bénézech M, Kottler C (dir) : Les dangérosités. Paris : John Libbey Eurotext, 2004 : 177-87
44. Goodwin FK, Jamison KR. Manic Depressive Illness. New York : Oxford University Press, 1990
45. Gottlieb P, Gabrielsen G, Kramp P. Psychotic homicide in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatr Scand* 1987 ; 76 : 285-92
46. Graz C, Etschel E, Schoech H, Soyka M. Criminal behaviour and violent crimes in former inpatients with affective disorder. *J Affect Disord* 2009 ; 117 : 98-103
47. Grossman LS, Haywood TW, Cavanaugh JC, Davis JM et al. State psychiatric hospital patients with past arrest for violent crimes. *Psychiatr Serv* 1995; 46 : 790-5
48. Harrer G, Kofler-Westergren B. Depression and criminality. *Psychopathology* 1986 ; 19 (suppl 2) : 215-9
49. Hatters Friedman S, Hrouda DR, Holden CE, Noffsinger SG, Resnick PJ. Filicide-suicide : common factors in parents who kill their children and themselves. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005 ; 33 : 496-504
50. 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 ; 187-202
51. Hunt IM, While D, Windfuhr K, Swinson N, Shaw J, Appleby L, Kapur N. Suicide pacts in the mentally ill : a national clinical survey. *Psychiatry Research* 2009 ;

167 : 131-8

52. Kafka MP, Prentky RA. Preliminary observations of DSM-III-R axis I comorbidity in men with paraphilias and paraphilia-related disorders. *J Clin Psychiatry* 1994 ; 55 : 481-7
53. Kauppi A, Kumpulainen K, Vanamo T, Merikanto J, Karkola K. Maternal depression and filicide – case study of ten mothers. *Arch Womens Ment Health* 2008 ; 11 : 201-6
54. Kim JH, Choi SS, Ha K. A closer look at depression in mothers who kill their children : is it unipolar or bipolar depression ? *J Clin Psychiatry* 2008 ; 69 : 1625-31
55. Koh KGWW, Gwee KP, Chan YH. Psychiatric aspects of homicide in Singapore : a five-year review (1997-2001). *Singapore Med J* 2006 ; 47 : 297-304
56. Kovacs M, Pollock M. Bipolar disorder and comorbid conduct disorder in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995 ; 34 : 715-23
57. Kunjukrishnan R, Varan LR. Major affective disorders and forensic psychiatry. *Psychiatr Clin North Am* 1992 ; 15 : 569-74
58. Le Bihan P, Bénézech M. Pactes suicidaires : une revue de la littérature. *Ann Méd Psychol* 2006 ; 164 : 292-303
59. Le Bihan P, Bourgeois ML. Crimes et violences dans les troubles affectifs. *Confront Psychiatr* 2008 ; 47 : 121-45
60. Lecomte D, Fornes P. Homicide followed by suicide: Paris and its suburbs, 1991-1996. *J Forensic Sci* 1998 ; 43(4) : 760-4
61. Léveillé S, Marleau J, Lefebvre J. Passage à l'acte familicide et filicide : deux réalités distinctes ? *Evol Psychiatr* 2010 ; 75 : 19-33
62. Lewis CF, Bunce SC. Filicidal mothers and the impact of psychosis on maternal filicide. *J Am Acad Psychiatry Law* 2003 ; 31 : 459-70
63. Lidberg L, Asberg M, Sundqvist-Stensman UB. 5-hydroxyindoleacetic acid levels in attempted suicides who have killed their children. *The Lancet* 1984 ; October : 928
64. Lidberg L, Tuck R, Asberg M, Scalia-Tomba GP, Bertilsson L. Homicide, suicide, and CSF 5-HIAA. *Acta Psychiatr Scand* 1985 ; 71 : 230-6
65. Lindqvist P. Violence against a person. The role of mental disorder and abuse. Umea : Umea University Press, 1989
66. London WP, Taylor BM. Bipolar disorders in a forensic setting. *Compr Psychiatry* 1982 ; 23(1) : 33-7
67. Malmquist CP. Depression in homicidal adolescents. *Bull Am Acad Psychiatr Law* 1990 ; 18 : 23-36
68. Malmquist CP. Depression and homicidal violence. *Int J Law Psychiatry* 1995 ; 18(2) : 145-62
69. Marleau JD, Poulin B, Webanck T et al. Paternal filicide : a study of 10 men. *Can J Psychiatry* 1999 ; 44 : 57-63
70. Marzuk PM, Tardiff K, Hirsch CS. The epidemiology of murder-suicide. *Jama* 1992 ; 267 (23) : 3179-83
71. McDermott BE, Quanbeck CD, Frye MA. Comorbid substance use disorder in women with bipolar disorder associated with criminal arrest. *Bipolar Disorders* 2007 ; 9(5) : 536-40
72. McElroy SL, Soutullo CA, Taylor P Jr, Nelson EB, Beckman DA, Brusman LA, Ombaba JM, Strakowski SM, Keck PE Jr. Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry* 1999 ; 60(6) : 414-20
73. McKee GR, Shea SJ. Maternal filicide : a cross-national comparison. *J Clin Psychol* 1998 ; 54 : 679-87
74. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007 ; 64 : 543-52
75. Millaud F. L'homicide chez le patient psychotique: une étude de 24 cas en vue d'une prédiction à court terme. *Rev Can de Psychiatrie* 1989 ; 34 : 340-6
76. Modestin J, Hug A, Ammann R. Criminal behavior in males with affective disorders. *J Affect Disord* 1997 ; 42 : 29-38
77. Modestin J, Wuermle O. Criminality in men with major mental disorder with and without comorbid substance abuse. *Psychiatr Clin Neurosci* 2005 ; 59 : 25-9
78. Noonan JR, Johnson RK. The misuse of the diagnosis of bipolar disorder in the forensic context. *Am J Forensic Psychol* 2002 ; 20(3) : 5-19



79. Oakley C, Hynes F, Clark T. Mood disorders and violence : a new focus. *Advances in Psychiatric Treatment* 2009 ; 15 : 263-70
80. Parker N. Murderers: a personal series. *Med J Aust* 1979 ; 1 : 36- 9
81. Parsons S, Walker L, Grubin D. Prevalence of mental disorder in female remand prisoners. *J Forensic Psychiatry* 2001 ; 12 : 194-202
82. Petursson H, Gudjonsson GH. Psychiatric aspects of homicide. *Acta Psychiatr Scand* 1981 ; 64 : 363-72
83. Pithiers WD, Kashima K, Cumming GF, Beal LS, Buell M. Relapse prevention and sexual aggression. In : Prentky R, Quinsey V Ed. Human sexual aggression : current perspectives. New York : New York Academy of Sciences, 1988 : 244-60
84. Pliszka SR, Sherman JO, Barrow MV, Irick S. Affective disorder in juvenile offenders : a preliminary study. *Am J Psychiatry* 2000 ; 157 : 130-2
85. Prieto N, Faure P. La santé mentale des détenus entrants ou suivis dans les prisons françaises comportant un SMPR. *Encéphale* 2004 ; 30 : 525-31
86. Putkonen H, Amon S, Almiron MP, Cederwall JY, Eronen M, Klier C, Kjelsberg E, Weizmann-Henelius G. Filicide in Austria and Finland – A register-based study on all filicide cases in Austria and Finland 1995-2005. *BMC Psychiatry* 2009 ; 9 : 74
87. Quanbeck CD, Stone DC, McDermott BE, Boone K, Scott CL, Frye MA. Relationship between criminal arrest and community treatment history among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Services* 2005 ; 56(7) : 847-52
88. Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F, Christenson GA, Miner M. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry* 1999 ; 156(5) : 786-8
89. Resnick PJ. Child murder by parents : a psychiatric review of filicide. *Am J Psychiatry* 1969 ; 126 : 325-34
90. Richard-Devantoy S. Homicide et maladie mentale : données épidémiologiques, particularités cliniques et criminologiques, axes de prévention. [Thèse médecine], Université d'Angers, 2007 : 284 p.
91. Richard-Devantoy S, Chocard AS, Bourdel MC et al. Homicide et maladie mentale grave : quelles sont les différences sociodémographiques, cliniques et criminologiques entre des meurtriers malades mentaux graves et ceux indemnes de troubles psychiatriques ? *Encéphale* 2009 ; 35 : 304-14
92. Richard-Devantoy S, Olié JP, Gourevitch R. Risque d'homicide et troubles mentaux graves : revue critique de la littérature. *Encéphale* 2009 ; 35 : 521-30
93. Rosenbaum M. Crime and punishment. The suicide pact. *Arch Gen Psychiatry* 1983 ; 40 : 979-82
94. Rosenbaum M. The role of depression in couples involved in murder suicide and homicide. *Am J Psychiatry* 1990 ; 147 : 1036-9
95. Rosenbaum M, Bennet B. Homicide and depression. *Am J Psychiatry* 1986 ; 143 : 367-70
96. Russo G, Salomone L, Della Villa L. The characteristics of criminal and noncriminal mentally disordered patients. *Int J Law Psychiatry* 2003 ; 26 : 417-35
97. Rylander G. Murderers during 15 years in Sweden. A psychiatric criminologic study. *Acta Criminol Jap* 1956 ; 22 : 201-6
98. Schanda H, Knecht G, Schreinzer D, Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Waldhoer T. Homicide and major mental disorders : a 25-year study. *Acta Psychiatr Scand* 2004 ; 110 : 98-107
99. Senninger JL, Gross P, Laxenaire M. Corrélations entre symptomatologie dépressive et agressivité pathologique. *Ann Méd Psychol* 1997 ; 155 : 203-7
100. Senon JL, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? *Inform Psychiatr* 2006 ; 82 : 645-52
101. Shaw J, Appleby L, Amos T et al. Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide : national clinical survey. *BMJ* 1999 ; 318 : 1240-4
102. Shaw J, Hunt I, Flynn S et al. Rates of mental disorders in people convicted of homicide. *Br J Psychiatry* 2006 ; 188 : 143-7
103. Schlesinger LB. Familicide, depression and catathymic process. *J Forensic Sci* 2000 ; 45 : 200-3
104. Silva JA, Ferrari MM, Leong GB,

- Weinstock R. The role of mania in the genesis of dangerous delusional misidentification. *J Forensic Sci* 1997 ; 42 : 670-4
105. Simpson A, McKenna B, Moskowitz A et al. Homicide and mental illness in New Zealand, 1970-2000. *Br J Psychiatry* 2004 ; 185 : 394-8
106. Solomon P, Draine J. Explaining lifetime criminal arrests among clients of a psychiatric probation and parole service. *J Am Acad Psychiatry Law* 1999 ; 27 : 239-51
107. Soyka M, Zingg C. Association for methodology and documentation in psychiatry profiles predict later risk for criminal behavior and violent crimes in former inpatients with affective disorders. *J Forensic Sci* 2010 ; 55 : 655-9
108. Stanton J, Simpson A, Woules T. A qualitative study of filicide by mentally ill mothers. *Child Abuse Neg* 2000 ; 24 : 1451-60
109. Steiner H, Cauffman E, Duxbury E. Personality traits in juveniles delinquents : relation to criminal behavior and recidivism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999 ; 38 : 256-62
110. Stueve A, Link BG. Violence and psychiatric disorders : results from an epidemiological study of young adults in Israël. *Psychiatr Q* 1997 ; 68: 327-42
111. Substance Abuse and Mental Health Data Archives. Inter-university Consortium for Political and Social Research (ICSPR). <http://www.icspr.umich.edu/icspr.web/SAMHDA> [Consulté le 12 octobre 2010]
112. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono R. Violence and psychiatric disorder in the community : Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990 ; 41 : 761-70
113. Taylor PJ, Gunn J. Violence and psychosis I : risk of violence among psychotic men. *Br Med J* 1984 ; 288 : 1945-9
114. Teplin LA. The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees : comparison with the Epidemiologic Catchment Area program. *Am J Public Health* 1990 ; 80 : 663-9
115. Teplin LA, Abram KM, McClelland GM. Prevalence of psychiatric disorder among incarcerated women : I. Pretrial jail detainees. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 505-12
116. Tiihonen J, Isohanni M, Räsänen 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 : 840-5
117. Virkkunen M, DeJong J, Bartko J, Linnoila M. Psychobiological concomitants of history of suicide attempts among violent offenders and impulsive fire setters. *Arch Gen Psychiatry* 1989 ; 46 : 604-6
118. Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S, Ruschena D, Browne C. Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *Br J Psychiatr* 1998 ; 172 : 477-84
119. Watzke S, Ullrich S, Marneros A. Gender- and violence-related prevalence of mental disorders in prisoners. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006 ; 256(7): 414-21
120. West SG, Hatters Friedman S, Resnick PJ. Fathers who kill their children : an analysis of the literature. *J Forensic Sci* 2009 ; 54 : 463-8
121. Wilson M, Daly M, Daniele A. Familicide : the killing of spouse and children. *Aggressive Behavior* 1995 ; 21: 275-291
122. Wulach JS. Mania and crime : a study of 100 manic defendants. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1983 ; 11(1) : 69-75

## Quelles sont les données de la littérature concernant la violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une addiction associée à une schizophrénie ou à un trouble de l'humeur ?

**Dr Laurent MICHEL**

Psychiatre

Centre de traitement des addictions, Hôpital E. Roux, Limeil-Brevannes.

Inserm U669.

### Introduction

La recherche du lien éventuel entre violence, trouble psychiatrique et abus/dépendance de substances paraît légitime en raison des conséquences médico-légales de la consommation de substances en population générale (1). S'il existe, sa compréhension et l'identification des facteurs associés est alors nécessaire afin de préciser les adaptations éventuellement requises du dispositif de prise en charge des patients présentant une comorbidité psychiatrique et addictive.

Si un lien entre maladie mentale et violence est interrogé de longue date (2), en particulier chez les patients schizophrènes (3), une association avec la consommation de substances psycho-actives a été plus longue à établir. Ce lien n'a initialement souvent pas été recherché (4) ou les critères diagnostics retenus pour l'évaluation des conduites addictives étaient parfois inadaptés (3). Les études réalisées au cours des années 80 présentent des méthodologies très diverses rendant difficile la possibilité de dégager des conclusions univoques. Les différences portent sur le type de violence étudiée (tout acte de violence ou de délinquance, violences faites aux biens ou aux personnes, homicides, etc.), la période d'exploration (premier épisode psychotique, sortie d'institution spécialisée), le type de population (population générale, patients institutionnalisés en psychiatrie, patients schizophrènes, bipolaires, dépressifs, présentant des troubles psychotiques sévères, patients médico-légaux, détenus, etc.) mais aussi le design (étude transversales, prospectives, rétrospectives, cohortes de sujets suivis dès la naissance, etc.). La crainte d'une sur-stigmatisation inutile d'une population déjà marquée socialement par la maladie mentale a par ailleurs aussi conduit à considérer avec prudence le lien entre violence et maladie mentale et l'attribution de l'excès de violence à la seule maladie mentale.

Cette préoccupation, une fois un lien assez clairement établi entre troubles mentaux et violence établi, a conduit à explorer l'ensemble des facteurs cliniques, sociodémographiques, biographiques et sociologiques pouvant aider à sa compréhension, notamment du côté de la consommation de substances psycho-actives (5).

La recherche bibliographique s'est effectuée sur pubmed à l'aide des mots clés suivants : *alcohol abuse/dependence, drug abuse/dependence, substance abuse/dependence, schizophrenia, bipolar disorder, violence, homicide, prosecution*. Par extension progressive, l'ensemble des références pertinentes ont été recensées et leurs abstracts consultés. Les publications accessibles permettant de répondre aux questions posées ont ensuite été recueillies. Celles portant sur le suicide ou l'auto-agressivité n'ont pas été incluses en raison d'un centrage exclusif de ce travail sur l'hétéro-agressivité.

## Résultats

### Lien schizophrénie/troubles bipolaires, abus/dépendance de substances et hétéro-agressivité

Un lien de plus en plus solide entre troubles mentaux sévères ou schizophréniques (désignant habituellement troubles schizophréniques, schizo-affectifs, bipolaire et parfois dépression majeure), abus ou dépendance à l'alcool et/ou aux drogues, et violence apparaît avec la multiplication des travaux publiés (6-24), à de rares exceptions près (25). Il existe peu d'études réalisées exclusivement chez des sujets présentant des troubles bipolaires. Comme nous l'avons vu plus haut, de grands écarts méthodologiques, de natures diverses, existent d'une étude à l'autre.

### Populations étudiées

#### Etudes en population générale

Les données de la vaste (10 059 sujets) enquête épidémiologique américaine ECA (*Epidemiologic Catchment Area Program*) (26) sur la prévalence des troubles psychiatriques en population générale met en évidence l'existence de violences autorapportées au cours des 12 derniers mois plus fréquentes chez les sujets présentant des troubles psychiatriques de types schizophréniques ou bipolaires (mais aussi d'autres natures) qu'en population exempte de troubles psychiatriques (risque multiplié par 6 et 5 respectivement). Ce risque est cependant moins élevé que lors d'un abus ou une dépendance à l'alcool (x 12), ou lors d'un abus ou une dépendance aux drogues (x 17). Cette étude montre aussi une nette interaction entre troubles mentaux sévères (schizophrénie et troubles bipolaires), abus de substances et risque de violence. La reprise des données de la même enquête ECA par Corrigan et al. (15) met en évidence un risque de violence très élevé (multiplié par 8) chez les patient bipolaires, comparable à celui rencontré chez les abuseurs/dépendants d'alcool ou de drogues, et supérieur à celui des schizophrènes. Ce risque est encore accru lorsque coexiste diagnostic lié aux substances et non lié aux substances.

L'enquête épidémiologique NESARC (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*), encore plus vaste que la précédente et réalisée aux USA en 2 vagues successives en 2001-2003 puis 2004-2005 en population générale parmi 34 653 sujets (18), confirme ces résultats chez les sujets présentant des troubles mentaux sévères.

Dans le suivi d'une cohorte de naissance (année 1966) finlandaise de 11 017 sujets pour laquelle les données sociodémographiques ont été recoupées avec le recensement des troubles psychiatriques et les données du Ministère de la Justice jusqu'en 1992, un abus ou une dépendance à l'alcool est associé à un risque multiplié par 7 d'actes de violences chez les sujets schizophrènes (9). Le risque de comportement violent apparaissait le plus élevé chez les sujets présentant un trouble psychotique induit par l'alcool et chez les patients schizophrènes présentant également un abus/dépendance à l'alcool ou aux drogues (13).

Ces études épidémiologiques suggèrent une interaction très significative entre trouble mental « sévère », abus/dépendance de substance et violence.

#### Populations médico-légales (homicides)

Il existe quelques études explorant le profil de sujets ayant commis des homicides, qu'il s'agisse de parricides (27), d'infanticides (28) ou d'homicides en général (7, 29). L'association au trouble psychiatrique d'une consommation d'alcool ou de drogues est identifiée comme un facteur d'accroissement du risque (27, 29). Eronen et al. (7) trouvent un odds ratio (OR) d'homicide multiplié par 10 chez l'ensemble des patients schizophrènes, mais seulement multiplié par 7 lorsque aucun trouble lié à l'alcool n'est repéré, et multiplié par 17 chez les patients schizophrènes présentant au contraire un abus ou une dépendance à l'alcool.

### Populations psychiatriques

Différentes études ont porté sur la violence chez les patients institutionnalisés (6, 8, 30), sortant d'institution (17, 31), présentant un premier épisode psychotique (11, 20) ou pris en charge dans des unités sécurisées (10, 25). Toutes concluent à un lien entre violence et prise de substances, à l'exception de 2 (25, 30). Dans au moins une de ces 2 études, cette absence de lien est expliquée pour les auteurs par le fait que l'étude portait sur la violence institutionnelle de patients hospitalisés, n'ayant donc théoriquement pas accès à des substances illicites ou à l'alcool.

### Revue et méta-analyses

Plusieurs revues de la littérature et au moins 3 méta-analyses ont été publiées, portant sur les liens entre violence et maladie mentale (2, 5, 16, 24, 32-37).

Parmi les revues de la littérature, 3 concernent exclusivement l'association entre trouble schizophrénique et violence (5, 32, 33) et les 4 autres plus largement les troubles mentaux sévères (2, 16, 35, 37). Quatre recensent les publications portant sur les actes de violence en général (2, 5, 33, 37), une les actes de violence perpétrés mais aussi subis (16) et 2 exclusivement celles portant sur les homicides (32, 35). Toutes concluent à une association nette entre trouble mental, abus/dépendance de substance et violence. Toutes cependant mettent aussi l'accent sur l'importance de préciser et identifier les facteurs de risques d'éclosion de cette violence, car leur influence est perçue comme essentielle, notamment au regard des enjeux thérapeutiques associés. Walsh et al. (5) insistent par ailleurs sur la nécessité de se concentrer plus sur le risque absolu de violence associé à la schizophrénie au sein du groupe social (part de la violence attribuable aux patients schizophrènes dans la société), faible, que sur le risque relatif (quantification de l'accroissement du risque de violence chez les patients schizophrènes), dont les facteurs contributifs sont mal maîtrisés, afin d'éviter une stigmatisation inutile de la maladie mentale.

Parmi les 3 méta-analyses, 2 ont été publiées en 2009 et 1 en 2010. L'une porte sur la relation entre taux d'homicide chez les patients schizophrènes et taux d'homicide en population générale (34), la seconde sur la comparaison de la violence entre populations de patients présentant des troubles schizophréniques ou psychotiques autres et populations indemnes de troubles psychiatriques (36), et enfin la troisième sur la criminalité violente chez les patients bipolaires (24). La première met en évidence que parmi les études retenues, de 6 à 6,5 % de l'ensemble des homicides recensés sont attribuables à des patients schizophrènes, confirmant une association entre schizophrénie et homicide au regard de la prévalence de la schizophrénie en population générale. Cependant, il est constaté que le taux d'homicide chez les patients schizophrènes varie dans le même sens que celui observé dans la population témoin indemne de trouble psychiatrique. Pour les auteurs, cela suggère que le risque homicidaire n'est pas expliqué uniquement par la maladie mentale mais aussi par des facteurs partagés avec la population témoin, en particulier l'abus/dépendance à l'alcool ou aux drogues. La seconde (36) met en évidence un accroissement du risque de violence, notamment d'homicide, chez les patients présentant une schizophrénie ou un trouble psychotique comparativement aux populations témoins. La dernière (24), réalisée chez des patients bipolaires, comprend dans le même travail une étude prospective originale sur la violence chez les bipolaires, dont les résultats sont détaillés plus loin. La méta-analyse proprement dite recense 8 études comparant la violence chez des patients bipolaires et en population générale. L'OR est de 4,1 (IC 95% [2.9 - 5.8]) pour la population bipolaire comparativement à l'ensemble de la population témoin, traduisant une fréquence plus élevée de violences chez les bipolaires, avec cependant une forte hétérogénéité d'une étude à l'autre rendant difficile un niveau supplémentaire d'analyse. Si un lien est notamment relevé avec l'abus ou dépendance de substances psycho-actives dans la plupart de ces études, la méta-analyse ne précise pas cet aspect. L'étude originale qui lui est accolée, importante en termes d'effectif, précise cependant cet aspect.

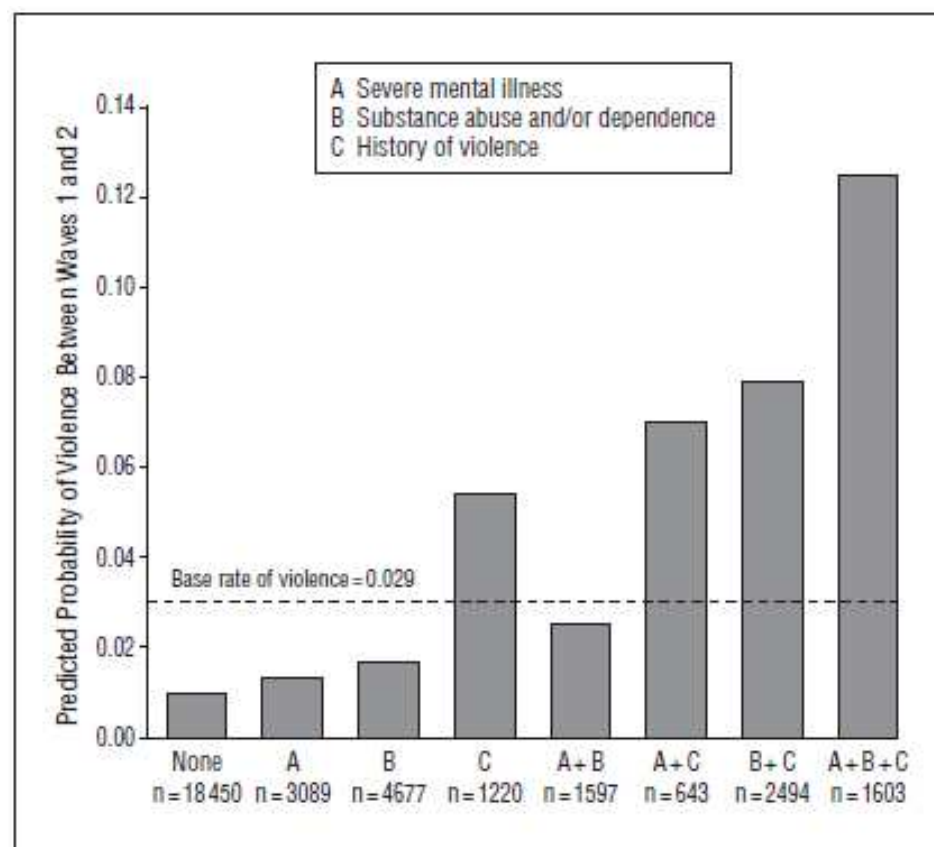
Ainsi, au regard des publications évoquées ci-dessus, en particulier des diverses revues de la littérature ou méta-analyses existantes, il apparaît nettement que la présence d'une addiction associée à un trouble schizophrénique ou globalement à un trouble mental qualifié de « sévère » accroît significativement le risque de violence hétéro-agressive (niveau de preuve 1), quels que soient la population étudiée et le type de violence considéré. Le niveau de preuve est moins élevé chez les sujets bipolaires (niveau de preuve 2) en raison du faible nombre d'études spécifiques et de l'hétérogénéité des méthodologies. Un tel lien apparaît cependant plus que probable.

### **Nature et signification du lien schizophrénie/troubles bipolaires, abus/dépendance de substances et hétéro-agressivité**

Si l'enquête NESARC (18) a permis de montrer une association entre violence, conduite addictive et troubles mentaux sévères, l'existence seule d'un trouble mental sévère n'est plus prédictive de la survenue de violences en analyse multivariée. L'incidence de la violence n'est pas plus élevée entre les 2 vagues de l'enquête chez les sujets présentant des troubles mentaux sévères (trouble schizophrénique, bipolaire et épisode dépressif majeur) que lorsqu'un abus/dépendance de substance coexiste. Différents facteurs sociodémographiques, biographiques ou cliniques (dont l'abus/dépendance de substances psycho-actives), qui sont par ailleurs plus fréquemment rencontrés chez les sujets présentant des troubles mentaux sévères, doivent coexister pour être associés un accroissement significatif de l'incidence de la violence (cf. encadré 1 et figure 1).

**Encadré 1.** Facteurs prédictifs de violence dans l'enquête NESARC (n=34 653). Tiré de Elbogen et al.2009

<b>Predictor</b>	<b>Wald F</b>	<b>P Value</b>	<b>Risk Domain</b>
Age, y	136.746	<.001	Dispositional
History of any violent act	109.932	<.001	Historical
Sex	67.231	<.001	Dispositional
History of juvenile detention	31.007	<.001	Historical
Divorce or separation in the past year	28.154	<.001	Contextual
History of physical abuse	27.492	<.001	Historical
Parental criminal history	21.162	<.001	Historical
Unemployment for the past year	15.453	<.001	Contextual
Co-occurring severe mental illness and substance use	13.342	<.001	Clinical
Victimization in the past year	8.204	.003	Contextual



**Figure 1.** Probabilité prédictive de présenter un comportement violent entre les 2 vagues de l'enquête NESARC selon l'existence d'un trouble mental sévère, d'un abus ou une dépendance à une substance et un passé de violence. Tiré de Elbogen et al.2009

Dans une étude longitudinale suédoise (38) très vaste comparant les violences chez les sujets schizophrènes ( $n = 8\ 000$ ) à la population générale ( $n = 80\ 000$ ), se basant sur les registres nationaux recensant les hospitalisations en psychiatrie et enregistrant les actes criminels sur une période de 30 ans (1973-2006), Fazel et al. attribuent l'essentiel de la sur-violence des patients schizophrènes à l'usage de substances. Par ailleurs, l'accroissement du risque de violence chez les sujets schizophrènes présentant des conduites addictives est nettement moins important si le groupe témoin est constitué par la fratrie des sujets schizophrènes (exempte de schizophrénie) suggérant un facteur familial (génétique ou environnementale) significatif dans le lien entre violence et schizophrénie.

Dans une étude prospective réalisée auprès de plus de 1 100 patients durant l'année suivant leur sortie d'hospitalisation (17), comparativement à une population témoin résidant dans le voisinage, il n'est pas retrouvé de différence significative en termes de violence entre les patients, tous diagnostics confondus, et les témoins ne présentant pas de conduite addictive. Les actes de violence chez les patients présentant des conduites addictives sont par contre plus élevés que parmi les sujets de la population témoin présentant une conduite addictive. Les conduites addictives sont de plus en plus fréquentes chez les patients sortant d'hospitalisation que chez les sujets témoins. Dans une réanalyse critique de ce même travail quelque années plus tard, portant sur notamment le choix de la population témoin de voisinage, extrêmement exposée à la violence, les auteurs concluent que la maladie mentale augmente le risque de violence essentiellement en favorisant l'abus/dépendance à l'alcool ou aux drogues (39).

Dans l'étude de Wallace (21) parue en 2004, le constat d'un accroissement des actes de violences chez les patients schizophrènes (2 861 patients admis pour un premier épisode schizophrénique) était relevé entre 1975 et 2000, mais ceci de manière comparable avec un accroissement des actes de violence dans une population témoin appariée pour l'âge, le sexe et le lieu de résidence. Ces résultats suggèrent pour les auteurs l'implication de facteurs agissant avant, pendant et après la phase active de la maladie. Il leur paraît peu compatible avec l'hypothèse d'un facteur explicatif unique ou prédominant type

abus/dépendance de substances, intensité ou nature des symptômes cliniques, ou caractéristiques du système de soins.

Dans la cohorte danoise (23) recrutée en population générale de sujets nés juste après la seconde guerre mondiale (n=358 180), les patients schizophrènes ont significativement plus souvent été interpellés pour des actes de violence que l'ensemble des sujets n'ayant jamais été hospitalisés. Ceci reste vrai après contrôle pour le niveau de vie, le statut marital, l'abus/dépendance de substances ou l'existence de troubles de la personnalité. Par contre, après contrôle de ces mêmes facteurs, la différence n'apparaît plus significativement pour les troubles qualifiés de psychose affective (dépression psychotique, trouble bipolaire, manie).

Une récente publication de Fazel (24) comprend une méta-analyse évoquée plus haut, centrée sur les troubles bipolaires, ainsi qu'une étude épidémiologique danoise originale portant sur la fréquence des interpellations pour actes de violence chez 3 743 patients atteints de troubles bipolaires, 4 059 membres de leur fratrie (indemnes de troubles bipolaires) et une population témoin de 37 429 sujets. Cette dernière confirme les résultats de l'enquête de Brennan (23), montrant une fréquence d'actes violents plus élevée chez les bipolaires (OR ajusté : 2,3 ; IC 95% [2,0 - 2,6]), mais essentiellement localisée au sujets présentant une conduite addictive. La fréquence des actes de violences chez ceux ne présentant pas de conduites addictives reste discrètement mais significativement plus élevée que celle de la population générale (OR ajusté : 1,3 ; IC 95% [1,0 - 1,5]), cette différence disparaissant lorsque la population témoin considérée est la fratrie des sujets bipolaire (ne présentant pas de troubles bipolaires) (OR ajusté : 1,1 ; IC 95% [0,7 - 1,6]), qui elle-même présente un risque supérieur de violence comparativement à la population générale. Aucune différence significative n'est par contre notée entre sous-groupes cliniques (patients maniaques vs. dépression psychotique vs. dépression non psychotique). L'essentiel de l'excès de violence enregistré chez les patients bipolaires serait ainsi attribuable aux conduites addictives et une partie à des facteurs familiaux, qu'ils soient de nature génétique ou environnementale.

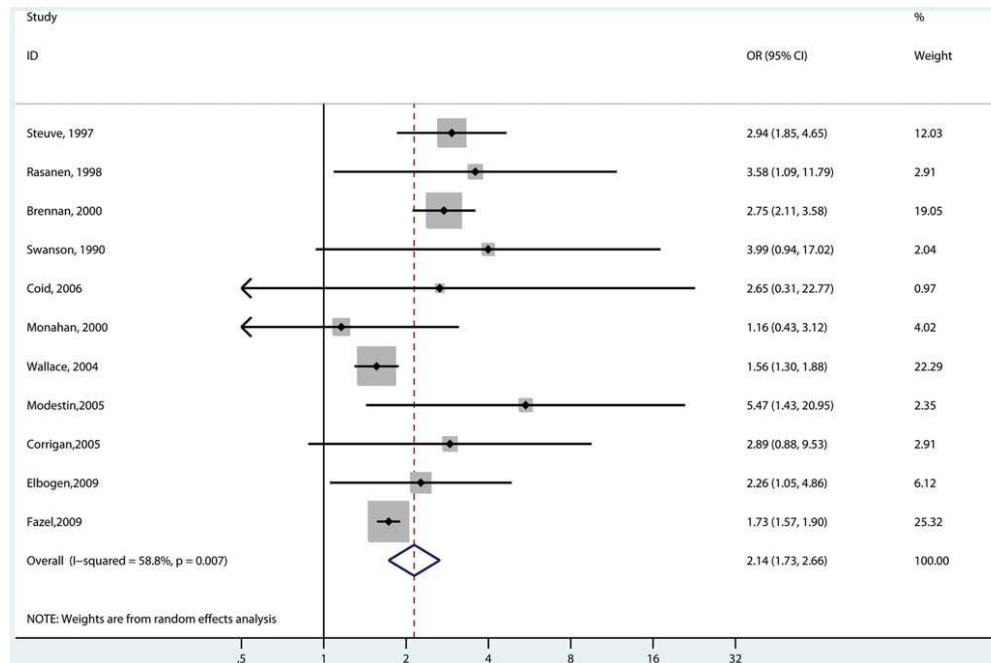
Enfin, la même équipe, dans une autre méta-analyse déjà évoquée plus haut (36) et portant sur la violence chez les patients schizophrènes, montre qu'une grande partie du risque de violence supplémentaire est attribuable à un abus/dépendance de substances associé au trouble schizophrénique. Le risque de violence chez les sujets abuseurs ou dépendants à une substance ne présentant pas de troubles psychotiques est en effet comparable à celui chez ceux psychotiques et présentant un abus/dépendance de substance. En résumé, si la schizophrénie est associée à un risque accru de violence, indépendamment d'une comorbidité addictive, les troubles schizophréniques ou psychotiques n'accroîtraient pas particulièrement le risque de violence découlant d'un abus/dépendance de substance (cf. figures 2 à 4).

Ainsi, il apparaît qu'une grande partie de l'excès de violence observé chez les patients présentant des troubles psychiatriques sévères est attribuable aux comorbidités addictives associées (niveau de preuve 1) plus qu'aux troubles mentaux *per se*. L'accroissement des actes de violence liés à l'abus/dépendance de substances chez les patients présentant des troubles psychiatriques sévères serait cependant de même magnitude que celui observé chez les sujets indemnes de troubles psychiatriques sévères. Ces troubles pourraient augmenter le risque d'installation d'un abus ou une dépendance à l'alcool ou aux drogues, et donc favoriser le risque de violence associé, et/ou être l'expression d'une vulnérabilité partagée pour les troubles addictifs, les troubles psychiatriques sévères et la violence. Une part familiale de l'héritabilité de la violence, qu'elle soit d'origine génétique ou environnementale, a été identifiée dans différentes études de cohorte, et plus particulièrement chez les bipolaires (niveau de preuve 2). Sa nature mérite encore d'être précisée. Des facteurs sociodémographiques tels que le statut marital ou l'emploi pourraient également être impliqués (niveau de preuve 2). D'autres facteurs ont été identifiés comme

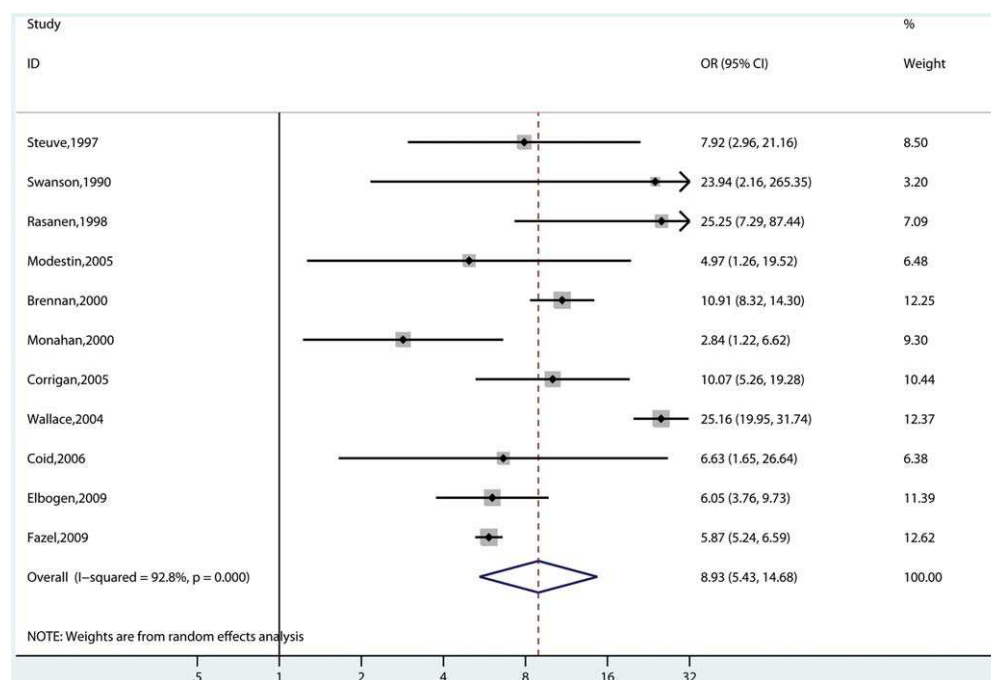


associés à la survenue de violence chez les patients présentant des troubles psychiatriques sévères : des traits de personnalité antisociale, l’intensité des intoxications, l’exacerbation des symptômes psychotiques et la non-adhérence au traitement (pour revue, voir 33).

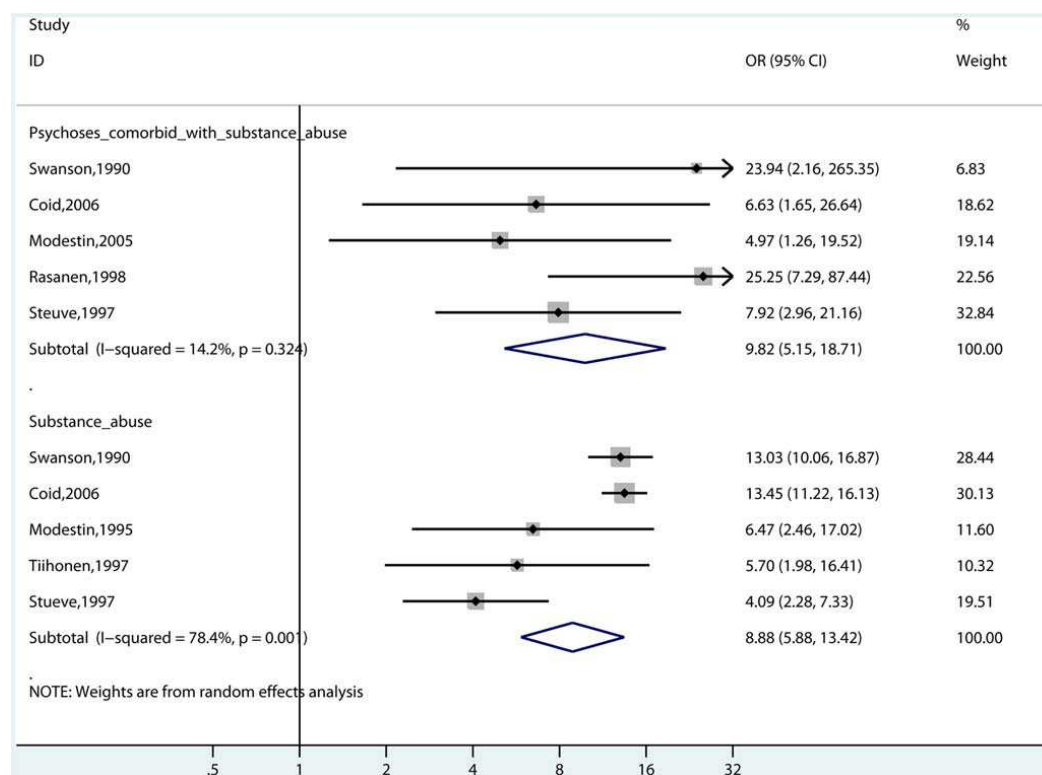
Parmi les substances consommées, si l’alcool est très fréquemment identifiée comme une consommation à risque pour l’émergence de violences chez les sujets présentant des troubles psychiatriques sévères, les stimulants lorsqu’ils sont consommés pourraient être à l’origine de plus de violences que l’alcool (40, 41) (niveau de preuve 4).



**Figure 2.** Estimation du risque de violence chez les patients présentant un trouble schizophrénique ou psychotique autre et une absence de comorbidité addictive. *Tiré de Fazel et al. 2009.*



**Figure 3.** Estimation du risque de violence chez les patients présentant un trouble schizophrénique ou psychotique autre et une comorbidité addictive. *Tiré de Fazel et al. 2009.*



**Figure 4.** Estimation du risque de violence chez les hommes présentant un trouble schizophrénique ou psychotique autre et une comorbidité addictive en comparaison avec (dans les mêmes études) les hommes présentant un trouble addictif mais pas de trouble psychotique. *Tiré de Fazel et al. 2009.*

### Prise en charge des conduites addictives chez les sujets présentant un trouble bipolaire ou schizophrénique – prévention de la violence

La prévention primaire et secondaire de l'abus/dépendance de substances chez les patients présentant un trouble bipolaire ou schizophrénique constitue une stratégie centrale dans la réduction de l'incidence de la violence dans cette population. Elle constitue également une stratégie de prévention de l'incidence du suicide chez ces patients (42).

Ceci implique une amélioration du dépistage de l'usage/abus/dépendance de substances chez les sujets bipolaires ou schizophrènes aussi bien lors des épisodes d'hospitalisation, ou des événements médico-légaux qu'au cours de leur suivi.

La prise en charge simultanée des troubles psychiatriques et addictifs chez les sujets présentant une comorbidité est indispensable (9, 16, 18, 24, 33, 34, 36, 39). Elle peut reposer sur l'intervention de psychiatres formés à l'addictologie, la création d'unités spécialisées dans la prise en charge de troubles comorbides de ce type et devraient comprendre des actions préventives de type psychoéducation ou thérapie cognitive et comportementale (18, 24, 39). Elle peut nécessiter l'ajustement des thérapeutiques médicamenteuses (33). La nécessité de prendre en compte la situation sociale (18, 34) des patients et de réduire l'accès aux armes est également soulignée (34).

Enfin, le constat selon lequel l'excès de violence chez ces patients est en grande partie attribuable à l'abus/dépendance de substances, et que par ailleurs l'existence d'un trouble psychiatrique sévère n'a qu'une influence secondaire (voire absente) sur l'accroissement de la violence au sein des populations présentant des conduites addictives, justifient de destigmatiser la maladie mentale auprès du grand public, notamment grâce aux professionnels de la santé mentale et aux chercheurs (5, 16, 24, 36, 38, 43, 44). Il est notamment souligné le fait que très probablement, les patients présentant des troubles mentaux sévères sont plus souvent victimes que coupables de violences, et que cette dimension de santé publique nécessite d'être prise en compte (16).

## Références bibliographiques

1. Deitch D, Koutsenok I, Ruiz A. The relationship between crime and drugs: what we have learned in recent decades. *J Psychoactive Drugs*. 2000 Oct-Dec;32(4):391-7.
2. Mullen PE. A reassessment of the link between mental disorder and violent behaviour, and its implications for clinical practice. *Aust N Z J Psychiatry*. 1997 Feb;31(1):3-11.
3. Taylor PJ, Gunn J. Violence and psychosis. I. Risk of violence among psychotic men. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984 Jun 30;288(6435):1945-9.
4. Turner WM, Tsuang MT. Impact of substance abuse on the course and outcome of schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1990;16(1):87-95.
5. Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry*. 2002 Jun;180:490-5.
6. Soliman AE, Reza H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv*. 2001 Jan;52(1):75-80.
7. Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull*. 1996;22(1):83-9.
8. Raja M, Azzoni A. Hostility and violence of acute psychiatric inpatients. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005 Jul 29;1:11.
9. Rasanen P, Tiihonen J, Isohanni M, Rantakallio P, Lehtonen J, Moring J. Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26-year followup study of an unselected birth cohort. *Schizophr Bull*. 1998;24(3):437-41.
10. Snowden RJ, Gray NS, Taylor J, Fitzgerald S. Assessing risk of future violence among forensic psychiatric inpatients with the Classification of Violence Risk (COVR). *Psychiatr Serv*. 2009 Nov;60(11):1522-6.
11. Steinert T, Wiebe C, Gebhardt RP. Aggressive behavior against self and others among first-admission patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 1999 Jan;50(1):85-90.
12. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner R, Burns BJ. Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication noncompliance in violence among severely mentally ill individuals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998 Dec;33 Suppl 1:S75-80.
13. 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 Jun;154(6):840-5.
14. Weich L, Pienaar W. Occurrence of comorbid substance use disorders among acute psychiatric inpatients at Stikland Hospital in the Western Cape, South Africa. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2009 Aug;12(3):213-7.
15. Corrigan PW, Watson AC. Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Res*. 2005 Sep 15;136(2-3):153-62.
16. Choe JY, Teplin LA, Abram KM. Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. *Psychiatr Serv*. 2008 Feb;59(2):153-64.
17. 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 May;55(5):393-401.
18. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Feb;66(2):152-61.
19. 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 Apr;172:345-50.
20. Nielssen OB, Westmore BD, Large MM, Hayes RA. Homicide during psychotic illness in New South Wales between 1993 and 2002. *Med J Aust*. 2007 Mar 19;186(6):301-4.
21. Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2004 Apr;161(4):716-27.

22. Mullen PE, Burgess P, Wallace C, Palmer S, Ruschena D. Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet*. 2000 Feb 19;355(9204):614-7.
23. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 May;57(5):494-500.
24. Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin GM, Langstrom N. Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Sep;67(9):931-8.
25. Doyle M, Dolan M. Predicting community violence from patients discharged from mental health services. *Br J Psychiatry*. 2006 Dec;189:520-6.
26. Swanson JW, Holzer CE, 3rd, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry*. 1990 Jul;41(7):761-70.
27. Cornic F, Olie JP. [Psychotic parricide. Prevention]. *Encephale*. 2006 Jul-Aug;32(4 Pt 1):452-8.
28. Flynn SM, Shaw JJ, Abel KM. Homicide of infants: a cross-sectional study. *J Clin Psychiatry*. 2007 Oct;68(10):1501-9.
29. Richard-Devantoy S, Chocard AS, Bourdel MC, Gohier B, Dufлот JP, Lhuillier JP, et al. [Homicide and major mental disorder: what are the social, clinical, and forensic differences between murderers with a major mental disorder and murderers without any mental disorder?]. *Encephale*. 2009 Sep;35(4):304-14.
30. Arango C, Calcedo Barba A, Gonzalez S, Calcedo Ordonez A. Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Bull*. 1999;25(3):493-503.
31. Monahan J, Steadman HJ, Robbins PC, Appelbaum P, Banks S, Grisso T, et al. An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders. *Psychiatr Serv*. 2005 Jul;56(7):810-5.
32. Valenca AM, de Moraes TM. [Relationship between homicide and mental disorders]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006 Oct;28 Suppl 2:S62-8.
33. Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *Br J Psychiatry*. 2000 Apr;176:345-50.
34. Large M, Smith G, Niessen O. The relationship between the rate of homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*. 2009 Jul;112(1-3):123-9.
35. Richard-Devantoy S, Olie JP, Gourevitch R. [Risk of homicide and major mental disorders: a critical review]. *Encephale*. 2009 Dec;35(6):521-30.
36. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2009 Aug;6(8):e1000120.
37. Eronen M, Angermeyer MC, Schulze B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998 Dec;33 Suppl 1:S13-23.
38. Fazel S, Langstrom N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA*. 2009 May 20;301(19):2016-23.
39. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry*. 1998 Feb;155(2):226-31.
40. Miles H, Johnson S, Amponsah-Afuwape S, Finch E, Leese M, Thornicroft G. Characteristics of subgroups of individuals with psychotic illness and a comorbid substance use disorder. *Psychiatr Serv*. 2003 Apr;54(4):554-61.
41. Mueser KT, Essock SM, Drake RE, Wolfe RS, Frisman L. Rural and urban differences in patients with a dual diagnosis. *Schizophr Res*. 2001 Mar 1;48(1):93-107.
42. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry*. 2005 Jul;187:9-20.
43. Taylor PJ, Hill J, Bhagwagar Z, Darjee R, Thomson LD. Presentations of psychosis with violence: variations in different jurisdictions. A comparison of patients with psychosis in the high security hospitals of Scotland and England. *Behav Sci Law*. 2008;26(5):585-602.
44. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health*. 1999 Sep;89(9):1328-33.

## Quelles sont les données de la littérature concernant la violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une psychopathie associée à une schizophrénie ou à un trouble de l'humeur ?

### Pr Sheilagh HODGINS

Psychologue - Institute of Psychiatry, King's College, Londres ; Département de Psychiatrie, Université de Montréal ; Department of Psychiatry, Heidelberg University.

### Résumé

Des preuves solides se sont accumulées à partir d'études conduites dans différents pays qui montrent que les personnes atteintes de schizophrénie ou qui sont en train de développer une schizophrénie sont à risque élevé de causer des actes violents envers autrui comparativement à la population générale. Cette violence stigmatise ces personnes, a des conséquences négatives sur les victimes et a un coût important pour la société. La plupart des criminels schizophrènes commettent leurs premiers actes violents avant leur premier épisode psychotique. Les patients atteints de schizophrénie ou débutant une schizophrénie qui ont une histoire de comportement agressif envers autrui doivent être repérés dans les services et institutions pour adolescents délinquants, les services de psychiatrie pour enfants et adolescents, et les services et consultations de psychiatrie générale pour adultes. Souvent, c'est après de nombreuses années de prise en charge en psychiatrie générale durant lesquelles ils continuent de commettre des actes criminels ou des agressions contre autrui que ces patients sont transférés dans des unités de psychiatrie médico-légale. La plupart des patients schizophrènes qui ont des conduites agressives envers autrui sont pris en charge dans les services de psychiatrie générale.

Pendant un épisode psychotique aigu, un comportement agressif est habituel et les études suggèrent que l'intensité des symptômes de la maladie est le seul facteur corrélé à la conduite agressive. Cependant, une fois que les symptômes aigus ont diminué, les facteurs sociodémographiques (sexe masculin, jeune âge), les symptômes persistants (symptômes dépressifs, délires de contrôle), une conduite antisociale préexistante et l'usage régulier de substances addictives sont associés à la survenue des comportements agressifs. Ainsi, une fois un épisode aigu résolu, il est essentiel d'évaluer le risque de futurs comportements agressifs à l'aide d'un outil validé comme le HCR-20. Cet outil identifie les facteurs individuels associés à la violence sur lesquels le traitement peut être focalisé afin de réduire le risque de comportements violents. Plusieurs interventions ont montré leur efficacité à réduire les comportements violents et la consommation de substances addictives chez les patients schizophrènes pris en charge en ambulatoire.

Il est avancé que, parmi les schizophrènes auteurs de violence, il existe trois types distincts définis par l'âge de début du comportement violent et antisocial. Les « débutants précoces » (« *early starters* ») ont un ensemble de conduites antisociales qui apparaissent dans l'enfance ou au début de l'adolescence, bien avant le début de la maladie, et qui restent stables la vie durant. Un second groupe n'a pas de conduites antisociales avant le début de la maladie, mais a ensuite des conduites agressives répétées envers autrui. Un dernier petit groupe ayant une schizophrénie chronique ne montre pas de comportements violents pendant dix ou vingt ans après le début de la maladie, puis développe des comportements violents graves, se manifestant souvent sous forme d'actes criminels envers l'entourage soignant. Nous formulons l'hypothèse que les facteurs intervenant dans l'apparition de comportements violents – tels les facteurs génétiques, les facteurs prénataux, le rôle des parents, la maltraitance, les fonctions cognitive et motrice, le fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et les facteurs immédiats, comme les symptômes de psychose et l'usage de substances addictives – diffèrent dans ces trois groupes de patients schizophrènes violents, et de même leurs besoins de prise en charge sont distincts.

## **Violent behaviour among people with schizophrenia: the contribution of childhood conduct problems**

### **Violent criminal offending among persons with schizophrenia**

There is now robust evidence demonstrating that both men and women with schizophrenia<sup>1</sup> are at elevated risk as compared to the general population to be convicted of non-violent criminal offences, at higher risk to be convicted of violent criminal offences, and at even higher risk to be convicted of homicide (Wallace, Mullen, & Burgess, 2004). For example, we examined a birth cohort composed of all the 358,180 persons born in Denmark from 1944 through 1947 followed until they were in their mid-forties. We excluded those who had died or emigrated before the end of the follow-up period. The official criminal records of cohort members who had been admitted to a psychiatric ward at least once with a discharge diagnosis of schizophrenia were compared to those with no psychiatric admissions. The risk of a violent crime was elevated 4.6 (3.8-5.6) times among the men and 23.2 (14.4-37.4) times among the women with schizophrenia as compared to those with no admissions to a psychiatric ward (Brennan, Mednick, & Hodgins, 2000). Similar elevations in risk have been documented among persons with schizophrenia identified in other birth and population cohorts (Arseneault, Moffitt, Caspi, Taylor & Silva, 2000; Hodgins, 1992; Tiihonen, Isohanni, Rasanen, Koiranen, & Moring, 1997; Wallace et al., 2004). While fewer women than men, with and without schizophrenia, are convicted of crimes, schizophrenia confers a greater risk for offending among women than among men.

This association between schizophrenia and violent offending is robust: It has been observed by different research teams who recruited samples from countries with different cultures and health and justice systems, and who measured the association of schizophrenia and offending using different experimental designs including longitudinal investigations of birth and population cohorts, comparisons of people with schizophrenia and their neighbours, and diagnostic studies of random samples of convicted offenders. There is no evidence to suggest that the elevated rates of violent offending among persons with schizophrenia as compared to the general population result from discrimination on the part of the criminal justice systems in the different countries where these investigations have been conducted (for a discussion, see Hodgins & Janson, 2002). It is important to note that these convictions result from crimes that have been committed in the community and not on inpatient psychiatric wards, where aggressive behaviour towards others is rather common but rarely, if ever, leads to criminal prosecution.

Results of the epidemiological investigations are consistent in showing that the proportions of persons with schizophrenia who commit crimes vary from one study to another, while the elevations in risk among those with schizophrenia as compared to the general population are similar (Hodgins, 1998). In countries with high rates of violent crimes, proportionately more individuals with schizophrenia have convictions for violent crimes than in a country with lower rates of violent crimes. This observation suggests that at least some of the factors that contribute to violent crime in the general population also influence violent crime among persons with schizophrenia. The proportions of persons with schizophrenia who acquire convictions for violent crimes also varies by time period reflecting differences in policies regarding diversion of mentally ill persons accused of crimes from the justice system to the health system (for further discussion, see Hodgins & Janson, 2002). Most violent offences committed by persons with schizophrenia are assaults. While homicides attract much attention from the media, they are rare. In some countries all persons accused of homicide undergo thorough psychiatric evaluations prior to trial. These evaluations have been used to estimate the proportion of homicides that are committed by individuals with schizophrenia and estimates vary from 6% to 28% indicating substantial variation from one country to

---

<sup>1</sup> The term schizophrenia is used to refer to both schizophrenia and schizo-affective disorder.

another and within countries by time period (Erb, Hodgins, Freese, Müller-Isberner, & Jöckel, 2001). Because the number of homicides varies greatly from one country to another while the prevalence of schizophrenia is relatively stable at just less than 1%, the numbers of persons with schizophrenia who commit homicides differs across countries. Thus, the proportion of persons with schizophrenia who engage in violence varies by place and time period, but evidence shows that it always remains higher than the proportion of offenders in the general population.

### **Why does it matter?**

The findings reported above reflect a huge amount of human suffering, on the part of the victims and their families, and on the part of the perpetrators. Schizophrenia is a devastating illness that, in most cases, limits most aspects of functioning through adult life (Mueser & McGurk, 2004). The evidence now shows that some of those who are stricken with this brain disorder present a propensity for engaging in aggressive behaviour towards others that leads to further negative consequences. In addition, individuals with schizophrenia are more likely than the general population to be the victims of crime (Teplin, McClelland, Abram & Weiner, 2005), and particularly of assaults, and one of the strongest predictors of physical victimisation is their own aggressive behaviour (Hodgins, Alderton, Cree, Aboud & Mak, 2007; Silver, Arseneault, Langley, Caspi, & Moffitt, 2005; Walsh, Moran, Scott, McKenzie, Burns, Creed, et al, 2003). Violent crimes committed by persons with schizophrenia matter also because of the associated financial burden they place on society.

People with schizophrenia are commonly perceived as unpredictable and dangerous (Crisp, Gelder, Goddard, & Meltzer, 2005), with public fears outweighing the actual risk of being injured by an individual with severe mental illness (Steadman, Mulvey, Monahan, Robbins, Applebaum, Grisso et al., 1998). Public perceptions of dangerousness, regardless of their accuracy, play a central role in fostering stigma (Link, Cullen, Frank, & Wozniak, 1987). Consequently, violence committed by individuals with severe mental illness promotes stigmatization and rejection of all persons with severe mental illness. Stigmatization may affect diagnostic decision making and treatment (Clark & Rowe, 2006; Walsh & Fahy, 2002), pose barriers to recovery and integration in the community, and compromise quality of life (Link & Pelhan, 2006).

### **Implications of violent offending among persons with schizophrenia**

Treatment of persons with schizophrenia that successfully reduced aggressive behaviour would contribute to lowering rates of violent criminality. As noted above, it would reduce the homicide rate anywhere from 6% to 28% depending on the country, but also the rate of other forms of violence. For example, in the Danish cohort described above, 2.2% of the men had severe mental illness and they committed 8.4% of the physically aggressive sex offences, 9.0% of the non-physically aggressive sex offences, and in all they comprised 8.1% of the sex offenders (Alden, Brennan, Hodgins, & Mednick, 2007). If they had been appropriately treated, more than 8% of all sex offences in Denmark in this period could have been prevented.

Given the numbers of persons with schizophrenia who engage in violent criminal offending, there are important consequences for both the health and criminal justice systems. Adult mental health services provide care for a sub-group of individuals with schizophrenia who present high levels of violent behaviour. For example, we recently assessed a sample of 205 inpatients with severe mental illness from a UK inner city mental health trust, most of whom suffered from schizophrenia. The patients were, on average, in their late thirties and more than 80% had previously required inpatient care. Official criminal records indicated that 46.7% of the men and 16.5% of the women had at least one conviction for a violent crime, and on average, the violent offenders had each been convicted of more than two crimes. The 82 men with criminal records had committed 1,792 crimes and the 23 female offenders had

committed 458 crimes (Hodgins et al, 2007). The risks of conviction in this UK inner city sample of patients as compared to the general UK population were similar to those observed in comparisons of severely mentally ill inpatient and general population samples in Sweden and Denmark. This sub-group of patients with a history of violence presents a challenge to general mental health services. Some of these patients are transferred to forensic inpatient services, that have dramatically increased in capacity, not only in the UK, but also in several other European countries (Priebe, Badesconyi, Fioritti, Hansson, Kilian, Torres-Gonzales, et al., 2005). Most beds in forensic psychiatric hospitals are occupied by men with schizophrenia (Hodgins & Müller-Isberner, 2004).

In many countries, an effort is being made to treat psychosis in its earliest stage in specialized clinics for individuals displaying prodromal symptoms (sometimes referred to as ultra-high-risk) and for those experiencing a first episode of psychosis. Already at this stage, offenders with schizophrenia can be identified. Few studies have addressed this question and the results indicate that the proportion of individuals experiencing their first episode of psychosis who have at least one criminal conviction varies from one study to another. The proportions are higher in studies that focus exclusively on schizophrenia (Munkner, Haastrup, Joergensen, & Kramp, 2003; 2009; Wallace, et al 2004), in studies that use national register data not requiring individual informed consent (Munkner, et al 2003; 2009; Wallace, et al 2004) than in studies of clinical samples (Humphreys, Johnstone, & Macmillan, 1994), in studies of samples born more recently (Coid, Lewis & Reveley, 1993; Fazel, Grann, Carlström, Lichtenstein, & Långström, 2009), among men as compared to women (Munkner, et al., 2003; 2009), and in studies conducted in countries in which the age of criminal responsibility is 15 years. For example, a recent study in Denmark, where the age of criminal responsibility is 15, used national registers to document criminality among all persons born 1963 or later and diagnosed with schizophrenia by 1999. Thirty-seven percent of the men and 7% of the women were found to have a criminal conviction prior to contact with mental health services (Munkner et al, 2003). A subsequent study in Denmark using the national registers reported that first episode patients with schizophrenia and a history of violent convictions were less likely than other patients to consent to participation in a treatment study (Munkner et al., 2009). In studies of clinical samples of patients with schizophrenia, the proportions with a criminal conviction prior to first admission or contact with services are lower, for example, 20% in Berne, Switzerland in 1985-1987 (Modestin & Ammann, 1996) and 16% in the Edinburgh High Risk Study (Humphreys et al, 1994). We have examined a representative sample of individuals within one geographic area in the UK who received treatment for a first episode of psychosis. One-third of the men and 10% of the women had a conviction for a criminal offence and 20% of the men and 5% of the women had at least one conviction for a violent offence (Hodgins, Calem, Shimel, Williams, Harleston, Morgan, et al. in press).

Many persons with schizophrenia are incarcerated (Davies, 2004a,b,c). Rates vary from one country to another, and within countries from one time period to another, depending on policies designed to divert the mentally ill accused or convicted of crimes from the justice system to the health system. In studies of inmate populations, rates of schizophrenia are much higher than rates for age and sex matched general population samples (Fazel & Danesh, 2002). Within correctional facilities, people with schizophrenia fail to obtain adequate and appropriate treatment for their illness and are frequently physically abused (Wolff, Blitz & Shi, 2007).

Also consistent with the epidemiological evidence on the elevated rates of violent offending among persons with schizophrenia is emerging evidence that antisocial behaviour in adolescences is a precursor of schizophrenia. Lee Robins (1966) was the first to note that a disproportionate number of adolescent delinquents subsequently developed schizophrenia. A recent study in Denmark examined a cohort composed of all the offenders aged 15 to 19 years old in 1992. Of the 780 who were still alive in Denmark in 2001, 3.3% had developed schizophrenia as compared to the expected 0.7%. The odds of developing schizophrenia



among those with a history of violent criminal offending (as compared to those with only non-violent offending) was 4.59 (1.54-13.74) (Gosden, Kramp, Gabrielsen, Andersen & Sestoft, 2005). We have compared a sample composed of all the 1,992 individuals who as teenagers contacted a clinic for substance misuse in a large metropolitan area of Sweden in the years 1968 to 1972, and compared them to a randomly selected general population sample matched for sex, age, and birthplace. By age 50, four times more males and eight times more females in the clinic than the general population sample had been hospitalised with schizophrenia (Hodgins, Larsson, & Larm, in preparation). These results are consistent with the epidemiological investigations cited above that identified antisocial behaviour prior to illness onset among a sub-group of offenders with schizophrenia (Hodgins, 1992; Hodgins, Tiihonen & Ross, 2005; Hodgins, Cree, Alderton, & Mak, 2008; Wallace et al., 2004).

### **Schizophrenia is also associated with elevated rates of aggressive behaviour<sup>2</sup> towards others**

An interview protocol, the MacArthur Community Violence Instrument, has been developed specifically to assess aggressive behaviour and victimisation among persons with mental disorders. Patients and collateral informants independently complete an interview (Steadman et al., 1998). Studies have shown that severely mentally ill patients report aggressive incidents at only a slightly lower rate than do collaterals (Steadman et al., 1998). In our study of a sample of UK inpatients with severe mental illness described above, 41.7% of the men and 21.2% of the women reported having engaged in at least one serious assault sometime in their life, 49.2% of the men and 38.8% of the women reported having engaged in at least one act of physical aggression against another person in the previous six months, and 21.7% of the men and 18.8% of the women reported engaging in a life-threatening act of violence against another person in the previous six months. A study of a large sample of outpatients with psychosis found that one-in-five assaulted another person over a two-year period (Walsh, Gilvarry, Samele, Harvey, Manley, Tyrer, et al., 2001). Similarly, other studies of samples of outpatients with schizophrenia report rates of any physically aggressive behaviour towards others ranging from 8% to 77% during the previous six months and rates of life-threatening violence towards others ranging from 0 to 40% (Hodgins et al., 2007). As noted previously, rates of convictions for violent crimes are lower among woman than men with schizophrenia, but several studies suggest that the prevalence of aggressive behaviour is similar (Dean, Walsh, Moran, Tyler, Creed, Byford, et al., 2006; Hodgins et al., 2007; Walsh et al., 2001). Importantly, the correlates of violent offending and of physically aggressive behaviour towards others when patients are living in the community are similar.

### **Conclusion**

The extant literature provides robust evidence that individuals who develop schizophrenia contribute disproportionately to violent crime rates. Most, but not all, offenders with schizophrenia have a history of aggressive behaviour and/or criminal offending prior to first contact with mental health services for psychosis. Among adolescents engaging in antisocial and criminal behaviours, a disproportionate number develop schizophrenia. Presently, child and adolescent and adult mental health services fail to assess and manage the risk of violence among patients developing schizophrenia and those who have schizophrenia, and do not provide treatments aimed specifically at reducing violent behaviour. Consequently, increasing numbers of patients with schizophrenia are being transferred to costly forensic inpatient services (Hodgins & Müller-Isberner, 2004) and are being incarcerated.

---

<sup>2</sup> The term violence is used to refer to physical aggression towards another person that may or may not lead to criminal prosecution. The terms violence and aggressive behaviour are used interchangeably.

## Psychotic symptoms and violence

Recent studies of large population samples indicate that psychotic symptoms are more common than previously thought (Stefanis, Hanssen, Sminis, Avramopoulos, Evdokimidis, Stefanis et al., 2002). One US study revealed that 5.1% of 38,132 adults reported psychotic-like-experiences. The presence of psychotic-like-experiences was associated with a five fold increase in the risk of assaulting another person (Mojtabai, 2006). Yet the results of studies of the association of positive symptoms of psychosis and violent behaviour among persons with schizophrenia are contradictory (Appelbaum, Robbins, & Monahan, 2000; Bjørkly, 2002a&b). The lack of consistency in the evidence results primarily from methodological features of studies including retrospective assessment of symptoms and failure to take account of other factors such as previous violence, childhood behaviour problems, and intoxication, that are known to be associated with violence (Appelbaum et al., 2000; Bjørkly, 2002a&b; Hodgins, Hiscoke & Freese, 2003). There is some evidence that when positive symptoms are accompanied by depression or distress, the risk of aggressive behaviour is elevated, even after controlling for a previous history of antisocial behaviour<sup>3</sup> and current and past substance misuse (Crocker, Mueser, Drake, Clark, McHugo, Ackerson et al., 2005; Hodgins et al., 2003).

The evidence is consistent, however, in showing that the correlates of violent behaviour during acute episodes of psychosis among patients hospitalised on a psychiatric ward differ from the correlates of violent behaviour that occurs in the community. Many acutely psychotic patients who are in most cases admitted involuntarily to psychiatric wards behave aggressively. The aggressive behaviour declines rapidly in the days following admission. Aggressive incidents on an acute psychiatric ward are as common among women as men, and unlike aggressive behaviour that occurs in the community they are strongly associated with confusion and thought disorder (Krakowski & Czobor, 2004; Steinert, 2002). Thus, positive psychotic symptoms constitute the principal factor associated with aggressive behaviour during an acute episode. By contrast, once the florid psychotic symptoms are reduced other factors such as male sex, young age, threatcontrol-override symptoms and depression, a history of conduct problems, previous aggressive behaviour, and current illicit drug use are associated with aggressive behaviour (Hodgins & Riaz, 2010).

Among people with schizophrenia who are not experiencing an acute episode of psychosis, the lack of association between aggressive behaviour and positive symptoms of psychosis is not surprising if considered in light of evidence that psychosocial functioning generally is not associated with positive symptoms. Aggressive behaviour reflects a lack of interpersonal skills, or simply one aspect of psychosocial functioning. Interpersonal skills, community activities, and work skills are most strongly associated with performance on neuropsychological tests, negative symptoms, and depression, and not with positive symptoms (Bowie, Reichenberg, Patterson, Heaton & Harvey, 2006). We assessed psychosocial functioning among 248 men with schizophrenia living in the community that we had recruited from forensic and general psychiatric services. Psychosocial functioning was defined to include measures of independent living, occupational functioning, social and leisure activities, and the absence of aggressive behaviour, substance misuse, and self-harm. We found that psychosocial functioning was associated with two static predictors – level of education, past diagnoses of substance misuse disorders - and three current predictors - depression, non-compliance with antipsychotic medication, and experiences of physical victimisation (Hodgins, Lincoln, & Mak, 2009). The results of this study confirmed findings from previous investigations showing that factors other than positive symptoms are most strongly associated with real life functioning among persons with schizophrenia, as well as the need for adherence to antipsychotic medication.

---

<sup>3</sup> The term antisocial behaviour is used to refer to a wide array of behaviours that break social norms, rules, and laws, and that by definition includes substance misuse.

### **A typology of offenders with schizophrenia**

Another reason for the inconsistent results concerning the association of psychotic symptoms and violence is that studies have compared offenders with schizophrenia to non-offenders with schizophrenia, thereby assuming that the offenders constitute a homogeneous group. The evidence, however, does not support this presumption. Among non-mentally ill offenders, findings have accumulated indicating that there are sub-types, defined by age at onset and persistence of antisocial behaviour that differ as to aetiology and response to treatment (Moffitt & Caspi, 2001). Among offenders with schizophrenia, subtypes defined by age of onset and persistence of antisocial behaviour are also apparent. Consequently, studies that compare violent and non-violent offenders obscure features that distinguish subtypes of violent offenders with schizophrenia such that findings are difficult to interpret.

We have been conducting a programme of research based on the hypothesis that there are three types of offenders who differ as to age of onset and persistence of antisocial behaviour. The early-starters display a pattern of antisocial behaviour that onsets in childhood or early adolescence and that remains stable across the life-span. They are usually convicted of crimes prior to illness onset. By contrast, a large group of violent offenders with schizophrenia show no antisocial behaviour prior to the onset of the prodrome or illness, and then repeatedly engage in aggressive behaviour towards others. A small group of individuals who display a chronic course of schizophrenia, show no aggressive behaviour prior to their late thirties or early forties, and then engage in serious violence, often killing, those who care for them.

### **Early-start offenders with schizophrenia**

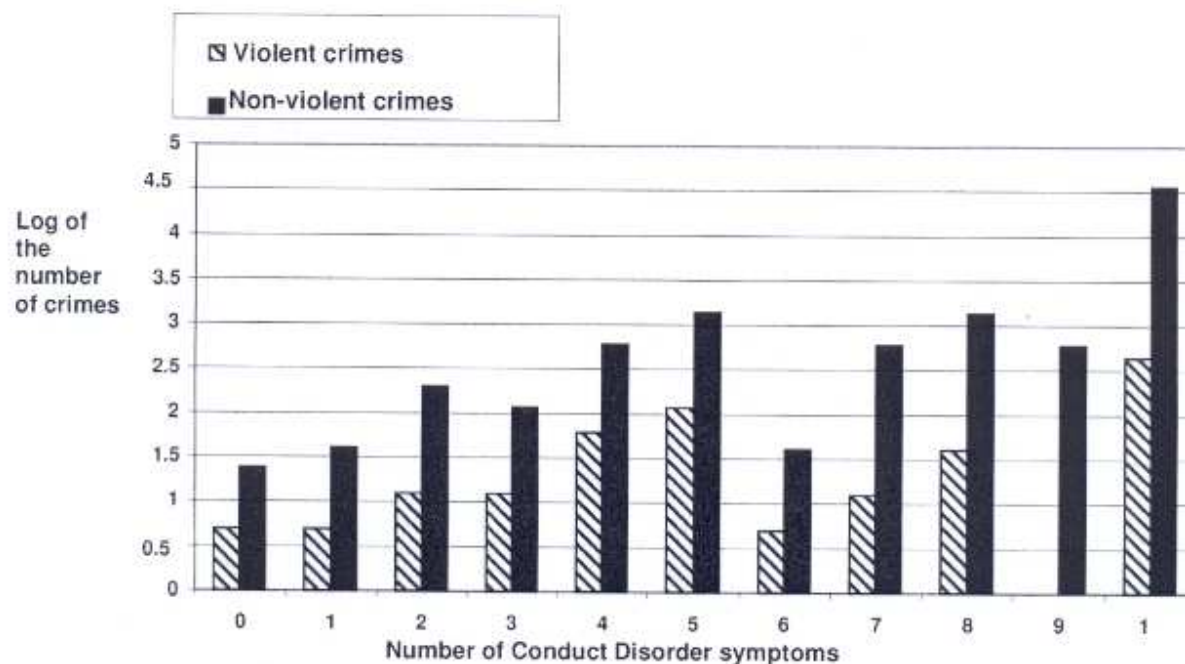
Early-start offenders with schizophrenia have been defined in different ways - those with a conviction for violence prior to illness onset, those with a history of childhood conduct problems, and those who met criteria for Conduct Disorder prior to age 15. As compared to other offenders with schizophrenia, those with a childhood history of conduct problems defined in any of these ways, are convicted for more non-violent and violent crimes (Crocker, et al., 2005; Fulwiler & Ruthazer, 1999; Mueser, Crocker, Frisman, Drake, Covell & Essock, 2006), commit a more diverse array of crimes (Hodgins, 2004), and have criminal histories similar to those of non-mentally ill offenders who also have a childhood history of conduct problems (Hodgins & Côté, 1993; Shug, Raine, & Wilcox, 2007). In addition, almost all display a pattern of substance misuse going back to early adolescence (Fulwiler, Grossman, Forbes, & Ruthazer, 1997; Moran & Hodgins, 2004; Tengström, Hodgins, & Kullgren, 2001; Mueser, Rosenberg, Drake, Miles, Woldord, Vidaver, et al. 1999).

For reasons currently not understood, Conduct Disorder and conduct problems are precursors of schizophrenia. For example, a prospective, longitudinal investigation of a large Dutch population sample observed that aggressive behaviour in childhood is associated with thought disorder in adulthood (Ferdinand & Verhulst, 1995). Similarly, a prospective investigation of a US population cohort observed that aggressive behaviour in early adolescence is associated with personality disorders that are genetically linked to schizophrenia (Bernstein, Cohen, Skodol, Bezirgianian, & Brook, 1996). The prospective studies of children at risk for schizophrenia by virtue of having a close relative with the disorder, usually the mother, observed that a proportion of the males who developed schizophrenia had displayed conduct problems through childhood. The most direct and robust evidence that Conduct Disorder is a precursor of schizophrenia comes from a prospective investigation that followed a New Zealand birth cohort to age 26. Forty percent of the cohort members who developed schizophreniform disorders had displayed Conduct Disorder prior to age 15 (Kim-Cohen, Caspi, Moffitt, Harrington, Milne, & Pouton, 2003). In clinical samples of adults with schizophrenia, the prevalence of Conduct Disorder is lower. The Conduct Disorder modules of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R and IV were designed to diagnose Conduct Disorder prior to age 15 among adults. We have used this

interview protocol, in some studies supplemented by information from family members, school, social service and justice files, to diagnose Conduct Disorder among adults with schizophrenia. In most samples, the prevalence is approximately 20% among both women and men (Hodgins, Côté & Toupin, 1998), but for example in the UK sample of inpatients described above, Conduct Disorder prior to age 15 characterised 42.0% of the men and 22.4% of the women (Hodgins, et al., 2008). While these samples of patients with schizophrenia were recruited in general psychiatric services, among patients in forensic services the prevalence of Conduct Disorder is higher, and among those incarcerated it is further elevated (Hodgins, et al, 1998).

Conduct Disorder and conduct problems are not only precursors of schizophrenia, they are more common among people who develop schizophrenia than in the general population. Recent estimates of the prevalence of Conduct Disorder prior to age 15 range from 7.5% among boys and 3.9% among girls in a large UK cohort (Green, McGinnity, Meltzer, Ford & Goodman., 2004), to 12.0% among boys and 7.1% among girls in a US community sample (Nock, Kazdin, Hiripi & Kessler., 2006). These prevalence rates are much lower than that observed prospectively in the Dunedin study among the cohort members who developed schizophreniform disorders or among clinical samples of adults with schizophrenia. This more recent evidence is consistent with older findings from a US investigation of a population sample of 20,000 adults, in which higher rates of Conduct Disorder were observed among persons with, than without, schizophrenia, (Robins, Tipp, & Przybeck, 1991), and the number of Conduct Disorder symptoms present prior to age 15 was found to be positively and linearly associated with the likelihood of developing schizophrenia (Robins, 1993). The accumulated evidence indicates, then, that the prevalence of Conduct Disorder is higher among people who develop schizophrenia than in the general population, and that among men and women with schizophrenia the prevalence is similar while in the general population the prevalence is much higher among males. Thus, not only is the proportion of offenders greater in the population of persons who develop schizophrenia than in the general population, so is the proportion of offenders who display an early onset and stable pattern of antisocial behaviour.

We conducted an investigation to examine the association of Conduct Disorder prior to age 15 and crime and aggressive behaviour among a sample of 248 men with schizophrenia who were, on average, aged 39.8 years old at the time of the study (Hodgins, et al., 2005). They were assessed in the two weeks prior to discharge from hospital using multiple sources of information including complete criminal records. Fiftytwo (21%) of these men met criteria for Conduct Disorder prior to age 15. Incident Rate Ratios (IRR) were calculated to estimate the association between Conduct Disorder and the number of convictions for violent crimes. Conduct Disorder diagnosis was associated with an increase of 2.29 (1.31-4.03) in the number of convictions for violent crimes after controlling for life-time diagnoses of alcohol and/or drug abuse and/or dependence. Each Conduct Disorder symptom present before the age of 15 was associated with a 1.15 (1.06-1.25) increase in the number of convictions for violent crimes, again after controlling for diagnoses of substance misuse disorders. Conduct Disorder and Conduct Disorder symptoms were also associated with the number of convictions for non-violent crimes as depicted in Figure 1.



**Figure 1.** Number of non-violent and violent crimes as a function of the number of Conduct Disorder symptoms among men with schizophrenia.

We have replicated these results in the sample of UK inpatients with severe mental illness described previously (Hodgins et al, 2007). In this study, after controlling for sex, age, current alcohol and drug use, Conduct Disorder prior to age 15 was associated with a two fold (odds ratio 2.5, 1.17-5.36) increase in the number of convictions for violent crimes. Again, after controlling for sex, age, and substance misuse, each Conduct Disorder symptom present before age 15 was associated with a slight increase in the number of violent crimes (odds ratio 1.16, 1.01-1.35). Both Conduct Disorder diagnosis and the number of Conduct Disorder symptoms were also associated with the number of convictions for non-violent crimes. Importantly, no sex differences in the associations of Conduct Disorder and later offending were detected. The results of these two studies indicate that among individuals who develop schizophrenia, as among those who do not, Conduct Disorder in childhood is a precursor of criminal offending in adulthood. They concur with results from other studies that used different definitions of childhood conduct problems (Fulwiler & Ruthazer, 1999; Rice & Harris, 1995; Tengström, Hodgins, Grann, Långström & Kullgren, 2004).

Both in the general population (Moffitt & Caspi, 2001) and among people with schizophrenia, not surprisingly, Conduct Disorder is a precursor of aggressive behaviour, as well as violent crime. The MacArthur Community Violence Instrument (Steadman et al, 1998) has been used in three studies to assess aggressive behaviour among people with schizophrenia and its association with Conduct Disorder. In the UK sample of severely mentally ill men and women in their late thirties described above, we found that after controlling for age, sex, and current substance misuse, Conduct Disorder diagnosis prior to age 15 was associated with an increased odds of aggressive behaviour towards others in the previous six months (odds ratio 2.66, 1.24-5.68), as was each Conduct Disorder symptom (odds ratio 1.29, 1.11-1.50) (Hodgins et al., 2008).

The 248 men with schizophrenia described above, were studied for 24 months following discharge from hospital (Hodgins, et al, 2005). They and an informant were interviewed at six-month intervals to document aggressive behaviour. Conduct Disorder was associated with an increased risk of aggressive behaviour (odds ratio 2.39, 1.18-4.83) that remained after controlling for current substance misuse and life-time diagnoses of alcohol abuse/dependence, but fell below significance after controlling for life-time drug abuse/dependence diagnoses. Each Conduct Disorder symptom present prior to age 15 was associated with an increase in the risk of engaging in aggressive behaviour towards others after controlling for current and past substance misuse (odds ratio 1.23, 1.09-1.40). We also undertook analyses with this sample to further investigate the role of psychotic symptoms in four six-month periods when patients were living in the community. Symptoms were

measured at the beginning of each six-month period and at the end of the period both collateral informants and patients reported on aggressive behaviour that had occurred in the previous six months. We assessed positive and negative symptoms of psychosis, three paranoid symptoms, as well as depression and anxiety, and changes in levels of these symptoms. In regression models, we first entered the presence or absence of Antisocial Personality Disorder (APD) (the adult diagnosis that requires the presence of Conduct Disorder prior to age 15), then current substance misuse measured both by selfreport and hair and urine analyses, and then the symptoms and changes in symptoms. In the final model, the risk of aggressive behaviour was increased six times by a diagnosis of APD, and one and one-half times by the number of clinically relevant positive symptoms, by the change in the level of positive symptoms, and by the presence of anxiety (Hodgins, 2008).

Similar findings emerged from analyses of baseline data collected for a large trial of medications in the US. While this study used the same instrument to assess aggressive behaviour as did our studies, unlike our study described above symptoms were not measured prospectively but at the same time as the aggressive behaviour. More than two or more Conduct Disorder symptoms were found to be associated with aggressive behaviour in the previous six months after controlling for numerous other factors, and, as in our studies, there was no association with substance misuse after taking account of childhood conduct problems. While positive symptoms and depression were positively associated with life-threatening violence, negative symptoms were protective. A combination of above median scores for positive symptoms and below median scores for negative symptoms was associated with a three fold increase in risk of life-threatening violence (Swanson, Swartz, Van Dorn, Elbogen, Wagner, Rosenbeck, et al., 2006).

Thus, the accumulated evidence indicates that Conduct Disorder is a precursor of schizophrenia in a minority of cases, that Conduct Disorder is more common among individuals who develop schizophrenia than in the general population, and that among adults with schizophrenia, a diagnosis of Conduct Disorder and the number of Conduct Disorder symptoms present prior to age 15 are associated with violent behaviour through adulthood. While some studies do show that positive symptoms are associated with aggressive behaviour even after taking account of Conduct Disorder, the existing evidence indicates that those with Conduct Disorder are not distinguished from other patients with schizophrenia by symptom profiles (Moran & Hodgins, 2004). Based on a comparison of the results of a small number of studies, the strength of the association between Conduct Disorder in childhood and violence in adulthood appears to be similar among individuals who develop schizophrenia (Hodgins, et al., 2005; Hodgins et al., 2008; Swanson et al. 2006) as it is among those who do not (Loeber, Pardini, Homish, Wei, Crawford, Farrington, et al., 2005; Simonoff, Elander, Holmshaw, Pickles, Murray, & Rutter, 2004). In addition, the number of Conduct Disorder symptoms prior to age 15 is linearly associated with the development of Antisocial Personality Disorder in adulthood among persons with schizophrenia, as it is in the general population (Robins et al., 1991).

There is little prospective research on individuals who present conduct problems in childhood and who subsequently develop schizophrenia. The lack of prospectively collected data is not surprising given the challenge of identifying the very small number of individuals with conduct problems many years before they develop schizophrenia. An important finding has emerged from the prospective longitudinal investigation of a birth cohort in Dunedin, New Zealand. As previously noted, and consistent with other epidemiological evidence, the risk of violence was elevated among cohort members who developed schizophreniform disorder by age 26. This association was partially explained by the presence of both aggressive behaviour at ages 7, 9, and 11 and psychotic-like experiences at age 11 (Arseneault, Cannon, Murray, Poulton, Caspi, & Moffitt, 2003). Most other relevant findings on the childhood characteristics of individuals with conduct problems who develop schizophrenia derive from studies of clinical samples of adults in which data on childhood is collected retrospectively from multiple sources, some objective – school, social service, and juvenile justice records, and some

subjective – reports from patients, parents, older siblings. For example, in our sample of 248 men with schizophrenia, we compared those with and without Conduct Disorder prior to age 15. More of those with, than without, Conduct Disorder obtained lower than average marks in elementary school, failed to graduate from secondary school, and prior to age 18 abused substances, experienced physical abuse, and were institutionalised (Hodgins et al., 2005). The results of other similar studies concur (Fulwiler et al., 1997; Schanda, Födes, Topitz, & Knecht, 1992; Tengström et al., 2001).

A recent study suggests one reason for the elevated rates of Conduct Disorder among people with schizophrenia. There is a great deal of evidence showing that children with Conduct Disorder are exposed earlier and begin abusing drugs earlier than other children (Robins & McEvoy, 1999). Heavy use of cannabis in adolescence, especially in early adolescence, is associated with an increased risk of subsequently developing psychosis (Arseneault, Cannon, Witton, & Murray, 2004; Henquet, Murray, Linszen, & Van Os, 2005; Moore, Zammit, Loingford-Jughes, Barnes, Jones, Burke, et al., 2007; Zammit, Allebeck, Andreasson, Lundberg, & Kewis, 2002). In a sample of individuals experiencing their first episode of psychosis, we observed that the number of Conduct Disorder symptoms prior to age 15 was associated with lifetime cannabis use and with use of cannabis prior to age 14 (Malcolm, Picchioni, DiForti, Cooke, Joseph, McQueen, et al., under review). These results suggest that Conduct Disorder increases the risk of early use of cannabis which in turn increases the risk of schizophrenia.

We and others (Joyal, Hallé, Hodgins & Lapierre, 2003; Stirling, Lewis, Hopkins, & White, 2005) have proposed that among men with schizophrenia, those with a childhood history of conduct problems display fewer brain abnormalities than those without a history of antisocial behaviour. This proposition is based on evidence from studies that compare violent and non-violent patients with schizophrenia - only a few of which distinguish patients with a history of conduct problems in childhood (for a review see Naudts & Hodgins, 2006a), and from studies that compare patients with schizophrenia with and without co-occurring substance misuse disorders (for a review, see Potvin, Joyal, Pelletier & Stip, 2008). Results suggest that among patients with schizophrenia, those who present conduct problems from childhood onwards perform better on tests tapping specific executive functions (Wisconsin Card Sorting Test, Trail Making Test, WAIS, Trigram Test, Control Oral Word Association Test), more poorly on assessments of orbito-frontal functions, show fewer neurological soft signs, display larger reductions in volume of the amygdala, more structural abnormalities in the orbito-frontal system, more abnormalities of white matter in the amygdala-orbitofrontal system, and smaller reductions of the hippocampus. Thus, the sub-group of offenders with schizophrenia who have a childhood history of conduct problems may be distinguished by better executive functioning, more verbal skills, and greater impulsivity than other men with schizophrenia. This evidence, however, derives from studies that examined small, poorly characterised samples, and that used definitions of violence and measures of brain function and structure that varied markedly. There is only one fMRI study that has examined men with schizophrenia and compared those with and without CD (Joyal, Putkonen, Mancini-Marle, Hodgins, Kononen, Boulay, et al. 2007). The results of this investigation concur with the conclusions of the literature review in showing dysfunction in the orbital prefrontal cortex among those with prior CD. Dysfunction in this brain region has been associated with antisocial behaviour, and specifically with impaired inhibition, attention, and lower-order executive functions (Damasio, 2000). A recent study reported that patients with schizophrenia and substance misuse, as compared to those with schizophrenia, showed significant volume decreases in the anterior cingulate, frontopolar and superior parietal regions. Additionally, they showed an increased non-planning impulsivity that was negatively related to grey matter volumes in the anterior cingulate and frontopolar regions (Schiffer, Müller, Scherbaum, Forsting, Wiltfang, Leygraf, & Gizewski, 2010). Thus, cognitive impairment - a core feature of schizophrenia that strongly impacts on psychosocial

functioning – may distinguish individuals who display an early onset and stable pattern of antisocial behaviour from others with the illness.

Children with conduct problems present marked abnormalities in the recognition of emotions in the faces of others. (Dadds, Perry, Hawes, Merz, Riddell, Haines, et al., 2006; Frick & Marsee, 2006). Adults with schizophrenia display deficits in the recognition of emotions in the faces of others (Schneider, Gur, Koch, Backes, Amunts, Shah, et al., 2006) that are present at illness onset and in the prodromal phase (Addington, Penn, Woods, Addington, & Perkins, 2008). Studies have also shown that the deficit characterises many of their healthy siblings leading to the suggestion that it may signal the presence of one or more susceptibility genes for schizophrenia (Bediou, Asri, Brunelin, Krolak-Salmon, D'amanto, Saoud, et al., 2007). If such a deficit were present in childhood, it might contribute to conduct problems. For example, the failure to recognize anger in the face of adults would deprive the child of information that their behaviour was inappropriate, the failure to recognize fear in others would be associated with a lack of empathy and understanding of others (Blair et al., 2006), and a general failure to recognize emotions would be associated with problems with peers (d'Acremont & Van der Linden, 2007). Longitudinal prospective investigations suggest that children vulnerable for schizophrenia display motor delays, neurological signs, receptive language deficits, and lower than average IQ scores (Cannon, et al., 2002; Cannon & Clarke, 2005; Laurens, Hodgins, Maughan, Murray, Rutter, & Taylor., 2007). These characteristics may limit learning not to be aggressive that occurs from toddlerhood through middle childhood (Broidy, Tremblay, Brame, Fergusson, Horwood, Moffitt, et al., 2003).

### **Type II offenders with schizophrenia**

Type II offenders with schizophrenia present no history of antisocial or aggressive behaviour prior to illness onset. Thereafter, they repeatedly engage in aggressive behaviour towards others. Such a pattern of aggressive behaviour that onsets in adulthood is very rare, as almost all persistently violent offenders have a long history of antisocial and aggressive behaviour stretching back into childhood (Loeber, et al., 2005; Moffitt, 2006). When a pattern of aggressive behaviour onsets in adulthood, it is usually associated with some form of brain disorder (see for example, Hodgins, Mednick, Brennan, Schulsinger & Engberg 1996). In the sample of 248 men with schizophrenia that we recruited from forensic and general psychiatric hospitals, we compared the offenders who did not have a childhood history of antisocial behaviour, that is our Types II and III, with those who did, our Type I. Those without antisocial behaviour prior to illness onset, compared to those with prior Conduct Disorder included similar proportions with at least one conviction for a violent crime, but, on average, they had acquired fewer convictions for violent crimes and many fewer convictions for non-violent crimes. Importantly, however, a greater proportion of patients with no antisocial behaviour prior to illness onset, had been convicted for a homicide (23.9%) as compared to patients with prior Conduct Disorder (10.4%) ( $X^2(N = 186) = 3.99, p = .046$ ). As would be expected, patients with no history of antisocial behaviour prior to illness onset were significantly older at first conviction for a violent crime than were those with prior Conduct Disorder.

There are few studies of patients with schizophrenia, no history of antisocial behaviour prior to illness onset, who repeatedly engage in aggressive behaviour towards others. Some evidence (Mueser et al., 1999; Mueser et al., 2006) suggests that they may be particularly vulnerable to illicit drug use, and that drug use may be directly associated with their violent behaviour. In the study described above, we found no differences in the prevalence of lifetime diagnoses of alcohol abuse and/or dependence or drug abuse and/or dependence among patients with and without antisocial behaviour prior to illness onset. Similarly, in our study of the UK inpatient sample, we found no difference in levels of substance misuse between those with and without a Conduct Disorder prior to age 15. Although half of the patients in this study presented a substance misuse problem, in the subsequent two years, 3% of the men and 5% of the women received a treatment targeting this problem. Yet, there



are effective treatments for substance misuse among persons with schizophrenia (Green, Drake, Brunette, & Noordsy 2007). Drug use by patients with schizophrenia puts them at risk for violence in several different ways. With impaired social cognition, such patients make contact with antisocial offenders who congregate in high crime areas with high levels of violence in order to purchase illicit drugs and use their limited financial resources that may subsequently impact on nutrition. The use of either alcohol and/or illicit drugs further contributes to limiting their psychosocial functioning generally and to increasing their cognitive impairments. It usually also limits their engagement with services and their compliance with medication. Further, the consequences of different substances on an already malfunctioning brain, and most specifically on the fragile dopaminergic and serotonergic systems, may lower the threshold for engaging in aggressive behaviour. Understanding of the links between substance misuse and violence among persons with schizophrenia with no history of antisocial behaviour prior to illness onset is a priority for future research.

While substance use by persons with schizophrenia has attracted a great deal of attention, no studies to our knowledge have examined the links between the progressive brain changes that characterise the illness and aggressive behaviour. Further, studies have not been undertaken to understand if individual reactions to these brain changes, and/or to illness onset, are linked to violence. Patients with schizophrenia who repeatedly engage in aggressive behaviour in the absence of a prior history of such behaviour represent a distinct sub-group. Further research is needed to identify the processes leading to the aggressive behaviour and treatments to end it.

### **Type III offenders with schizophrenia**

These are usually men in their late thirties with chronic schizophrenia and no history of antisocial or aggressive behaviour who kill, or try to kill, someone, often a care-giver. Among men with schizophrenia, the number of convictions for violent offences decreases with the age at first conviction (Hodgins, 2004). But, this is not true of homicide. Homicides are often committed by patients with schizophrenia who have no history of violence or of antisocial behaviour (Beaudoin, Hodgins, & Lavoie, 1993; Erb et al., 2001). We know of only one study that has examined this type of offender. It was based on the large amount of research showing that callousness is associated with aggressive behaviour. Using the sample of 248 men with schizophrenia described above, we found that clinical ratings of Deficient Affective Experience (shallow affect, callousness, lack of remorse, a failure to accept responsibility for one's own actions) was associated with violent offending and with negative symptoms, but not with Conduct Disorder or substance misuse (Sunak, 2006). Similarly, in a study of persistently aggressive inpatients, three distinct groups were identified, one of which was characterised by a lack of remorse (Nolan, Czobor, Roy, Platt, Shope, Citrome, et al., 2003). We hypothesise that among patients with schizophrenia, Deficient Affective Experience may be a state that fluctuates as do psychotic symptoms, and that when present it increases the vulnerability for aggressive behaviour towards others.

### **Implications for treatment**

During an acute episode of psychosis people with schizophrenia are at elevated risk to engage in aggressive behaviour towards others. As antipsychotic medication reduces positive psychotic symptoms, aggressive behaviour is also reduced. Once an acute episode has resolved treatment limited to medication is insufficient to reduce aggressive behavior, especially among patients who have a childhood history of Conduct Disorder (Swanson, Swartz, Van Dorn, Elbogen, Volavka, Monahan, Stroup, et al., 2008). For example, a study of intensive case management that provided medication coupled with support was not associated with a reduction in assaultive behaviour (Walsh et al., 2001). Similarly, Assertive Community Teams focused on reducing hospitalizations are not effective in reducing

incarcération (Bond, Drake, Mueser, & Latimer, 2001; Caslyn, Yonker, Lemming, Morse, & Klinkenberg, 2005).

As the acute episode resolves, it is essential to: (1) assess the risk of aggressive behaviour towards others so as to provide supervision appropriate to the level of risk; and (2) identify the individual dynamic factors that are associated with the patient's aggressive behaviour that can be targeted with specific interventions. In some countries, for example the United Kingdom, in 2007 the Department of Health issued guidelines on best practice in managing the risk of violence in patients. In 2008, these guidelines were strongly endorsed by the Royal College of Psychiatrists (*Rethinking Risk to Others in Mental Health Services*, CR150, 2008) and deemed relevant to all mental health services. The guidelines indicate that the goal of risk assessment is violence prevention, not prediction. Further, they recommend the use of structured professional judgement tools such as the Historical-Clinical-Risk 20 (HCR-20) (Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997) to assess and to manage the risk of violence (as described in the *HCR-20 Management Guide*, Douglas, Webster, Hart, Eaves & Ogloff, 2001). While all of the items included in this instrument have been shown to be associated with aggressive behaviour, half of the items, those included in the clinical (C) and risk (R) scales, change over time and therefore can be targeted by interventions in an effort to reduce the future risk of aggressive behaviour. Reassessing the C and R items at regular intervals is recommended in order to adjust treatments to the dynamic factors that lead to aggressive behaviour. The HCR-20 is widely used, has been translated in many languages, and has been shown to be valid, that is to accurately assess the future risk of aggressive behaviour (Douglas & Reeves, 2010).

When treatment focuses simultaneously on the psychosis and the antisocial behavior, reductions in antisocial behaviors, as well as symptoms, are evident. For example, care by Forensic Assertive Community Teams has been shown to reduce both rehospitalizations, and arrests and time in jail (Cuddeback, Morrissey, & Cusack, 2008). A direct comparison of outcomes two years after discharge from forensic and civil inpatient wards of men with schizophrenia, showed lower rates of both symptoms and aggressive behavior among those discharged from the forensic hospitals (Hodgins, Müller-Isberner, Tiihonen, Repo-Tiihonen, Eronen, Eaves, et al., 2007). Further studies are needed to refine understanding of the treatment components that are necessary for successful reduction of symptoms of both psychosis and depression, distress, and antisocial behaviors.

More than 50 controlled studies have established the advantages of integrating treatments for patients with severe mental illness and substance misuse (Green, Drake, Brunette, & Noordsy, 2007). Effective programmes for reducing substance misuse are available (Green, Drake, Brunette, & Noordsy, 2007). These programmes, however, would not be expected to reduce aggressive behaviour among patients with a history of conduct problems since childhood.

The major challenge of reducing antisocial and aggressive behaviour among patients with schizophrenia, and especially among those who have a childhood history of conduct problems, is motivating them to participate in learning-based treatments designed to reduce antisocial behaviour. Such treatments have been shown to reduce aggressive behaviour, anger, and criminal recidivism among non-mentally ill persons (McGuire, 2009). Among patients with schizophrenia and a history of offending, a pilot study of one such programme with patients in a forensic hospital obtained positive results (Clarke, Cullen, Walwyn, & Fahy T, (2010) as did a study within a prison (Ashford, Wong & Sternbach, 2008). By contrast, a trial of a similar treatment programme offered to patients with schizophrenia and a history of aggressive behaviour and criminal offending who were living in the community failed. These patients were being cared for by general psychiatric services. They participated in monthly research interviews that focused on aggressive behaviour and substance misuse, and provided saliva samples for drug testing, but refused to attend a cognitive-behavioural treatment programme aimed at reducing antisocial attitudes, ways of thinking, and behaviour.

Interestingly, the patients were paid for completing the research interviews but not for participation in treatment (Hodgins, Carlin, Moorehouse, Legge, & Khalid, in press). Community care orders coupled with adequate treatment have been associated with reductions in aggressive behavior of patients living in the community (Swartz & Swanson, 2004). In New York state, assisted outpatient treatment (AOT) is a legal mechanism that mandates treatment for individuals with serious mental illness who are unlikely to live safely in the community without supervision and who are also unlikely to voluntarily participate in treatment. Under an alternative arrangement, some individuals for whom an AOT order is pursued sign a voluntary service agreement in lieu of a formal court order. A recent study showed that arrest rates were significantly reduced among patients with a legal AOT, but not among those who signed a voluntary agreement to participate in treatment (Gilbert, Moser, Van Dorn, Swanson, Wilder, Robbins et al., 2010). Thus, it may be that court orders are necessary to ensure participation in learning-based treatments aimed at reducing aggressive behaviour and increasing pro-social skills of patients with schizophrenia and a history of antisocial behaviour who are living in the community.

In a sample of treatment resistant patients with schizophrenia, a history of arrest was found to be associated with poor recognition of emotions, most particularly fearful faces, after adjusting for age, education, duration of illness, and symptom severity. The number of arrests for violent crimes was associated with the misinterpretation of emotions such as fear or sadness in faces, while aggressive behaviour was associated with misinterpretation of emotion faces as angry (Weiss, Kohler, Nolan, Czobor, Volavka, Platt, et al., 2006). In a trial of a treatment called "Training of Affect Recognition" (TAR), prior to treatment there was a significant negative correlation between scores on the Benton Face Recognition test and on the HCR-20, indicating that the poorer the recognition of emotions in faces the higher the risk of aggressive behaviour. After treatment, recognition of emotions in faces improved significantly and HCR-20 scores decreased (Frommann, Brandt, Schwarze, Schmidbauer, & Wölwer, 2009).

### **Implications of current knowledge about schizophrenia and violence for clinical practice**

- The available evidence indicates that schizophrenia is associated with an increased risk for non-violent and violent crime and for aggressive behaviour towards others.
- Significant numbers of persons with schizophrenia, and who are developing schizophrenia, engage in aggressive behaviour towards others and/or criminal activity. Consequently, both inpatient and outpatient psychiatric services treat significant numbers of patients who present a history of aggressive behaviour and/or criminality and a high risk of such behaviour in the future.
- Acute psychosis is associated with aggressive behaviour. Treatment with antipsychotic medications will reduce aggressive behaviour as positive psychotic symptoms subside.
- Once positive psychotic symptoms are reduced, antipsychotic medications remain necessary to combat positive psychotic symptoms, but these medications are insufficient to reduce aggressive behaviour. Once the acute episode is resolved, it is necessary to assess the risk of future violent behaviour. Valid instruments such as the HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997) estimate the risk of future violent behaviour, and importantly, identify individual factors that promote violent behaviour. These factors can be targeted by treatment to reduce the risk of violence.
- In order to reduce aggressive behaviour, treatments that have been shown to be effective are available as are treatments that effectively reduce substance misuse.

- Reducing substance misuse may not be sufficient to reduce aggressive behaviour especially among patients who have a childhood history of conduct problems.
- Patients' aggressive behaviour is associated with physical victimisation which potentially may impact symptoms.
- Offenders with schizophrenia, and persons with schizophrenia who engage in aggressive behaviour towards others when not experiencing an acute episode of psychosis, constitute a heterogeneous population. The largest group is those who presented Conduct Disorder in childhood and adolescence and who continue to engage in non-violent and violent criminality through adulthood. The second group includes individuals with no childhood/adolescent history of antisocial behaviour who begin engaging in aggressive behaviour towards others as schizophrenia onsets and then continue to display aggressive behaviour. The third and smallest group have no history of antisocial or aggressive behaviour, but after many years of illness they engage in serious violence towards others. These sub-groups of patients require different treatments, and research suggests that the mechanisms that initiate and maintain the aggressive behaviour differ.

### **Acknowledgements**

I would like to thank my many collaborators from around the world who contributed to the studies reported here. I would also like to thank many patients and families who gave generously of their time to provide us with data.

The author acknowledges financial support from the European Union, agencies in Canada, Finland, Germany, and Sweden, the Trustees and R&D funds of the South London and Maudsley NHS Foundation Trust, and the Department of Health via the National Institute for Health Research (NIHR) Specialist Biomedical Research Centre for Mental Health award to South London and Maudsley NHS Foundation Trust (SLaM) and the Institute of Psychiatry at King's College London.

## Références bibliographiques

- Addington, J., Penn, D., Woods, S.W., Addington, D., & Perkins, D.O. (2008). Facial affect recognition in individuals at clinical high risk for psychosis. *British Journal of Psychiatry* 192:67-68.
- Alden, A., Brennan, P., Hodgins, S., & Mednick, S. (2007). Psychotic disorders and sex offending in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry* 64(11):1251-1258
- Appelbaum, P.S., Robbins, P.C., & Monahan, J. (2000). Violence and delusions: Data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *American Journal of Psychiatry* 157:566-572.
- Arseneault, L., Cannon, M., Murray, R., Poulton, R., Caspi, A., & Moffitt, T.E. (2003). Childhood origins of violent behaviour in adults with schizophreniform disorder. *British Journal of Psychiatry* 183:520-525.
- Arseneault, L., Cannon, M., Poulton, R., 2002. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *British Medical Journal* 325: 1212–13.
- Arseneault, L., Cannon, M., Witton, J., & Murray, R. (2004). Causal association between cannabis and psychosis: Examination of the evidence. *British Journal of Psychiatry*, 184:110-117.
- Arseneault, L., Moffitt, T.E., Caspi, A., Taylor, P.J., & Silva, P.A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: Results from the Dunedin Study. *Archives of General Psychiatry* 57(10):979-986.
- Ashford, J., Wong, K.W., & Sternbach, K.O. (2008). Generic correctional programming for mentally ill offenders: A Pilot Study. *Criminal Justice and Behavior* 35(4), 457-473.
- Beaudoin, M. N., Hodgins, S., & Lavoie, F. (1993). Homicide, schizophrenia, and substance abuse or dependency. *Canadian Journal of Psychiatry* 38:541-546.
- Bediou, B., Asri, F., Brunelin, J., Krolak-Salmon, P., D'amato, T., Saoud, M., & Tazi, I. (2007). Emotion recognition and genetic vulnerability to schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 191:126-130.
- Bernstein, D.P., Cohen, P., Skodol, A., Bezirgian, S., & Brook, J.S. (1996). Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 153:907-913.
- Björkly, S. (2002a). Psychotic symptoms and violence towards others – A literature review of some preliminary findings: Part 1. Delusions. *Aggression and Violent Behavior*, 7:617- 631.
- Björkly, S. (2002b). Psychotic symptoms and violence towards others – A literature review of some preliminary findings: Part 2. Hallucinations. *Aggression and Violent Behavior*, 7:605-615.
- Blair, R.J.R., Peschardt, K.S., Budhani, S., Mitchell, D.G.V., & Pine, D.S. (2006). The development of psychopathy. *Journal of Child Psychiatry and Psychology* 47(3/4):262-275
- Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T., Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness: critical ingredients and impact on patients. *Disease Management Health Outcomes* 9:141–59.
- Bowie, C. R., Reichenberg, A., Patterson, T. L., Heaton, R. K., & Harvey, P. D. (2006). Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. *American Journal of Psychiatry* 163(3):418-425.
- Brennan, P., Mednick, S. A., & Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry* 57:494-500.
- Broidy, L.M., Tremblay, R.E., Brame, B., Fergusson, D., Horwood, J.L., Moffitt, T.E., Nagin, D.S., Bates, J.E., Dodge, K.A., Loeber, R., Lynam, D.R., Pettit, G.S., & Vitaro, F. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: A six-site, cross-national study. *Development and Psychopathology* 39(2):222-245.
- Cannon, M., Caspi, A., Moffitt, T.E., Harrington, H., Taylor, A., Murray, R.M., & Poulton, R. (2002). Evidence for early-childhood, pan-developmental impairment: Specific to Schizophreniform Disorder. *Archives of General Psychiatry* 59:449-456.
- Cannon, M., & Clarke, M.C. (2005). Risk for schizophrenia — broadening the concepts, pushing back the boundaries. *Schizophr Res* 79(1): 5-13
- Cannon, M., Jones, P.B., & Murray, R.M. (2002). Obstetric Complications and

Schizophrenia: Historical and Meta-Analytic Review. *Am J Psychiatry* 159(7):1080-1092

Caslyn, R.J., Yonker, B.D., Lemming, M.R., Morse, G.A., & Klinkenberg, W.D. (2005). Impact of assertive community treatment and client characteristics on criminal justice outcomes in dual disorder homeless individuals. *Criminal Behaviour and Mental Health* 15:236–48.

Clark, T., & Rowe, R. (2006). Violence, stigma and psychiatric diagnosis: the effects of a history of violence on psychiatric diagnosis. *Psychiatric Bulletin* 30:254-256.

Clarke AY, Cullen AE, Walwyn R, Fahy T. (2010). A pilot controlled trial of the Reasoning and Rehabilitation programme with mentally disordered offenders. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*. 21(4): 490-500.

Coid, B., Lewis, S.W., & Reveley, A.M. (1993). A twin study of psychosis and criminality. *Br J Psychiatry* 162: 87-92.

Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., & Meltzer, H. (2005). Stigmatisation of people with mental illnesses: a follow-up study within the changing minds campaign of the Royal college of Psychiatrists. *World Psychiatry* 4(2):106-113.

Crocker, A.G., Mueser, K.T., Drake, R.E., Clark, R.E., McHugo, G.J., Ackerson, T.H., & Alterman, A.I. (2005). Antisocial personality, psychopathy, and violence in persons with dual disorders. *Criminal Justice and Behavior* 32(4):452-476.

Cuddeback, G.S., Morrissey, J.P., & Cusack, K.J. (2008). How many forensic assertive community treatment teams do we need? *Psychiatric Services* 59(2):205–8.

d'Acremont, M., & Van der Linden, M. (2007). Memory for angry faces, impulsivity, and problematic behavior in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology* 35(2):313-24.

Dadds, M.R., Perry, Y., Hawes, D.J., Merz, S., Riddell, A.C., Haines, D.J., Solak, E., &

Abeygunawardane, A.I. (2006) Attention to the eyes reverses fear-recognition deficits in child psychopathy. *British Journal of Psychiatry* 189:280-281.

Damasio, A.R. (2000). A neural basis for sociopathy. *Archives of General Psychiatry* 57(2):128-129.

Davies, N. (2004a, December 6). Scandal of society's misfits dumped in jail. *The Guardian*.

Davies, N. (2004b, December 7). Trapped in a cycle of self-harm and despair for want of a psychiatric bed. *The Guardian*.

Davies, N. (2004c, December 8). Wasted lives of the young let down by jail system. *The Guardian*.

Dean, K., Walsh, E., Moran, P., Tyler, P., Creed, F., Byford, S., Burns, T., Murray, R., & Fahy, T. (2006). Violence in women with psychosis in the community: prospective study. *British Journal of Psychiatry* 188:264-270.

Department of Health, United Kingdom. (2007). Best Practice in Managing Risk: Principles and Evidence for Best Practice in the Assessment and Management of Risk to Self and Others in Mental Health Services.

Douglas, K.S. & Reeves, K.A. (2010). Historical-Clinical-Risk Management 20 (HCR\_20) Violence Risk Assessment Scheme: Rationale, application, and empirical overview. In R.K. Otto & K.S. Douglas (Eds.) *Handbook of Violence Risk Assessment*. (pp. 147-185). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.

Douglas, K., Webster, C.D., Hart, S.D., Eaves, D & Ogloff, J.R.P. (2001). *The HCR-20 Companion Guide to Management*. Vancouver, Canada: Simon Fraser University, Mental Health, Law, and Policy Institute.

Erb, M., Hodgins, S., Freese, R., Müller-Isberner, R., & Jöckel, D. (2001). Homicide and schizophrenia: Maybe treatment does have a preventive effect. *Criminal Behaviour and Mental Health* 11(1):6-26.

Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 259:545-550.

Fazel, S., Grann, M., Carlström, E., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2009). Risk factors for violent crime in schizophrenia: a national cohort study of 13,806 patients. *Journal of Clinical Psychiatry* 70(3):362-9.

Ferdinand, R.F., & Verhulst, F.C. (1995). Psychopathology from adolescence into young adulthood: an 8-year follow-up study *American Journal of Psychiatry* 152:1586-1594.

Frick, P. J., & Marsee, M. A. (2006). Psychopathy and developmental pathways to antisocial behavior in youth. In *Handbook of Psychopathy*. (Ed. C. J. Patrick), (pp 353-374). New York: Guilford Press.

Frommann, M., Brandt, N., Schwarze, C., Schmidbauer, W., & Wölwer, W. (2009). Affect recognition impairments and violence in

schizophrenia: A first application of the Training of Affect Recognition (TAR) to offenders suffering from schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* P-07-005, S87.

Fulwiler, C., Grossman, H., Forbes, C., & Ruthazer, R. (1997). Early-onset substance abuse and community violence by outpatients with chronic mental illness. *Psychiatric Services* 48:1181-1185.

Fulwiler, C., & Ruthazer, R. (1999). Premorbid risk factors for violence in adult mental illness. *Comprehensive Psychiatry* 40(2):96-100.

Gilbert, A. R., Moser, L.L., Van Dorn, R.A., Wilder, C.M., Robbins, P.C., Keator, B.A., Steadman, H.J., & Swartz, M.S. (2010). Reductions in Arrest Under Assisted Outpatient Treatment in New York. *Psychiatric Services* 61:996–999.

Gosden, N. P., Kramp, P., Gabrielsen, G., Andersen, T. F., & Sestoft, D. (2005). Violence of young criminals predicts schizophrenia: a 9-year register-based followup of 15- to 19-year-old criminals. *Schizophrenia Bulletin* 31(3):759-768

Green, A.I., Drake, R.E., Brunette, M.F., & Noordsy, D.L. (2007) Schizophrenia and cooccurring substance use disorder. *American Journal of Psychiatry* 164:402-408.

Green, E.K., Raybould, R., Macgregor, S., Gordon-Smith, K., Heron, J., Hyde, S., Grozeva, D., Hamshere, M., Williams, N., Owen, M.J., O'Donovan, M.C., Jones, L., Jones, I., Korov, G., & Craddock, N. (2005). Operation of the schizophrenia susceptibility gene, neuregulin 1, across traditional diagnostic boundaries to increase risk for bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry* 62:642-648.

Green, H., McGinnity, A., Meltzer, H., Ford, T., & Goodman, R. (2004). Mental health of children and young people in Great Britain 2004. Office for National Statistics.

Henquet, C., Murray, R. M., Linszen, D., van Os J. (2005). The environment and schizophrenia: the role of cannabis use. *Schizophrenia Bulletin* 31:608–12.

Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency and crime: evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry* 49:476-483.

Hodgins, S. (1998). Epidemiological investigations of the associations between major mental disorders and crime:

methodological limitations and validity of the conclusions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(1):9-37.

Hodgins, S. (2004). Criminal and antisocial behaviours and schizophrenia: a neglected topic. In *Search for the Causes of Schizophrenia*. Vol V. (Eds W. F. Gattaz & H. Häfner) (pp 315-341). Darmstadt, Germany: Steinkopff Verlag.

Hodgins, S. (2008). Criminality among persons with severe mental illness. In *Handbook of Forensic Mental Health*. (Eds K. Soothill, P Rogers, & M. Dolan ) (pp 400-423). Devon, UK & Oregon USA: Willan Publishing.

Hodgins, S., Alderton, J., Cree, A., Aboud, A., & Mak, T. (2007). Aggressive behaviour, victimisation, and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation. *British Journal of Psychiatry* 191:343-350.

Hodgins, S., Carlin, P., Moorehouse, R. Legge, C. & Khalid, F. (in press). Reducing antisocial behaviour among patients with severe mental illness living in the community: A feasibility study of the Reasoning and Rehabilitation Programme. Letter to the Editor, *Criminal Behaviour and Mental Health*.

Hodgins, S., Calem, M., Shimel, R., Williams, A., Harleston, D., Morgan, C. et al. (in press). Criminal offending and distinguishing features of offenders among persons experiencing a first episode of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*.

Hodgins, S., & Côté, G. (1993). Major mental disorder and APD: A criminal combination. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 21:155-160.

Hodgins, S., Côté, G., & Toupin, J. (1998). Major mental disorders and crime: An etiological hypothesis. In *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society*. (Eds D. Cooke, A. Forth & R. D. Hare) (pp. 231-256). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Hodgins, S., Cree, A., Alderton, J., & Mak, T. (2008). From conduct disorder to severe mental illness: Associations with aggressive behaviour, crime and victimisation. *Psychological Medicine* 38:975-987.

Hodgins S., Hiscoke, U. L., & Freese, R. (2003). The antecedents of aggressive behaviour among men with schizophrenia: A prospective investigation of patients in community treatment. *Behavioral Sciences and the Law* 21:523-546.

- Hodgins, S., & Janson, C.G. (2002). *Criminality and violence among the mentally disordered: The Stockholm Metropolitan Project*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Hodgins, S., Larsson, G., & Larm, P. (in preparation). Developing schizophrenia among adolescents with substance misuse problems.
- Hodgins, S., Lincoln, T., & Mak, T. (2009). Experience of victimisation and depression are associated with community functioning among men with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 44(6):448-57.
- Hodgins, S., Mednick, S. A., Brennan, P., Schulsinger, F., & Engberg, M. (1996). Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry* 53:489-496.
- Hodgins, S., & Müller-Isberner, R. (2004). Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. *British Journal of Psychiatry* 185:245-250.
- Hodgins, S., Müller-Isberner, R., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Eronen, M., Eaves, D., et al. (2007). A comparison of general and forensic patients with schizophrenia living in the community. *International Journal of Forensic Mental Health* 6(1):63-75.
- Hodgins, S. & Riaz, M. (2010). Violence and phases of illness: Differential risk and predictors. *European Psychiatry* doi 10.1016.
- Hodgins, S., Tiihonen, J., & Ross, D. (2005). The consequences of Conduct Disorder for males who develop schizophrenia: Associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophrenia Research* 78:323-335.
- Humphreys, M., Johnstone, E., & Macmillan, F. (1994) Offending among first episode schizophrenics. *Journal of Forensic Psychiatry* 5(1): 51-61.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T.E., Harrington, H.L., Milne, B.J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry* 60:709-717.
- Krakowski, M., & Czobor, P. (2004). Gender differences in violent behaviours: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *American Journal of Psychiatry* 161(3):459-465.
- Joyal, C., Hallé, P., Hodgins, S., & Lapierre, D. (2003). Letter to the Editor: Drug abuse and/or dependence and better neuropsychological performance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 63(3):297-299
- Joyal, C.C., Putkonen, A., Mancini-Mar\_e A., Hodgins, S., Kononen, M., Boulay, L., Pihlajamaki, M., Soininen, H., Stip, E., Tiihonen, J., & Aronen, H.J. (2007). Violent persons with schizophrenia and comorbid disorders: A functional magnetic resonance imaging study. *Schizophrenia Research* 91:97-102
- Laurens, K. R., Hodgins, S., Maughan, B., Murray, R. M., Rutter, M. L., & Taylor, E. A. (2007) Community screening for psychotic-like experiences and other putative antecedents of schizophrenia in children aged 9 – 12 years. *Schizophrenia Research* 90:130-146.
- Link, B.G., Cullen, F.T., Frank, J., & Wozniak, J.F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology* 92:1461-1500.
- Link, B.G., & Pelham, J.C. (2006). Stigma and its public health implications. *Lancet* 11:367(9509):528-529.
- Loeber, R., Pardini, D., Homish, D., Wei, E., Crawford, A., Farrington, D., Stouthamer-Loeber, M., Creemers, J., Koehler, S., & Rosenfeld. (2005). The prediction of violence and homicide in young men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73 (6):1074-1088.
- Malcolm, C., Picchioni, M., DiForti, M., Cooke, E., Joseph, C., McQueen, G., Paparelli, A., Stilo, S., Morgan, C., Murray, R., & Hodgins, S. (under review). The association between adolescent conduct disorder symptoms and cannabis use among individuals seeking treatment for a first episode of psychosis.
- McGuire, J. (2009). Reducing personal violence: risk factors and effective interventions. In *The Neurobiological Basis of Violence: Science and Rehabilitation*, Eds. S. Hodgins, E. Viding & A. Plodowski (eds). (pp 287-327). Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Modestin, J. & Ammann, R. (1996). Mental disorder and criminality: male schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 22(1): 69-82.
- Moffitt, T.E. (2006). Life-course-persistent versus adolescence-limited antisocial behaviour. In *Developmental Psychopathology Vol 3: Risk, disorder, and adaptation* (2<sup>nd</sup> ed.) D. Cicchetti and D. Cohen (Eds) (pp. 570-598). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.



- Moffitt, T.E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology* 13(2):355-375.
- Mojtabai, R. (2006). Psychotic-like experiences and interpersonal violence in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40:1-8.
- Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R.E., Jones, P.B., Burke, M., et al. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 370:319–28.
- Moran, P., & Hodgins, S. (2004). The correlates of co-morbid antisocial personality disorder in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 30(4):791-802.
- Mueser, K.T. & McGurk, S.R. (2004) Schizophrenia. *Lancet* 363:2063-2072.
- Mueser, K. T., Crocker, A. G., Frisman, L. B., Drake, R. E., Covell, N. H., & Essock, S.M. (2006). Conduct Disorder and antisocial personality disorder in persons with severe psychiatric and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin* 32(4):626-636.
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Drake, R. E., Miles, K. M., Wolford, G., Vidaver, R., & Carrieri, K. (1999). Conduct Disorder, antisocial personality disorder and substance use disorders in schizophrenia and major affective disorders. *Journal of Studies of Alcohol* 60:278-284.
- Munkner, R., Haastrop, S., Joergensen, T., & Kramp, P. (2003). The temporal relationship between schizophrenia and crime. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38: 347-53.
- Munkner, R., Haastrop, S., Joergensen, T., & Kramp, P. (2009). The association between psychopathology of first-episode psychosis patients within the schizophrenia spectrum and previous offending. *Nordic Journal of Psychiatry* 63(2): 124-31.
- Naudts, K.H., & Hodgins, S. (2006). Schizophrenia and violence. A search for neurobiological correlates. *Current Opinion in Psychiatry* 19:533-538
- Nock, M.K., Kazdin, A.E., Hiripi, E., & Kessler, R.C. (2006). Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV Conduct Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine* 36(5):699-710.
- Nolan, K.A., Czobor, P., Roy, B.B., Platt, M.M., Shope, C.B., Citrome, L.L., & Volavka, J. (2003). Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services* 54(7):1012-1016.
- Potvin, S., Joyal, C.C., Pelletier, J., & Stip, E. (in press). Contradictory cognitive capacities among substance-abusing patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Research* 100, 242–251.
- Poulton, R., Caspi, A., Moffitt, T.E., Cannon, M., Murray, R., & Harrington, H.L. (2000). Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: A 15-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry* 57(11):1053-1058
- Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., Turner, F., & Wiersma, D. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal* 330:123-6
- Rice, M. E., & Harris, G. T. (1995). Psychopathy, schizophrenia, alcohol abuse, and violent recidivism. *International Journal of Law and Psychiatry* 18:333-342.
- Robins, L. (1966). *Deviant children grown up*. Baltimore, USA: Williams and Williams
- Robins, L. N. (1993). Childhood conduct problems, adult psychopathology, and crime. In *Mental Disorder and Crime*. (Ed. S. Hodgins) (pp.173-207). Newbury Park, CA: Sage Publications Inc.
- Robins, L. N., McEvoy L. (1990). Conduct problems as predictors of substance abuse. In *Straight & Deviant Pathways from Childhood to Adulthood*. (Eds. L. N. Robins & M. Rutter) (pp. 182-204). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Robins, L.N., Tipp, J., & Przybeck, T. (1991). Antisocial personality. In *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study* (Eds. L. N. Robins & D. Regier) (pp. 258-290). New York, New York: Macmillan/Free Press.
- Royal College of Psychiatrists (June 2008) *Rethinking Risk to Others in Mental Health Services*. Final report of a scoping group, CR150. Royal College of psychiatrists.
- Schanda, H., Földes, P., Topitz, A., Fliedl, R., & Knecht, G. (1992). Premorbid adjustment of schizophrenic criminal offenders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 86:121-126.

- Schiffer, B., Müller, B.W., Scherbaum, N., Forsting, M., Wiltfang, J., Leygraf, N., & Gizewski, E.R. (2010). Impulsivity-related brain volume deficits in schizophrenia-addiction comorbidity. *Brain* 133: 3093–3103.
- Schneider, F., Gur, R.C., Koch, K., Backes, V., Amunts, K., Shah, J., Bilker, W., Gur, R.E., & Habel, U.I. (2006). Impairment in the specificity of emotion processing in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 163:442-447.
- Shug, R.A. & Raine, A., (2009) Comparative meta-analyses of neuropsychological functioning I antisocial schizophrenic persons. *Clinical Psychology Review* 29(3): 230-242.
- Silver, E., Arseneault, L., Langley, J., Caspi, A., & Moffitt, T.E. (2005) Mental disorder and violent victimization in a total birth cohort. *American Journal of Public Health* 95:2015-2021.
- Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J., Pickles, A., Murray, R. & Rutter, M., (2004). Predictors of antisocial personality. Continuities from childhood to adult life. *British Journal of Psychiatry* 184:118-127.
- Steadman, H. J., Mulvey, E. P., Monahan, J., Robbins P. C., Applebaum, P. S., Grisso, T., Roth, L. H., & Silver E. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry* 55:393-401.
- Stefanis, N.C., Hanssen, M., Smirnis, N.K., Avramopoulos, D.A., Evdokimidis, I.K., Stefanis, C.N., Verdoux, H., & Van Os, J. (2002). Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychological Medicine* 32:347-358.
- Steinert, T. (2002). Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106:133-141.
- Sunak, S. (2006). Deficient effective experience and violence in schizophrenia. MSc thesis, Department of Forensic Mental Health Science, Institute of Psychiatry, King's College London.
- Swanson, J.W., Swartz, M.S., Van Dorn, R.A., Elbogen, E.B., Wagner, H.R., Rosenbeck, R.A., Stroup, T.S., McEvoy, J.P., & Lieberman, J.A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 63(5):490-499.
- Swanson, J.W., Swartz, M.S., Van Dorn, R.A., Volavka, J., Monahan, J., Stroup, T.S., et al. (2008). Comparison of antipsychotic medication effects on reducing violence in people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 193:37-43.
- Swartz, M.S., Swanson, J.W. (2004). Involuntary outpatient commitment, community treatment orders and assisted outpatient treatment: what's in the data? *Canadian Journal of Psychiatry* 49:585-91.
- Tengström, A., Hodgins, S., Grann, M., Långström, N., & Kullgren, G. (2004). Schizophrenia and criminal offending: The role of psychopathy and substance misuse. *Criminal Justice and Behavior* 31(4):1-25.
- Tengström, A., Hodgins, S., & Kullgren, G. (2001). Men with schizophrenia who behave violently: the usefulness of an early versus late starters typology. *Schizophrenia Bulletin* 27:205-218.
- Teplin, L., McClelland, G.M., Abram, K.M., & Weiner, D.A.. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the National Crime Victimization Survey. *Archives of General Psychiatry* 62:911-21.
- Tiihonen, J., Isohanni, M., Rasanen, P., Koiranen, M., & Moring, J. (1997). Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1996 Northern Finland birth cohort. *American Journal of Psychiatry* 154(6):40-845.
- Wallace, C., Mullen, P.E., & Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry* 161(4):716-727.
- Walsh, E., & Fahy, T. (2002). Violence in society. *British Medical Journal* 325:507-508.
- Walsh, E., Gilvarry, C., Samele, C., Harvey, K., Manley, C., Tyrer, P., Creed, F., Murray, R., & Fahy, T. (2001). Reducing violence in severe mental illness: randomized controlled trial of intensive case management compared with standard care. *British Medical Journal* 323(10):1093-1097.
- Walsh, E., Moran, P., Scott, C., McKenzie, K., Burns, T., Creed, F., Tyrer, P., Murray, R. M., & Fahy, T. (2003) UK700 Group. Prevalence of violent victimisation in severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 183:233-238.

Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., Hart, S.D. HCR-20: Assessing risk of violence (version 2). Vancouver: Mental Health Law & Policy Institute, Simon Fraser University.1997.

Weiss, E.M., Kohler, C.G., Nolan, K.A., Czobor, P., Volavka, J., Platt, M.M., Brensinger, C., Loughhead, J., Delazer, M., Gur, R.E., & Gur, R.C. (2006). The relationship between history of violent and criminal behavior and recognition of facial expression of emotions in men with schizophrenia and

schozoaffective disorder. *Aggressive Behaviour* 32:187-194.

Wolff, N., Blitz, C., & Shi, J. (2007). Rates of sexual victimization in prison for inmates with and without mental disorders. *Psychiatric Services* 58:1087-1094.

Zammit, S., Allebeck, P., Andreasson, S., Lundberg, I., & Lewis, G. 2002. Self-report cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *British Medical Journal*, 325:1199.



## Quels sont les apports critiques de la neuro-imagerie fonctionnelle et des neurosciences à l'évaluation de la « dangerosité psychiatrique » ?

### Pr Pierre THOMAS

Professeur de Psychiatrie Université Lille Nord de France, Pôle de Psychiatrie, Médecine Légale et Soins aux Détenus

La dangerosité est un thème de recherche ancien qui a suscité l'intérêt des scientifiques bien avant l'essor des neurosciences. De nombreux travaux basés sur l'observation des comportements ou la reproduction de ceux-ci en laboratoire ont soulevé dans le passé des problèmes éthiques considérables. L'histoire de ces recherches reste parfois marquée par des épisodes sombres et condamnables. La pratique des lobotomies en reste un exemple des plus spectaculaires.

La multitude des facteurs pouvant contribuer à la dangerosité d'un individu a suscité les démarches scientifiques de nombreuses disciplines des sciences humaines, animales et sociales. La dangerosité consécutive à un traumatisme crânien, à l'abus de substance psycho-active ou associée à un trouble de la personnalité ou une maladie mentale a soulevé la question des liens entre cerveau et dangerosité dès le 19<sup>e</sup> siècle.

Historiquement, c'est l'observation clinique de sujets ayant subi des traumatismes crâniens notamment pendant les guerres qui a permis de mieux comprendre le rôle du cerveau dans les comportements sociaux (1). L'apparition d'un comportement agressif ou d'actes de violence chez des sujets victimes d'une blessure atteignant sélectivement les lobes frontaux a fait évoquer chez les pionniers des sciences du cerveau, dès les années soixante, la question du rôle de ces structures dans l'interactivité et les comportements sociaux. Cependant la preuve physiopathologique du lien entre un comportement et une région du cerveau a longtemps résidé dans l'analyse anatomique du cerveau après le décès du sujet. Parallèlement des travaux se sont développés sur des modèles animaux, avec la tentation d'extrapoler les résultats aux comportements humains.

Aussi l'avènement de l'imagerie a été une véritable révolution car elle a permis d'accéder à l'examen « in vivo » du cerveau humain, non seulement de sa structure, mais aussi de son fonctionnement. Une des premières découvertes notables de l'imagerie est la variabilité de l'anatomie et du fonctionnement du cerveau, ce qui a remis en question près d'un siècle de médecine expérimentale et de dogmes anatomo-cliniques. L'imagerie fonctionnelle dans toutes ses déclinaisons donne aujourd'hui l'opportunité de mieux comprendre les mécanismes sous-tendant l'interactivité du sujet avec son environnement. Néanmoins, dans la quantité de travaux publiés peu sont consacrés à la problématique de la dangerosité. De plus, le rapport mondial sur la santé et la violence édité par l'OMS en 2002 ne mentionne pas le champ de recherche des neurosciences sur ce thème.

Ce texte vise à exposer certains aspects des travaux sur la dangerosité dans le champ des neurosciences, notamment de l'apport de l'imagerie cérébrale.

### Préambule

Le terme « dangerosité » ne fait pas parti des mots-clés des articles scientifiques en imagerie cérébrale. Le lexique utilisé recouvre essentiellement les termes suivants : violence, comportement violent, agressivité, impulsivité, contrôle de soi, régulation émotionnelle et empathie. Dans ces travaux, le comportement violent correspond à un

comportement agressif explicite, intentionnel envers une autre personne. A cet égard, le suicide est rarement mentionné et il n'existe qu'un faible nombre de travaux qui considère simultanément les comportements auto et hétéro-agressifs coexistant pourtant très fréquemment.

Beaucoup d'études ne font pas la différence entre la violence impulsive (réactive) et planifiée (proactive), qui correspondent à des profils cliniques différents bien qu'elles puissent parfois être rencontrées chez les mêmes individus (2).

La majorité des publications concerne la psychopathie, le trouble de personnalité antisociale ou les traits psychopathiques rencontrés dans une pathologie (25 études), il s'agit surtout de schizophrénie. Quelques études portent sur des meurtriers (7 études), des auteurs de violences sexuelles (1 étude). Ces travaux sont menés dans quelques centres en Europe (Royaume-Uni, Finlande), surtout en Australie et aux Etats-Unis. Ils concernent des effectifs limités, entre le cas singulier et les études cas-témoins de 10 à 30 sujets.

### **Essor des neurosciences et de l'imagerie du cerveau**

Les neurosciences n'ont connu leur véritable essor qu'à la fin des années 1990, le développement des techniques d'imagerie cérébrale y a largement contribué. Ces méthodes d'exploration du cerveau permettent de donner des informations sur la morphologie du cerveau (IRM [imagerie par résonance magnétique] anatomique qui permet, mieux que le scanner et sans rayonnement X, de cartographier avec précision les structures du cerveau), son fonctionnement (IRM fonctionnelle [IRMf], TEP [tomographie par émission de positons], TEMP [tomographie par émission mono-photonique] qui permettent de cartographier chez un individu en train de réaliser une épreuve, les régions du cerveau dont les variations de consommation d'oxygène ou de métabolisme sont significatives ; il peut s'agir de différentes consignes, regarder une image, sentir une odeur, parler, bouger un membre, décider si une proposition est vraie ou non, se représenter une action sans la réaliser, etc.). Il y a toujours une condition d'examen dite contrôle permettant d'argumenter les liens entre une performance particulière et l'activité d'une région. En IRMf par exemple, le résultat indique que la consommation d'oxygène d'une région du cerveau atteint le seuil statistique de changement d'activité par rapport à une condition contrôle, ce qui ne signifie pas que le reste du cerveau n'est pas en train de fonctionner. De plus, si une zone du cerveau montre une activité modifiée simultanément à une perturbation comportementale, cela ne signifie pas pour autant qu'elle est responsable de cet agissement. Cela signifie que cette partie du cerveau joue probablement un rôle au sein d'un réseau complexe participant au dit comportement. A cet égard, la DTI (imagerie par tenseur de diffusion) permet de suivre le trajet des axones dans le cerveau, dévoilant ainsi des informations sur la connectivité anatomique et fonctionnelle, afin de mieux appréhender la dynamique des échanges d'informations au sein du cerveau. D'autres techniques sont disponibles comme la SRM (spectrométrie par résonance magnétique) qui permet une approche des constituants biologiques du cerveau, l'électro et la magnéto-encéphalographie (respectivement EEG et MEG) permettent d'autres approches. L'ensemble de ces techniques peut être combiné ou associé à d'autres explorations comme en témoigne l'essor récent de l'imagerie du développement ou le l'imagerie génétique.

Cette offre extraordinaire de méthodes produit des images à haut pouvoir de fascination sur les scientifiques, les médias et le public expliquant autant l'engouement que les réserves sur les résultats. Or l'imagerie cérébrale est une jeune méthodologie, son potentiel se heurte à de nombreuses contraintes techniques et méthodologiques. La sophistication du matériel confine les expériences au laboratoire limitant la variété des expériences et leur validité écologique. Enfin et surtout c'est un outil qui ne peut apporter de réponses qu'aux questions qui lui sont soumises et de nombreuses études sont encore réalisées dans un but exploratoire, « pour voir » sans qu'aucune hypothèse ne soit réellement formulée a priori.

## **Les modèles en neurosciences**

### ***Les modèles animaux***

Quelle que soit l'espèce concernée, l'expérimentation animale offre une approche permettant d'intégrer l'ontogénèse et la phylogénèse des comportements agressifs. Bien que la notion de dangérosité soit floue chez l'animal, les modèles recouvrent l'attitude face au danger ou la manifestation d'un comportement évoquant un danger pour d'autres individus. Ces travaux posent évidemment des problèmes éthiques et sont soumis à une réglementation de plus en plus stricte. Leur intérêt est d'offrir des possibilités d'observation éthologique des comportements interindividuels face à différentes formes de conflits (adaptation comportementale, postures, signaux de communications, agissements et différences entre les sexes) en modifiant les paramètres de l'environnement (situations aversives ou apaisantes, de l'individu (lésions du système nerveux central, stimulations pharmacologiques hormonales) et du génome (manipulation du statut génétique de populations d'insectes ou de rongeurs). Ces travaux ont confirmé l'impact respectif des gènes et du milieu sur l'agressivité dans plusieurs espèces animales. L'étude des interactions gène-environnement constitue actuellement un enjeu des plus importants dans ce champ (3). Quelques exemples de données récentes confirment l'importance des interactions gène-environnement sur les comportements sociaux conflictuels. Certains gènes présents dans les neurones à sérotonine sélectionneraient des comportements différents selon le sexe de l'individu entre dans des situations de conflits sociaux. Même les mouches (*Drosophila melanogaster*) montrent des différences génétiquement déterminées selon le sexe dans l'établissement d'une hiérarchie sociale en fonction de l'apprentissage des situations conflictuelles, comme le confirme la manipulation de ces gènes, capable de « féminiser » ou inversement de « masculiniser » les comportements sociaux (4).

Les études chez les rongeurs soulignent le rôle régulateur des autorécepteurs des neurones sérotoninergiques des projections mésocorticales à partir d'un contrôle gabaergique et glutamatergique, soulignant l'importance du rôle du réseau cortico- limbique, particulièrement du cortex préfrontal et du tronc cérébral (5) dans la médiation des comportements interindividuels d'escalade agressive. Si l'environnement, le capital génétique et la biologie de l'animal participent à l'établissement de comportement agressif, il reste évidemment difficile d'extrapoler ces résultats à l'être humain. Cette limite fondamentale donne tout son intérêt à l'exploration en neurosciences des comportements violents chez l'humain afin de contribuer à une meilleure compréhension de ses composantes cérébrales et psychologiques.

### ***Méthodes d'exploration de la dangérosité chez l'homme***

Les comportements violents sont plus complexes que les comportements classiquement étudiés en neurosciences (motricité, sensorialité, langage, etc.) Ils nécessitent des paradigmes complexes souvent éloignés des situations écologiques. S'ajoutent surtout les considérations éthiques. Le choix des sujets est soumis à de nombreux biais ; les sujets concernés ne consentent pas souvent à participer à un protocole de recherche, il n'est pas possible dans plusieurs pays de réaliser des recherches auprès de sujets incarcérés. Enfin, la finalité des recherches reste parfois obscure.

### ***La psychopathie : un modèle de la dangérosité ?***

Les études menées en Europe et aux Etats-Unis suggèrent que 5 % des sujets masculins manifesteraient un comportement antisocial ayant débuté dans l'enfance. Certains d'entre eux seraient responsables de 50 à 70 % des crimes avec violence (6, 7). Pour certains auteurs, ils répondraient aux critères de trouble des conduites dans l'enfance et de trouble de la personnalité de type antisocial (TPA) à l'âge adulte. Fazel et Danesh (8) ont montré qu'environ la moitié de l'ensemble des détenus dans les pays occidentaux répondaient aux

critères diagnostiques de TPA. Parmi cette population se distingue un groupe présentant des traits de psychopathie. Il s'agit de sujets qui commettent plus d'actes de violence que les autres (9). Les manifestations de la psychopathie sont plus sévères que celles du TPA (arrogance, comportement interpersonnel inadapté, affectivité perturbée).

### ***Suicide et violence***

Suicide et violence envers autrui sont rarement étudiés simultanément (10 études dans le champ des neurosciences, 0 en Imagerie). Pourtant l'un est facteur de risque pour l'autre. La plupart des mécanismes neurobiologiques impliqués dans les actes de violence sont identiques à ceux du suicide (10) Dans les modèles physiopathologiques, tous deux sont attribués à une dysrégulation du contrôle des impulsions et des émotions. Sur le plan neuropsychologique, les réseaux impliqués partagent des structures communes notamment les réseaux fronto-limbiques (11). Il faut signaler les travaux de l'équipe de Montpellier parmi les rares travaux français en imagerie dans ce domaine.

### ***Bipolarité et dangérosité***

Il est étonnant de constater que dans la littérature, l'imagerie s'intéresse au suicide chez les bipolaires et aux actes de violence envers autrui chez les schizophrènes. Pourtant les suicides et les actes médico-légaux affectent ces deux maladies avec une prévalence comparable (12).

Par exemple, la présence d'hypersignaux de la substance blanche est considérée par certains comme un facteur de risque de suicide (également de trouble cognitif, de sévérité) chez les bipolaires, alors qu'ils ne sont quasiment pas étudiés chez les schizophrènes chez qui ils sont observés avec la même fréquence. Cela suggère que les questions posées aux neurosciences restent encore très influencées par les représentations des maladies qu'ont les chercheurs, à distance de certaines réalités cliniques.

### ***Neuropsychologie des comportements agressifs et violents : apport de l'imagerie***

L'avancée des connaissances des mécanismes physiopathologiques qui perturbent le développement et le contrôle des comportements agressifs et violents est incontestable. Les données cliniques et neuropsychologiques initiales avaient mis l'accent sur le rôle spécifique des lobes frontaux et plus particulièrement du cortex préfrontal. Le cortex préfrontal est une des structures corticales les plus développées dans l'espèce humaine. Il est constitué du cortex préfrontal dorsolatéral, impliqué dans les fonctions cognitives de haut niveau, et du cortex orbitofrontal, impliqué dans les comportements émotionnels.

Le déroulement des comportements sociaux intégrant les informations émotionnelles et cognitives nécessite l'intégrité de ces structures. Le cortex orbitofrontal (COF) serait une zone de convergence des informations factuelles influençant ainsi les prises de décision à partir de l'expérience émotionnelle. Les lésions du COF génèrent des réponses anormales de l'individu aux sollicitations émotionnelles. Il est ainsi impliqué dans les comportements sensibles à la punition et à la récompense et considéré comme une région clé dans la régulation des comportements violents et agressifs.

Les résultats des études en imagerie cérébrales corroborent ces données. Le COF est spécifiquement activé en imagerie lors de la passation de tâches à caractère émotionnel. De même que chez des sujets à qui il est demandé d'imaginer un scénario de violence.

L'apport de l'imagerie cérébrale a aussi été essentiel pour conforter l'hypothèse du dysfonctionnement des structures constituées en réseaux avec le COF (l'amygdale, le gyrus angulaire et le tronc cérébral) dans la régulation des émotions, de l'empathie et des cognitions sociales, la prise de décision et la prise de risque (13). Pour Blair (14, 15) dont les travaux font référence dans le domaine du comportement violent, le dysfonctionnement du



réseau amygdalo-orbito-frontal constitue un modèle neuropsychologique du déficit d'empathie dans la psychopathie.

## **Donnée de l'imagerie dans la psychopathie**

### ***Imagerie morphologique***

Les études chez des sujets « impulsifs et agressifs » rendent compte d'un plus faible volume de substance grise dans les régions frontales, données qui semblent conforter le modèle neuropsychologique soulignant le rôle de régulation de ces structures (16).

La plupart des travaux montre que le volume de substance grise des structures frontales est plus faible chez des sujets présentant un trouble de personnalité de type antisocial. Il faut signaler que la description clinique des patients est rarement étoffée, que souvent une partie de l'effectif souffre également de schizophrénie. La comparabilité des travaux est limitée et les travaux ne sont jamais répliqués. Une revue récente montre qu'il y aurait en fait peu de différences morphologiques avec les témoins.

D'autres auteurs se posant la question du risque de récurrence d'actes de violence ont réalisé des études concernant des sujets incarcérés pour récurrence de crime violent avec une histoire de conduite antisociale remontant à l'adolescence. Ces travaux n'ont dévoilé aucune différence anatomique par rapport aux sujets contrôles (17, 18). Pourtant deux études récentes rendent compte de différences d'autant plus marquées que les sujets présentent des traits psychopathiques : volume plus important de la substance grise dans les régions postérieures du cerveau, alors qu'il est diminué dans les régions antérieures. Ces anomalies sont d'autant plus sévères que les actes de violence sont graves (19).

### ***Effets de la consommation de substance psycho-actives sur le cerveau : données de l'imagerie***

L'abus de substances psycho-actives (alcool, psychostimulants) est associée à une atteinte diffuse de la substance grise. L'augmentation du volume de la substance blanche pourrait être liée à une inflammation associée à une prolifération des cellules gliales du cerveau consécutive à la consommation de méthamphétamine et d'autres psychostimulant.

### ***Imagerie fonctionnelle***

Il existe à ce jour 14 études sur ce sujet : 3 en TEMP, 7 en TEP et 4 en IRMf qui montrent, chez des sujet ayant commis des acte de violence, un déficit de l'activité du COF. Certaines de ces études font état d'une hypoactivation du réseau fronto-limbique (gyrus parahippocampique, COF, insula et cortex cingulaire antérieur et postérieur) (20).

Les données de l'imagerie ont contribué à préciser des hypothèses développementales concernant les sujets violents ayant un trouble de la personnalité antisocial. Ainsi le volume plus important de substance blanche dans les régions postérieures du cerveau pourrait refléter un processus neuro-développemental pouvant favoriser un comportement antisocial précoce. Chez les enfants et les jeunes adolescents, l'abus de substances psycho-actives peut retentir de façon significative sur le développement (notamment du cervelet). L'exposition précoce aux drogues, mais aussi aux accidents ou aux infections (21) pourrait ainsi interférer avec les processus du développement cérébral, notamment à l'adolescence, comme le pruning (élimination synaptique physiologique) (22). Plusieurs auteurs proposent que cette interférence avec la maturation du cerveau soit d'origine environnementale et génétique.

## **Psychoses et dangérosité**

La première étude dans ce cadre a été réalisée en 1987 par Volkow et Tancredi (23). Depuis plus d'une trentaine de travaux ont été réalisés, portant sur des effectifs de taille relativement réduite 6 à 30 sujets. Les études se limitent à des comparaisons des patients ayant commis

des actes de violence à des patients sans histoire médico-légale en IRM (24), en DTI (25) ou en TEP (26; 27). Les résultats de ces études montrent en général une réduction du volume et de l'activité des structures frontales et temporales chez les patients médico-légaux, notamment les plus impulsifs d'entre eux. Ces anomalies resteraient significatives même en excluant l'effet des substances psycho-actives (28, 29). Le COF semble constituer une région particulièrement d'intérêt dans la modélisation du comportement agressif et violent comme le montre la relation entre le volume de cette structure et la sévérité de l'impulsivité (29, 30). Les travaux en imagerie fonctionnelle suggèrent l'implication d'un circuit associant cortex frontal, hippocampe et amygdale (29, 31).

## Conclusion

Quelques centres de recherche en Europe et en Amérique du Nord consacrent tout ou partie de leurs travaux aux liens entre violence et cerveaux. Les recherches ont pris des chemins différents portant sur des personnalités antisociales, des psychopathes, des patients souffrant d'un trouble mental ou des sujets condamnés pour des actes de violence, des meurtriers, des délinquants sexuels et des harceleurs.

Globalement, les travaux d'imagerie fonctionnelle de la dangerosité malgré des méthodologies différentes rendent compte d'un réseau complexe de régions cérébrales associant le COF, le cortex temporal et plusieurs structures sous-corticales, dont l'hippocampe, l'amygdale et le cingulum. Plusieurs auteurs avancent que l'atteinte de ces structures peut engendrer une dysrégulation émotionnelle, spécifique des actes de violence à caractère impulsif, qu'ils prennent soin de différencier des violences avec préméditation. En effet, s'il est cliniquement démontré que l'atteinte des fonctions frontale peut s'exprimer par une diminution du contrôle de l'agressivité et augmenter le risque de futures agressions, aucune étude n'a établi la preuve d'un dysfonctionnement prédictif d'acte de violence.

Un obstacle de taille à associer la violence ou l'impulsivité à une région particulière du cerveau réside dans la mise en évidence de la diversité neuroanatomique de la spécialisation fonctionnelle. En effet, les réseaux neuronaux fonctionnels impliqués dans un comportement mobilisent plusieurs régions du cerveau et inversement des comportements opposés peuvent activer le même réseau neuronal.

L'imagerie n'est pas un outil capable d'identifier les pensées et les intentions et ne peut pas distinguer l'évocation de la planification d'actes complexes, bien que régulièrement des titres accrocheurs défrayent les chroniques des journaux scientifiques à facteur d'impact élevé, (Cf. article paru en 2008 dans Nature Neuroscience sur le repérage des terroristes grâce à l'IRMf plus performante que la machine à détecter les mensonges [32]).

Aucun résultat ne permet de suggérer qu'une anomalie particulière a contribué à ce qu'un individu commette un acte violent. À ce jour, aucune anomalie fonctionnelle observée en imagerie n'a jamais été causalement associée à un comportement violent qu'il s'agisse d'une agression, d'un viol ou d'un meurtre.

Les neurosciences ne sont pas à l'abri des problèmes qui concernent la plupart des recherches sur le comportement violent. En effet la prévalence des actes de violence est faible (ex : homicide : 0,3 % chez les patients atteints de schizophrénie) et les contraintes techniques et éthiques concernant les protocoles de recherche expliquent que nous ne disposons que d'études à effectifs restreints, non répliquées, souffrant d'un manque de comparabilité des critères de sélection et des outils d'évaluation, d'un manque de validité écologique des paradigmes et de multiples facteurs de confusion, dont les comorbidités et l'abus de substances psycho-actives. De plus l'absence d'études contrôlées basées sur des critères unanimement reconnus ne permet aucune affirmation.

### ***Vers une Imagerie cérébrale médico-légale ?***

Dans le cadre pénal, le juge détermine la responsabilité pénale de l'accusé au moment du crime. Il est impossible de reconstituer l'état biologique réel du cerveau au moment de l'acte ou de l'intention de tuer, de violer ou de voler. L'imagerie cérébrale peut montrer l'activité du cerveau au moment de l'exploration, mais n'est pas en mesure de montrer comment fonctionnait le cerveau au moment précis où le criminel est passé à l'acte (33). L'idée que les comportements trouvent leur origine dans une structure spécifique du cerveau, dans une lésion ou dans un dysfonctionnement du cerveau n'est pas étayée par la preuve scientifique à ce jour.

Le développement de la neuro-imagerie est considérable. Il permet de répondre à de nombreuses questions médicales restées longtemps sans réponses et contribue à l'amélioration du diagnostic et des thérapeutiques dans de nombreux domaines. Elle ne trouve pas encore sa place dans la salle d'audience, les juristes ne sollicitent pas le recours aux neurosciences afin d'évaluer l'altération du jugement, l'impulsivité, le contrôle de soi, la propension à la violence ou la capacité de conformer sa conduite aux exigences de la loi.

### ***Imagerie cérébrale et innovation thérapeutique***

L'apport de l'imagerie dans les prises en charge est en essor depuis une dizaine d'années. Il est possible désormais de cartographier les réseaux neuronaux impliqués dans les hallucinations. La stimulation magnétique transcrânienne répétitive, une technique permettant de modifier l'activité cérébrale de façon non invasive et en toute innocuité peut améliorer de façon significative les symptômes hallucinatoires. Les résultats de cette thérapeutique sont optimisés grâce aux techniques de neuro-navigation permettant de stimuler très précisément les régions du cerveau impliquées dans l'hallucination. Or le retentissement des hallucinations persistantes chez les patients souffrant de schizophrénie sur le risque de suicide ou d'acte de violence est considérable. Ceci est un exemple de l'apport de l'imagerie cérébrale dans le champ thérapeutique en psychiatrie et ayant un impact dans la prévention des complications médico-légales (34. 35).

Au total, l'imagerie cérébrale donne l'opportunité de pouvoir étudier les mécanismes cérébraux impliqués dans la dangerosité chez l'humain. L'intérêt majeur est de soulever de nouvelles questions et pistes de recherche, notamment les liens entre la violence, les émotions et les cognitions sociales. A ce jour, l'imagerie ne présente pas d'utilité à visée diagnostique. Les recherches dans ce domaine doivent être soutenues car les recours thérapeutiques actuels sont plus que médiocres chez les patients présentant des complications médico-légales d'un trouble mental (schizophrénie et trouble bipolaire). D'autre part, promouvoir la recherche sur la dangerosité permet aussi des pistes de recherche sur la prévention du suicide.

## Références bibliographiques

1. Grafman J, Schwab K, Warden D, Pridgen A, Brown HR, Salazar AM. Frontal lobe injuries, violence, and aggression: a report of the Vietnam Head Injury Study. *Neurology* 1996;46:1231-38.
2. Dolan M. What imaging tells us about violence in anti-social men *Criminal Behaviour and Mental Health* 2010;20:199-214.
3. Miczek K, de Almeida R, Kravitz E, Rissman E, de Boer S, Raine A. The neurobiology of escalated aggression and violence. *Journal of Neuroscience* 2007;27:11803-6.
4. Yurkovic A, Wang O, Basu AC, Kravitz EA. Learning and memory associated with aggression in *Drosophila melanogaster*. *Proc Natl Acad Sci USA* 2006;103:17519 –24.
5. Chiavegatto S, Quadros IMH, Trindade A, Ambar G, Miczek KA. Selective reduction of prefrontal cortex serotonin receptors gene expression in alcohol-heightened aggressive mice. *Soc Neurosci Abstr* 2007;33:531.24
6. Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Bulletin* 1993;100: 674–701.
7. Tiihonen J, Hakola P. Psychiatric disorders and homicide recidivism. *American Journal of Psychiatry* 1994;1561: 436–8.
8. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002;359: 545–50.
9. Hare RD, McPherson LM. Violent and aggressive behaviour by criminal psychopaths. *International Journal of Law and Psychiatry* 1984;7: 35-50.
10. Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Nat Med* 1998;4:25–30.
11. Jollant F, Lawrence N, Olie E, O'Daly A, Malafosse A, Courtet P, Phillips M. Decreased activation of lateral orbitofrontal cortex during risky choices under uncertainty is associated with disadvantageous decision-making and suicidal behavior. *NeuroImage* 2010;51:1275–81.
12. Feldmann TB. Bipolar disorder and violence. *Psychiatr Q.* 2001;72(2):119-29.
13. Gansler D et al. A multivariate approach to aggression and the orbital frontal cortex in psychiatric patients. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 2009;171:145–54.
14. Blair RJR. The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behavior. *Brain Cognition* 2004;55: 198–208.
15. Blair RJR. Dysfunctions of medial and lateral orbitofrontal cortex in psychopathy. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2007;1121:461-79.
16. Anderson SW, Bechara A, Damasio H, Tranel D, Damasio AR. Impairment of social and moral behavior related to early damage in human prefrontal cortex. *Nature Neuroscience* 1999;2:1032–7.
17. Dolan M, Deakin WJ, Roberts N, Anderson I. Serotonergic and cognitive impairment in impulsive aggressive personality disordered offenders: are there implications for treatment? *Psychological Medicine* 2002;32: 105–17.
18. Laakso MP, Gunning-Dixon F, Vaurio O, Repo-Tiihonen E. Prefrontal volumes in habitually violent subjects with antisocial personality disorder and type 2 alcoholism. *Psychiatry Research* 2002;114: 95–102.
19. Tiihonen J et al. Brain anatomy of persistent violent offenders: More rather than less. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 2008;163:201–12.
20. Birbaumer N, Veit R, Lotze M, Erb M, Hermann C, Grodd W, Flor H. Deficient fear conditioning in psychopathy: a functional magnetic resonance imaging study. *Archives of General Psychiatry* 2005;62: 799–805.
21. Aarons GA, Ziegenhorn LA, Brown SA. Adolescent conduct disorder, substance use, and traumatic injury.

- Journal of Child & Adolescent Substance Abuse 2003;12: 1–18.
22. Blakemore SJ, Choudhury S. Development of the adolescent brain: implications for executive function and social cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006;47:296–312.
23. Volkow ND, Tancredi L. Neural substrates of violent behavior: a preliminary study with positron emission tomography, *British Journal of Psychiatry* 1987;151:668-73
24. Joyal CC, Putkonen A, Mancini-Marie A, Hodgins S, Kononen M, Boulay L, Pihlajamaki M, Soininen H, Stip E, Tiihonen J, Aronen HJ. Violent persons with schizophrenia and comorbid disorders: a functional magnetic resonance imaging study. *Schizophr Res.* 2007;91:97-102.
25. Hoptman M, Babak C, Ardekani A, Butler P, Nierenberg G, Javitt D, Lim K. DTI and impulsivity in schizophrenia: a first voxelwise correlational analysis *Neuroreport.* 2004;15:2467–70.
26. Volkow N.D, Tancredi LR, Grant C, Gillespie H, Valentine A, Mullani N, et al. Brain glucose metabolism in violent psychiatric patients: A preliminary study. *Psychiatry Research* 1995;61: 243–53.
27. Raine A, Meloy JR, Bihrlé S, Stoddard J, LaCasse L, Buchsbaum MS. Reduced prefrontal and increased subcortical brain functioning assessed using positron emission tomography in predatory and affective murderers. *Behavioral Sciences & the Law* 1998;16:319–32.
28. Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behavior. *British Journal of Psychiatry* 2000;176:345–50.
29. Kumari V, Das M, Taylor PJ, Barkatki I, Andrew C, Sumich A, Williams SC, Ffytche DH. Neural and behavioural responses to threat in men with a history of serious violence and schizophrenia or antisocial personality disorder. *Schizophr Res.* 2009;110:47-58.
30. Naudts K, Hodgins S. Neurobiological correlates of violent behavior among persons with schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2006;32:562-72.
31. Naudts K, Hodgins S. Schizophrenia and violence: a search for neurobiological correlates. *Curr Opin Psychiatry.* 2006;19:533-8.
32. Wild J. Brain imaging ready to detect terrorists, say neuroscientists; *Nature* 2005;437:457.
33. Martell D. Neuroscience and the Law: Philosophical differences and practical constraints. *Behav. Sci. Law* 2009;27:123–36.
34. Jardri R, Pouchet A, Pins D, Thomas P. Cortical activations during auditory verbal hallucinations in schizophrenia: a coordinate-based meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2010 ; 15 octobre.
35. Jardri R, Thomas P. Hallucinations et égarements. *Sciences Humaines* 2010, Grands dossiers n° 20.



## Quels sont les facteurs généraux et spécifiques de violence ?

### **Dr Marie-Noëlle VACHERON**

Psychiatre, Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris

### **Dr Françoise CORNIC**

Psychiatre, Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris

### **Introduction**

Depuis le début des années 1990, quatre catégories d'études ont permis d'établir progressivement le lien entre maladie mentale grave et violence : des enquêtes épidémiologiques en dehors du système psychiatrique et judiciaire de troubles mentaux et de comportement violent ; des travaux à partir du suivi des patients ; des études de cohortes de naissance ; des études sur les populations homicides. Ce lien a fait l'objet de nombreux débats d'autant que les études étaient hétérogènes tant sur la population étudiée (population de patients, population de criminels incarcérés, etc.) que sur la méthodologie (prospective versus rétrospective, suivi de cohorte versus étude de cas, évaluation standardisée versus autoquestionnaires, critères de violence variables, diagnostics de maladie mentale et comorbidités non toujours précisés, type de groupes comparateurs avec criminalité différente suivant les pays étudiés).

Plus récemment des études de méthodologie plus rigoureuse ont été publiées. Selon ces études, le lien existe notamment pour la schizophrénie, mais il apparaît complexe, plurifactoriel, renforcé par les comorbidités et par la violence environnante. En ce qui concerne les troubles de l'humeur, les résultats sont plus controversés [Fazel-a 2010].

Il s'agit donc de repérer des profils symptomatiques susceptibles de favoriser la violence, des facteurs de risque généraux et plus spécifiques de la maladie mentale, et d'apporter une réponse adaptée de prévention.

Notre travail consiste à déterminer les facteurs de risque de violence généraux et spécifiques dans les troubles de l'humeur et dans la schizophrénie. Nous aborderons successivement les facteurs de risque généraux communs aux troubles de l'humeur et à la schizophrénie et les facteurs spécifiques de violence pour les troubles de l'humeur et pour la schizophrénie.

### **1. Les facteurs de risque généraux**

Les études épidémiologiques en population générale mettent en évidence une association entre la violence hétéro-agressive et le jeune âge, le sexe masculin, les conditions socio-économiques précaires avec en particulier l'absence de logement, le bas niveau d'éducation, les antécédents personnels et familiaux de violence et judiciaires, l'abus de substances psycho-actives, les troubles des conduites dans l'enfance et l'adolescence et les facteurs contextuels. La plupart des facteurs de risque de violence s'applique également aux sujets présentant une maladie mentale en particulier les patients souffrant de schizophrénie et de troubles de l'humeur.

#### **1.1 Les facteurs sociodémographiques**

##### **1.1.1 Le jeune âge**

Comme en population générale, l'âge inférieur à 30-40 ans est un facteur de risque de violence chez les malades mentaux [Shaw 2006, Swanson-a 2008, Elbogen 2009, Fazel-b

2009]. Selon Swanson, la prévalence de la violence est nettement augmentée chez les jeunes adultes comparés aux sujets âgés [Swanson-b 2006].

### **1.1.2 La faiblesse du statut socio-économique et du niveau d'études**

La faiblesse du statut socio-économique est majoritairement considérée chez les patients souffrant de schizophrénie comme un facteur de risque de violence [Eriksson 2010], y compris lors du premier épisode [Swanson-c 2002, Dean 2007]. Plus précisément, la perte récente de leur logement [Swanson-c 2002, Swanson-d 2004, McNeil 2005] et l'absence d'emploi [Swanson-c 2002, Swanson-d 2004, Elsayed 2010], voire la faible insertion scolaire [Eriksson 2010], seraient des facteurs de risque de violence hétéro-agressive dans cette population de patients. Cependant, il semble que le faible support d'étayage, l'exposition à des groupes violents, la marginalité, l'absence d'emploi et l'échec scolaire [Cannon 2002] seraient associés de façon plus significative à la violence que le faible niveau socio-économique [Millaud 2005, Swanson-e 1990, Puig-Verges 2005]. Selon les études, l'existence d'un cadre familial et d'un soutien social seraient des facteurs de protection face à la violence avec l'importance d'un réseau de réhabilitation mis en place à l'extérieur dès la sortie de l'hôpital [Stubner 2006].

La question du célibat est controversée comme facteur de risque de violence dans la littérature. Pour Swanson en 1997, les patients malades mentaux vivant seuls étaient moins à risque de commettre des actes de violence que ceux vivant avec des proches, sans doute du fait de l'absence de proximité d'une cible potentielle [Swanson-f 1997] alors que, dans d'autres études, le célibat était un facteur de risque de violence chez les patients schizophrènes [Klassen 1994, Taylor 1999] ou bipolaires [Graz 2009], témoignant probablement d'une médiocre insertion sociale. Ce que l'on voit en pratique quotidienne reflète la littérature : les patients malades mentaux vivant en famille ont tendance à agresser leurs proches quand ils sont violents, alors que les patients sans domicile fixe agressent des inconnus dans un contexte délirant et souvent sous l'emprise de toxiques.

### **1.1.3 Genre et violence**

Dans la population générale, les hommes sont très nettement plus violents que les femmes, étant responsables d'environ 90 % de la violence sur autrui [Scott 2006]. Le sexe masculin est également facteur de risque de violence en cas de maladie mentale, à la fois chez les personnes présentant une schizophrénie ou un trouble de l'humeur [Graz 2009], mais la différence entre les genres n'est pas si significative, la maladie augmentant de façon plus importante le risque de violence chez la femme par rapport à l'homme [Brennan 2000, Arseneault 2000, Swanson-b 2006, Fazel-a 2009]. Robbins et al, à partir des données de l'étude de Mac Arthur, ont montré que la prévalence de comportements violents diffère peu entre les hommes et les femmes, sur une période de un an après la sortie de l'hôpital. Cependant, la violence des femmes est moins sévère, entraînant moins de lésions physiques [Robbins 2003]. En fait, dans cette étude, les *odds ratios* (OR) concernant les femmes sont calculés par rapport à la population générale, augmentant ainsi le différentiel observé. Les femmes sont de plus souvent exclues des études ou en nombre si faible qu'elles ne sont pas prises en compte dans les résultats [Taylor 2009]. Taylor a publié une méta-analyse en 2009 (26) concernant les femmes, la psychose et la violence. Les femmes violentes seraient plus âgées et mieux insérées que les hommes violents, avec davantage d'antécédents d'abus sexuels dans l'enfance [Taylor 2009], résultat également retrouvé par Dean en 2006 dans une étude prospective [Dean 2006]. Par ailleurs, chez les patients hospitalisés au long cours, Quanbeck et al notent une proportion plus importante d'hommes responsables d'agressions par rapport aux femmes [Quanbeck 2007].

## **1.2 Les facteurs de risque liés aux antécédents personnels**

Les antécédents personnels sont les facteurs dits « statiques », quasi immuables dans le tableau clinique. D'une importance cruciale, ils sont parfois difficiles à documenter auprès



des seuls patients, nécessitant le recours à toutes les sources d'information extérieures possibles, que ce soit l'entourage, les professionnels de santé mais aussi de justice [Vacheron 2010].

### **1.2.1 La perturbation de l'environnement familial**

L'exposition à un environnement familial perturbé, notamment avec des modèles violents d'interaction aux autres ou une trop grande permissivité vis-à-vis des actes de violence, est considérée comme un facteur de risque [Walsh 2004, Cannon 2002, Stompe 2006, Swanson-h 2008, Fazel-b 2009]. Stompe et al. comparant 103 schizophrènes violents, 103 schizophrènes non violents et 103 témoins sains retrouvaient comme facteurs de risque de violence hétéro-agressive les conduites violentes chez les parents, la perte du père, des placements dans l'enfance et l'adolescence, des parents psychotiques [Stompe 2006]. En 2009, Fazel et al. (5) dans une étude de cohorte portant sur 13 806 patients schizophrènes ayant été hospitalisés au moins deux fois, retrouvaient 17,1 % d'hommes et 5,6 % de femmes condamnés pour violence après la sortie de l'hôpital. Les facteurs de risque familiaux avaient un effet variable augmentant le risque de condamnations pour violence de 50 à 150 % ; après ajustement pour les facteurs sociodémographiques et individuels, le risque demeurait significatif avec un OR de 1,65, [IC 95% : 1,33 - 2,04] pour les hommes et de 1,83 [IC 95% : 1,11 - 3,01] pour les femmes. Ce chiffre apparaît relativement élevé, alors que l'on recherche rarement ce facteur de risque de façon systématique à l'interrogatoire des patients. Pour Fazel et al, les antécédents de violence maternelle seraient un facteur de risque plus important que les antécédents de violence paternelle, soulignant ainsi l'importance de l'environnement précoce, les enfants étant plus souvent élevés par les mères [Fazel-b 2009]. Enfin, Fazel et al retrouvaient une plus grande fréquence de violence chez les patients bipolaires (n = 314) comparés à des sujets sains (n = 1 312) avec une augmentation moindre du risque lorsque les bipolaires étaient comparés à la fratrie, celle-ci présentant également un abus de substances et ayant été exposée au même environnement familial [Fazel-a 2010].

Les modèles moraux d'identification du patient peuvent jouer comme facteur de risque ou de protection [Millaud 2005]. L'adhésion à des valeurs criminelles augmente le risque de violence.

Au-delà de facteurs individuels, certains éléments extérieurs contribuent à augmenter le risque de violence tel que le milieu de vie violent dans lequel évolue le patient. Confrontés à un quartier plus violent, les patients présenteraient plus de risques. Une étude australienne effectuée à partir des registres criminels de 2 861 patients suivis sur 25 ans, a montré que l'augmentation de la violence physique contre les personnes de 14,8 % en 1975 à 25 % en 1995 chez ces patients était proportionnelle à l'augmentation de la violence au sein de la population générale, qui augmentait de 5,1% à 9,6 % [Wallace 2004]. Cependant, les patients adultes souffrant de maladie mentale grave étaient 2 à 3 fois plus souvent victimes qu'auteurs d'actes de violence, par rapport à la population générale. En fait, trois variables telles que le fait d'avoir été victime de violence dans le passé, la violence environnante et l'abus de substances psycho-actives semblent avoir un effet cumulatif sur le risque de comportement violent [Elbogen 2009, Voyer 2009].

### **1.2.2 Les antécédents de victimisation, abus sexuels dans l'enfance**

Des mauvais traitements physiques ou psychologiques dans l'enfance, avec là encore des familles violentes, abusives et incestueuses, sont souvent retrouvés chez les malades mentaux dangereux [Hodgins 2005, Walsh 2004]. La violence subie par les malades mentaux semble avoir un impact sur le risque de comportements violents à l'âge adulte en dehors du fait que les malades mentaux sont le plus souvent victimes de violence que la population générale [Elbogen 2009, Swanson-d 2002]. Swanson en 2002 a retrouvé qu'une victimisation précoce était directement associée à la violence, la victimisation étant rapportée par des auto-questionnaires chez 522 hommes et 280 femmes, deux tiers des participants

ayant un diagnostic de schizophrénie et de trouble schizo-affectif, 17 % un diagnostic de trouble bipolaire. Les résultats de cette étude ont montré que des abus sexuels avant l'âge de 16 ans n'étaient pas corrélés à la violence, alors qu'ils l'étaient en cas d'association à une victimisation à l'âge adulte [Swanson-d 2002].

### **1.2.3 Les antécédents personnels de violence**

Les antécédents de violence sont considérés comme le meilleur prédicteur de violence, dans la population générale comme chez les malades mentaux, en prenant en compte le contexte ou l'environnement dans lesquels la violence intervient [Arseneault 2000, Swanson-h 2008, Elbogen 2009, Fazel-c 2009, Ran 2010]. Selon le début tardif ou précoce d'une délinquance associée à un trouble mental, il est possible de distinguer des sous-groupes de patients utiles dans la pratique clinique [Hodgins-b 2008]. Ainsi, Hodgins et son équipe identifient des profils distincts de schizophrènes violents ou criminels en fonction de la chronologie d'apparition des actes violents ou délictueux par rapport à la maladie mentale : les *early-starters* dont la délinquance débute avant l'apparition de la maladie, les *late-starters* dont les actes délictueux débutent plus tardivement (après 18 ans) après le début des troubles psychiatriques et une faible proportion de patients dont les comportements hétéro-agressifs sont observés après l'âge de 38-40 ans, souvent mieux préparés et dirigés contre un membre de la famille. Le troisième groupe correspond aux schizophrènes paranoïdes, dont la violence semble en lien avec le délire paranoïde et dont le taux de récurrence est faible, souvent tributaire de la poursuite ou de l'arrêt des soins. Les schizophrènes au comportement délictueux ou criminel précoce se caractériseraient par la présence d'un trouble de personnalité de type antisocial, par un meilleur niveau de fonctionnement social, une exposition plus précoce aux toxiques, une plus grande tendance à la rupture de soins et une tendance plus marquée à la récurrence violente grave (sur ce dernier point, les données de la littérature sont contradictoires). Les schizophrènes violents plus tardivement seraient fréquemment alcooliques, avec un fonctionnement social moins bon, leur victime serait plus fréquemment un proche ou un parent. Leur violence serait plus « sensible » aux traitements. La distinction de ces sous-groupes reste encore à préciser, les critères se recoupant souvent notamment en ce qui concerne l'abus de toxiques. Par ailleurs, Vandamme souligne qu'il y a plus de schizophrènes chez les *early-starters* et plus de troubles délirants chroniques (type paranoïaque) chez les *late-starters* [Vandamme 2009]. Ce qui pose la question de la définition de la population étudiée puis des sous-groupes identifiés. Néanmoins, l'intérêt de distinguer des sous-groupes de patients est de montrer que les personnes souffrant de pathologies mentales ne représentent pas un groupe homogène vis-à-vis de la violence. Ainsi, la violence est deux fois plus importante chez les patients ayant des antécédents de troubles des conduites dans l'enfance, même en contrôlant le facteur abus de substances, selon Swanson, qui effectue une étude clinique randomisée à partir des patients issus de l'étude CATIE [Swanson-a 2008]. Les patients présentant des troubles psychiatriques associés à des comportements antisociaux sont plus difficiles à suivre lors des soins, notamment du fait d'une tendance à les interrompre. Les patients dont la délinquance, plus tardive (après 18 ans), s'est installée avec la maladie mentale, présentent plus souvent une criminalité en lien avec les manifestations psychotiques, aggravées par la consommation de toxiques et les circonstances de la vie quotidienne [Hodgins 2005, Hodgins-b 2008].

Les antécédents d'actes délictueux ou violents précoces sont donc très souvent associés à d'autres facteurs de risques reconnus de violence (consommation de toxiques, rupture de soins, mauvaise observance médicamenteuse) qu'il est important de repérer [Hodgins-b 2008].

### **1.2.4 Troubles des conduites dans l'enfance et l'adolescence et risque de violence**

Les troubles des conduites dans l'enfance et l'adolescence sont associés à une augmentation du risque de violence [Arseneault 2000, Hodgins 2005 et 2008 a+b, Swanson-h 2008, Elbogen 2009] comme dans la population générale [Farrington 2003]. Ainsi, Hodgins en 2008 publie une étude portant sur une cohorte de 205 patients hospitalisés pour une

maladie mentale grave. Un trouble des conduites avant l'âge de 15 ans est associé avec un risque accru de violence sur toute la vie (OR = 3,98, [IC 95% : 1,87 - 8,44]), dans les 6 mois qui précèdent l'hospitalisation (OR = 2,66, [IC 95% : 1,24 - 5,68]), indépendamment de l'abus de substance et d'alcool [Hodgins-a 2008]. Swanson dans une cohorte de 1 445 patients schizophrènes issus de l'étude CATIE retrouve une prévalence de violence plus élevée chez les patients schizophrènes avec des antécédents de troubles des conduites dans l'enfance par rapport aux autres patients (28,2 % vs.14,6 %;  $p < 0,001$ ) [Swanson-h 2008]. Les troubles des conduites de l'enfance sont associés à d'autres facteurs tels que l'abus de substances, des antécédents de victimisation et d'abus sexuels, un échec scolaire et un mauvais fonctionnement social et des ruptures. Eriksson retrouve ainsi dans la cohorte longitudinale portant sur 49 398 hommes durant 35 ans, parmi lesquels 377 seront diagnostiqués schizophrènes, une plus grande fréquence de contacts avec le juge pour enfants et la brigade des mineurs [Eriksson 2010]. Selon Hodgins, soit les troubles des conduites de l'enfance seraient un des symptômes précurseurs d'une schizophrénie plus tardive, soit ils seraient annonciateurs d'une personnalité antisociale qui serait alors comorbide d'une schizophrénie ou d'un trouble de l'humeur [Hodgins 2005]. Les troubles des conduites de l'enfance et de l'adolescence sont cependant rarement retrouvés chez les adultes bipolaires. Certains des adolescents peuvent présenter des troubles dépressifs associés aux troubles des conduites qui persistent à l'âge adulte. Certaines études de cohorte comparant les risques de violence chez les patients et en population générale retrouvent cependant une plus grande fréquence de violence chez les bipolaires uniquement en cas d'abus de substances et de troubles des conduites associés [Brennan 2000].

### **1.3 Comorbidités et risque de violence**

#### **1.3.1 Abus de substances et risque de violence**

En ce qui concerne la consommation de toutes substances psycho-actives (alcool et drogues) les données de la littérature montrent de façon cohérente qu'il s'agit d'un facteur de risque majeur de passage à l'acte violent dans la population générale, mais plus encore chez les malades mentaux [Brennan 2000, Modestin 2005, Hodgins-a 2008, Monahan 2001, Elbogen 2009, Fazel-b 2009, Graz 2009]. L'étude de cohorte danoise menée par Brennan montre que 39 % de la population étudiée a un abus de substances et que l'abus de substances et d'alcool est retrouvé chez 27 à 59 % des malades violents [Brennan 2000]. Selon le même auteur, l'augmentation du risque chez les bipolaires sans abus de substances est uniquement significative chez les femmes (risque multiplié par 1,2) [Brennan 2000]. D'autres auteurs montrent que les personnes souffrant d'un trouble mental grave (schizophrénie, troubles de l'humeur) ont 3 à 4 fois plus de risque de commettre un acte violent [Dubreucq 2005, Senon 2006], mais 8 fois plus s'ils abusent d'alcool ou de drogues [Senon 2006].

Chez les hommes, le diagnostic de schizophrénie associé à une comorbidité d'abus de drogue ou d'alcool multiplie par 17 le risque de commettre un homicide, par rapport à la population générale [Senon 2006]. Fazel et al dans une récente étude longitudinale publiée en 2009 comparent le risque de violence dans une population de schizophrènes ( $n = 8\ 003$ ) par rapport à la population générale ( $n = 80\ 025$ ) et à leur fratrie non malade ( $n = 8\ 123$ ) sur la période 1973-2006 [Fazel-d 2009] : 13,2 % des patients ont eu au moins un acte de violence comparativement à 5,3 % de la population générale (OR = 2, [IC 95% : 1,8 - 2,2]). Le risque est nettement plus important en cas d'abus de substance (OR = 4,4, [IC 95% : 3,9 – 5,0]) qu'en l'absence d'abus de substance (OR=1,2, [IC 95% : 1,1 - 1,4]). Un facteur confondant familial a été suggéré dans l'association entre schizophrénie et violence. Les auteurs ont trouvé que l'augmentation du risque de violence chez les schizophrènes avec un diagnostic d'abus ou de dépendance à des substances psycho-actives était plus faible quand la population contrôle était constituée de la fratrie indemne de schizophrénie par rapport à une population contrôle constituée de la population générale (OR comparativement à la fratrie non malade = 1,8 [IC 95 % : 1,4 - 2,4] versus OR comparativement à la population

générale = 4,4 ; [IC 95 % : 3,9 - 5,0]) [Fazel-d 2009].

L'augmentation considérable du risque de violence chez les schizophrènes en cas de comorbidité abus de substances et d'alcool est encore retrouvée dans la méta-analyse de Fazel et al portant sur 20 études et incluant 18 423 patients, avec un OR variant de 3 à 25 [Fazel-b 2009]. Le risque d'homicide est plus élevé en cas de psychose, mais, selon Fazel, en grande partie lié à l'abus de substances. En effet selon les résultats de la méta-analyse, l'augmentation du risque d'homicide est peu différente chez les hommes ayant un abus de substances et une psychose par rapport à ceux ayant un abus de substances sans psychose. En l'absence d'abus de substances psycho-actives, l'OR du risque de violence par rapport à la population générale en cas de psychose est de 2,1 (IC 95 % [1,7-2,7]) contre 8,9 (IC 95 % [5,4 - 14,7]) en présence de cette comorbidité [Fazel-b 2009].

Chez les patients dépressifs, le risque de violence est de 3,5 % sans abus de substances psycho-actives et de 29,2 % avec abus dans une étude isolant 282 hommes et femmes atteints d'un trouble dépressif caractérisé sur une population de 8 066 personnes, la violence étant rapportée par le patient envers autrui dans l'année écoulée [Swanson 1990 cité par Senon 2006]. Quanbeck et al en 2005, à partir d'une étude comparant 66 bipolaires de type 1 hospitalisés en unité de psychiatrie légale à Los Angeles à 52 bipolaires non condamnés sur une période de 7 mois, ont mis en évidence une comorbidité abus de substances plus élevée (76 %) que chez les patients non condamnés (19 %) avec des antécédents d'abus de substance dans 68 % des cas, d'une polytoxicomanie dans 32 % des cas chez les sujets bipolaires condamnés. La substance la plus fréquente dans l'étude était la cocaïne (56 %), puis l'alcool (50%), la marijuana (16 %) et les opiacés (6 %) [Quanbeck 2005].

Graz et al dans une étude de cohorte longitudinale portant sur 1 561 patients suivis entre 1990 et 1995 avec un trouble bipolaire retrouvent 4,16% de patients condamnés dans les 7 à 12 ans après la sortie de l'hôpital. Une histoire d'abus de substances est rapportée par 21,2 % des patients (329 sur 1561) indiquant une importante comorbidité chez les sujets. Il n'y a pas de différences entre les différents sous-groupes pour les crimes violents (maniaques versus dépressifs, ou psychotiques versus non psychotiques), mais en revanche plus de délinquance chez les sujets maniaques [Graz 2009]. En l'absence d'abus de substances, certains auteurs retrouvent un risque de violence identique chez les patients souffrant de certains troubles mentaux (essentiellement troubles de l'humeur et troubles anxieux) à celui de la population générale [Brennan 2000, Fazel-a 2010].

Si l'impact de la consommation de substances psycho-actives dans la survenue d'un acte violent est clairement reconnu dans la population des malades mentaux, il n'y a pas de données précises spécifiant les risques pour chaque produit [Richard D 2009]. L'alcool étant le produit toxique le plus consommé, c'est celui qui est le plus fréquemment associé aux passages à l'acte violents, comme dans la population générale. Ainsi, la majorité des personnes impliquées dans les crimes violents était sous l'influence de l'alcool au moment des faits dans l'étude Mac Arthur [Robbins 2003]. La diminution de la prévalence d'abus de toxiques et d'alcool est donc un objectif thérapeutique majeur visant une meilleure stabilisation du trouble mental, une réduction de la violence mais également de la victimisation des malades mentaux.

### **1.3.2 Personnalité antisociale et risque de violence**

La présence d'une personnalité antisociale chez une personne souffrant de maladie mentale est associée à une augmentation tout à fait significative du risque de violence [Hodgins 2005, Nestor 2002, Grann 2008, Eriksson 2010]. Chez les femmes présentant des troubles mentaux, Dean et al ont montré que l'association d'un trouble de personnalité du cluster B à un trouble psychotique multiplie le risque de violence physique de 2,66 (IC 95% : 1,1 - 6,38) [Dean 2006]. Il s'agit du trouble de personnalité le plus fréquemment retrouvé chez les patients schizophrènes violents [Vandamme 2004]. D'après Joyal et al, le trouble de personnalité antisociale se manifesterait sans lien avec le délire dans 34 % des cas lors

d'une altercation, souvent dans un contexte de prise d'alcool ou de toxiques, chez les schizophrènes violents. Les schizophrènes avec un trouble de personnalité antisocial présentent par ailleurs un nombre plus élevé d'incarcérations et de condamnations pour crimes violents, et sont significativement plus jeunes lorsqu'ils sont condamnés [Joyal 2004]. Il faut néanmoins rester prudent avant de porter un diagnostic de trouble de personnalité antisociale chez un patient qui reste très délirant. Un comportement de type asocial peut être secondaire à la pathologie psychiatrique. Des adultes peuvent avoir des traits de personnalité qui augmentent le risque de violence mais sans présenter tous les critères des troubles de personnalité antisociale tels que l'impulsivité, la faible tolérance à la frustration, l'intolérance à la critique, et une superficialité [Niellssen 2008]. Certains auteurs pensent que le trouble de personnalité antisociale prémorbide serait un facteur indépendant de la maladie mentale dans le risque d'homicide [Moran 2003]. Ce trouble de personnalité serait un facteur de violence plus stable que le seul diagnostic d'un trouble mental grave [Hodgins-a 2008]. La dimension psychopathique est essentiellement mesurée à l'aide de l'échelle HARE [Hare 1991]. Cette échelle a été développée et validée dans des populations de détenus. Il n'est donc pas certain que l'utilisation de cette échelle soit pertinente dans la population de patients souffrant de troubles mentaux.

#### **1.4 Facteurs de risque de violence liés aux troubles neuropsychologiques**

Les atteintes cérébrales en particulier du lobe frontal sont reconnues comme un facteur de risque de violence chez les malades mentaux [Richard-Devantoy 2009]. Les lésions et dysfonctionnements frontaux notamment dans les psychoses déficitaires pourraient majorer le risque de violence par une diminution des capacités de contrôle pulsionnel et de gestion de la colère [Monahan 2005, Fazel-e 2009]. Certains auteurs suggèrent également que la rigidité cognitive liée à une détérioration neurologique ou une limitation intellectuelle est également facteur de risque de violence [Weiss 2006, Fullam 2008, Richard-Devantoy 2009]. Des troubles neurologiques sont plus souvent mis en évidence chez des patients violents commettant des actes de violence à répétition.

Un faible quotient intellectuel (QI) est un facteur de risque de violence retrouvé dans plusieurs études [Fazel-e 2009]. Plus le QI est faible, plus le risque de violence paraît élevé. Les troubles du jugement mais probablement plus encore les perturbations affectives associés aux déficiences intellectuelles pourraient favoriser les troubles du comportement.

La dimension d'impulsivité est largement impliquée dans le risque de passage à l'acte. Plus l'impulsivité est importante, plus le risque de passage à l'acte est grand [Fazel-e 2009]. Ce qui rejoint les données concernant la majoration du risque de violence chez les patients présentant une personnalité ou des traits de personnalité de type antisociale ou psychopathique.

#### **1.5 Facteurs liés aux soins**

##### **1.5.1 Le déni des troubles, facteur de risque de violence**

Le déni total ou partiel des troubles est souvent présent chez les patients violents. Le déni peut représenter un risque important de dangérosité [Foley 2005, Sokya 2007]. Pour Sokya et al, à partir d'une étude portant sur 1 662 patients hospitalisés suivis sur cinq ans, les comportements violents et criminels sont liés de façon significative à un manque d'insight à la sortie de l'hôpital, et à l'hostilité à l'entrée et à la sortie. Il est associé à une faible reconnaissance des conséquences de la maladie, notamment des actes de violence [Buckley 2004]. Il entraîne des hospitalisations sous contrainte qui apparaissent donc comme facteur de risque repéré dans la littérature [Niellssen 2009]. Il est source de rupture de soins, de mauvaise observance médicamenteuse majorant le risque de violence [Millaud 2005, Lamberti 2007]. Haggard-Grann et al en 2006, à partir d'une étude portant sur 103 patients hospitalisés dans les hôpitaux de haute sécurité et les prisons, retrouvent le déni de la nécessité des soins psychiatriques 24 heures avant le passage à l'acte [Haggard-Grann

2006]. Il paraît donc important de prendre en compte l'ampleur du déni et de son évolution au cours de la prise en charge. Certains auteurs rappellent également que le déni de la maladie ou de la violence par l'entourage des patients souffrant de troubles psychiatriques constitue un facteur de risque de passage à l'acte violent [Marleau 2003].

### **1.5.2 Rupture de soins, observance médicamenteuse et risque de violence**

Les traitements médicamenteux permettent la stabilisation de l'état mental, et la bonne observance participe au maintien de cette stabilité psychique. L'observance joue donc un rôle central dans la diminution de la dangérosité [Erb 2001, Alia-Klein 2007, Elbogen 2006]. Certaines études tendent à montrer que le risque majeur de violence chez les malades mentaux, et en particulier chez les schizophrènes, se situerait lors du premier épisode, le passage à l'acte étant alors inaugural de la maladie. De nombreuses études montrent cependant que les patients ayant commis un acte de violence notamment criminel se trouvent fréquemment en rupture de soins [Sokya 2007, Swanson-c 2000, Swartz 2004, Monahan 2001, Marleau 2003, Fazel-a 2010]. Un manque de rigueur clinique, un traitement inapproprié ou d'une durée insuffisante, la désinstitutionnalisation sans dispositif de soins alternatifs en ambulatoire sont des facteurs de risque de violence. L'étude de Mac Arthur apporte de nombreuses informations sur les particularités des événements violents commis par des patients après une hospitalisation en psychiatrie. Dans cette étude, 60 % des agressions ont lieu durant les vingt premières semaines suivant la sortie de l'hôpital. 7 % des schizophrènes qui n'avaient pas d'antécédents d'arrestation ou de violence physique et avaient été traités l'année précédente à l'hôpital sont apparus violents dans ces vingt premières semaines [Appelbaum 2000]. Cette impressionnante proportion confirme l'intuition clinique des praticiens qu'il convient de proposer aux patients un suivi plus particulièrement serré durant cette période critique, pendant laquelle le patient est fragilisé et présente des difficultés de réinsertion et de resocialisation. Par ailleurs dans la même étude, les patients suivis toutes les quatre semaines ont quatre fois plus de risque de violence que les patients suivis de façon hebdomadaire, résultat retrouvé par Swanson et al en 2004 [Swanson 2004]. Le traitement sous contrainte permettrait de diminuer l'échappement aux soins et donc le risque de violence comme en témoignent un certain nombre de travaux dont ceux de Swanson en 2000, Swartz en 2001, et Morissey en 2007, cités par M Voyer [Voyer 2008]. En effet Swanson et al retrouvent une incidence plus faible de comportements violents chez les patients psychotiques ou traités pour troubles de l'humeur qui avaient été obligés de suivre un traitement par décision de justice pendant au moins six mois [Swanson 2000]. Cette incidence est d'autant plus faible que la durée de soins contraints est longue, supérieure à 6 mois, que les patients bénéficient d'un haut niveau d'intervention thérapeutique, qu'ils prennent réellement le traitement et n'ont pas d'abus de substances (26,7 % des patients en soins contraints vont avoir des actes violents alors que 41,6 % des patients sans soins contraints vont présenter des actes violents) [Swanson 2004]. Morissey et al montrent qu'une prise en charge médicale à la sortie de prison diminue de 16 % le risque d'une nouvelle incarcération dans les deux ans de suivi [Morissey 2007].

### **1.5.3 L'alliance thérapeutique**

La littérature montre qu'il existe une corrélation positive entre alliance thérapeutique et résultats thérapeutiques. L'établissement d'une authentique alliance thérapeutique de qualité est un élément qui contribue à la diminution de la dangérosité [Millaud 2005]. Bobes et al dans une étude publiée en 2009 évaluent la prévalence de la violence chez 895 patients compliants. Ces patients présentent surtout une violence verbale qui apparaît corrélée aux antécédents de violence, de rechutes l'année précédente et surtout une faible satisfaction par rapport au traitement [Bobes 2009]. Le facteur de risque est dans l'établissement d'une « pseudo-alliance thérapeutique », faussement sécurisante pour les équipes de soins. Les mesures thérapeutiques qui s'imposent avec un patient dangereux ne sont parfois pas prises, car les équipes pensent ainsi « maintenir » la relation. Cette situation est au contraire vectrice de passages à l'acte violents.

#### **1.5.4 La capacité à demander de l'aide**

Plusieurs études montrent qu'avant le passage à l'acte, il peut exister des demandes d'aide soit directes vers une équipe soignante, soit indirectes via la verbalisation d'idées suicidaires ou une tentative de suicide, ou bien encore, à travers l'interpellation des forces de l'ordre [Marleau 2003, Estève 2003]. Pour la majorité des patients qui se montrent violents, il n'y a pas de demande d'aide. Dans une étude visant à évaluer les éléments, basés sur l'observation clinique, permettant d'établir une prédiction de dangérosité à court terme, Millaud repère une demande d'aide chez 40 % des patients psychotiques. Cette demande d'aide étant souvent associée à des symptômes dépressifs qui constituent le moteur de la demande. Lorsqu'il existe une recrudescence ou une réapparition des symptômes psychiatriques pouvant conduire au passage à l'acte violent, la capacité à demander de l'aide auprès d'une équipe de soins ou à tolérer son intervention dans ces circonstances, contribue grandement à la réduction de la dangérosité [Millaud 2005]. Cette capacité à demander de l'aide est un bon marqueur de l'acceptation de la maladie et du risque de violence mais également de la qualité de l'alliance thérapeutique; ce qui constitue alors un facteur de protection plutôt qu'un facteur de risque de violence.

#### **1.6 Facteurs contextuels**

Les données de la littérature montrent l'importance de prendre en considération les éléments situationnels lors de l'évaluation d'un risque de violence [Voyer 2009]. Chaque patient ne présente pas un risque de violence figé. Pour chacun le risque de violence varie au cours du temps. Les facteurs de stress comme les ruptures affectives, les situations conflictuelles, le chômage, le cadre de vie difficile, le fait d'avoir été victime de violence dans l'année [Swanson 2006] majorent le risque de comportements violents [Elbogen 2009, Richard-Devantoy 2009, Fazel-a 2010] ainsi que l'exposition à des événements psycho-traumatiques. De nombreux auteurs soulignent l'importance du sentiment d'impasse situationnelle, où les demandes d'aide ou de fuites ont échoué, dans le passage à l'acte violent [Marleau 2003, Esteve 2003].

### **2. Les facteurs spécifiques de violence**

Nous aborderons les facteurs spécifiques propres à chacune des pathologies schizophrénie et troubles de l'humeur, sachant que certains éléments du paragraphe précédent peuvent être cités à nouveau. La schizophrénie est la pathologie la plus étudiée dans son lien avec la violence.

#### **2.1 Facteurs de risque spécifiques dans le cadre de la schizophrénie**

##### **2.1.1 Type de schizophrénie**

Les formes paranoïdes sont celles qui présentent le risque le plus élevé de violence [Erb 2001, Joyal 2004, Stompe-b 2004, Le Bihan 2005]. Dans la littérature, les formes paranoïdes incluent les psychoses avec délire de persécution sans distinction. Ainsi, Erb et al retrouvent 65,5 % de schizophrènes paranoïdes auteurs d'homicides en Allemagne avec surtout des délires d'interprétation et de persécution, Joyal et al 78 % de schizophrènes paranoïdes chez 58 patients auteurs d'homicide ou de tentative d'homicide, et Le Bihan dans une étude portant sur la récurrence homicide des patients hospitalisés en UMD 50 % de schizophrènes paranoïdes versus 8 % de troubles schizo-affectifs. Selon Brennan et al, la schizophrénie est même le seul trouble mental avec un risque de dangérosité accru quels que soient le statut socio-économique et les diagnostics secondaires. Cependant, ce risque de violence est moins élevé que celui associé à un abus de substance ou à un trouble de personnalité psychopatique sans schizophrénie [Fazel-b 2009].

Quoiqu'il en soit, selon certains auteurs, plus de la moitié des schizophrènes violents présenteraient un autre diagnostic associé, voire deux ou trois diagnostics associés [Hodgins

2005, Vandamme 2009]. L'étude de Putkonen conclue qu'il y aurait ainsi trois catégories diagnostiques de patients psychotiques qui tuent ou tentent de tuer. Ainsi, 25 % des patients reçoivent un diagnostic unique (schizophrénie majoritairement, troubles schizo-affectifs et les autres troubles psychotiques), 25 % des patients ont un diagnostic de trouble psychotique associé à un abus de substances avéré, enfin 47 % des patients reçoivent l'un ou l'autre de ces deux diagnostics associés à un trouble de personnalité antisociale [Putkonen 2004]. Plus le nombre de diagnostics psychiatriques augmente pour un même patient, plus le risque de violence augmente [Bourgeois 2001]. L'étiologie d'un comportement violent associé à un trouble psychotique devient donc très difficile à établir surtout lorsque sont présents plusieurs facteurs susceptibles à eux seuls d'être inducteurs de violence [Vandamme 2009].

### **2.1.2 Facteurs cliniques associés au risque de violence**

#### ***La symptomatologie positive***

Les symptômes psychotiques négatifs semblent associés à un risque moins élevé de violence [Swanson 2006, 2008-a]. Les symptômes positifs sont classiquement associés à un risque de violence accru [Nolan 2005, Krakowski 2004, Elbogen 2009, Munckner 2009] excepté chez les patients aux antécédents de troubles des conduites dans l'enfance [Swanson-h 2008, Hodgins-a 2008]. Il semble que l'association violence-troubles psychotiques aigus soit limitée dans le temps et que le premier épisode psychotique soit un moment de plus fort risque, de même que les premières années de la psychose. Foley et al ont ainsi étudié le pourcentage de comportements violents et les facteurs corrélés à la violence chez les patients présentant un premier épisode psychotique, la semaine précédant l'admission en psychiatrie et après l'admission à l'hôpital : 33 % des patients ont présenté un comportement violent avant l'admission [Foley 2007]. D'autres études ont retrouvé un pourcentage de près de 20 % de patients dont le premier contact avec la psychiatrie s'était fait dans le cadre d'un comportement agressif et un taux de 50 % environ des hospitalisations dues à des comportements violents juste avant l'admission [Ash 2003]. Les délires de persécution sont classiquement décrits, avec syndrome hallucinatoire et syndrome d'influence, idées de grandeur et excitation psychomotrice [Mc Niel 2000, Swanson 2003 et 2006]. Le syndrome d'influence est cependant un facteur de risque controversé par d'autres auteurs [Stompe 2004, Appelbaum 2000] de même que le syndrome hallucinatoire. Celui-ci n'est lié au risque de violence que s'il entraîne des émotions négatives comme l'anxiété, la peur, la colère ou la tristesse et si les patients n'ont pas développé de stratégies pour lutter ou cohabiter avec leurs hallucinations [Bjorkly 2002]. Les difficultés viennent du fait que les patients sont souvent réticents à livrer ces voix ou les commandements hallucinatoires et que ceux-ci peuvent donc être sous-évalués dans les études. D'autres signes spécifiques sont recherchés avec attention tels qu'un délire grandiose, des rêveries diurnes d'agresser autrui, une idéation et des pratiques perverses, une fascination pour les armes ou des menaces écrites ou verbales évoquant un scénario en cours d'élaboration [Senon 2006]. Enfin plusieurs études retrouvent que le fait d'avoir été hospitalisé auparavant pour un épisode violent, et récemment pour une pathologie sévère (moins d'un an) sont facteurs de risque de violence [Fazel-f 2010].

#### ***La longue durée de psychose non traitée***

L'influence de la DUP (*Duration of Untreated Psychosis*) est discutée selon les auteurs [Arango 2001, Foley 2007]. Pour Foley, à partir d'une étude rétrospective portant sur 157 patients, la DUP n'aurait pas d'influence, mais elle est peu étudiée. Ce que l'on observe surtout dans les études sont les premiers épisodes psychotiques sans notion de la DUP [Foley 2007]. De plus la durée de psychose non traitée est plus souvent associée à des symptômes négatifs et non positifs. Pour d'autres auteurs tels que Large et al, Nielssen et al, une durée de psychose non traitée longue serait associée à un risque de violence hétéro-agressive [Large 2007+2008, Nielssen 2007+2010].

#### ***Les symptômes dépressifs***



Une forte composante dépressive est fréquemment présente dans la période précédant l'acte violent. Pour certains auteurs, le risque de violence est accru quand les symptômes positifs sont associés à une symptomatologie dépressive, indépendamment du comportement antisocial et de l'abus de substances [Hodgins 2003, Crocker 2005], mais plus particulièrement lorsqu'ils s'associent à un abus de substance ou une personnalité antisociale, ou qu'ils surviennent dans un contexte de crise existentielle ou de perte d'objet. Plusieurs études récentes, portant sur des séries d'auteurs d'homicide ou d'actes violents graves, retrouvent une proportion relativement importante (entre 16 et 28 %) de pathologies dépressives préexistantes au passage à l'acte [Erb 2001]. Les mouvements dépressifs et suicidaires sont même considérés, par certains comme un des meilleurs prédicteurs de dangérosité à court terme. Puig-Verges souligne ainsi qu'il est important d'intégrer à la réflexion sur les conduites violentes les passages à l'acte auto-agressifs dans la mesure où ils sont un indicateur de pulsions agressives qui peuvent ultérieurement s'exprimer envers le monde extérieur [Puig-Verges 2005]. En revanche pour d'autres auteurs tels que Sokya et Fazel la dépression apparaît inversement associée avec le risque de violence, et sans relation avec le délire ou les hallucinations [Fazel-f 2010, Sokya 2007]. Pour Sokya, à partir d'une étude rétrospective portant sur 1 662 patients suivis en psychiatrie universitaire, le risque de violence est moindre [Sokya 2007] en cas de symptomatologie dépressive associée.

## **2.2 Facteurs de risque spécifiques aux troubles de l'humeur**

### **2.2.1 Le type de troubles de l'humeur**

Les études centrées sur les corrélations entre troubles mentaux et criminalité retrouvent une élévation significative d'actes violents chez les patients atteints de troubles bipolaires et de troubles dépressifs majeurs [Arseneault 2000, Fazel 2004, Mullen 2000, Appelbaum 2006, Elbogen 2009, Bourgois 2001, Brennan 2000, Schanda 2004]. Il apparaît à la lecture des différentes études que l'épisode dépressif majeur et les troubles bipolaires de type 1 soient plus fréquemment associés au risque de violence grave que les troubles bipolaires de type 2 [Graz 2009, Latalova 2009, Sokya 2010]. Les crimes graves (meurtres et agressions sexuelles) sont rares. Le risque de violence persiste même après traitement où il apparaît plus fréquent chez les patients ayant des antécédents de violence et les patients dans le déni des troubles même lorsqu'ils sont correctement traités, nettement majoré en cas de trouble de personnalité associé et d'abus de substances. Dans l'étude Mac Arthur, Appelbaum et al estiment le taux de prévalence du comportement violent à 19 % chez les patients déprimés, 15 % chez les patients présentant un trouble bipolaire, chez les patients évalués vingt semaines après la sortie de l'hôpital sans tenir compte de l'éventuelle consommation de toxiques associée [Appelbaum 2000].

Les études récentes plus spécifiquement centrées sur les troubles bipolaires [Swanson-e 1990, Modestin 1997, Stueve 1997, Arseneault 2000, Corrigan 2005, Elbogen 2009, Graz 2009, Fazel 2010] sont peu nombreuses comparées à l'abondante littérature concernant la schizophrénie et la violence. Un certain nombre d'articles concerne le risque d'infanticide chez les mères déprimées [Friedman 2005, Krischer 2007]. Les études apparaissent très hétérogènes au niveau du pays, de la population étudiée (essentiellement des populations carcérales avec une sous-estimation du trouble bipolaire), de la méthodologie (évaluations de la violence par autoquestionnaires et/ou registres), les OR pour la violence variant entre 2 et 9 selon Fazel à partir d'une récente méta-analyse publiée en 2010 [Fazel-a 2010]. Fazel et al dans cette étude ont comparé le taux d'actes violents chez 3 743 bipolaires suivis entre 1973 et 2004 avec 37 429 sujets contrôles de la population générale et la fratrie non malade. Le risque d'acte violent chez les bipolaires était de (OR) 2,3 (IC 95% : 2 - 2,6), augmenté lors d'abus de substances associé avec un OR de 6,4 (IC 95% : 5,1 - 6) versus un OR de 1,3 en l'absence d'abus de substances (IC 95% : 1 - 1,5), et diminué lorsque les bipolaires étaient comparés à la fratrie (OR = 1,1, [IC 95% : 0,7 - 1,1]), sans différence entre les différents types de la maladie. Les comportements délictueux dont certains comme les vols, les

bagarres, les agressions contre les biens, les infractions sexuelles, les incendies sont souvent mal connus, les homicides liés à la pathologie mentale sous-évalués car souvent suivis de suicide. Dans les troubles bipolaires, les passages à l'acte médico-légaux sont classiquement différents, les homicides étant davantage rencontrés en cas de syndrome dépressif caractérisé et les états maniaques étant plutôt à l'origine d'infractions contre les biens [Dean 2007]. Dans une étude réalisée en 1997 sur une population d'hommes hospitalisés, Modestin et al ont montré une augmentation de la criminalité 1,65 fois plus importante chez les patients atteints de troubles bipolaires et de troubles dépressifs unipolaires (avec 42 % de patients ayant des antécédents judiciaires versus 31 % des témoins), et une augmentation du taux de récurrence (critères du *Research Diagnostic Criteria*), parmi 261 patients versus un groupe témoin apparié et randomisé appartenant à la population générale. Les patients présentant un trouble dépressif unipolaire avaient une comorbidité importante avec les troubles de personnalité [Modestin 1997]. Les crimes graves étaient rares et souvent associés à un abus de substance. Graz et al dans un travail récent publié en 2009, ont étudié les passages à l'acte violents de 1 561 patients suivis à l'hôpital entre 1990 et 1995 à partir des registres nationaux. Les patients étaient classés selon trois catégories : trouble bipolaire type 1, trouble maniaque et syndrome dépressif caractérisé. Les résultats retrouvent 4,16 % de patients condamnés pendant la période, avec une plus grande fréquence des condamnations pour les patients maniaques et un meurtre chez un patient maniaque, mais d'autres facteurs, tels que le statut marital, l'abus de substances, le trouble de personnalité associé, le sexe masculin, sont aussi incriminés soulignant l'aspect multifactoriel du passage à l'acte chez les patients présentant un trouble de l'humeur [Graz 2009]. Fazel en 2010 sur une étude de suivi de 314 patients bipolaires comparés à une population générale de 1 312 témoins ont retrouvé un OR de 2,3 [Fazel-a 2010] sans distinction entre les différents sous-groupes de patients (dépressifs, maniaques, mixtes ou hypomaniaques), mais avec une forte corrélation avec les abus de substances. En fait, l'ensemble de la littérature souligne l'importance de la comorbidité, particulièrement les abus de substances et les troubles de personnalité de type antisocial [Schanda 2004]. Brennan et al en 2000 dans l'étude portant sur le suivi d'une cohorte danoise de 358 180 personnes sur une période de 43 ans ont retrouvé un OR variant de 2 chez l'homme (IC 95% : 1,4 - 2,8) à 3,9 chez la femme (IC 95% : 1,7 - 8,9) versus un OR variant de 4,6 chez l'homme (IC 95% : 3,8 - 5,6) à 23,2 chez la femme (IC 95% : 14,4 - 37,4) pour la schizophrénie, ces chiffres étant très augmentés en cas d'abus de substance [Brennan 2000]. Dans une autre étude réalisée en 2005, Modestin et al. ont étudié le comportement violent chez 282 hommes schizophrènes et 261 hommes présentant un trouble de l'humeur, et l'impact de la comorbidité de l'abus de substances chez ces patients. Le risque de violence et de criminalité était augmenté parmi les deux groupes de patients comparés à la population générale, même sans abus de substances [Modestin 2005]. Enfin Fazel et al dans l'étude citée plus haut ont retrouvé un risque bien moindre de violence chez les bipolaires sans abus de substance (OR=1,3), risque encore diminué lorsque les patients étaient comparés à la fratrie non malade.

### **2.2.2 Les symptômes cliniques associés au risque de violence.**

#### ***Impulsivité, hostilité***

L'impulsivité est une caractéristique du trouble bipolaire, particulièrement importante au cours des épisodes maniaques, hypomaniaques et mixtes, pouvant expliquer l'abus de toxiques et d'alcool, les prises de risque et les passages à l'acte violents étant alors davantage liés aux abus de substances associés [Fazel-a 2010]. Une autre explication avancée par Fazel serait une susceptibilité génétique partagée entre l'abus de substances, le trouble bipolaire et la violence. Dans l'étude de Graz parue en 2009, les auteurs retrouvent davantage de passages à l'acte violents graves chez les patients maniaques, résultats également retrouvés par Dean et Sokya [Graz 2009, Dean 2007, Sokya 2010]. Sokya et al ont étudié la valeur prédictive d'un instrument, l'AMDP, constitué de plus de 200 items permettant d'évaluer le risque d'un comportement agressif futur, sur 1 561 patients bipolaires

hospitalisés et suivis sur 10 ans. Dans cette étude 4,2 % ont été condamnés. Les auteurs ont retrouvé un risque plus élevé chez les patients maniaques selon l'AMDP avec un score élevé d'hostilité. Cette impulsivité est mal connue dans la manie et comprend probablement plusieurs dimensions qui ont fait l'objet de travaux [Stratowsky 2009, Oquendo 2000]. Ainsi, Strakowsky et al ont étudié trois dimensions chez 70 patients bipolaires de type 1 au cours d'épisodes maniaques : la désinhibition, la capacité à attendre une gratification et les capacités attentionnelles évaluées à l'aide de tests neuropsychologiques. Chez ces patients, les trois dimensions de l'impulsivité motrice, attentionnelle et non planifiée sont perturbées, les résultats n'étant pas corrélés entre eux mais associés à un dysfonctionnement du cortex cingulaire antérieur et du striatum. Les patients violents semblent présenter plus souvent des traits de personnalité pathologique, un abus de d'alcool ou de substances associé, des sévices dans l'enfance et des idées ou comportements suicidaires [Stratowsky 2009]. Les relations entre dépression et agressivité sont également bien connues, la colère, l'hostilité, et l'irritabilité étant fréquemment observées dans les troubles dépressifs et surtout les dépressions unipolaires. Selon certains auteurs, les dépressifs ont un niveau plus élevé de colère que les sujets sains, en particulier lorsqu'ils sont tendus, et ont le sentiment de perdre le contrôle de la situation pouvant alors diriger l'agressivité contre leurs proches.

### ***Idées délirantes***

La présence de symptômes psychotiques spécifiques tels que les idées de grandeur, mégalomaniaques ou de persécution semblent être des facteurs de risque de violence. L'existence d'idées délirantes de persécution augmente le risque de dangérosité notamment lorsqu'il y a un persécuteur désigné, en cas d'hypomanie sans fuite des idées ou de manie chronique résistant partiellement au traitement médicamenteux. Par ailleurs, les idées délirantes de ruine, de culpabilité et les préoccupations mystiques sont souvent rencontrées en cas de syndrome dépressif majeur mélancoliforme et de mécanisme hallucinatoire. Les hallucinations peuvent être impératives intimant au patient de commettre des actes de violence parfois meurtriers.

### ***Symptomatologie dépressive***

Le risque d'homicide est relativement rare dans le trouble bipolaire, mais plus élevé en cas de syndrome dépressif avec une forte relation entre dépression-crime-suicide. Dans les études longitudinales prospectives ou rétrospectives de population d'homicides, la proportion de troubles de l'humeur varie de 0,5 à 8,2 % parmi les meurtriers [11,3 % Fazel 2004 ; 1,4 % Schanda 2004 ; 8,2 % Koh 2006 ; 7 % Shaw 2006]. L'homicide altruiste est classiquement décrit dans la littérature, associé à une thématique délirante de ruine et de culpabilité ou à des préoccupations mystiques et hypochondriaques du sujet étendues à ses proches [Krischer 2007]. L'acte est généralement prémédité, réalisé de sang-froid ou sous forme de raptus anxieux. Le suicide ou la tentative de suicide de l'auteur des faits fait classiquement suite à l'homicide dans un délai bref. La dépression homicide est régulièrement associée à un trouble de personnalité (limite, narcissique, paranoïaque et antisociale). L'intolérance à la frustration, la péjoration de l'avenir, surtout lorsque ces symptômes sont associés à une crise existentielle, seraient des facteurs déterminants dans le passage à l'acte. Ces patients auraient des scores plus élevés au niveau de l'anxiété, des symptômes somatiques et de l'hostilité. L'hypothèse d'une dysrégulation sérotoninergique plus importante que dans les autres dépressions a pu être évoquée.

### ***L'idéation suicidaire***

Les liens clinique et neurobiologique entre suicide et l'hétéro-agressivité sont importants. Dans une étude d'Oquendo, 21 patients bipolaires avec antécédents de suicide étaient comparés à 23 bipolaires sans antécédents de suicide. Ils avaient des scores plus élevés d'hostilité et d'impulsivité et davantage d'antécédents de passages à l'acte hétéro-agressifs [Oquendo 2000]. Dans les passages à l'acte homicides du sujet déprimé, de fréquentes

idéations suicidaires sont retrouvées dans les jours précédant l'acte, celui-ci étant souvent suivi de suicide [Le Bihan 2004].

### **Conclusion**

Les connaissances épidémiologiques sont considérables en termes de facteurs de risque. Les recherches concernant les relations unissant facteurs cliniques et violence n'ont pas toujours donné des résultats très concordants – la question des abus de substances mise à part, ce dernier facteur étant universellement identifié, seul ou en comorbidité, comme très fortement associé avec les conduites agressives. Les autres variables cliniques ne contribuent que modérément à l'identification de la dangerosité, moins en tout cas que bon nombre de variables « générales » : en effet l'âge (jeune), le sexe (masculin), le statut socio-économique (bas) ou bien encore la qualité de l'environnement (voisinage défavorisé, absence de logement) sont des indicateurs bien plus sûrs en matière de dangerosité. Ces variables générales en outre, par l'ampleur de leur relation statistique avec les comportements antisociaux, peuvent masquer l'effet éventuel des éléments cliniques que les analyses épidémiologiques pourraient chercher à mettre en évidence. Ces éléments cliniques (antécédents de violence, symptômes psychotiques spécifiques, sévérité de la dépression, existence d'un trouble de personnalité associé, mauvaise observance médicamenteuse et du suivi, lésions cérébrales et idées ou fantasmes de violence) doivent donc être soigneusement repérés par les équipes soignantes afin d'éviter le risque de violence chez certains patients et apporter une stratégie de soins opérante. Aucun critère n'est absolu. Toute la recherche de facteurs de risque ne doit pas faire perdre de vue que la violence s'inscrit dans le parcours d'une vie toujours singulière.

**Références bibliographiques**

- 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
- Appelbaum PS, Robbins P, Monahan J. Violence and delusions: data from the Mac Arthur violence risk assessment study. *Am J Psychiatry* 2000, 157:566-72.
- Appelbaum PS et al. Violence and mental disorders: Data and Public Policy. *Am J Psychiatry* 2006, 163, 8:1319-1321.
- Arango C, Barba AC, Gonzalez-Salvador T, Calcedo O. Violence in patients with schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Bull* 2001; 25:493–503
- Arseneault L, Moffit TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort. Results from the Dunedin study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:979-986.
- Ash DH, Galletly C, Haynes J et al. Violence self-harm, victimization and homelessness in patients admitted to an acute inpatients unit in South Australia. *Int J Soc Psychiatry* 2003; 48:45-7.
- Bjorkly S. Psychotic symptoms and violence towards others: a literature review of some preliminary findings. Part 1: Delusions. *Aggression Violent Behav* 2002; 7:617-631.
- Bobes J, Fillat O, Arango C. Violence among schizophrenia out-patients compliant with medication: prevalence and associated factors. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 218–225.
- Bourgeois ML, Benezech M. Dangérosité criminologique, psychopathologie et comorbidité psychiatrique. *Ann Med Psychol* 2001, 159:475-86.
- Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:494-500.
- Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, Noffsinger SG, Resnick PJ, Camlin-Shingler K. Insight and its relationship with violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161(9):1712-1714.
- Cannon M, Huttunen M, Tanskanen A et al. Perinatal and childhood risk factors for later criminality and violence in schizophrenia: longitudinal, population-based study. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 496-501.
- Corrigan PW, Watson AC. Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behaviour in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Research* 2005; 136 (2-3):153-162.
- Crocker AG, Mueser KT, Drake RE, Clark RE, McHugo GJ, Ackerson TH, Alterman AI. Antisocial personality, psychopathy, and violence in persons with dual disorders. *Crim. Justice Behav* 2005; 32, 452–476.
- 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: 264-70.
- Dean K, Walsh E, Morgan C, Demjaha A, Dazzan P, Morgan K, Lloyd T, Fearon P, Jones PB et Murray RM. Aggressive behaviour at first contact with services: findings from the AESOP First Episode Psychosis Study. *Psychological Medicine* 2007; 37, 547–557.
- Dubreucq JL, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Med Psychol* 2005, 163:852-865.
- 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.
- Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66:152-161.
- Elsayed Y, Al-Zahrani M, Rashad M. Characteristics of mentally ill offenders from 100 psychiatric court reports. *Ann Gen Psychiatry* 2010; 9:4 : 1-7
- Erb M, Hodgins S, Freese R, Muller-Isberner R, Jockel D. Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect. *Crim Behav Ment Health* 2001; 11:6-26.
- Eriksson A et al. Early risk factors for criminal offending in schizophrenia: a 35-year longitudinal cohort study. *Soc Psychiat Epidemiol* 2010. [Epub ahead of print]
- Estève D. Y a-t-il une prévention du parricide psychotique ? *Perspectives Psychiatriques* 2003; 42(1):56-62.

Farrington DP, Jolliffe D, Hawkins JD, Catalano RF, Hill KG, Kosterman R. Comparing delinquency careers in court records and self-reports. *Criminology* 2003; 41(3), 933–958.

Fazel S-a, Grann M, Goodwin G, Lichtenstein P, Langström N. Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(9):931-938

Fazel S-b, Gulati G, Linsell L, Geddes, JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*; 2009 Aug 11; 6(8).

Fazel S-c, Grann M, Carlström M, Lichtenstein P et Langström. Risk factors for violent crime in schizophrenia. A national cohort study of 13806 patients. *J Clin Psychiatry* 2009; 70, 3: 362-369.

Fazel S-d, Langström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse and violent crime. *JAMA* 2009; 301,19: 2016-2023.

Fazel S-e, Philipson J, Gardiner L et al. Neurological disorders and violence: a systematic review and meta-analysis with a focus on epilepsy and traumatic brain injury. *J Neurol* 2009; 256, 10: 1591-1602.

Fazel S-f, Buxrud P, Ruchkin V, Grann M. Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses: a national case-control study. *Schizophr Res* 2010; doi:10.1016/j.schres.2010.08.19.

Fazel S et al. Psychiatric comorbidity among homicide offenders: a Swedish population study. *Am J Psychiatry* 2004; 161:2129-31.

Foley SR, Kelly BD, Clarke M, McTigue O, Gervin M, Kamali M, Larkin C, O'Callaghan E, Browne S, 2005. Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis. *Schizophr Res* 2005; 72 (2–3):161-168.

Foley SR, Browne S, Clarke M, Kinsella A, Larkin C, O'Callaghan E. Is violence at presentation by patients with first-episode psychosis associated with duration of untreated psychosis? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:606–610

Friedman SH, Shelton MD, Elhaj O, Youngstrom EA, Rapport DJ, Packer KA et al. Gender differences in criminality: bipolar disorder with co-occurring substance abuse. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005, 33, 2: 188-195.

Friedman SH, Hrouda DR, Holden CE, Noffsinger SG, Resnick PJ. Child murder committed by severely ill mothers: an examination of mothers found not guilty by reason of insanity. *J forensic Sci* 2005, 50, 6: 1466-1471.

Fullam RS, Dolan MC. Executive function and in-patient violence in forensic patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2008 ; 193: 247-253.

Grann M, Danesh J, Fazel S. The association between psychiatric diagnosis and violent re-offending in adult offenders in the community. *BMC Psychiatry* 2008; 8:92

Graz C et al. Criminal behavior and violent crimes in former inpatients with affective disorder. *J affect Disord* 2009; 117, 1-2: 98-103.

Haggard-Grann U , Hallqvist J, Langström, Moller J. Short-term effects of psychiatric symptoms and interpersonal stressors on criminal violence. A case-crossover study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41:532–540

Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist: Revised*. Toronto, Ontario, Multi-Health Systems, Inc 1991.

Hodgins S, Tiihonen J, Ross D. Consequences of conduct disorder for males who develop schizophrenia: association with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophr Res* 2005; 78:323-335.

Hodgins S, Hiscoke UL and 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.

Hodgins S-a, Cree A, Mak A and T. From conduct disorder to severe mental illness: associations with aggressive behaviour, crime and victimization. *Psychological Medicine* 2008; 38: 975–987.

Hodgins S-b. Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Phil Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2008, 363: 2505–2518

Joyal C, Putkonen A, Paavola P, Tiihonen J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychological Medicine* 2004; 34: 433-42.

Klassen D, O'Connor WA. Demographic and case history variables in risk assessment. In: Monahan J, Steadman H, editors. *Violence and mental disorder*. Chicago: The University of Chicago Press 1994:229-257.

Koh K G W W, Gwee K P, Chan Y H. Psychiatric aspects of homicide in Singapore: a five-year review (1997-2001). *Singapore Med J* 2006; 47 (4): 297-304.

Krakowski M., Czobor P. Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *Am J Psychiatry* 2004; 161:459-465.

Krischer MK, Stone MH, Sevecke K, Steinmeyer EM. Motives for maternal filicide: results from a study with female forensic patients. *Int J Law Psychiatry* 2007, 30, 3:191-200.

Lamberti JS. Understanding and preventing criminal recidivism among adults with psychotic disorders. *Psychiatric Services* 2007; 58: 773–781

Latalova K. Bipolar disorder and aggression. *Int J Clin Pract* 2009, 63, 6: 889-99.

Le Bihan P. Dépression et dangerosité. In: De Beaurepaire C, Bénézech M, Kottler C. *Les dangerosités. De la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*. Paris :John Libbey Eurotext, 2004: 189-198.

Le Bihan P, Benezech M. La récidive dans l'homicide pathologique: étude descriptive et analytique de douze observations. *Ann Med Psychol* 2005; 163 : 301-304.

Marleau JD, Millaud F, Auclair N. A comparison of parricide and attempted parricide: a study of 39 psychotic adults. *Inter J Law Psychiatry* 2003, 26:269-279.

Mc Niel. Psychiatric Emergency service use and homelessness, mental disorder, and violence. *Psychiatr Services* 2005 ; 56 :699-704.

Millaud F, Dubreucq JL. Evaluation de la dangerosité du malade mental psychotique, introduction. *Ann Med Psychol* 2005 ; 163 : 846-51.

Modestin J et al. Criminal behavior in male with affective disorders. *J Affect Disord* 1997, 42:29-38.

Modestin J, Wuermle O. Criminality in men with major mental disorder with and without comorbid substance abuse. *Psychiatry Clin Neurosciences* 2005; 59: 25-29.

Monahan J, Steadman HJ, Robbins PC, Silver E, Appelbaum PS, Grisso T et al. Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *Br J Psychiatry* 2000, 176:312-9.

Monahan J, Steadman H, Silver E, Appelbaum P, Robbins P, Mulvey E. *Rethinking risk assessment. The McArthur study of mental disorder and violence*. Oxford: Oxford University Press 2001.

Monahan J, Steadman HJ, Robbins PC et al. An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders. *Psychiatr Services* 2005; 56, 7: 810-815.

Moran P, Walsh E, Tyrer P, Burns T, Creed F, Fahy T. Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis. Report on the UK700 trial. *Br J Psychiatry* 2003; 182:129-134.

Morrissey 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 Services* 2007; 58: 794-801.

Mullen PE, Burgess P, Wallace C, Palmer S, Ruschena D. Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet* 2000, 355: 614-617.

Munkner R, Haastrup S, Joergensen T, Kramp P. The association between psychopathology of first-episode psychosis patients within the schizophrenia spectrum and previous offending. *Nord J psychiatry* 2009; 63:124-131.

Nestor P. Mental disorder and violence: Personality Dimensions and Clinical Features. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1973-1978.

Nielsen O, Bourget D, Laajasalo T, Liem M, Labelle A, Häkkänen Nyholm H, Large M. Homicide of Strangers by People with a Psychotic Illness. *Schizophrenia Bulletin* 2009; doi:10.1093/schbul/sbp112

Nolan KA, Volavka J, Czobor P, Sheitman B., Lindermayer JP, Citrome LL et al. Aggression and psychopathology in treatment-resistant inpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Psychiatr Res* 2005; 29:109-115.

Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B, Parsons B, Haas GL, Malone KL et al. Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disorder* 2000, 59,2: 107-117.

Puig-Verges N, Schweitzer MG. Violences, prédictivité et attentes sociales. *Probabilités et*

certitudes, vers de nouvelles logiques. *Ann Med Psychol* 2005; 163 : 816-19.

Putkonen A, Kotilainen I, Joyal CC, Tiihonen J. Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: A structured clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophr Bull* 2004; 30:59-72.

Quanbeck C, Stone D, Mc Dermott B, Boone K, Scott C, Frye MA. Relationship between criminal arrest and community treatment history among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Services* 2005; 56, 7: 847-52.

Quanbeck CD, McDermott BE, Lam J, Eisenstark H, Sokolov G, Scott CL. Categorization of aggressive acts committed by chronically assaultive state hospital patients. *Psychiatr Services* 2007; 58: 521-28.

Ran WS, Chen PY, Liao ZG et al. Criminal behavior among persons with schizophrenia in rural China. *Schizophr Res* 2010; 122:213-218.

Richard D, Senon JL, Jaafari N. Drogues et passage à l'acte: la complexité des liens. In: Millaud F, editor. *Les passages à l'acte*. Eds Masson Paris, Collection Ouvertures Psy. 2009:168-189

Richard-Devantoy S, Olie JP, Gourevitch R. Risque d'homicide et troubles mentaux graves : revue critique de la littérature. *Encéphale* 2009; 35 : 521-30.

Robbins PC, Monahan J, Silver E. Mental disorder and gender. *Law Hum Behav* 2003; 27: 561-71.

Schanda H, Knecht G, Schreinzer D, Stompe Th, Ortwein-Swoboda G, Waldhoer Th. Homicide and major mental disorder: a 25-year study. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110(2): 98-107.

Scott CL, Resnick PJ. Violence risk assessment in persons with mental illness. *Agression Violent Behavior* 2006; 11: 598-611.

Senon JL, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. Les malades mentaux sont ils plus violents que les citoyens ordinaires? *Information Psychiatrique* 2006; 82:645-652.

Shaw J, Hunt I, Flynn S et al. Rats of mental disorder in people convicted of homicide. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 143-7.

Sokya M, Graz C, Bottlender R, Dirschedl P, Schoech H. Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2007; 94: 89–98.

Sokya M, Zingg C. Association for methodology and documentation in psychiatry profiles predict later risk for criminal behaviour and violent crime in former inpatients with affective disorders. *J Forensic Sci* 2010, 55, 3: 655-659.

Steadman HJ, Monahan J, Appelbaum PS, Grisso T, Milvey EP. Designing a new generation of risk assessment research. In: Monahan J, Steadman H, editors. *Violence and mental disorder*. Chicago: The University of Chicago Press 1994; 297-318.

Stompe Ta, Stmad A, Ritter K, Fischer. Danzinger D et al. Family and social influences on offending in men with schizophrenia. *Aust New Zealand J Psychiatry* 2006; 40:554-60.

Stompe Tb, Ortwein-Swoboda G, Schanda H. Schizophrenia, delusional symptoms, and violence. The Threat/Control-Override concept re-examined. *Schizophr Bull* 2004; 30:31-44.

Strakowski SM et al. Characterizing impulsivity in mania. *Bipolar Disorders* 2009, 11(1):41-51.

Stubner S, Grob G, Nedopil N. Inpatient risk management with mentally ill offenders: results of a survey on clinical decision-making about easing restrictions. *Clinical behavior and mental health* 2006; 16: 111-123

Stueve A, Link BG. Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatric Quarterly* 1997, 68:327-42.

Swanson JW-a, Swartz MS, Vand Dorn RA et al. Comparison of antipsychotic medication effects on reducing violence in people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2008; 193: 37-43.

Swanson JW-b, Swartz MS, Van Dorn R, Elbogen E. A national study of violent behavior in persons with Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 490-99.

Swanson JW-c, Swartz MS, Borum R, Hiday V, Wagner R et al. Involuntary outpatient commitment and reduction of violent behavior in persons with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 2000; 174:324-31.

Swanson JW-d, Swartz M, Essock S, Osher F, Wagner H, et al. The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *Am J Public Health* 2002; 92: 1523-31.

Swanson JW-e, 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): 761-70.

Swanson JW-f, Estroff S, Swartz M, Borum R 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.

Swanson JW-g, Swartz MS, Elbogen EB. Effectiveness of atypical antipsychotic medications in reducing violent behaviour among persons with schizophrenia in community-based treatment. *Schizophr Bull* 2004, 30: 3-20.

Swanson JW-h, Van Dorn R, Swartz M, Smith A, Elbogen E, Monahan. Alternative Pathways to Violence in Persons with Schizophrenia: The Role of Childhood Antisocial Behavior Problems. *Law Hum Behav* 2008; 32:228–240.

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.

Taylor PJ, Gunn J. Homicides by people with mental illness: myth and reality. *Br J Psychiatry* 1999; 174:9-14.

Taylor P, Bragado-Jimenez M. Women, psychosis and violence. *Int J Law Psychiatry* 2009; 32: 56-64.

Vacheron MN, Gourevitch R, Cornic F. La prise en charge des états réputés dangereux. Eds Masson, Rapport annuel du CPNLF. 2010.

Vandamme MJ, Nandrino JL. Temperament and character inventory in homicidal non addicted paranoid schizophrenic patients: A

preliminary study. *Psychol Rep* 2004; 95:393-406.

Vandamme MJ. Schizophrénie et violence: comorbidités et typologies. *Ann Med Psychol* 2009 ; 167:709-715.

Voyer M, Senon JL, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité psychiatrique et prédictivité. *Information Psychiatrique* 2009; 85(8):745-752.

Voyer M. Dangerosité psychiatrique : l'état de la question. Réflexions autour d'une meilleure prévention et prise en charge de la violence physique des malades mentaux. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine 2008, Poitiers.

Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161:716-727.

Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tatan T, Tyrer P, Creed F, Murray R, Fahy T. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Res* 2004; 67:247-252.

Weiss EM, Marksteiner J, Fleischhacker W. Neuropsychological deficits and violence in schizophrenia. *Adv Schizophr Clin Psychiatry* 2006; 2(3):87-93.



## **Session 3.**

### **Évaluation et premier recours en cas de signes d'alerte**



## Quels sont les signes d'alerte et les premiers recours face à l'inquiétude de la famille ou du médecin généraliste dans l'anticipation de la violence ?

**Dr Marie-Jeanne GUEDJ**

Psychiatre

Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil, Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris

### 1. Introduction

La violence hétéro-agressive chez les personnes atteintes de maladies mentales sévères, indépendamment des risques judiciaires encourus, nécessite d'être prévenue pour 2 raisons :

- culpabilité du patient secondaire aux dommages éventuels, mais aussi honte d'un comportement advenu malgré soi (description particulière de la violence non utilitaire, plutôt brutale et explosive) ;
- réactions de l'entourage par angoisse, détresse, voire syndrome post-traumatique, et toujours sentiments de crainte excessive face au patient et aux relations ultérieures.

Cette prévention commence par l'anticipation et la reconnaissance de signes précurseurs.

Les recherches bibliographiques ont été faites en majorité dans Medline et Ascodocpsy, de façon croisée, avec les mots : *warning signs, alarm signs, risk factors of violence, signal symptom, schizophrenia, bipolar disorder, severe mental illness, outpatient, observance, community caregiver, family burden, general practitioner*. La recherche a été étendue à *risk factors* du fait du peu de retour par *warning signs* (beaucoup de confusion avec signes prodromiques) et *alarm signs* (retour par des références EEG). D'autres sources d'information sont apparues selon des recherches personnelles, sans références par mots-clés.

Les articles sélectionnés comportent :

- ceux qui traitent de la violence de la personne atteinte de schizophrénie, de trouble bipolaire et plus généralement de maladie mentale sévère, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital, face à l'équipe de soins et du comportement de celle-ci, plusieurs articles ayant souligné la similitude de ce qui se passe avec les familles ;
- ceux qui abordent la charge particulière de la famille et les interactions de la famille avec le patient ;
- les articles approchant de ce qu'on nommera faute de mieux la clinique du quotidien ;
- les articles sur le médecin généraliste face à la maladie mentale ;

On note que la littérature concernant la schizophrénie et les comportements violents est bien plus abondante que celle concernant les troubles bipolaires ; pour ceux-là, on trouve surtout des articles de psychiatrie médico-légale (traitant de meurtres).

### 2. La violence et son anticipation

D'abord, n'oublions pas le caractère général de la violence, non réservée aux personnes schizophrènes ou bipolaires. A propos de la violence à l'adolescence, Jeammet (1) y reconnaît un comportement de désespoir, de défense de territoire d'une part, et de recherche de la seule position active possible à ce moment-là, associant violence et création. Il s'appuie en cela sur de larges travaux éthologiques reconnaissant l'existence de la violence dans le vivant (2). Gutton (3), toujours à l'adolescence, insiste davantage sur

l'aspect destructeur pour l'autre et pour la personne elle-même, la destruction portant sur la capacité de penser et de parler. Pouvoir raconter la violence, c'est déjà en sortir, et en parler ce n'est pas forcément rechercher une cause. Une telle démarche, selon lui, fixe de façon inutile ce qu'on croit être les vraies raisons de la violence. En promouvant les entretiens familiaux pour prévenir la violence, c'est encore de la capacité à raconter dont parle Miermont (4), seul moyen de faire face à la peur de voir son territoire envahi. Ces rappels introduisent l'aspect interactif de la violence, y compris dans les pathologies sévères, et la vanité d'une recherche simple des causes.

Par ailleurs la surestimation de la violence des personnes atteintes de troubles mentaux sévères ressort de plusieurs études (5) et elle est majeure dans l'opinion publique (6,7), non pas que cette remarque annule ce problème, mais pour insister sur l'importance d'une juste évaluation pour diminuer la peur, elle-même facilitatrice de violence. Les faux positifs témoignent d'une évaluation de l'aggravation de l'état de la personne ou du climat environnant.

Il y a lieu de différencier les types de violence, ce qui ne ressort pas toujours clairement des différentes études. On y dépeint le plus souvent, d'une part, la globalité des comportements violents, d'autre part, les actes criminels. Pourtant l'échelle OAS, très utilisée, hiérarchise agression verbale, violence contre les objets, violence contre soi-même, violence contre autrui. Laubscher (8) propose la gradation : agitation, perturbation, destruction, danger, létalité. On différencie aussi, dans la violence des patients ayant déjà fait l'objet d'un diagnostic de maladie mentale sévère : les agressions impulsives (si refus de satisfaction, si insistance à propos d'un comportement non souhaitable), organisées (planifiées, avec motif utilitaire, sans agitation) et psychotiques (délirantes ou hallucinatoires) (9).

Plusieurs auteurs s'intéressent aux facteurs de protection (10, 11) : large réseau social, capacité à demander de l'aide et à vouloir modifier ses propres imperfections, facteurs sociaux familiaux (difficiles à prendre en compte ici car ce sont des facteurs statiques non modifiables).

Enfin la cible de la violence paraît se concentrer préférentiellement sur l'entourage familial d'une part, et l'environnement soignant d'autre part quand le patient est hospitalisé. En cas de maladie mentale sévère, Estroff (12) s'intéresse à la cible de la violence et demande de prêter attention aux propos des familles mais aussi des patients.

Maintenant, qu'est-ce qui nécessite de s'inquiéter de la violence, en dehors du registre de la légalité et de la nécessité de la protection de tous bien sûr ?

- la violence comme annonciatrice de décompensation ;
- l'amplification de la violence qui mène à la contrainte, souvent reconnue comme elle-même porteuse de récidives de violences et de refus de soins

### **3. Les signes d'alerte**

Pour plusieurs auteurs (13,14), la maladie mentale sévère n'est pas un fort indicateur de violence à venir, l'association maladie mentale sévère-abus de substances entraîne un plus haut risque que le seul abus de substances ; l'histoire et les événements de vie stressants augmentent le risque. De plus, la maladie mentale sévère n'est pas un facteur indépendant pour expliquer les variations dans les différents types de violence.

#### **3.1. Sémiologie**

Ces signes relèvent d'une part de signes précurseurs d'une aggravation de la pathologie elle-même dans le sens d'une rechute ou d'une récidive (violence liée aux états aigus), mais aussi des éléments associés (traits de personnalité, abus de substances) (14, 15, 16, 17,18). On relève toujours que la meilleure prévision de violence est d'ordre statique, à savoir avoir déjà eu un comportement violent (19).

Pour Wijk (20) (utilisation de simulations vidéo) ce sont des facteurs cognitifs (sont-ils pérennes ou exacerbés à certains moments ?) tels que les difficultés à interpréter les expressions du visage, à comprendre les intentions des autres, à interpréter ses propres réactions ou encore les conséquences de ses actes, qui sont importants.

L'anxiété favorise la demande de soins, du moins en urgence (21). Les toxiques la diminuent, l'augmentation de la consommation de toxiques est parfois considérée comme un signe précurseur de violence (7, 22). La dépression protégerait les schizophrènes des actes violents (23), mais le résultat est controversé (24) : étude dans la communauté qui l'associe au contraire à une violence majeure.

Le projet suicidaire est classiquement associé à une possibilité de violence hétéro-agressive, dans les cas notamment de suicide altruiste, cette caractéristique est confirmée par Plutchik (11).

Il existe une dimension très particulière, relevée de façon transnosographique comme élément précurseur de violence, c'est l'hostilité. Elle est définie dans le Robert comme issue du vocabulaire de la guerre, avec pour synonymes antipathie, haine, malveillance, inimitié, opposition. Elle est citée dans de nombreuses études comme une des composantes d'alerte de la violence : Soyka (23) et Amore (25) lors d'études dans la communauté de patients diagnostiqués, Steinert (19) pour une étude intrahospitalière ; Boye (26) note qu'elle est relevée par les familles pendant et après l'hospitalisation ; Estroff (12) en souligne la dimension d'interaction familiale ; Sachs (27) étudie l'agitation et non la violence proprement dite où elle est à un haut niveau aussi bien dans bipolarité que dans la schizophrénie, mesurée à la BPRS, ainsi que chez Abdushualeh (28). L'hostilité est en effet un item de la sous-échelle PANSS excitation (29), avec la tension, le refus de soins, le mauvais contrôle des impulsions, la méfiance, items que nous allons retrouver dans les études. Elle est retrouvée comme signe précurseur de la violence, associée à l'agressivité, au délire, à la méfiance et aux idées paranoïaques (30).

### **3.1.1 Troubles schizophréniques**

▪ Que faire des données sociodémographiques ? Estroff (12) a montré sur 169 patients suivis pendant 3 mois que la violence est intrafamiliale et elle dépend des conditions de vie, précisément vivre avec le patient, celui-ci dépendant financièrement de la famille, et la famille étant l'interlocuteur privilégié du service de soins. Mêmes remarques pour Loughland (31).

Binder (32), avec une étude de 150 schizophrènes avec cas témoins, explicite la controverse entre facteurs statiques et dynamiques : avant l'admission, la pathologie aiguë associant des éléments maniaques avec les facteurs statiques connus (être un homme, histoire médico-légale préalable) est essentielle ; au cours de l'hospitalisation, la violence dépend de la vigilance de l'équipe et concerne donc ceux dont on imagine le moins la violence (les femmes).

▪ Que faire de la personnalité associée (antisociale) ? Plusieurs études considèrent cette association comme essentielle pour la prévisibilité (9, 14, 15, 18, 33, 34, 35). Les dimensions de recherche de nouveauté et de dépendance à la récompense sont particulièrement mises en évidence par l'étude de Fresan (33). Abdushualeh (28) retrouve pour 35 schizophrènes, des traits de psychopathie comme seul précurseur, l'hostilité (ou opposition) n'étant retenue qu'associée aux traits psychopathiques.

Un autre facteur est celui de la comorbidité avec l'abus de substances, réduisant à néant l'impact seul de la schizophrénie (même taux avec ou sans schizophrénie : Fazel [36]). Ce qui entraîne la constatation fréquente de 2 groupes de schizophrènes susceptibles de violence : ceux ayant une enfance perturbée et des traits psychopathiques et/ou addictifs importants, et ceux dont la violence est associée à certaines caractéristiques du délire (24, 35, 37). Plus le patient commence jeune, plus c'est associé à des difficultés dans l'enfance

et à une personnalité antisociale quand la violence commence plus tard, elle est associée aux signes florides de schizophrénie. Pour Barlow (38), c'est l'association d'une symptomatologie aiguë avec une histoire antérieure et un abus de substances qui précipite le comportement agressif en hospitalisation (risque multiplié par 2).

▪ Il faut discuter le rôle du délire, apparemment évident, peu retrouvé dans les études (19, 33, 39), du moins chez les schizophrènes sortis de l'hôpital, c'est-à-dire déjà diagnostiqués et traités. L'hypothèse est que l'attribution au délire empêche de chercher d'autres causes. Ce sont les dimensions de grandiosité et d'hostilité, associées à d'autres facteurs tels abus de substances et autres traits psychopathiques qui sont retrouvées par Volavka (35). Le délire paranoïde est néanmoins retrouvé chez les matricides (40) et les parricides (41).

D'autres études s'arrêtent sur les injonctions hallucinatoires commandant de faire mal aux autres : le diagnostic de schizophrénie est-il sûr dans ces cas-là ou n'est-ce pas une caractéristique des cas limites ou de personnalité antisociale ?

Les idées de persécution sont classiquement associées au risque de violence du fait d'une légitime défense avancée par le patient : Swanson (24) les étudie dans la communauté, Montanes Rada (34) associe les idées de désavantage, délirantes ou réelles, au risque de violence dans la communauté.

Bhavsar (42), citant d'autres études concordantes, pointe le rôle particulier des idées délirantes mystiques, tant pour le recours tardif aux soins que pour la participation familiale au délire et les convictions de puissance, aggravant le risque de violence.

L'existence de signes d'alerte pour identifier l'apparition d'idées délirantes dans la schizophrénie serait assez concordante avec l'utilisation de la *Warning Signs Scale* (43).

▪ Les signes négatifs sont peu associés à la violence, ni la catatonie, jamais citée contrairement aux anciens auteurs. Par contre, les troubles du cours de la pensée sont relevés par Amore (25), à rapprocher des défauts cognitifs notés par Wijk (20).

### 3.1.2 Troubles bipolaires

Les prodromes d'un nouvel épisode dans une maladie bipolaire sont actuellement indiqués au patient : trouble du sommeil, trouble de l'alimentation, trouble de l'attention, sensation excessive de fatigue ou au contraire absence totale de fatigue (44).

On retrouve peu de détails sémiologiques d'alerte de violence, mais plutôt des études traitant globalement de celle-ci associée au pôle maniaque ou au pôle dépressif, avec les associations aux abus de substances ou aux troubles de personnalité déjà citées.

La bipolarité multiplierait par 2,81 le risque agressif au cours de l'hospitalisation (38).

Pour l'état maniaque, Graz (45) trouve un taux élevé de comportements violents, d'autant plus chez les femmes, sans pour autant de comorbidité addictive, contrairement à Cameron (46) où cette association est particulièrement importante chez les médico-légaux au moment de l'arrestation.

Fazel (47) étudie la comorbidité avec les abus de substance chez les bipolaires diagnostiqués ayant commis un crime violent, la forme maniaque ou psychotique n'ayant pas d'impact. Martins (48) effectue une revue de la littérature sur la relation entre homicide et maladie mentale sévère : selon lui, l'association avec les troubles bipolaires est sous-estimée, peut-être en raison de suicides aboutis ensuite, et ce dans le cas de dépression psychotique (mélancolie) et dans les états maniaques où les actes sont non prémédités et violents (manie furieuse).

Pour Richard Devantoy et al (49) (revue de littérature), le risque est fortement augmenté en cas de dépression ou dysthymie avec abus de substances, associée à des troubles de personnalité, surtout donc dans l'aspect chronique, avec un taux bien plus élevé chez les femmes.



Bergman (50) étudie la violence conjugale de 55 patients hospitalisés, les déprimés utiliseraient moins que les autres la violence pour résoudre les conflits. De même dans l'étude de Graz (45).

### **3.2 Observance des traitements**

La rupture des soins, celle qui est concernée par la nouvelle prévention quaternaire définie par l'OMS, et la rupture de traitement apparaissent comme des moments à haut risque de décompensation d'une maladie mentale sévère. Elles sont repérées soit juste avant l'hospitalisation et souvent à l'origine de celle-ci, soit peu après la sortie. Le lien avec le comportement violent, symptomatique d'une rechute, mérite d'être interrogé.

Ellouze (10) repère la meilleure observance, associée à d'autres facteurs, comme protectrice du risque de violence. Pour Estroff (12) se référant à la littérature et à son étude, le risque de violence diminue avec la fréquentation des services de soin. Volavka (35) note que la mauvaise observance est un des facteurs associés à la violence chez les schizophrènes avec abus de substances. Cameron (46) indique l'importance du traitement ambulatoire à la sortie de l'épisode maniaque pour prévenir le risque hétéro-agressif. Munkner (51) étudiant une population de schizophrènes après le 1<sup>er</sup> contact avec la psychiatrie indique que le traitement est une prévention des actes violents si on surveille en même temps l'abus de substances, d'autant qu'existe une histoire antérieure de violence. Bobes (52), à partir de 895 schizophrènes en traitement avec 19 % d'hétéro-agressivité, conclut que l'histoire passée de mauvaise observance et la sévérité de la maladie sont des facteurs importants pour prévoir ce risque, d'autant que l'adhésion à la prise médicamenteuse est rapportée subjectivement par le patient ou sa famille (mais la présence aux consultations est objectivée). Le refus du traitement est noté parfois comme lui-même annonciateur de violence, observation faite en intrahospitalier et sans doute transposable à domicile (22). La collaboration avec le patient pour instaurer le programme thérapeutique diminue la violence, selon une revue de la littérature de 1983 à 2008 effectuée par Hamrin (53).

Enfin, la perception des bénéfices du traitement est un facteur important selon Bobes (52) et Elbogen (54), et pourrait rejoindre le terrain de la psychoéducation.

### **3.3. Clinique du quotidien. Environnement**

▪ Les signes précurseurs ne sont pas forcément cliniques mais peuvent relever du quotidien bien connu des familles et du généraliste, représentant une sorte de langage infraverbal, décodé seulement par l'entourage et traduisant soit une aggravation symptomatique (couper le téléphone, prévoir le même voyage à chaque épisode délirant), soit un appel à l'aide (acheter une cartouche de cigarettes pour prévoir d'être hospitalisé). Ce sont les petits riens du quotidien qui médiatisent la rencontre, selon la définition de Touzet (55). Cette notion est issue du quotidien partagé par les équipes éducatives et relevant de la bienveillance du patient (56). A l'Université de Lyon 2, l'anthropologue Anne Marie Dinvaut (57), se penchant sur la scolarité, intitule son séminaire « la clinique du quotidien ».

▪ Nous avons relevé des travaux concernant les précurseurs de la violence au travail, le diagnostic n'étant ni déterminé ni même évoqué dans un contexte non soignant. Mais les caractères généraux de la violence tels que nous les avons indiqués au début nous ont paru justifier une telle démarche. L'ACSEA (58), pour la prévention et la gestion de la violence au travail, conseille de remarquer préventivement quelles sont les caractéristiques habituellement mises en jeu par la personne citant pêle-mêle la défiance, la perte de rationalité, le langage abusif, les menaces et provocations, le langage confus, l'anxiété. De même, le Centre Canadien d'Hygiène et de Sécurité au Travail (59), encore en population non clinique, relève des signes précurseurs de violence chez un employé dit perturbé à savoir les remarques négatives, les comportements inappropriés, les agissements visant à tester la tolérance de l'entourage, la réaction excessive à la critique, l'imputation de ses erreurs aux autres, les allégations d'injustice, l'isolement, la mauvaise hygiène, les

changements subits, et des signes physiques : visage rouge ou blême, transpiration, mouvements répétitifs ou incessants, tremblements, agitation, mâchoires ou poings serrés, gestes exagérés ou violents, changement dans la voix, respiration rapide, mine renfrognée, regard furieux ou évasif, empiètements sur l'espace vital.

▪ Toujours sans aucune précision diagnostique mais dans un contexte clinique, dans une réflexion générale sur la violence, Guitton (60) stigmatise la remise en cause des fonctions d'autorité et rapporte le rôle des attitudes défensives de l'entourage telles que la rigidification, le déni, la fuite, la réduction de la pensée et le discours linéaire de la souffrance. Miermont (4) rapporte, au cours d'entretiens systémiques, que les éléments déclencheurs de l'acte dangereux apparaissent comme des détails de la vie courante : « un objet ou un mot déplacé, un sourire perçu comme narquois ou insolent, une absence de réponse à une question apparemment anodine, une légère modification vestimentaire » qui fonctionnent comme un indice de danger pour le territoire propre.

▪ Il existe aussi des signes reconnus en clinique, mais dont la faible intensité et le caractère isolé non syndromique n'attirent pas l'attention du clinicien car ils ne constituent pas encore des signes de rechute ou de récurrence. Pourtant l'entourage repère leur valeur individuelle pour le membre de leur famille. On les appelle parfois signaux symptômes : colère (5, 61), menaces verbales et changements de comportement (7). Shea (61) les définit comme des symptômes non activement recherchés par le clinicien mais rapportés par le patient, tels que démêlés avec la police, colères fréquentes. Plaussy (62), à propos du trouble bipolaire en médecine générale, rapporte lui aussi l'intérêt des signaux symptômes tels que les troubles du sommeil, ici à la limite entre l'inventaire clinique et la stricte observation intrafamiliale. Goriot (22) note comme signes précurseurs en intrahospitalier les demandes multiples, l'élévation de la voix, les déambulations, l'augmentation du tabagisme, l'irritabilité.

▪ Par ailleurs, on ne peut pas toujours considérer que le patient est extérieur à la violence qui risque de le déborder, il n'est pas un objet d'observation totalement irresponsable. C'est pourquoi il est nécessaire d'être attentif à la perception d'une violence potentielle ou d'une montée de violence repérée par le patient lui-même. Cette idéation de violence serait confiée davantage à la famille ou à des amis (61). Cela entre dans la nécessité plus large d'une meilleure connaissance par le patient des signes alarmants de sa pathologie (63).

▪ Cette évaluation est aussi celle d'événements de vie déjà connus comme précipitant soit un comportement violent, soit une rechute (départs, ruptures diverses, modifications de l'entourage, épuisement, arrivée d'un nouveau membre, déménagement, rupture sentimentale, perte d'emploi, nouvel emploi, etc.) (7, 13, 64).

▪ C'est enfin l'évaluation de l'augmentation du niveau émotionnel familial. Celui-ci diminue la tolérance aux singularités du patient, entraîne la surestimation du risque de violence et la peur qui, elles-mêmes, précipitent un passage à l'acte (Estroff [12] en utilisant l'échelle *Structural Analyse of Social Behavior Scale*) : inquiétude ou harcèlement par l'entourage (burn out, burden). Il serait plus judicieux de considérer comme Estroff, non pas la famille dans son ensemble, mais la place particulière de chacun dans l'interaction avec le patient, dans sa propre perception différente des signes d'alerte au quotidien, ainsi que la perception qu'en a le patient lui-même.

Par analogie reconnue dans plusieurs études (31), les situations de violence avec les infirmiers ont été très étudiées ; elles seraient 3 fois plus fréquentes que les agressions intrafamiliales. A côté de la vie institutionnelle difficile à transposer, Bilgin (65) étudie le style interpersonnel où ressortent la froideur, le manque de compréhension du patient et l'incapacité à se mettre dans sa perspective : ceci décrit aussi le repli de toute personne de l'entourage devenue incapable de reconnaître les besoins du patient, et exigeant de lui ce à quoi il ne peut répondre (le harcèlement pour la recherche de travail en est un exemple). De même, Cameron (9) note que la violence impulsive face aux infirmiers correspond à des attitudes de refus des demandes du patient ou de volonté de changer ses comportements.

Goriot (22) rapporte le sentiment de ne pas être entendu comme un facteur de violence avec l'équipe. Bowers (66) rapporte de même l'usage par les équipes de contraintes discrétionnaires telles que fermer les portes, rigidifier brutalement les interdits.

Ellouze (10) définit une prise en charge familiale dite meilleure (et protectrice du risque) si il y a absence de critiques, de mépris ou de négligences, choses bien difficiles à préciser. Il est probable que le bombardement de messages impossibles à décoder, en cas d'augmentation du niveau émotionnel familial, augmente le désarroi du patient schizophrène (en se fiant à l'étude de Wijk [20]). La très intéressante étude de Boye (26), à partir de questionnaires remplis par 50 proches de schizophrènes à l'admission, puis 4,5 et 9 mois après la sortie avec l'échelle *Perceived Family Burden Scale*, relève à quel point c'est l'anxiété du patient qui augmente la charge psychologique et l'inquiétude de la famille, au point d'employer le terme de « comportement anxio-dépressif », autrement dit on ne parle pas de clinique mais de l'interprétation et du ressenti par la famille de l'angoisse du patient. Il n'y a d'ailleurs pas de lien avec la cotation de l'anxiété aux échelles cliniques. La détresse élevée de la famille est ainsi reliée à un niveau important d'expression des émotions, non aux signes cliniques, même ceux d'une rechute, renvoyés vers les professionnels. Le comportement anxio-dépressif aggrave la culpabilité du proche tandis que le signe clinique de rechute est attribué à la maladie et relève des techniques de soins. Cette nervosité familiale est elle-même associée à un taux de rechute bien plus important pour le patient. Dans l'étude de Yesavage (67), le degré de conflit familial (en particulier les bagarres), associé à une sévérité de la discipline, augmente le risque de violence, mais l'article date de 1983 et les conditions anthropologiques ont sûrement changé.

On ne peut qu'être d'accord avec Fitzgerald (68) qui, en se limitant aux signes d'alerte d'une rechute, sans y inclure forcément la violence, note la nécessité d'une approche multifactorielle incluant les symptômes spécifiques et non spécifiques, les évaluations structurées, le jugement clinique, les familles et le patient.

En somme, le niveau élevé d'inquiétude de la famille est une donnée incontournable à prendre en compte :

- du fait de la sensibilité à des infra-symptômes, peut-être seulement apparus dans le contexte familial, mais c'est bien là que se déploie l'hétéro-agressivité ;
- en différenciant les places dans la famille ou dans l'entourage proche ;
- du fait de la subtilité de ces infra-symptômes ne faisant pas encore partie de la clinique ;
- du fait de l'aggravation certaine de la pathologie corrélativement au haut niveau émotionnel de l'entourage.

Quant au généraliste, les signes d'alerte les plus importants pour lui sont les suivants :

- les différents items prévoyant la violence humaine en général rapportés ci-dessus ;
- la sémiologie propre aux états aigus des pathologies concernées ;
- les traits subsyndromiques constituant des signes d'alerte, peut-être pas forcément de violence, du moins de rechute ;
- le problème de la non-observance thérapeutique, elle-même facteur de risque ;
- la verbalisation d'une crainte de sa propre violence chez le patient ;
- enfin l'attention au discours des familles décrit ci-dessus.

#### **4. Les premiers recours**

La réponse à l'inquiétude de la famille ou du généraliste dans l'anticipation de la violence comporte deux axes :

- la réponse à très court terme pour faire face à la montée du comportement violent ;
- celle à court et à moyen terme pour mettre en œuvre les soins nécessaires au patient pour les troubles concernés et les comorbidités ou traits associés pouvant faire prévoir un tel comportement. Indissociablement mêlée à cela, la prise en compte du

groupe des proches, de ses peurs et des interactions qu'il entretient avec le patient susceptible de devenir violent.

#### **4.1 Face à la violence émergente**

Les premiers recours concernent la mise en sécurité face à une anticipation de violence, sans que cela soit propre à la maladie mentale sévère :

- se protéger, ne pas bouger, se faire tout petit ;
- savoir s'esquiver plutôt que de rechercher l'affrontement ;
- protéger le patient de l'accès à des moyens violents ;
- évaluer si un tiers de l'entourage est ressenti comme perturbateur, et si un tiers est perçu comme rassurant ;
- faire intervenir un tiers extérieur qui modifie le huis clos de la violence en train d'émerger ;
- baisser le niveau émotionnel de tous, entaché de double contrainte.

Van Luyn et Vergouwen, cités par Pochard (69), énumèrent les conseils suivant : respecter le territoire, rester à distance, éviter tout contact visuel intrusif, ne pas se montrer trop familier, se présenter verbalement et non verbalement comme quelqu'un qui n'a pas l'intention d'être offensif, ne pas attaquer directement les idées délirantes, poser des questions simples et favoriser un fonctionnement coopératif et non de contrôle, ne pas hésiter à exprimer l'anxiété, prévoir des portes de sortie, des moyens d'appeler à l'aide, et enfin un traitement.

#### **4.2 La nécessité de faire appel aux services de soins**

▪ La prévention de la violence passe par le traitement habituel des troubles psychiatriques, surtout les troubles de personnalité et abus de substances pour Pulay (6) à partir de près de 5 000 agresseurs suivis pendant 5 ans. Thérapies cognitivo-comportementales, gestion des conflits et traitement antipsychotique sont les 3 axes retenus par Volavka (35), en somme cliniques et non cliniques. Pour Hodgins (37), l'anticipation de la violence passe par la prise en compte particulière de la dimension antisociale avec suivi ambulatoire très contrôlé, admissions régulières et brèves y compris sous contrainte, et programmes de traitement des addictions.

Il est important de poursuivre des soins sous contrainte en ambulatoire, selon Hiday (70), pour diminuer le risque. Pour Carlile (71), au sein d'un groupe de patients hospitalisés, les épisodes de violence décroissent quand les contacts avec le médecin augmentent (multipliés par 3, décréue de violence de 82 %).

▪ Selon Swanson (72) le seul jugement clinique ne permet pas plus que le hasard aux cliniciens de prédire un comportement violent. Les échelles d'évaluation ne sont pas utilisées aux USA car elles sont coûteuses. Les cliniciens peuvent prévoir et prévenir la violence s'ils considèrent leurs patients comme faisant partie d'un groupe épidémiologique. L'amélioration des traitements pour tous les patients aidera à prévenir la violence pour le peu d'entre eux qui présentent un risque de violence, même si celui-ci n'est pas identifié à l'avance.

▪ L'interpellation des services de soins, en l'absence du patient qui ne veut pas consulter, est le recours le plus évident des familles. Pour y répondre, certaines équipes ont mis en place un dispositif de « consultation des familles sans le patient » : le patient vient consulter dans 35,6 % des cas quelques heures ou quelques jours après la venue de sa famille (73). Cet accès aux soins non négligeable correspond à une prise en charge de la honte et de la charge familiale, et répond à la nécessité de faire tomber la tension intrafamiliale (12). Ce qui rejoint les recommandations concernant les programmes de prise en charge des familles à la sortie de l'hospitalisation pour la gestion des comportements violents et menaçants des patients (74). L'accès aux soins se poursuivra en ambulatoire si possible. Si la personne ne vient pas consulter, c'est une visite à domicile qui s'imposera (69).

▪ Les programmes d'éducation à la santé permettent une prévention à plus long terme. C'est ce que suggèrent les résultats de l'étude de Wijk (20) pour les schizophrènes, Fazel (47), Bernhard (75) pour les bipolaires maniaques. La psychoéducation diminue l'expression des émotions négatives (12).

Cependant, ces résultats sont contredits par Lincoln (76) à la suite d'une méta-analyse comportant 199 études dont 18 en particulier respectant les critères d'inclusion qui en déduit plutôt : un effet moyen sur la postcure pour les rechutes, peu d'effets sur la connaissance de la maladie, pas d'effets sur les symptômes, le fonctionnement et l'adhésion au traitement. Les effets sur les rechutes et les réhospitalisations sont significatifs à 12 mois, mais peu sur de plus longues périodes. Les interventions qui incluent les familles sont plus efficaces pour réduire les symptômes à la fin du traitement et pour prévenir les rechutes à 7 et 12 mois. Les effets de la psychoéducation sur le patient seul ne sont pas significatifs.

▪ Le médecin généraliste est le témoin privilégié, quand il existe. Selon une enquête effectuée à Lille en 2005 (77), son image de la psychiatrie reste négative. Selon une autre étude (78), le médecin généraliste hésite à recevoir des patients schizophrènes dans sa clientèle, leur attribuant un risque de violence très surestimé. C'est donc de formation et d'échanges qu'il s'agit comme l'indiquent Vauth et al (79) dans des programmes visant à changer l'attitude du médecin, savoir détecter les signes de la maladie et améliorer l'adhésion aux soins.

## **5. Conclusion**

Les signes d'alerte concernant l'anticipation de la violence chez les personnes atteintes de schizophrénie ou de trouble bipolaire sont d'abord aspécifiques et généraux comme pour toute violence. Les signes d'alerte spécifiques comprennent des signes ou des symptômes relevant de la clinique des états de décompensation ; ils comprennent aussi toute une nouvelle clinique du quotidien, surtout observée par les proches et éventuellement différente selon le patient concerné ; ils comprennent enfin tous les signes d'épuisement de l'entourage proche, eux-mêmes moins attentifs et plus distants face à la personne malade, qu'il y a lieu d'accompagner davantage.

Les premiers recours sont d'abord ceux qui permettent la sécurité et la mise à l'abri de tous, patient, famille, proches, dans l'émergence de la violence. Ce sont aussi la facilitation d'un accès aux soins, avec une meilleure adhésion au traitement, ce qui concerne l'implication directe du patient dans la reconnaissance des signes alarmants et dans l'appréciation des bénéfices du traitement ; cela concerne aussi l'accueil et le soutien de la famille sans le patient si celui-ci refuse de consulter, ainsi qu'une aide aux familles pour diminuer le niveau émotionnel intrafamilial.

On ne saurait oublier l'aide sociale permettant moins de dépendance financière des patients.

De nouvelles recherches devraient préciser cette nouvelle clinique du quotidien, dans l'espace privé, familial ou social.

### Références bibliographiques

1. JEAMMET P. Comment un mineur devient-il violent? : [www.canal-u.tv/smilesearch/search?r=Philippe+Jeammet&t=&st=&n=:](http://www.canal-u.tv/smilesearch/search?r=Philippe+Jeammet&t=&st=&n=:) 2010-08-03
2. LORENZ K. L'agression. Ed Flammarion Paris 1969. 314 p
3. GUTTON P. Violence et adolescence. Ed In Press Paris. Collection Adolescence et psychanalyse. 2002. 352p.
4. MIERMONT J. Violence et dangers : le projet écosystémique. In Les dangers. DE BEAUREPAIRE. BENEZECH M. KOTTLER C. Ed John Libbey, Paris 2004, pp 55-69
5. PLUTCHIK R., VAN PRAAG H. A self report measure of violence II risk. *Comprehensive psychiatry* vol31, n°5, 1990 pp450-456
6. PULAY AJ and al. Violent behavior and DSMIV psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 69:1, January 2008
7. Institut Philippe Pinel de Montréal (clinique de dangerosité). *Psychiatrie et violence*. Site internet
8. LAUBSCHER A. Vers une psychiatrie sans contention. Directeur des soins infirmiers. Genève
9. CAMERON DQ et al. Categorization of aggressive acts committed by chronically assaultive state hospital patients. *Psychiatric services* avril 2007 Vol 58 N°4
10. ELLOUZE F. Schizophrénie et violence: incidence et facteurs de risqué à propos d'une population tunisienne
11. PLUTCHIK R. VAN PRAAG H CONTE HR. Correlates of suicide and violence risk III: a two stage model of countervailing forces. *Psychiatry Research*, 1989, 28, 215-225
12. ESTROFF SE et al. Risk reconsidered: targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (1998) 33: S95-S101
13. ELBOGEN EB. JOHNSON SC. The intricate link between violence and mental disorder. Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. Vol 66 n°2, feb 2009
14. FAZEL S. GRANN M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry* 163:8, august 2006
15. COLOSANTI A et al . Psychiatric diagnosis and aggression before acute hospitalization. *European Psychiatry* 23 (2008) 441-448
16. FAZEL et al. Risk factors for violent crime in schizophrenia : a national cohort study of 13806 patients. *J Clin Psychiatry* 70:3, march 2009
17. FAZEL S et al. Schizophrenia, substance abuse and violent crime. *JAMA*, may 20, 2009, vol 301, n°19
18. WOOTON L et al. Violence in psychosis: estimating the predictive validity of readily accessible clinical information in a community sample. *Schizophrenia Research* 101 (2008) 176-184
19. STEINERT T. Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106 (suppl 412) 133-141
20. WIJK L et al. A pilot for a computer based stimulation system for risk estimation and treatment of mentally disordered offenders. *Informatics for health and social care*. March 2009; 34(2): 106-115
21. GALLOIS E. et al. Enquête naturaliste et prospective des traitements prescrits dans un service d'urgence psychiatrique. *Le Journal de Nervure*, n°7, tome XVII, octobre 2004
22. GORIOT E. Rôle des équipes de soins dans l'évaluation et la prévention de l'agressivité. *Annales Médico Psychologiques* 163 (2005) 827-830
23. SOYKA M et al. Clinical correlates of later violence and criminal offenses in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 101 (2008) 176-184
24. SWANSON JW et al . A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* vol 63, may 2006
25. AMORE M et al. Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients : clinical study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008 jun; 62(3):247-55
26. BOYE B et al. Relatives distress and patients symptoms and behaviours: a prospective study of patients with schizophrenia and their relatives. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 42-50
27. SACHS GS A review of agitation in mental illness : burden of illness and underlying

- pathology. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 (suppl 10)
28. ABUSHUALEH K. ABU AKEL A. Association of psychopathic traits and symptomatology with violence in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research* 143 (2006) 205-211
29. LINDENMAYER JP et al. An excitement subscale of the positive and negative syndrome scale. *Schizophr Res* 2004, Jun 1; 68 (2-3): 331-7
30. GUEDJ MJ et al. La pratique de la contention dans un service d'urgences psychiatriques. *L'Encéphale* 2004 Jan Fév ; 30(1) : 32-9
31. LOUGHLAND CM et al. Aggression and trauma experiences among carer relatives of people with psychosis. *Soc Psychiatr Epidemiol* (2009) 44: 1031-1040
32. BINDER RL. MAC NIEL DE. The relationship of gender to violent behavior in acutely disturbed psychiatric patients. *J Clin Psychiatry* 51:3, March 1990
33. FRESAN A et al. Temperament and character in violent schizophrenic patients. *Schizophrenia research* 94 (2007) 74-80
34. MONTANES RADA F, RAMIREZ JM, DE LUCAS TARACENA MT. Violence in mental disorders and community sample: an evolutionary model related with dominance in social relationships. *Medical Hypotheses* (2006) 67, 930-940
35. VOLAVKA J. SWANSON J. Violent behavior in mental illness: the role of substance abuse. *JAMA* august 4, 2010, vol 304, n°5
36. FAZEL S. GULATI G. LINSELL L. GEDDES JR. GRANN M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta analysis. *PLOS medicine*, august 2009, vol 6, issue 8
37. HODGINS S. MULLER ISBERNER R. Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. *British Journal of Psychiatry* (2004), 185, 245-250
38. BARLOW K, GRENIER B, ILKIW LAVALLE O. Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000; 34:967-974
39. APPELBAUM PS et al. Violence and delusions: data from the Mac Arthur Violence Risk Assessment Study. *Am J Psychiatry* 2000; 157:566-572
40. LIETTU A et al. Mental disorders of male parricidal offenders. *Soc Psychiatr Epidemiol* (2009) 44: 96-103
41. CORNIC F. OLIE JP. Le parricide psychotique. Prévention. *L'Encéphale* 2006 Juillet août ;32 (4Pt1) :452-8
42. BHAVSAR V. BHUGRA D. Religious delusions: finding meanings in psychosis. *Psychopathology* 2008; 41:165-172
43. JORGENSEN P. Schizophrenic delusions: the detection of warning signals. *Schizophr Res.* 1998 Jun 22;32(1):17-22
44. GOOSSENS et al. Recognising prodromes of manic or depressive recurrence in outpatients with bipolar disorder: a cross sectional study. *Int J Nurs Stud* 2010 Oct;47(10):1201-7
45. GRAZ C et al. Criminal behaviour and violent crimes in former inpatient affective disorder. *J Affect Disord.* 2009 Sep ; 117 (1-2) : 98-103. Epub 2009 Jan 24
46. CAMERON D et al. Clinical and legates correlates of inmates with bipolaireolar disorder at time of criminal arrest. *J Clin Psychiatry* 65:2, feb 2004
47. FAZEL S. LICHTENSTEIN P. GRANN M. GOODWIN G. LANGSTROM N. Bipolaireolar disorder and violent crime. *Arch Gen Psychiatry*, vol 67 (n°9), sept 2010
48. MARTINS VALENCA A. MARIN DE MORAES T. Relationship between homicide and mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr* 2006 ;28(Supl II) :S62-8
49. RICHARD DEVANTOY S. OLIE JP. GOUREVITCH R. Risque d'homicide et troubles mentaux graves : revue critique de la littérature. *L'Encéphale* (2009) 35, 521-530
50. BERGMAN B. ERICSSON E. Family violence among psychiatric inpatients as measured by the Conflict Tactics Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94:168-174
51. MUNKNER R et al. Incipient offending among schizophrenia patients after first contact to the psychiatric hospital system. *European Psychiatry* 20 (2005) 321-326
52. BOBES J. FILLAT O. ARANGO C. Violence among schizophrenia out patients compliant with medication: prevalence and associated factors. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 218-225

53. HAMRIN V. IENNACO J. OLSEN D. A review of ecological factors affecting inpatient psychiatric unit violence: implications for relational and unit cultural improvements. *Issues in mental health nursing*. 30: 214-226, 2009
54. ELBOGEN EB et al. Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *British Journal of Psychiatry* (2006), 189, 354-360
55. TOUZET P. La clinique du quotidien, du vécu à une tentative de théorisation. *Soins Psychiatrie*, vol 30, n°264, 2009, pp18-21
56. FUSTIER P. Les corridors du quotidien. Clinique du quotidien et éducation spécialisée en institution. Ed Dunod 2008. 176p
57. DINVAUT AM. La clinique du quotidien. Séminaire anthropologie Lyon 2. 2010/2011
58. ACSEA Prévention et gestion de la violence au travail.
59. CENTRE CANADIEN D'HYGIENE ET DE SECURITE AU TRAVAIL. Violence au travail. Signes précurseurs.
60. GUITTON C. Dangerosités, Le risque majeur serait-il la remise en cause des fonctions d'autorité. *Perspectives Psy* juillet septembre 2005, vol 44, n°3
61. SHEA SC. La conduite de l'entretien psychiatrique. Traduit de l'anglais. Elsevier 2005 Paris, 721 p.
62. PLAUSSU C. Le trouble bipolaire en médecine générale. *L'Encéphale*, 2006, 32 :553-6, cahier 2
63. NOVACEK J. RASKIN R. Recognition of warning signs: a consideration for cost effective treatment of severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1998 Mar;49(3):376-8
64. STOMPE T et al. Family and social influences on offending in men with schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006; 40:554-560
65. BILGIN H. An evaluation of nurses interpersonal styles and their experiences of violence. *Issues in Mental Health Nursing*, 30: 252-259, 2009
66. BOWERS L et al. Identifying key factors associated with aggression on acute inpatient psychiatric wards. *Issues in mental health nursing* 30:260-271, 2009
67. YESAVAGE JA et al. Family conflict, psychopathology and dangerous behavior by schizophrenic inpatients. *Psychiatry Research*, 8, 271-280 (1983)
68. FITZGERALD PB. The role of early warning symptoms in the detection and prevention of relapse in schizophrenia. *Aust NZ Psychiatry* 2001 Dec;35(6):758-64
69. POCHARD F et al. Sécurité et interventions psychiatriques à domicile en urgence. *L'Encéphale*, 1998 ; XXIV : 324-9
70. HIDAY VA et al. Impact of outpatient commitment on victimization of people with severe mental illness. *Am J Psychiatry* 159:8, august 2002
71. CARLILE JB The reduction of violence in a chronic psychiatric inpatient group : a social technique. *Can J Psychiatry*, vol 38, march 1993
72. SWANSON JW. Preventing the unpredicted : managing violence risk in mental health care. *Psychiatric services* February 2008 Vol 59 N°2
73. GUEDJ MJ. GALLOIS E. La visite à domicile comme réponse à la reclusion de l'adolescent. *Enfances et Psy* n°30, 2006
74. VADDADI KS et al. Mental illness, physical abuse and burden of care on relatives: a study of acute psychiatric admission patients. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 313-317
75. BERNHARD B. et al. Impact of cognitive psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. *Eur Psychiatry* 2006 Mar;21(2):81-663.
76. LINCOLN TM. WILHELM K. NESTORIUC Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders : a meta analysis. *Schizophrenia Research* 96 (2007) 232-245
77. DUTOIT T. Représentation de la schizophrénie en médecine générale. Etude réalisée sur la base d'une enquête effectuée auprès des médecins généralistes du secteur psychiatrique 59G06. Lille 2 : Médecine 2005
78. LAWRIE SM et al. General practitioners attitudes to psychiatric and medical illness. *Psychological Medicine*, 1998, 28, 1463-1467
79. VAUTH et al. Outcome of interactive training in detection and management skills for schizophrenic outpatient treatment by general practitioners. *Nervenarzt* 2004 Sep; 75 (9):873-81



## **Quelles préconisations cliniques proposer dans l'organisation des soins pour mieux prévenir la violence de personnes présentant une schizophrénie ou un trouble de l'humeur ?**

### **Pr Jean-Luc DUBREUCQ**

Psychiatre, Institut Philippe-Pinel de Montréal  
Professeur agrégé de clinique, Université de Montréal

### **Pr Frédéric MILLAUD**

Psychiatre, Directeur de l'enseignement, Institut Philippe-Pinel de Montréal  
Professeur agrégé de clinique, Université de Montréal

La pression sociale et politique pour contrôler la violence des malades mentaux est très importante. En quelques décennies, la société est passée d'une préoccupation pour le respect des droits civiques des patients à une demande pressante d'assurer une meilleure protection du public (1). S'il est déraisonnable de s'attendre à une prédiction parfaite du risque de violence et à la mise en place de mesures de prévention infaillibles, il est légitime de vouloir réduire le risque en utilisant l'ensemble des mesures reconnues. Celles-ci reposent sur des données provenant à la fois de la recherche et de l'expérience clinique. Nous proposons d'en dégager des principes cliniques susceptibles de contribuer à la mise en place d'une meilleure prévention de la violence chez les adultes souffrant de schizophrénie ou de trouble de l'humeur. Ces principes sont à la fois reliés à l'évaluation du risque de violence et à la réduction du risque identifié. Sans reprendre dans le menu détail les textes que nous avons déjà publiés à ce sujet, voici quelques points d'ancrage pouvant orienter l'organisation des soins vers une meilleure prévention de la violence de personnes souffrant de troubles mentaux graves.

## **1. Principes généraux**

### **1.1 Départager ce qui appartient à la psychiatrie et à la société (2)**

En matière de prévention de la violence, il ne faut pas négliger l'existence d'un conflit de valeur au sein de la profession médicale entre, d'une part, le respect de l'autonomie du patient et, d'autre part, la prise en compte du droit du public à vivre en sécurité. Il y a donc une nécessité de lever, s'il y a lieu, les objections éthiques des équipes de soins. Beaucoup de cliniciens se sentent mal à l'aise face au risque de violence parce qu'ils pensent que cela les amènera inévitablement à devoir choisir entre le respect des libertés individuelles de leur patient et la protection du public. Sans négliger les écueils d'une dérive idéologique vers le contrôle social, il est bon de rappeler que la gestion du risque fait partie intégrante de la pratique de la médecine (risque cardio-vasculaire et hypertension artérielle, par exemple). Le plus souvent ce risque concerne le patient lui-même, mais cela peut aussi impliquer des tiers comme dans le cas d'un risque infectieux ou d'une inaptitude médicale à la conduite d'un véhicule. Travailler à la réduction du risque de violence, c'est accomplir un acte éminemment médical. Refuser de mettre en œuvre les meilleures pratiques en matière de prévention, c'est au contraire exposer les patients concernés à des conséquences désastreuses tant pour leurs victimes que pour eux-mêmes et pour l'image publique de l'ensemble des personnes aux prises avec un problème de santé mentale. En tant que profession médicale, il est de notre responsabilité de pouvoir répondre aux deux questions suivantes : quel est le

risque associé à une situation clinique donnée et comment le réduire ? En revanche, savoir si le risque résiduel est acceptable pour une société ne relève pas de la compétence psychiatrique. En effet, des considérations philosophiques, sociales, politiques et juridiques sont aussi à prendre compte. Se prononcer en tant que société est d'autant plus difficile que les différentes professions impliquées dans la violence ont nécessairement des représentations différentes des situations à risque et tendent à ignorer mutuellement les contraintes professionnelles de chacune (3). Cela s'accompagne souvent d'une incompréhension réciproque qu'il est urgent de dépasser par un débat serein.

## **1.2 S'appuyer sur les connaissances scientifiques récentes en les intégrant à un processus de soins individualisé**

Le jugement clinique a souvent été critiqué par le passé comme étant peu fiable à la suite de travaux démontrant que les prédictions basées sur cette méthode ne dépassaient guère le hasard (4, 5). Les cliniciens ont en effet tendance à mettre davantage l'accent sur les facteurs intrapsychiques et à négliger les autres facteurs impliqués dans la violence. Cette situation n'est pas sans rappeler ce qui s'est passé en matière de prévention du risque suicidaire. Pour améliorer la prévention de ce risque, les cliniciens ont dû élargir leur angle de vue habituel et prendre aussi en compte, à côté des facteurs reconnus par l'expérience clinique, ceux validés par la recherche. De même, en matière de risque de violence, l'évaluation clinique usuelle est tout aussi améliorable. Cela suppose non seulement de bonnes connaissances des travaux de recherche, mais également de la finesse clinique pour mettre en perspective ces travaux avec la réalité singulière du patient, sans simplification excessive (6-10). En effet, en pratique clinique, la violence ne résulte pas d'une addition de facteurs selon un modèle linéaire de cause à effet. Au contraire, elle résulte d'une combinaison de variables dont l'importance varie en fonction du profil clinique dans laquelle elle s'insère. Des facteurs identiques peuvent donc interagir de façon différente pour chaque personne et n'être significatifs qu'en présence d'autres facteurs ou au contraire être neutralisés par d'autres éléments. Le clinicien, après avoir identifié et soupesé chaque facteur de risque et chaque facteur de protection, devra déterminer la combinaison des variables les plus importantes dans le cas particulier de son patient, puis exercer son jugement pour déterminer le niveau de risque et les mesures à prendre pour le réduire.

## **2. Évaluation (11)**

### **2.1 Lors d'un premier contact**

#### **2.1.1 Rester à l'affût des biais possibles**

La part d'incertitude reliée à l'évaluation du risque de violence et la composante émotionnelle associée à tout danger exposent le clinicien aux écueils de la surestimation ou au contraire de la sous-estimation du risque (12). Une erreur fréquente est de privilégier les informations négatives au détriment des données positives, mais l'inverse peut aussi se produire, en particulier avec un patient au style relationnel sympathique. D'une façon plus générale, les idées préconçues (ex. les femmes sont moins violentes que les hommes ou il faut à tout prix préserver l'alliance thérapeutique) et les schèmes d'interprétation des données cliniques peuvent aussi perturber le processus évaluatif au point que le clinicien recherche davantage la confirmation de ses convictions que la poursuite d'une démarche évaluative rigoureuse (13).

L'absence d'antécédents de violence n'est pas une garantie d'absence de risque. Certes, la tâche du clinicien est plus facile lorsqu'il y a des antécédents de violence car il est alors possible, en examinant soigneusement les comportements violents passés, de mettre en évidence un pattern menant à la violence. Cependant, l'évaluation du risque ne se résume pas à la recherche d'antécédents, même si celle-ci est utile (6). Il faut rester vigilant lorsque certains éléments sont présents, particulièrement des comportements inquiétants ou des

symptômes psychotiques de persécution, d'influence et de grandeur associés ou non à d'autres éléments comme l'absence de support social, des conflits avec la famille, l'arrêt du traitement ou du suivi, la prise d'alcool ou de drogues, etc.

### **2.1.2 Tout examen clinique devrait aborder systématiquement la question de la violence même si le patient n'en parle pas spontanément**

Comme pour le risque de suicide, le risque de violence doit devenir une question de routine, abordée directement et simplement. Une façon commode est d'introduire le questionnement en se préoccupant de savoir si le patient a déjà été victime de violence. En plus de nous renseigner sur la victimisation, cela crée un climat d'authenticité. Par la suite, on peut plus aisément demander au patient s'il lui arrive de s'emporter et si oui dans quelles circonstances, de quelle façon, qui en est la cible, avec quelles conséquences, y-a-t-il un usage d'alcool ou de drogue, quelle est l'adhésion au traitement prescrit le cas échéant, y-a-t-il des regrets, quels facteurs aident au contrôle du comportement, etc. Il est aussi important de rechercher la présence d'une escalade dans les comportements ou les menaces de violence.

### **2.1.3 L'association des trois facteurs de risque suivants peut servir de point d'appel pour une évaluation plus approfondie (14)**

- Antécédents de violence et de comportements impulsifs (violence lors d'hospitalisations antérieures, crimes contre la personne, agressions sexuelles, destruction de biens, tentative de suicide, conduite automobile dangereuse, dépenses impulsives, faible maîtrise de soi, incapacité à respecter ses engagements, etc.).
- Trouble mental sévère (troubles psychotiques, troubles de l'humeur).
- Antécédents ou consommation d'alcool/drogues.

## **2.2 Lors d'une évaluation plus approfondie**

### **2.2.1 Avoir plusieurs sources d'information et d'observation du comportement : patient, dossier antérieur, famille, médecin traitant, entourage significatif, équipe soignante, etc.**

L'insuffisance ou la mauvaise qualité des renseignements favorise les conclusions hâtives et les décisions erronées. Il est nécessaire de vérifier la fiabilité de l'information recueillie et de la mettre en contexte pour bien saisir la signification des données. De plus, la multiplication des sources d'information permet de tenir compte du fait que le patient peut minimiser son potentiel de violence. À ce titre, il est utile de repérer les écarts entre le comportement rapporté par le patient et ceux observés par l'entourage ou le personnel soignant. Se souvenir aussi qu'un comportement violent lors d'une précédente hospitalisation représente un risque significatif, d'où l'utilité de lire le dossier antérieur ou de contacter l'ancienne équipe traitante s'il y a lieu. Enfin, les proches du patient, au demeurant plus susceptibles d'être la cible des comportements violents, doivent être impliquées dans l'identification des situations à risque.

### **2.2.2 Faire un examen longitudinal du passé du patient, de son état clinique actuel et des conditions futures de sa vie dans la société**

Même si les variables à prendre en considération ne sont pas les mêmes selon qu'on évalue le risque à court terme (ce qui est en général mieux connu des cliniciens) ou à moyen/long terme (ce qui est plus facilement négligé), il faut élargir le champ d'investigation aux :

- facteurs démographiques (jeune, célibataire, pauvreté, désinsertion sociale et professionnelle, classiquement sexe masculin mais la différence entre les sexes s'estompe lorsqu'il y a présence de troubles mentaux en décompensation aiguë) ;
- éléments d'histoire personnelle (appartenance à un groupe prônant la violence, milieu familial violent, mauvais traitement durant l'enfance, fascination pour les armes, idéation et pratiques perverses, etc.) ;

- présence d'un trouble de personnalité en particulier d'une personnalité limite, antisociale ou d'une psychopathie ;
- facteurs liés à la présence de symptômes psychotiques. En premier lieu, délire de persécution, délire de contrôle et hallucinations auditives impérieuses, surtout lorsqu'elles sont associées à des convictions délirantes (ex. entendre des voix exigeant la mort d'un parent dont le patient est convaincu qu'il est le diable); mais aussi délire de grandeur et délire mystique. Être conscient que la méfiance peut entraîner un hypercontrôle des symptômes psychotiques et qu'ils peuvent alors être minimisés ou cachés par le patient ;
- atteintes neuropsychologiques facilement décelables lors de l'examen clinique et limites intellectuelles ;
- absence d'autocritique concernant la maladie, l'origine des symptômes, la nécessité d'un traitement et les conséquences de la maladie sur le fonctionnement social ou le risque de violence) ;
- antécédents de mauvaise adhésion au traitement (suivi psychiatrique et médicaments) ;
- probabilité d'exposition future aux facteurs déclencheurs, aux facteurs de stress (conflits familiaux, problèmes professionnels, ruptures relationnelles, décès), à la consommation de drogue ou d'alcool (disponibilité en raison du voisinage, revendeurs persuasifs), à un problème de logement, à un réseau social chaotique, à la victimisation, aux fugues, à l'arrêt des traitements, etc. ;
- accès aux armes à feu ou acquisition récente, lieu d'entreposage de l'arme ou changement récent de lieu d'entreposage ;
- autres facteurs cliniquement pertinents mais encore à l'étude comme l'alliance thérapeutique, la capacité de mentalisation, la capacité de résoudre des conflits relationnels, la perception de l'entourage par le patient et la qualité des liens familiaux, le réseau social en dehors de la famille, l'encadrement légal, les ressources thérapeutiques disponibles, etc.

### **2.2.3 Répéter l'évaluation du risque**

Les cliniciens reprochent à juste titre le caractère immuable de certaines évaluations du risque de violence (échelles actuarielles) et mettent de l'avant la nécessité de prendre en compte des facteurs cliniques et situationnels susceptibles d'évoluer. Toutefois si l'évaluation n'est pas répétée, le clinicien transforme à son insu ces facteurs dynamiques en facteurs statiques. Le risque de violence doit être régulièrement considéré. Tout patient suivi en externe devrait être réévalué à chaque visite.

### **2.2.4 L'évaluation du risque doit être suivie d'un plan de soins cohérent**

Une évaluation globale permet de dégager les facteurs de violence les plus significatifs et une compréhension individualisée des besoins d'un patient se trouvant dans une situation clinique spécifique en interaction avec un environnement particulier (hôpital, famille ou autre). Cette compréhension des besoins permet de mettre en place un plan d'intervention pour assurer des soins de qualité à un malade souvent difficile. Le plan, développé en impliquant le patient, doit être pragmatique et mis par écrit afin d'être aisément partagé par l'ensemble des personnes concernées. Si la sécurité des proches est menacée, un retrait de la famille est à envisager.

## **3. Considérations institutionnelles**

### **3.1 Certaines situations institutionnelles contribuent au risque de violence durant l'hospitalisation (15-17)**

Le début de l'hospitalisation représente un risque de violence plus élevé et donc les unités de soins à court terme sont plus à risque en raison de l'instabilité clinique des patients nouvellement admis. Les situations de trop grande proximité représentent également un

risque de sur-stimulation de patients vulnérables par exemple, l'absence d'intimité en raison d'une architecture inadaptée à la mission soignante ou une trop forte concentration de patients désorganisés sur une même unité ou une affluence transitoire de patients dans un espace commun comme cela peut-être le cas lors de la distribution des médicaments ou des repas. Par ailleurs, des règles trop rigides, des limites floues ou appliquées de façon inconstante, une programmation d'activités insuffisante, un manque de disponibilité et d'écoute de la part du personnel en raison d'un faible ratio infirmière/patients ou d'un manque d'expérience et d'encadrement du personnel soignant augmentent le risque de malentendus pouvant dégénérer en des comportements violents. Toutes les situations allant à l'encontre des attentes du patient tels un refus, une frustration ou une mauvaise nouvelle sont susceptibles de déclencher des comportements violents chez des patients instables. Enfin, il est important de réaliser qu'un patient exclu des soins, en raison d'un comportement difficile ou d'un manque de coopération, peut, avant de sombrer dans la rupture sociale (la prison ou la rue), être accueilli par des parents généreux qui devront faire face sans aide spécialisée aux comportements difficiles de leur enfant. Cela se réalise parfois au péril de la sécurité physique et mentale des proches, ce qui est trop souvent négligé.

### **3.2 Mobiliser les forces thérapeutiques de l'équipe**

Des réponses primitives de défense surgissent dès qu'un groupe fait face de façon répétées aux composantes réelles et imaginaires du danger présenté par un autre groupe. Autoritarisme et attitudes punitives font alors dérailler le processus de soin. Le défi est de construire une équipe assez forte pour contenir les forces de destruction. Seule l'ouverture d'un espace de dialogue et de réflexion peut créer un environnement thérapeutique et permettre une compréhension de ce qui se passe pour le patient, les soignants et le monde extérieur. Les leaders cliniques ont un rôle crucial à jouer. Leur position est cependant difficile à tenir en raison des inévitables tensions au sujet du risque et des décisions à prendre (18).

Se rassembler autour d'outils communs d'observation de la réalité clinique permet, sans toutefois éliminer la peur et les divergences de perception, de définir un processus de rétablissement par étapes. La réintégration dans la société du patient violent, à l'extérieur ou durant l'hospitalisation, se fait en réduisant progressivement l'encadrement clinique et donc en augmentant par étape le degré de liberté individuelle. Cette autonomie, pourtant revendiquée, est souvent angoissante. Chaque transition est susceptible d'augmenter le risque de décompensation. Il est important de documenter les réactions du patient au processus de retour dans la société et de s'assurer du maintien des acquis.

Si le départ de l'hôpital doit être soigneusement préparé, le travail de l'équipe traitante ne s'arrête pas là. La période la plus à risque de rechute violente survenant durant les 5 à 6 mois suivants le départ, un suivi plus étroit doit être en place tout au long de cette période (7). Maintenir un contact régulier et poser des limites claires, s'inquiéter de la prise de la médication et des rendez-vous manqués, s'assurer s'il y a lieu du maintien de l'abstinence par le dépistage urinaire supervisé, démontrer au patient qu'il est écouté et pris au sérieux, l'aider à résoudre les problèmes, reconnaître les facteurs positifs sont quelques exemples de ce qui peut-être fait pour contribuer au maintien de la stabilité du patient. Cependant, le seul suivi des facteurs de risque individuels est insuffisant. Une attention particulière doit aussi être apportée aux éléments systémiques, organisationnels et situationnels. Une communication claire et rapide entre les différents partenaires doit être en place. Il est judicieux de clarifier si nécessaire les enjeux de confidentialité afin que les comportements à risque puissent être communiqués facilement. En cas de signes d'alerte les mesures prévues doivent être effectivement mises en œuvre. Celles-ci doivent être proportionnées au risque en cause et ne pas fonctionner selon la loi du tout ou rien. Elles peuvent aller de la simple augmentation de la fréquence des visites, du changement de médication, d'emploi ou d'hébergement, à l'hospitalisation de nuit, de jour ou complète, selon les ressources disponibles. Si la législation en vigueur le permet, le recours à la contrainte peut faciliter la

garantie d'un cadre stable et cohérent. Enfin, au moins tous les 6 mois, il est important de réévaluer le plan de soins avec la participation des personnes clés afin de faire les ajustements nécessaires.

### **3.3 Se doter d'outils institutionnels pour faire face au risque de violence**

Formation et supervision sont nécessaires pour entraîner les membres de l'équipe à faire face aux scénarios de violence les plus probables dans différents contextes tels les visites à domicile ou l'hospitalisation. Anticiper le risque en reconnaissant les signes d'une violence imminente, éviter les confrontations en cas de crise, s'entraîner à moduler ses réactions verbales et non verbales, savoir utiliser à bon escient les médicaments et les mesures d'isolement ou de contention s'apprend et nécessite du temps et de l'expérience pour être intégré. En ces temps de restriction budgétaire et de rotation excessive du personnel, ce n'est jamais facile à obtenir et il faut s'assurer d'une solide collaboration des cadres et des administrateurs.

Dans les cas de situations cliniques incertaines ou à haut risque, partager la décision avec d'autres collègues est indispensable. Le moyen le plus aisé est de demander une deuxième opinion, mais on peut aussi mettre en place, comme nous l'avons fait à l'Institut Philippe-Pinel, un comité de révision systématique par des pairs des plans de sortie de l'institution, un séminaire bimensuel de discussion des cas difficiles et, pour nos partenaires des autres hôpitaux, une consultation d'évaluation du risque de violence afin de faciliter l'accès à un avis spécialisé pour l'ensemble du réseau.

Enfin, il est important de prévoir un suivi après une agression pour soutenir le personnel impliqué, documenter la fréquence et le type d'agression au sein de l'institution et réévaluer les mesures en place pour prévenir la violence en évitant soigneusement de recourir au blâme (19).

### **3.4 Sécurité passive et active**

Des services intra ou extrahospitaliers aménagés en fonction du potentiel de violence des patients reçus (bouton d'appel d'urgence, mobilier de bureau lourd, service fermé, etc.) permettent de contribuer, du fait de leur architecture et de leur équipement, à une forme de sécurité. Celle-ci est dite passive car elle ne dépend pas de facteurs humains. Elle est nécessaire mais insuffisante et doit être complétée par des mesures de sécurité active reposant sur les compétences du personnel (capacités relationnelles, compréhension du vécu du patient, contact régulier, suivi étroit des signes cliniques d'alerte, etc.). En plus de la formation du personnel clinique aux interventions de crise, à l'encadrement approprié d'un comportement violent et aux mesures d'autoprotection, il est souvent utile de constituer une équipe d'intervention d'urgence formée à répondre immédiatement et de façon proportionnée à une situation de violence dans un service. À titre d'exemple, à l'Institut Philippe-Pinel, nous disposons depuis 40 ans d'une équipe d'intervention d'urgence capable de se rendre en moins de deux minutes dans n'importe quel lieu de l'hôpital pour prêter assistance à l'équipe clinique concernée et contrôler l'épisode de violence. Par ailleurs, tous les membres des équipes cliniques reçoivent la formation Oméga pour apprendre à gérer les crises de violence tout en assurant leur propre sécurité et celle des patients. Il s'agit de techniques psychologiques et physiques basées sur l'analyse de nombreuses interventions réussies en toute sécurité par des intervenants expérimentés lors de situations de violence. Dans l'intervention enseignée, le recours au contrôle physique est limité autant que possible. Les membres de l'équipe d'intervention d'urgence reçoivent, quant à eux, une formation complémentaire (Oméga +) sur des techniques plus avancées de maîtrise physique (20).

## **Conclusion**

Tenter de prévenir la violence exige des soignants de la patience, du dialogue et de la persévérance. La formation du personnel, la supervision des équipes et le partage des décisions entre pairs peuvent contribuer de façon significative à la réduction du risque.

Un dépistage systématique des signes d'appel pour une évaluation plus poussée devrait faire partie de la routine clinique. En effet, des patients dont les comportements sont préoccupants tardent encore à être identifiés alors que des signes d'alerte sont présents. Il est regrettable qu'il faille attendre que ces personnes passent à l'acte pour leur offrir une aide appropriée.

Bien qu'il soit illusoire d'espérer abolir la violence, il est possible de la réduire si, à la suite d'un examen de l'ensemble des facteurs de risque et de protection, un plan d'intervention pratique est instauré de façon concertée et un encadrement clinique rapproché est maintenu au cours des mois suivants le départ de l'hôpital. La mise en place d'une clinique rigoureuse, s'appuyant sur les connaissances scientifiques actuelles et l'utilisation d'outils d'évaluation, sans pour autant mettre de côté l'aspect primordial des facteurs relationnels et institutionnels, représente le défi auquel sont confrontés les cliniciens.

Voici en résumé, les principales préconisations cliniques proposées dans l'organisation des soins pour mieux prévenir la violence de personnes présentant une schizophrénie ou un trouble de l'humeur :

1. Évaluer le risque de violence associé à une situation clinique et mettre en œuvre les moyens disponibles pour le réduire fait partie de l'exercice de la psychiatrie.
2. Intégrer les connaissances scientifiques récentes à un processus de soins individualisé.
3. Suivre une démarche rigoureuse pour réduire les biais de surestimation ou de sous-estimation du potentiel de violence.
4. L'absence d'antécédents de violence ne signifie pas une absence de risque.
5. Tout examen clinique devrait aborder systématiquement le risque de violence.
6. L'association d'antécédents de violence ou de comportements impulsifs, d'un trouble mental sévère et d'un problème de consommation d'alcool ou de drogues est un point d'appel pour une évaluation plus approfondie.
7. Disposer de plusieurs sources d'information et d'observation du comportement du patient.
8. Faire un examen longitudinal du passé, du présent et des projets futurs du patient en étant attentif, entre autres, aux idées de persécution, de contrôle et de grandeur, aux hallucinations auditives impératives, à la présence d'une personnalité psychopathique sous-jacente, à des atteintes cognitives, à l'arrêt des traitements et du suivi, à des projets irréalisables, à l'exposition à des facteurs déstabilisants et à l'absence de soutien social.
9. Répéter à chaque visite l'évaluation du risque en fonction des variations de l'état clinique et des facteurs situationnels.
10. Mettre en place un plan de soins cohérent et pragmatique. Penser à la sécurité des proches et prévoir le cas échéant un retrait de la famille.
11. Tenir compte des situations institutionnelles pouvant contribuer au risque de violence intrahospitalière.
12. Être vigilant aux contre-réactions de l'équipe, favoriser le dialogue entre les soignants, adopter des outils commun d'observation.
13. Réintégrer le patient dans la société par étapes, assurer un suivi plus étroit durant les premiers mois, avoir une bonne communication entre toutes les personnes concernées, agir rapidement et de façon proportionnée au risque en cas de signes d'alerte, réévaluer le plan de soins au moins tous les 6 mois.
14. Aménager les lieux de soins avec un souci de la sécurité et former le personnel à l'intervention lors de situations de violence.
15. Faciliter l'accès à un groupe de pairs pour une discussion de cas ou une deuxième opinion.

### Références bibliographiques

1. Conroy MA, Murrie DC, Forensic assessment of violence risk: a guide for risk assessment and risk management. Hoboken (New Jersey): John Wiley and Sons, Inc.; 2007.
2. Maden A. Risk assessment. Dans: Puri B, Treasaden I, rédacteurs. Psychiatry an Evidence Based Text. London : Hodder Arnold Publication; 2010. p.1239-47.
3. Przygodski-Lionet N, Noël Y. Individu dangereux et situations dangereuses: les représentations sociales de la dangérosité chez les citoyens, les magistrats et les surveillants de prison. Psychologie française 2004; 49 : 409-24.
4. Monahan J. Predicting violent behaviour: an assessment of clinical techniques. Beverly Hills (CA): Sage Publications; 1981.
5. Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA. Violent offenders: appraising and managing risk. Washington DC: American Psychological Association
6. Monahan J, Steadman H. Violence and mental disorder: developments in risk assessment. Chicago: University of Chicago Press; 1994.
7. Monahan J, Steadman H, Silver E, Appelbaum P, Robbins P, Mulvey E, et al. Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence. New York: Oxford University Press; 2001
8. Dubreucq JL, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. Ann. Méd. Psychol. 2005; 163: 852-65.
9. Senon JL, Manzanera C, Dubreucq JL, Millaud F. Violence et troubles mentaux. Dans : Senon JL, Lopez G, Cario R, rédacteurs. Psycho-criminologie : clinique, prise en charge, expertise. Paris : Dunod; 2008.p.133-46.
10. Millaud F, rédacteur. Le passage à l'acte. 2<sup>o</sup> éd. Masson;2009.
11. Millaud F, Dubreucq JL. Évaluation de la dangérosité du malade mental psychotique. Introduction. Ann. Méd. Psychol. 2005; 846-51.
12. Mossman D. Understanding prediction instruments. Dans: Simon RI, Gold LH, rédacteurs. Textbook of forensic psychiatry. Washington DC : American Psychiatric Publishing; 2004.p. 501-23.
13. Gilovich T, Griffin D, Kahnemann D, rédacteurs. Heuristics and biases: the psychology of intuitive judgment. Cambridge; Cambridge University Press; 2002.
14. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Arch. Gen. Psychiatry. 2009; 66(2):152-61.
15. Nijman HL. A model of aggression in psychiatric hospitals Acta psychiatr. Scand. Suppl. 2002; s412: 142-3.
16. Trenoweth S. Perceiving risk in dangerous situations: risks of violence among mental health inpatients. J. Adv nurs. 2003; 42: 278-87.
17. Alexander J. Patient's feelings about ward nursing regimes and involvement in rule construction. Journal of psychiatric and mental health nursing. 2006; 13 (5): 543-53
18. Murphy D. Risk assessment as collective clinical judgement. Criminal behaviour and mental health.2002;12: 169-178.
19. Clements PT, DeRanieri JT, Clark K, Manno MS, Kuhn DW. Workplace violence and corporate policy for health care settings. Nursing Economics 2005; 23 (3): 119-24.
20. Robitaille MJ. La formation Oméga: apprendre à gérer les crises de violence. Objectif prévention. 1999; 22 (4): 8-9.



## Comment évaluer le risque de violence des « malades mentaux » ? Des méthodes actuarielles aux méthodes d'évaluation partagée dans l'équipe soignante

### **Pr Frédéric MILLAUD**

Psychiatre, Directeur de l'enseignement, Institut Philippe-Pinel de Montréal  
Professeur agrégé de clinique, Université de Montréal

### **Pr Jean-Luc DUBREUCQ**

Psychiatre, Institut Philippe-Pinel de Montréal  
Professeur agrégé de clinique, Université de Montréal

L'évaluation du risque de violence des malades mentaux a déjà fait l'objet de plusieurs publications. Elle est au cœur même de la psychiatrie quotidienne et en a été l'un des éléments fondateurs. Nous rappellerons que dans les années 70 et 80 il était beaucoup question de prédiction de la violence et que devant l'impossibilité de pouvoir faire des prédictions assez fiables en dehors du très court terme, les chercheurs et les cliniciens se sont tournés vers la notion d'évaluation du risque (cf. plus loin).

Cette évaluation implique des éléments de différente nature qui la rende très complexe et difficile à systématiser. Nous avons traité cette question dans une publication antérieure (1).

La demande de réflexion qui nous est faite dans le cadre de cette audition publique nous oriente plus vers la question des outils d'évaluation et donc vers celle d'une meilleure systématisation. Elle soulève également la question de la pertinence de certains outils, de leur place dans la clinique, de leur rôle et de leur fonction dans une équipe multidisciplinaire. On devra avoir à l'esprit que la validation des outils est bien souvent restreinte à des populations spécifiques (adultes, hommes, femmes, canadiens, etc.) et que leur utilisation en recherche mais aussi en clinique doit être faite en toute connaissance de cause.

Ainsi, nous nous pencherons tout d'abord sur les outils d'évaluation utilisés en psychocriminologie. Ils visent la détermination de la responsabilité criminelle, mais surtout l'évaluation du risque de récidive et de façon plus large celle de la dangérosité. Les instruments utilisés afin d'établir les risques de comportements violents s'appuient sur des conceptions différentes de la nature de la science. De façon sommaire, en reprenant la grille paradigmatique développée par Burrell et Morgan (2), on peut identifier deux approches conceptuelles :

1. L'approche objectiviste considère la réalité comme étant observable, mesurable et vérifiable. D'un point de vue épistémologique, le savoir se base sur l'observation de la régularité de certains phénomènes à partir de laquelle des lois peuvent être émises à titre d'hypothèses, puis vérifiées dans une entreprise visant la prédiction des phénomènes humains. Au plan méthodologique, l'approche objectiviste se base sur des protocoles de recherche et des techniques nomothétiques dérivées des sciences physiques et statistiques. Cette première stratégie d'évaluation dite actuarielle vise à prédire les comportements violents sur une base purement probabiliste, sans chercher à comprendre pourquoi les facteurs sont liés à ces comportements. Le *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG) (3), développé au *Penetanguishene Mental Health Centre* près de Toronto, est un exemple d'instrument que l'on peut inclure dans ce type d'approche.

2. L'approche subjectiviste considère plutôt la réalité comme étant dépendante de la conscience humaine. Dans ce courant d'idées, l'épistémologie réfère à la réflexion du répondant : la nature des sciences est une construction faite à partir d'idées et de concepts utilisés afin de décrire la réalité. La nature de l'homme repose, ici, sur la notion de libre arbitre. La conception de la recherche s'avère également idéographique : centrée sur l'importance de refléter le point de vue unique du répondant. Cette conception caractérise l'approche clinique et qualitative, basée sur le jugement de l'évaluateur et liée à la prévision des risques de violence pour un individu particulier. À titre d'exemple, le test du *Rorschach* (1921) s'inscrit dans la ligne de pensée de cette seconde stratégie d'évaluation.

### Outils actuariels

On ne peut confondre les facteurs de risque de violence (qui ciblent l'évaluation) avec la prédiction de violence ou la gestion du risque. En effet, les facteurs de risque sont des facteurs associés à la violence. Il y a corrélation mais pas de relation causale et leur présence ne permet pas de prédire la survenue d'un passage à l'acte (4). La relation entre maladie mentale et crime violent est complexe et ne peut se réduire à un simple lien de causalité (5). Le concept de risque de violence a pris une place prépondérante au début des années 80, au détriment de la prédiction clinique. À cette époque plusieurs auteurs ont montré l'incapacité des cliniciens à prédire un comportement violent (6). On s'est donc tourné vers le concept de risque de violence, statistique et probabiliste, c'est-à-dire vers une démarche actuarielle (7). On revient, sur le principe, aux prémisses de la prédiction criminologique actuarielle des années 30, avec la position extrême soutenue dans les années 50 par Meehl (8) qui nous indique que « une fois rassemblées les données [...], la prédiction elle-même pouvait être confiée à un employé de bureau », et celle, actuelle, des partisans de l'utilisation exclusive d'outils actuariels (9). On remarque ainsi qu'il peut exister certains glissements conceptuels entre facteurs de risque et prédiction. Par ailleurs, plus récemment apparaît la préoccupation de la gestion du risque, en rapport avec les traitements offerts par les cliniciens (1,10,11). Cette dimension réintroduit l'étude des processus, et « il est difficile, voire impossible, d'en rester à l'étude des régularités lorsque les variables dynamiques sont prises en compte. » (11). Cela a des conséquences pratiques importantes comme nous le verrons plus loin.

Les instruments actuariels attribuent une pondération statistique spécifique aux différentes variables de risque. L'objectif prioritaire étant la prédiction de violence la plus précise possible il est alors essentiel de situer l'individu par rapport à un groupe comparable dont on connaît l'évolution au cours du temps. C'est le principe utilisé par les compagnies d'assurances pour évaluer le risque et déterminer les montants des primes.

La prédiction actuarielle repose principalement sur 3 outils : l'échelle de psychopathie de Hare révisée (PCL-R) (12), le *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG) (3), l'*Iterative Classification Tree* (ICT) (13). La PCL-R possède de fortes corrélations avec la récidive criminelle, la violence et la violence sexuelle. Elle semble être le meilleur prédicteur de violence (14,15) et évalue mieux le risque à long terme que le risque immédiat (16) ; elle participe de façon significative à la validité prédictive du VRAG et de l'HCR-20 (15). Présenté par ses auteurs comme nettement supérieur au jugement clinique (17), le VRAG ne fait pas l'unanimité (18, 19). L'ICT n'a pas fait l'objet de publication depuis sa parution. Notons aussi que ces outils actuariels ne précisent pas le type de violence à venir. Plusieurs limites sont associées à ces instruments sur les plans méthodologique et épistémologique (11), mais aussi éthique (11, 20, 21) puisque l'évaluation du risque devrait être motivée avant tout par le désir de proposer les meilleurs soins, de gérer le risque en fonction d'éléments cliniques que les traitements peuvent modifier. La question des « faux positifs » est aussi soulevée (22, 23). On se tourne donc de plus en plus vers l'utilisation du jugement clinique structuré (à l'aide d'outils comme le HCR-20) pour évaluer la dangérosité psychiatrique (1, 18, 24, 25, 26).

### **Outils de jugement clinique structuré**

À l'inverse des outils actuariels et de l'approche objectiviste, les outils de jugement clinique structuré se centrent sur l'individu, avec ses caractéristiques propres, dans un environnement particulier et prennent en compte le fait que les connaissances des facteurs de risque ont évolué au fil du temps et obligent à une certaine souplesse conceptuelle.

Le HCR-20 (*Historical, Clinical Risk*), bien que souvent présenté comme outil actuariel, correspond plus à un instrument de jugement clinique semi-structuré, avec 10 facteurs historiques, 5 cliniques et 5 de gestion du risque. Son auteur insiste d'ailleurs, lors de situations de libération, sur l'utilisation de l'outil dans un contexte global, qui tient compte du jugement clinique, du cadre légal, des étapes à considérer pour réduire le risque, etc. (27).

Bien que la préoccupation soit centrée sur l'identification de facteurs de risque, cela ne doit pas faire oublier l'existence de facteurs de protection qui peuvent contrebalancer les risques ou tout au moins les atténuer (par exemple un patient fidèle à son traitement). Nous soulignerons que de nombreux facteurs de risque peuvent se transformer en facteurs de protection en cours de traitement et réciproquement (par ex. : la présence ou l'absence de symptômes, de l'autocritique, d'un réseau social, etc.). Un outil comme le START (28) vise à mieux identifier de tels facteurs de protection. Les décisions de privation de liberté doivent alors être prises en tenant compte des deux aspects et reposent alors sur le jugement de l'examineur et s'appuient sur la notion de risque acceptable. Nous revenons ultimement à des considérations cliniques et éthiques.

De façon pratique, à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, nous nous sommes donné pour mandat d'utiliser certains outils afin d'améliorer la qualité de nos évaluations et de nos interventions. Si l'on exclut les outils réservés aux délinquants sexuels, les tests psychologiques (MMPI, Rorschach) et neuropsychologiques qui précisent les profils de personnalité avec leurs différentes composantes, 3 instruments plus spécifiquement destinés à l'évaluation de la dangérosité sont utilisés : le HCR-20, l'OAS (29) et l'IMPC (30). Ils ont des fonctions complémentaires à l'évaluation clinique globale, ils ciblent des aspects différents, mais contribuent tous à une meilleure évaluation de la dangérosité et à la mise en place des mesures thérapeutiques.

Le HCR-20 est un outil réservé aux psychiatres, psychologues et criminologues.

Nous avons indiqué plus haut ses principales caractéristiques. Il a le mérite d'améliorer la rigueur de l'évaluation de par son aspect systématique. Il nécessite cependant une formation spécifique (et idéalement des vérifications régulières de l'accord inter-juge de tous les évaluateurs) et une bonne expérience clinique pour coter les différents items. L'item PCL-R rend son utilisation exigeante en termes de temps. Une version simplifiée serait nécessaire pour des populations de psychotiques chez lesquels nous n'avons pas d'indice de psychopathie. Enfin nous avons choisi de ne pas indiquer de cotation chiffrée de cette échelle dans les dossiers, mais plutôt d'en donner une analyse qualitative et nuancée, comme le recommande son auteur.

L'OAS (*Overt Aggression Scale*) est utilisé en pratique quotidienne. C'est un outil utilisé par l'équipe de soins (infirmières, éducateurs) qui documente les épisodes de violence en les décrivant, mais qui consigne aussi les interventions qui ont été pratiquées et avec quel succès. Le nombre d'OAS, leur fréquence et leur qualité sont de bons indicateurs cliniques de l'évolution du patient dans le contexte hospitalier en rapport avec les comportements agressifs et violents. Il s'agit d'un outil informatisé.

Enfin, l'IMPC (Instrument de mesure des progrès cliniques) que nous avons développé a pour objectif de documenter les progrès en traitement et a été conçu dans l'idée d'impliquer l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire et le patient. C'est un outil informatisé, qui est coté tous les 2 mois par tous les membres de l'équipe. Vous pourrez en trouver la description complète dans l'article publié à ce sujet (30). Comme l'OAS, c'est un outil de communication

et de formation pour le personnel. Il reflète le caractère graduel et fluctuant de l'évolution clinique, précise les progrès et aide à cibler les objectifs thérapeutiques. Il tient compte de l'ensemble des membres d'une équipe et réduit les phénomènes de clivage. Enfin, il aide le patient à mieux comprendre ses difficultés et les objectifs du traitement, sur un mode visuel (avec des courbes graphiques) et pas seulement verbal.

Cet instrument est utilisé conjointement avec l'OAS et le HCR-20 dans les bilans cliniques et tous trois servent à alimenter une réflexion plus large et plus complète. On peut certainement parler dans ce contexte d'une évaluation partagée du risque de violence; partagée entre les différents membres d'une équipe multidisciplinaire, mais aussi avec le patient et son entourage (famille, ressources communautaires et d'hébergement, système judiciaire, etc., sans qu'il y ait pour autant confusion des rôles ni dilution des responsabilités.

Soulignons que l'utilisation de ces outils peut être perçue à certains moments comme fastidieuse ou comme un surplus de travail. Cela nécessite pour l'ensemble de l'équipe de bien en saisir la pertinence et qu'un ou plusieurs membres soient les porteurs du projet. L'aspect imposé d'outils dans un milieu peut entraîner des réactions adverses.

### **Conclusion**

Le sens clinique, la rigueur sémiologique et la prise en compte de la complexité systémique doivent être assistés par des outils d'évaluation divers en fonction des circonstances et des besoins, mais ne pas en être les prisonniers.

## Annexe 1. Brève comparaison du VRAG et du HCR-20

### 1. VRAG

NB : Il n'existe pas de version française validée du VRAG.

Le VRAG se compose de 12 items

1. A vécu avec ses 2 parents biologiques jusqu'à l'âge de 16 ans	Oui = -2	Non = +3
2. Mauvaise adaptation à l'école primaire	Non = -1 ; Légère ou modérée = +2 ; Sévère = +5	
3. Antécédents familiaux ou personnels de problèmes liés à l'alcool	Non = -1	Oui = de 0 à +2 en fonction du nombre
4. Statut marital	Marié pendant au moins 6 mois = -2	Jamais marié = +1
5. Antécédents criminels non violents	Utilisation de la table de Cormier-Lang avec des scores pondérés en fonction des types d'infraction.	
6. Antécédents de bris de condition	Non = 0	Oui = +3
7. Âge du délit	De -5 (si ≥ 39 ans) à +2 (si ≤ 26 ans)	
8. Conséquences pour la victime	De -2 (mort) à +2 (aucune ou pas de victime)	
9. Une femme comme victime	Oui = -1	Non = +1
10. Trouble de personnalité selon le DSM-III	Oui = +3	Non = -2
11. Schizophrénie selon le DSM-III	Oui = -3	Non = +1
12. PCL-R	Score ≤ 4 = -5 Score 5-9 = -3 Score 10-14 = -1 Score 15-24 = 0 Score 25-34 = +4 Score ≥ 35 = +12	

La probabilité de récurrence violente est alors calculée en fonction de 2 perspectives temporelles, à 7 ans et 10 ans, et en fonction de 9 catégories :

Catégorie	Score	Probabilité de récurrence	
		A 7 ans	A 10 ans
1	≤ -22	0,00	0,08
2	-21 à -15	0,08	0,10
3	-14 à -8	0,12	0,24
4	-7 à -1	0,17	0,31
5	0 à +6	0,35	0,48
6	+7 à +13	0,44	0,58
7	+14 à +20	0,55	0,64
8	+21 à +27	0,76	0,82
9	≥ 28	1,00	1,00

Les auteurs indiquent que le taux de base de la récurrence violente à 7 ans était 31 % et à 10 ans de 43 %.

### 2. HCR-20

Comme le VRAG, il inclut l'échelle de psychopathie de Hare, ce qui contribue probablement à son identité partielle d'outil actuariel, mais son auteur travaille actuellement à une version modifiée qui n'obligerait pas à l'utilisation systématique de cette échelle et qui serait plus conviviale pour le milieu psychiatrique. Il existe une version validée pour le Québec et la Belgique.

Le HCR-20 se compose de 20 items répartis en 3 sections. On peut pratiquer une cotation de chacun des items de 0 à 2 à des fins de recherche. Il n'y a pas de seuil chiffré à partir duquel on parle de risque de récurrence violente. À la différence du VRAG, ce ne sont pas seulement des facteurs historiques, statiques qui sont pris en compte. L'idée, la préoccupation sous-jacente est donc bien différente : surveillance et contrôle en fonction d'éléments immuables (VRAG) versus évaluation et préoccupation de réinsertion en fonction des facteurs immuables, mais surtout en fonction de ce qui est en changement, incluant la prise en compte d'une interaction thérapeutique (HCR-20).

Historique (passé) :

- H1. Violence antérieure
- H2. Premier acte de violence commis dans la jeunesse
- H3. Instabilité des relations intimes
- H4. Problèmes d'emploi
- H5. Problèmes de toxicomanie
- H6. Maladie mentale grave
- H7. Psychopathie
- H8. Inadaptation durant la jeunesse
- H9. Troubles de la personnalité
- H10. Échec de la surveillance

Clinique (présent) :

- C1. Introspection difficile
- C2. Attitudes négatives
- C3. Symptômes actifs de maladie mentale grave
- C4. Impulsivité
- C5. Résistance au traitement

Gestion du risque (avenir) :

- R1. Plans irréalisables
- R2. Exposition à des déstabilisants
- R3. Manque de soutien personnel
- R4. Inobservation des mesures curatives
- R5. Stress

**Annexe 2. Quelques instruments utilisés en psychocriminologie**

	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>
<b>Mineurs</b>	(1921) RORSCHACH (1983) JESSNESS INVENTORY (1992, EXNER) MMPI-A (1993) MILLON (MACI) (2000, BORUM) SAVRY (Structured Assessment of Violent Risk in Youth) (2003, FORTH) PCL-YV	(1921) RORSCHACH (1992) MMPI-A (1993) MILLON (MACI)
<b>Adultes</b>	(1921) RORSCHACH (1989) MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) (1983) MILLON-III ou MCMI (Millon Clinical Multiaxial Inventory) (1986, YUDOFISKY) OAS (Overt Aggression Scale) (1991, HARE) PCL-R (Psychopathy Check List- Révisée) (1998, QUINSEY) VRAG (Violent Risk Appraising Guide) (1997, WEBSTER) HCR-20 (Historical, Clinical Risk) (2000) SARA (Spousal Assault Risk Assessment) (2001, MONAHAN) ICT (Iterative Classification Tree) (2004, WEBSTER; 2007 CROCKER, version française) START (Short-Term Assessment Risk and Treatability) (2007, MILLAUD) IMPC (Instrument de mesure des progrès cliniques)	(1921) RORSCHACH (1989) MMPI-2 (1983) MILLON-III (1997) HCR-19 <sup>1</sup>
<b>Adultes sexuels délinquants</b>	(1995, McKIBBEN) VIAOT (Vérification informatisée de l'atteinte des objectifs thérapeutiques) (1997, BOER) SVR-20 (Sexual Violence Risk) (1999, HANSON) STATIC-99	

NB : La signification des acronymes n'est donnée qu'une fois. Trois outils portent le nom de leur auteur : Jessness, Millon, Rorschach et le Static-99 fait référence aux facteurs statiques de dangérosité.

<sup>1</sup> Le PCL-R n'est pas validé pour la population féminine. Cet item inclus dans la grille HCR-20 a donc été enlevé.

## Références bibliographiques

1. Burrell, G, Morgan, G, Sociological Paradigms and Organisational Analysis. Burlington, Ashgate, 1979.
2. Quinsey V, Harris G, Rice M, Cormier C. *Violent Offenders: Appraising and Managing Risk*. Washington, DC: American Psychological Association, 1998.
3. Caillat S, Horreard AS, Kottler C. Les méthodes d'évaluation de la dangérosité. In : De Beaurepaire C, Benezech M, Kottler C, eds. *Les dangérosités*. Montrouge. Éditions John Libbey Eurotext, 2004:291-9.
4. Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry* 2006;163(8):1397-1403.
5. Monahan J. *The clinical prediction of violent behavior*. Washington, DC. Government Printing Office, 1981.
6. Pratt J. Dangérosité, risque et technologie du pouvoir. *Criminologie* 2001;34(1):101-21.
7. Meehl P. *Clinical versus statistical prediction: a theoretical analysis and review of the evidence*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1954.
8. Quinsey V, Harris G, Rice M, et al. Criticisms of actuarial risk assessment. In Quinsey V, Harris G, Rice M, et al. Eds. *Violent offenders: appraising and managing risk*, 2006: 197-223.
9. Monahan L, Steadman H, Silver E, et al. Violence and the clinician: assessing and managing risk in Monahan L, Steadman H, Silver E, et al. *Rethinking Risk Assessment*. New York: Oxford University Press, 2001.
10. Côté G. Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique. *Criminologie* 2001;34(1):31-45.
11. Millaud F, Dubreucq JL. Évaluation de la dangérosité du malade psychotique. *Ann Med Psychol* 2005;163:846-51.
12. Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist: Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health System, Inc; 1991.
13. Monahan L, Steadman H, Silver E, et al. Customizing risk assessment, in Monahan L, Steadman H, Silver E, et al. *Rethinking Risk Assessment*. New York: Oxford University Press, 2001.
14. Doyle M, Dolan M, Mc Govern J. The validity of North American risk assessment tools in predicting in-patient violent behaviour in England. *Legal and Criminological Psychology* 2002;7(2):141-54.
15. Dolan M, Doyle M. Violence risk prediction. *Br J Psychiatry* 2000;177:303-11.
16. Norko M, Baranoski M. The state of contemporary risk assessment research. *Can J Psychiatry* 2005;50(1):18-26.
17. Harris G, Rice M, Cormier C. Prospective replication of the Violence Risk Appraisal Guide in predicting violent recidivism among forensic patients. *Law and Human Behavior* 2002;26(4):377-94.
18. Gravier B, Lustenberger Y. L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question. *Ann Med Psychol* 2005;163:668-80.
19. Loza W, Villeneuve D, Loza-Fanous A. Assessed the predictive validity of the Violence Risk Appraisal Guide. *International Journal of Law and Psychiatry* 2002;25(1):85-92.
20. Mullen P. Dangerousness, risk and the prediction of probability. In: Gelder M, Lopez-Ibor J, Andreasen N, Eds. *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford (UK): Oxford University Press, 2001.
21. Dvoskin J, Heilbrun K. Risk assessment and release decision-making: toward resolving the great debate. *J Am Acad Psychiatry Law* 2001;29:6-10.
22. Freedman D. False prediction of future dangerousness: error rights and psychopathy checklist-revised. *J Am Acad Psychiatry Law* 2001;29:89-95.
23. Szmukler G. Violence risk prediction in practice. *Br J Psychiatry* 2001;178:84-5.
24. McNiel D, Gregory A, Lam J, et al. Utility of decision support tools for assessing acute risk of violence.



- Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71(5):945-53.
25. Singh A. Assessment and prediction of violence in psychiatric patients. *International medical Journal* 2002;9(4):243-6.
26. Douglas K, Ogloff J, Hart S. Evaluation of a Model of Violence Risk Assessment Among Forensic Psychiatric Patients. *Psychiatric Services* 2003;54 (10):1372-9.
27. Webster C, Hucker S, Bloom H. Transcending the actuarial versus clinical polemic in assessing risk for violence. *Criminal Justice and Behavior* 2002;29(5):659-65.
28. Crocker A, Grenier M. Évaluation du risque à court terme et traitabilité : un guide d'évaluation et de planification. Montréal : Douglas, institut universitaire en santé mentale, 2007.
29. Yudofsky S, Silver J, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression. *American Journal of Psychiatry* 1986;143,35-9.
30. Millaud F, Auclair N, Guay J.P, McKibben A. Instrument de mesure des progrès en traitement cliniques pour des patients psychotiques violents. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 2007, 52,11.

