

Communication

Risque de violence et troubles mentaux graves Risk of violence and serious mental disorders

J.-L. Dubreucq^{a,*}, C. Joyal^b, F. Millaud^c

^a *Psychiatre, Institut Philippe-Pinel de Montréal, Professeur adjoint de clinique, département de psychiatrie, Université de Montréal, Canada*

^b *Psychologue, Centre de recherche de l'Institut Philippe-Pinel, Professeur adjoint de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada*

^c *Psychiatre, Institut Philippe-Pinel de Montréal, Professeur agrégé de clinique, département de psychiatrie, Université de Montréal, Canada*

Disponible sur internet le 25 octobre 2005

Résumé

Contrairement à une opinion fréquente dans les milieux psychiatriques, les troubles mentaux graves représentent à eux seuls, sans abus d'alcool ou de drogues, un risque de violence physique envers autrui beaucoup plus élevé que celui de la population générale. La même constatation vaut pour les homicides. L'ensemble de la littérature scientifique des 15 dernières années, consacrée à ce sujet, a été révisée et résumée dans un tableau récapitulatif. Les résultats contradictoires de l'étude Mc Arthur sont également présentés et commentés de façon critique. Un risque plus élevé d'agression physique concerne particulièrement un sous-groupe de patients, ayant l'un ou l'autre les caractéristiques suivantes : antécédents de violence, non-observance de la médication antipsychotique et du suivi, abus d'alcool ou de drogues, pensées ou fantasmes violents, symptomatologie psychotique aiguë et lésions cérébrales. Même si le risque de violence associé aux troubles mentaux graves est plus élevé que celui retrouvé dans la population générale, le nombre absolu des agressions commises par les patients reste faible. De 85 à 97 % des agresseurs ne sont pas des malades mentaux. Certains aspects de la désinstitutionnalisation tels le manque de ressources externes et une modification de la loi, traduisant une plus grande préoccupation envers les droits des patients, peuvent entraîner une rupture des soins. En revanche, l'engagement clinique relayé en cas de danger par un cadre légal s'accompagne d'une réduction du risque de violence.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

In opposition to a widespread belief in psychiatry, mental disorders per se, without alcohol or drug abuse, represent a risk for violence against others, including homicide, that is significantly higher than that of the general population. The present paper extensively reviews the scientific literature during the past 15 years and present their findings in a summary table. The contradictory results of the notorious McArthur study are also presented and critically discussed. Elevated risks of assaults are more closely associated with a subgroup of patients showing one or more of the following characteristics: a history of previous violence; non compliance with antipsychotic medication and follow-up; alcohol and/or illegal drug abuse; violent fantasies; acute psychotic symptoms; and cerebral damage. Although violence associated with mental disorders is significantly higher than that observed among the general population, the absolute number of assaults committed by patients is still low. Between 85 and 97% of violent offenders are not mentally ill. Certain aspects of the deinstitutionalization, such as lack of outpatient resources and a modification of the law reflecting more concerns for the rights of the patients might provoke health care interruptions. However, a clinical commitment relayed by legal interventions in case of danger generate significant reduction of the risks for violence.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Dépression ; Désinstitutionnalisation ; Homicide ; Psychopathie ; Schizophrénie ; Trouble bipolaire ; Trouble délirant ; Violence

Keywords : Bipolar disorder; Deinstitutionalization; Delusional disorder; Depression; Homicide; Psychopathy; Schizophrenia; Violence

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dubreucqjl@videotron.ca (J.-L. Dubreucq).

Après une longue période où dangerosité et maladie mentale étaient pratiquement confondues, la psychiatrie a pris pour acquis, durant les années 1980, que les malades mentaux ne représentaient pas pour la sécurité du public un groupe plus dangereux que l'ensemble de la population générale [28]. Si les variables démographiques et historiques (antécédents psychiatriques et judiciaires) étaient contrôlées, le risque de violence demeurait comparable. Cette découverte épidémiologique étonnante, contredisant à la fois le sens commun et un certain sens clinique, tombait à pic pour rassurer une population souvent inquiète de la désinstitutionnalisation massive des patients souffrant d'un trouble mental grave. Ainsi, la National Mental Health Association des États-Unis pouvait écrire en 1987 : « Les personnes atteintes d'une maladie mentale ne sont pas plus à risque de réaliser un crime que les autres membres de la population générale » [31]. Certes, il y avait des études contradictoires, mais la plupart étaient rétrospectives, et cela les exposait à la critique en raison de l'importance du biais de sélection. On pensait donc que les comportements violents étaient davantage associés à l'abus d'alcool ou de drogues qu'à la maladie mentale elle-même. Malgré ces données rassurantes, l'opinion publique, prodigieusement versatile dans bien des domaines, n'a guère changé d'avis sur ce sujet. Par exemple, 61 % des Américains pensent encore qu'un schizophrène agressera une autre personne très probablement ou vraisemblablement [33]. Est-ce l'appréciation d'un préjugé profondément ancré envers les malades mentaux ou, au contraire, l'expression d'une certaine sagesse populaire ? Depuis le début des années 1990, des études méthodologiquement mieux construites [17], apportent des conclusions, permettant de dire que la croyance relevée par ce sondage américain est en partie légitime mais surtout très exagérée. Le risque est de généraliser les résultats de ces études et de stigmatiser davantage le groupe des malades mentaux. S'il est possible d'établir aujourd'hui l'existence très probable d'un lien causal significatif entre les troubles mentaux graves et la violence, il n'est pas justifié de faire l'amalgame entre folie et violence. Tous les malades mentaux ne sont pas violents, et toute violence n'est pas attribuable à la maladie mentale. Dans une société fortement médiatisée, les actions meurtrières, aussi tragiques que spectaculaires, perpétrées par certains malades, peuvent faire croire à tort que l'exception est la règle. Cet article propose d'aider le clinicien à faire la part des choses, en résumant les principales données concernant l'association des maladies psychiatriques graves et de la violence physique envers autrui. Il tente également d'apprécier, à la lumière des faits rapportés dans la littérature scientifique, la valeur d'une hypothèse fréquemment soulevée par les cliniciens : la rupture des soins peut-elle contribuer à la violence des patients vivant dans la société ?

1. Revue de la littérature depuis 1990

Quatre catégories d'études ont permis d'établir progressivement le lien entre violence et troubles mentaux graves au

fil des 15 dernières années. Il s'agit d'enquêtes épidémiologiques [26,38,39], de travaux réalisés à partir du suivi des patients ayant obtenu leur sortie de l'hôpital [3,20,25,27,30,37,46–48], d'études de cohortes de nouveau-nés [2,4,15,16,44] et, enfin, des investigations faites sur des populations homicides [8,9]. Aucune n'est exempte de biais méthodologiques. C'est donc le nombre d'études et la variété des méthodologies retenues qui permettent de dégager, par rapport à la population générale, un lien significatif entre violence et troubles mentaux graves. Le tableau 1 résume l'essentiel des travaux publiés depuis 1990. Les études présentées sont essentiellement prospectives et ne concernent que la violence physique envers autrui. Afin d'alléger le texte, un commentaire a été annexé à la suite des données principales de chaque article en référence. Ce tableau rend manifeste l'existence d'un lien entre la violence et la maladie mentale grave. Par choix délibéré, l'accent a été mis sur la schizophrénie, afin de réduire la taille du tableau. De plus, lorsque les travaux distinguent les hommes des femmes, seules les données concernant les hommes ont été mentionnées. Les femmes sont nettement moins violentes que les hommes dans la société. Aussi, le ratio de cote (*odds ratio*) est constamment très élevé dans ces travaux. Ce rapport permet d'apprécier la violence physique commise par des femmes malades en comparaison de la violence des femmes non-malades dans une société donnée. L'exemple de l'étude danoise illustre bien ce constat [4]. Elle a été réalisée sur une très grande cohorte de nouveau-nés ($n = 358\ 180$) suivie durant 44 ans. Elle montre que le risque d'arrestation pour violence envers autrui est globalement 23 fois plus élevé pour les femmes schizophrènes que pour celles de la population générale. Pour les hommes schizophrènes, le risque de violence par rapport aux non-malades est multiplié par 4,6. Si on exclut l'abus de substances toxiques, le ratio de cote est encore 16 fois plus élevé pour les femmes (2,8 fois pour les hommes). Sans trouble de personnalité, le risque demeure 18,5 fois plus élevé pour les femmes (quatre fois pour les hommes).

En ce qui concerne les psychoses affectives (dépression psychotique et trouble bipolaire), le risque est globalement quatre fois plus élevé pour les femmes (deux fois pour les hommes). Sans abus de substance, le taux est seulement significatif pour les femmes [2,3], alors que pour les hommes il tombe à 1,2. La même constatation prévaut lorsqu'on exclut les troubles de personnalité. Pour les psychoses organiques et pour les autres psychoses, les auteurs rapportent aussi des ratios de cote plus élevés pour les femmes et pour les hommes, même si on exclut les abus de substances et les troubles de personnalité. D'une façon générale, l'importance globale des ratios de cote concernant les femmes risque de masquer l'ampleur du phénomène. Il serait bien tentant de retenir que le lien entre violence et maladie mentale existe, mais qu'il est particulièrement vrai pour les femmes. Or, les chiffres démontrent que le risque de violence attribuable à la maladie mentale grave est loin d'être négligeable chez les hommes.

2. Commentaire général

À la lecture du tableau, on retiendra dans un premier temps les trois points suivants :

- indépendamment de la prise de drogues ou d'alcool, les troubles mentaux graves (schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble schizoaffectif, troubles délirants et troubles bipolaires) s'accompagnent d'un risque de violence physique envers autrui beaucoup plus important que celui de la population générale. Après avoir pris en considération le sexe, l'âge et le statut socioéconomique, le risque global est généralement estimé à 3,7, ce qui veut dire que le groupe des personnes atteintes d'une maladie mentale grave réalise près de quatre fois plus d'agression physique que la population générale [40] ;
- le risque de violence physique est surdéterminé par la prise d'alcool ou de drogues ;
- les facteurs influençant le risque de violence dans la société affectent également les patients. Une étude australienne montre que sur 25 ans, l'augmentation de la violence physique des patients psychiatriques envers autrui est proportionnelle à l'augmentation de la violence au sein de la population générale [48].

3. Cas particulier de l'Étude McArthur

L'existence d'un lien entre troubles mentaux graves et violence est remise en cause en 1998 par l'importante étude de la fondation McArthur [1,29,37]. En effet, les auteurs ont rapporté ne pas avoir trouvé de différence significative entre la prévalence de la violence perpétrée par les patients n'ayant pas d'abus de substances, et la prévalence de la violence réalisée par la population vivant dans le même voisinage que les patients, et ne présentant pas non plus de symptômes d'abus de substances [37]. Or, comme on l'a vu dans le tableau, la même équipe a mentionné que si l'on ne considère que les patients sans trouble d'abus d'alcool ou de drogues, 17,9 % d'entre eux ont été violents durant l'année suivant la sortie d'hôpital, contre 3,3 % dans la population générale [29,37]. Comment expliquer cette apparente contradiction ? En fait, ces chercheurs ont interviewé à domicile, sur un des trois sites de leur vaste étude, 314 patients à cinq reprises, en segmentant l'année en cinq périodes de dix semaines, à la suite de la sortie de l'hôpital. Ils ont comparé ce groupe de patients à un échantillon de 519 personnes du même quartier, également évalués sur une période de dix semaines mais à une seule reprise. De plus, cette étude comparative a été faite dans un quartier réputé violent de Pittsburgh. Les entrevues portaient sur la violence physique et trois sources d'information étaient sollicitées : le sujet lui-même, ses proches, et les dossiers officiels (hôpital et justice). À noter que les patients ont été la meilleure source d'information, en rapportant 85 % du total des événements violents identifiés. Les résultats de ces comparaisons montrent qu'effectivement une proportion semblable de personnes a eu des gestes violents au cours de chacune

des périodes de dix semaines, prise isolément, que ce soit dans le groupe des patients ou dans le groupe de voisinage. Cette proportion oscille entre 4 et 6 % pour les cinq entrevues des patients, et représente 3,3 % pour la population générale du même quartier [37]. Ce n'est donc que sur une période de dix semaines qu'il n'y a pas de différence significative. En revanche, si on prend en compte l'année au complet, ce sont bel et bien 17,9 % des patients sans abus de substances qui ont été violents de façon sérieuse. Cependant, on ne sait pas combien de personnes du voisinage ont été violentes au cours d'une période de 12 mois, puisque la proportion de 3,3 % n'a été établie que sur dix semaines. On imagine cependant difficilement un taux de violence physique se rapprochant de 18 % dans la population générale, après avoir exclu tout abus d'alcool ou de drogues. Toutefois, même si l'on acceptait l'hypothèse d'une proportion de 18 % de personnes violentes physiquement sans abus d'alcool ou de drogues dans la population générale, il deviendrait impossible d'accepter sans réserves l'absence d'association entre violence et trouble mental grave, compte tenu d'un taux de violence alors particulièrement très élevé dans la population de ce quartier de Pittsburgh. Ainsi, après un examen attentif de l'étude McArthur, il est prudent de ne pas extrapoler les résultats obtenus, et de se garder de généraliser les conclusions des auteurs.

4. Violence dans la société et patients psychiatriques

Comme le soulignent plusieurs investigateurs, bien que la prévalence de la violence soit plus élevée chez des patients atteints d'un trouble mental grave qu'au sein de la population générale, le nombre absolu d'actes violents attribuables aux malades mentaux est néanmoins très faible. D'une part, si l'on considère non seulement les patients ayant été hospitalisés en psychiatrie mais aussi les personnes atteintes d'un trouble mental grave n'ayant jamais été admis à l'hôpital, plus de 90 % des patients ne sont jamais violents [40]. D'autre part, les malades asymptomatiques et sans antécédents de violence se comparent à la population générale en termes de risque de violence [45]. On estime généralement entre 3 et 5 % la part de la violence attribuable aux troubles psychiatriques dans la société [41]. Ce qui veut dire que si l'on était en mesure d'éradiquer la violence due aux malades mentaux, 95 à 97 % des actes de violence continueraient d'être perpétrés. Ainsi, les mesures à prendre pour mieux soigner ces patients à risque de violence seront insuffisantes pour améliorer la sécurité publique d'une façon substantielle.

Toutefois, certains auteurs estiment que les patients participent dans une plus grande proportion à la violence de la société. Selon eux, au moins 15 % de la violence serait due aux patients [40]. Une étude australienne récente, en extrapolant des données longitudinales obtenues sur une période de 25 ans, avance que la schizophrénie (sans tenir compte de la présence ou non d'un abus de substances) pourrait être responsable de près de 10 % des crimes violents du pays [48]. Si ces estimations sont reproduites par d'autres équipes, la psy-

chirurgie pourrait contribuer alors d'une manière beaucoup moins marginale à un programme national de réduction de la violence.

5. Victimes, lieux et circonstances des agressions

L'étude McArthur représente une mine d'informations précieuses sur les particularités des événements violents réalisés par des patients après une hospitalisation en psychiatrie [37]. La fréquence des épisodes de violence ne se répartit pas uniformément dans le temps. Soixante pour cent des agressions ont lieu durant les 20 premières semaines suivant la sortie de l'hôpital. Voilà qui confirme, pour le clinicien, l'importance d'offrir un suivi plus particulièrement serré durant cette période critique.

La crainte du public de se faire attaquer au hasard et en fonction de l'irrationalité d'un patient violent sur la voie publique n'est pas fondée sur les statistiques disponibles. En effet, les victimes des agressions sont très généralement connues du patient : famille (51 %), essentiellement le conjoint, connaissance ou ami (35 %), et plus rarement un inconnu (14 %). Les deux tiers des agressions surviennent dans une résidence privée, et dans moins d'un tiers des cas, dans un endroit public. Il est exceptionnel que l'agression ait lieu à la clinique externe (0,8 %). Les épisodes de violence surviennent le plus souvent au cours des activités de la vie quotidienne, ou au gré d'une rencontre, sans aucune préméditation. Ce n'est que dans 13 % des cas que le patient planifie son geste et recherche activement sa victime. Enfin, il faut noter que les patients violents avaient des symptômes psychotiques actifs dans moins de 10 % des cas au moment de l'agression.

Une étonnante tolérance envers la violence des patients persiste. Seulement 16 % des agressions sont suivies d'une arrestation, alors que dans 30 % des cas, il y a eu menace ou usage d'une arme.

Par ailleurs, l'étude McArthur a également insisté sur l'importance du contexte social dans lequel vivent les patients. Ses auteurs ont construit un indice mesurant le niveau de précarité de l'environnement social du quartier dans lequel vivent les patients. Ils ont ainsi montré que les patients vivant dans un environnement très défavorisé commettent davantage d'actes de violence que ceux demeurant dans un quartier moins défavorisé.

À la lumière de ces résultats, il n'est plus possible de réduire la violence des malades mentaux aux seuls effets des facteurs psychiatriques. Il est important de la conceptualiser aussi comme toute violence dans la société, et de demeurer attentif au contexte dans lequel elle s'inscrit.

6. Rôle des différents troubles mentaux

Il est difficile de conclure à la lecture du tableau présenté si une pathologie, parmi les troubles mentaux graves, repré-

sente un risque plus élevé de violence. Le débat concerne surtout la schizophrénie. Certes, le diagnostic de schizophrénie est de façon indiscutable associé à un risque plus élevé de violence comparativement à l'absence d'un diagnostic psychiatrique [25,30,44,48]. Toutefois, ce risque est moins important que celui associé à un abus de substances ou à un trouble de personnalité antisociale [38]. Sans abus de substances, la dépression non psychotique ne semble pas représenter un risque significatif [39].

Si l'on compare la schizophrénie aux troubles de l'humeur (dépression et trouble bipolaire), les conclusions sont divergentes. La schizophrénie seule (non assortie d'un abus de substances) représente pour la plupart des auteurs un risque de violence comparable [38,47] ou supérieur aux troubles de l'humeur [2,4,39].

En revanche, l'étude McArthur [29,37] rapporte un risque moindre d'agression physique avec la schizophrénie, en opposition avec le trouble bipolaire et la dépression majeure. Les chiffres sont respectivement 14,8, 22 et 28,5 %. Ils représentent pour chaque diagnostic le pourcentage de patients ayant été violents physiquement envers autrui durant l'année suivant leur sortie d'hôpital. Ces chiffres sont globaux, et ne tiennent pas compte du fait que les patients consomment ou non de l'alcool ou des drogues, peut-être avec raison. En effet, il n'est pas impossible que ces distinctions relèvent davantage d'un souci de clarté pour l'esprit que d'une pertinence clinique. On peut très bien concevoir que l'abus de substances puisse sinon appartenir à la pathologie principale, du moins être en relation avec elle [4].

Cependant, il faut tenir compte dans l'analyse de cette étude d'un biais très probable, car parmi les personnes ayant refusé de participer à l'étude ou l'ayant quittée prématurément, on retrouve un nombre disproportionné de patients atteints de schizophrénie (près de la moitié des schizophrènes contre 20 % pour les déprimés). Or, ces sujets non pris en compte étaient plus susceptibles d'être violents en raison de leurs antécédents de violence physique envers autrui.

Enfin, les schizophrènes ne représentaient que 17 % des patients recrutés dans l'étude McArthur, alors que les déprimés ayant été hospitalisés comptaient pour 40 %, et les bipolaires pour 14 %. Dès lors, il est nécessaire de prendre en considération les limites de cette investigation, avant de tirer des conclusions rassurantes sur le risque de violence relié à la schizophrénie.

7. Risque d'homicide et troubles mentaux graves

Le geste violent le plus extrême, l'homicide, représente un cas particulier. Il s'agit d'un acte rare dont la fréquence varie d'un pays à l'autre. Dans la très grande majorité des pays industrialisés, les taux d'homicides sont de faibles à modérés, c'est-à-dire d'un à cinq cas pour 100 000 habitants par année. Le risque qu'un individu commette un meurtre varie donc de 0,001 à 0,005 %. On estime que les troubles mentaux graves seraient responsables de 0,16 cas d'hom-

cide par 100 000 habitants, soit un taux de 0,00016 % [5]. Cette très faible incidence est à garder en mémoire, afin de mettre en perspective les résultats des études examinant des groupes de personnes homicides. Cinq études scandinaves ont permis d'investiguer l'ensemble des cas d'homicides d'une population donnée. Globalement, 20 % des cas d'homicides de ces pays sont attribuables à des psychotiques [18]. D'autre part, les hommes atteints de schizophrénie sont sur-représentés parmi les meurtriers, dans des proportions avoisinant les 10 % en Europe et en Australie [8–10,43,47], soit dix fois plus que la prévalence moyenne de la schizophrénie. De fait, plusieurs études longitudinales rapportent que les hommes atteints de schizophrénie présentent de huit à dix fois plus de risques de commettre un homicide que les hommes sans troubles mentaux [8,9,47]. Là encore, si on associe schizophrénie et abus d'alcool, on multiplie le risque par 16 chez les hommes et par 84 chez les femmes [9].

8. Caractéristiques et profils des patients violents

On retrouve chez les patients souffrant d'un trouble mental grave les mêmes facteurs de risque de violence que ceux observés dans la population générale. L'âge (être un jeune), le sexe (être un homme), le statut socioéconomique (chômage, pauvreté, milieu défavorisé), la tranquillité et la stabilité du quartier de résidence, l'abus-dépendance d'alcool ou autres drogues et les antécédents de violence influencent autant les gens ayant un trouble mental grave que ceux sans maladie mentale [29,39].

En ce qui concerne le sexe, on a vu lors de la présentation générale de la revue de littérature que les femmes souffrant d'un trouble mental grave sont beaucoup plus à risque de violence que celles de la population générale. Ainsi, elles ont des ratios de cote plus élevés que les hommes. Cependant, il ne faut pas confondre la notion de ratio de cote, qui apprécie le comportement de personnes malades par rapport à des non-malades, et la proportion de personnes violentes parmi des groupes de patients. Si, dans la société, les femmes sont incontestablement moins violentes que les hommes, elles tendent à devenir aussi violentes que le groupe des hommes malades lorsqu'elles souffrent d'un trouble mental grave. En revanche, les hommes gravement malades sont responsables de davantage de blessures sérieuses que les patientes. Ils sont donc plus souvent arrêtés que les femmes. C'est pourquoi la violence des femmes malades est généralement moins visible que celle de leurs homologues masculins [29]. Dès lors, c'est la qualité de la violence et non le risque d'occurrence qui distingue les hommes des femmes au sein du groupe des patients souffrant d'un trouble mental grave.

Quant aux facteurs de protection, ils n'ont pas fait l'objet d'études rigoureuses, et sont identifiés essentiellement par la clinique. Il s'agit d'une implication prosociale, d'un support social solide, d'un attachement ou de liens relationnels forts, d'une attitude positive envers l'autorité, de l'investissement durant la scolarité, et de traits de personnalité résiliente [49].

Leur présence ne réduit pas de façon arithmétique les facteurs de risque, et l'on manque d'un modèle validé pouvant rendre compte des interactions entre ces différents facteurs.

Si les antécédents de violence et l'abus de substances sont reconnus comme étant de puissants déterminants des comportements violents des malades mentaux, deux autres facteurs contributifs sont souvent rapportés dans la littérature scientifique. Il s'agit d'une atteinte cérébrale, habituellement frontale [4,23], et de la présence de symptômes psychotiques, en particulier un délire de persécution ou d'influence (sentiment d'être contrôlé par des forces extérieures, sentiment que des pensées étrangères sont introduites dans votre propre esprit, sentiment que des personnes vous veulent du mal), ainsi que des hallucinations auditives impérieuses pouvant s'associer à ce type de manifestations [19,38,42]. Ces quatre facteurs démontrent bien l'hétérogénéité de la violence des patients atteints d'un trouble mental sévère.

Traditionnellement, les cliniciens accordent une grande importance à la symptomatologie psychotique lorsqu'ils évaluent le risque de violence d'un patient. Cependant, le rôle joué par les productions psychotiques est diversement apprécié par les chercheurs.

Encore une fois, la controverse provient de l'étude McArthur dont les résultats ne confirment pas la valeur prédictive des éléments psychotiques dans le risque de violence. Dans cette recherche, les patients souffrant d'un délire de persécution ou d'influence au moment de l'admission à l'hôpital ou lors des entrevues de suivi n'ont pas plus de risque que les autres patients de devenir violents tant au cours des 20 premières semaines que des 52 semaines suivant la sortie de l'hôpital [1,29]. En revanche, les auteurs soulignent que des traits de psychopathie, un délire grandiose et des idées ou rêveries diurnes d'agresser autrui sont corrélés à un plus grand risque de violence après la sortie. Par ailleurs, le rôle de la non-observance de la médication n'est pas négligeable, puisque 25 % des patients ne prenaient pas la médication prescrite au moment du geste de violence.

Il y a cependant plusieurs limites dont il faut tenir compte dans l'appréciation de l'impact de la symptomatologie psychotique, par cette importante étude prospective réalisée sur environ 1000 patients. Premièrement, les patients ont obtenu leur sortie de l'hôpital. Ils doivent donc être considérés comme étant moins à risque, par exemple, que les patients encore hospitalisés avec les mêmes caractéristiques. Deuxièmement, seuls les sujets ayant été suivis après la sortie sont considérés. Il s'agit ainsi de ceux qui sont plus susceptibles d'adhérer au traitement et d'avoir moins d'antécédents violents, puisque les traits antisociaux ne favorisent guère le suivi. Troisièmement, ces résultats reflètent peut-être davantage le succès de l'intervention thérapeutique que la non-validité d'un facteur de risque.

Cela dit, pour nuancer aussi les conclusions des études ayant établi un lien entre violence et symptômes psychotiques de persécution ou d'influence, les desseins prospectifs ne permettent pas d'établir un lien temporel et causal entre les symptômes et la violence. Il se peut très bien qu'un patient,

aux prises avec un délire de persécution ou d'influence lors de son admission ou d'un suivi, ait été violent six mois plus tard sous l'effet de l'alcool. En outre, les études prospectives ne tiennent pas compte du nombre et de la durée des interventions thérapeutiques précédentes. Il est permis de croire qu'un patient aura plus de chance de demeurer stable et d'être moins violent s'il a déjà été suivi par un psychiatre pendant un certain temps et selon une certaine fréquence.

Quoi qu'il en soit, sans minimiser l'importance de ce qui précède, les antécédents de violence constituent un meilleur facteur de prédiction de violence future que les symptômes psychotiques [12].

Si ces considérations générales sont précieuses et utiles, elles ne permettent pas de mener des recherches pour améliorer de façon plus large l'action thérapeutique et préventive du clinicien. Dans cette perspective, il est important d'établir des profils en fonction de sous-groupes de patients, comme cela commence à se faire, par exemple, pour des schizophrènes violents. En reprenant quelques-uns des facteurs identifiés plus haut, il est possible de séparer ces schizophrènes en trois groupes [22]. Un premier groupe est représenté par un patient ayant un triple diagnostic : schizophrénie, abus d'alcool et personnalité antisociale. Ici, l'agression vise le plus souvent un ami du patient. En général, l'ami consommait avec l'agresseur préalablement à l'acte. Cette violence est typiquement non planifiée, elle n'implique habituellement pas d'étrangers, mais le risque de récurrence est élevé.

Un deuxième groupe est typiquement décrit par une schizophrénie chronique souvent de type indifférencié, accompagnée de signes neurologiques et neuropsychologiques traduisant des anomalies cérébrales structurales. Ce groupe de patients réagit le plus souvent à une situation frustrante de la vie quotidienne. La violence est non planifiée. Elle est le plus souvent verbale ou dirigée vers des objets. Lorsqu'elle est physique, elle occasionne rarement des blessures sérieuses. La récurrence est importante.

Le troisième groupe concerne un schizophrène de type paranoïde, dont la violence entre dans le cadre d'un délire paranoïde de persécution, d'influence ou de grandeur. Le geste est généralement mieux préparé, et dirigé vers un membre de la famille [21]. Les antécédents de violence sont plus rares ; le taux de récurrence est faible et tributaire de la poursuite ou non du traitement.

Une autre façon d'identifier des sous-groupes pouvant être utiles pour la clinique est de distinguer les patients selon le début précoce ou tardif d'une délinquance associée à un trouble mental grave. Cette délinquance englobe bien sûr la violence mais ne s'y limite pas [18]. On constate que les patients à délinquance précoce (avant 18 ans) sont exposés plus rapidement à l'alcool ou à la drogue et commettent plus de crimes que les patients à délinquance tardive. Le comportement antisocial n'est pas modifié par le traitement antipsychotique, et ces patients sont probablement moins enclins à suivre les recommandations de leur psychiatre. En revanche, les patients à début tardif (après 18 ans) voient leur délinquance apparaître avec la maladie. Leur criminalité est davantage

reliée aux manifestations psychotiques, à l'alcool ou autres drogues, et aux circonstances de la vie quotidienne. On s'attend, pour ce groupe, à un impact plus significatif du traitement psychiatrique sur la délinquance. L'intérêt de faire de telles distinctions est de permettre, à l'avenir, de définir des stratégies thérapeutiques et préventives mieux adaptées.

9. Lien entre violence et rupture des soins

De nombreuses explications ont été proposées pour mieux appréhender la violence reliée à la pathologie psychiatrique [18]. Le but n'est pas ici d'en faire l'inventaire, mais plutôt d'examiner l'hypothèse de la rupture des soins parce qu'elle concerne plus particulièrement l'organisation des soins psychiatriques et l'engagement clinique auprès des patients. La rupture des soins est un phénomène complexe, qui ne se laisse pas appréhender aisément. Des analyses politique, sociale, psychologique, économique ou anthropologique auraient mérité d'être développées tout autant que l'approche résolument pragmatique retenue ici et limitée aux deux axes de recherche retrouvés dans la littérature scientifique. Il s'agit, d'une part, du rôle de la désinstitutionnalisation et, d'autre part, de l'impact de l'insuffisance de soins.

Déjà, en 1939, Penrose avait publié une étude comparative entre différents pays européens. Il montrait dans cet article que plus il y avait de lits en psychiatrie, moins il y avait de personnes en prison et qu'inversement, moins il y avait de lits psychiatriques, plus il y avait d'individus en détention. Autrement dit, plus on psychiatrise moins on criminalise et vice versa [32]. On sait d'ailleurs qu'il y a davantage de malades mentaux dans les prisons depuis la désinstitutionnalisation. Par exemple, on estime que dans les pénitenciers du Québec, 25 % des détenus présentent un trouble mental grave [14]. Cependant, il demeure difficile de prouver scientifiquement que cela est le résultat de la désinstitutionnalisation, car on manque le plus souvent d'études fiables sur le nombre d'événements violents impliquant des patients avant l'ère de la réduction massive du nombre de lits en psychiatrie [24].

Cela dit, lorsqu'on dispose de données comparatives, il semble que l'augmentation de la criminalité des patients soit proportionnelle à celle de la population générale, et que l'augmentation des incarcérations soit davantage le reflet d'une politique judiciaire plus répressive que la conséquence d'un manque de lits [48].

Malgré ces données objectives, de nombreux cliniciens estiment que la désinstitutionnalisation contribue à la violence des patients. Pour mieux saisir la valeur éventuelle de cette opinion, il est plus fructueux de questionner, non pas globalement, la désinstitutionnalisation, mais les différents aspects de cette politique pouvant avoir un impact sur le risque de violence. En effet, la désinstitutionnalisation s'est souvent accompagnée, d'une part, d'un manque de ressources externes occasionnant une pression constante sur un nombre restreint de lits et, d'autre part, d'une législation rendant beaucoup plus difficile l'accès involontaire aux soins. Ainsi, au

Québec, la durée moyenne de séjour varie de deux à trois semaines, et la loi permet généralement à un patient de refuser le traitement pharmacologique même s'il est inapte à consentir aux soins et si l'hospitalisation lui a été imposée. Le clinicien doit alors entreprendre des démarches légales nécessitant plusieurs heures de travail et de mise en disponibilité auprès d'un tribunal pour parvenir à imposer à son patient une médication, un suivi externe ou un hébergement protégé. On peut aisément penser que la pression sur la réduction des lits et les lourdeurs de la législation ont pour conséquence de réduire les possibilités de soins hospitaliers pour certains patients gravement malades, qui par ailleurs refusent le traitement pharmacologique de même que le suivi externe, ou ne l'acceptent que sur une base erratique. C'est donc la rupture de soins, et non la désinstitutionnalisation dans son ensemble, qui est à évaluer. Cependant, les conséquences d'une absence de soins ou d'un traitement insuffisant sont difficiles à mesurer, et on trouve des réponses contradictoires dans la littérature scientifique [42].

Quoi qu'il en soit, il est préférable de ne pas chercher des preuves incontestables dans un sens ou dans l'autre, mais plutôt des indices pouvant aider les cliniciens à répondre aux défis posés par ces patients en rupture de soins plus ou moins complète.

Parmi ces patients, un certain nombre est à risque de violence en raison de leur profil antisocial et d'une fréquente toxicomanie associée à une pathologie psychiatrique lourde. Si l'hypothèse de la rupture des soins est vraie, on ne devrait pas retrouver ces patients de façon prépondérante dans les services hospitaliers de psychiatrie. Ainsi, les patients que l'on retrouve en prison devraient avoir un profil différent de ceux hospitalisés habituellement en psychiatrie. C'est ce que des chercheurs québécois ont voulu évaluer [6].

En comparant des patients incarcérés à ceux d'un département hospitalier de psychiatrie, ils ont mis en évidence, chez les détenus, un nombre plus important qu'à l'hôpital de troubles délirants ou de psychoses atypiques associés à un abus de substance et à des traits antisociaux. Malgré des comportements violents indéniables, ils ont noté un meilleur fonctionnement social chez les détenus. Ils ont formulé l'hypothèse que l'impulsivité préservait ces patients des comportements déficitaires plus souvent observés chez les patients hospitalisés. Malheureusement, cette même impulsivité les écarte du système de soins car elle est vue d'une façon négative. C'est peut-être l'absence de possibilités thérapeutiques adaptées, et non seulement le manque de lit, qui les mène en prison. De plus, la même équipe a montré qu'il existait un phénomène d'étiquetage de ces individus probablement en fonction de leur profil antisocial. En effet, après quatre séjours en moyenne en prison, une hospitalisation en psychiatrie ne renverse pas l'orientation carcérale future [7].

On peut toutefois se demander si ces patients aux traits antisociaux sont traitables, et même s'il est pertinent de les traiter, puisque des études ont montré une aggravation des comportements violents comparativement à un groupe non traité [13]. Cependant, ces travaux ont tous été réalisés dans des contextes de psychiatrie légale ou en milieu carcéral.

Une intéressante investigation réalisée cette fois dans un contexte de psychiatrie générale, à partir des données de l'étude McArthur, remet en cause le pessimisme thérapeutique dominant, et donne l'espoir de pouvoir réduire le nombre d'épisodes de violence de ce sous-groupe important de patients. D'une façon générale, l'étude McArthur avait montré que le nombre d'événements violents au cours d'une période de dix semaines était inversement proportionnel à l'intensité du suivi psychiatrique en terme de fréquence durant la même période de temps précédente. Le pourcentage de patients violents tombait de 12 à 2,8 %, si l'on passait d'un suivi toutes les trois à quatre semaines (médiane) à un suivi hebdomadaire [29]. À noter que les patients n'ayant pas eu de suivi ont été inclus dans le groupe, dont la médiane est à trois à quatre semaines. Ce travail montre qu'indépendamment du diagnostic et de l'approche thérapeutique proposée en clinique externe, il y aurait un effet dose significatif sur le risque de violence et qu'à contrario, l'insuffisance de traitement pourrait favoriser la violence.

Les auteurs ont voulu vérifier si cela s'appliquait aussi aux patients ayant des traits psychopathes associés à une pathologie psychiatrique de base, et la surprise est de taille : au cours d'une période de dix semaines, le groupe de patients ayant été vu toutes les trois à quatre semaines a eu 23 % d'agresseurs, alors que le groupe dont la médiane du suivi était une fréquence hebdomadaire n'en a présenté que 6 %. Ils ont fait la même constatation en examinant les patients psychopathes avérés (24 contre 8 %). Voilà une étude cliniquement très éclairante, qui devra bien sûr être confirmée par d'autres travaux, en raison du biais de sélection inhérent à toute investigation en milieu naturel. Cependant, elle ouvre sur des perspectives nouvelles concernant la psychopathie associée à la maladie psychiatrique. Cela est d'autant plus stimulant qu'il devient nécessaire de développer des stratégies de soins efficaces pour ce type de patients, compte tenu de l'augmentation des comportements antisociaux [34–36]. Enfin, elle souligne indirectement la pertinence de dépasser les vieux débats à propos de la désinstitutionnalisation, afin de mieux relever les défis posés par l'absence ou l'insuffisance de soins dans les conditions actuelles de la pratique clinique.

Dans la même veine, les modifications de la loi encadrant les obligations de soins peuvent avoir des conséquences sur la suffisance des soins. Cela est démontré de façon éclatante en Finlande, à propos des patients dont le tribunal avait ordonné une hospitalisation psychiatrique à la suite d'un crime violent. Jusqu'en 1978 les patients, une fois sortis de l'hôpital, pouvaient être contraints à un suivi externe. Plusieurs études ont montré qu'aucun d'entre eux n'avait commis de crimes violents sur une période de quatre à neuf ans. Puis la loi a changé. Elle n'autorise plus l'obligation d'un suivi externe. Sur une période de huit ans, après la sortie de l'hôpital, les patients qui n'étaient donc plus contraints aux soins psychiatriques ont commis sept meurtres et neuf agressions graves. Les chercheurs finlandais estiment qu'au cours de la première année suivant la sortie de l'hôpital, les patients qui se

Tableau 1

Référence	Nombre de sujets	Diagnostic	Pourcentage de sujets violents	Type de Violence	Période de temps	Risque d'occurrence ^a	
Swanson <i>et al.</i> , 1990 [39]	114 (♂ et ♀)	Schizophrénie–schizophréniforme	12,7%*	Violence physique envers autrui rapportée par la personne (entrevues personnalisées)	Au cours de l'année précédente	NS	
	dont :						
	(26)	Sans abus de substances	8,4%*				
	(3)	Avec abus de substances (sans autre comorbidité)	30,3%*				
	620 (♂ et ♀)	Trouble affectif ^b	11,1 %*#				NS
	dont :						
	(142)	Sans abus de substances	3,5 %				
	(29)	Avec abus de substances (sans autre comorbidité)	29,2 %*				
	1687 (♂ et ♀)	Trouble anxieux ^c	9,1 %#				NS
	dont :						
(1160)	Sans abus de substances	2,4 %					
(119)	Avec abus de substances (sans autre comorbidité)	20,3 %*					
533 (♂ et ♀)	Abus alcool/drogue ^d	21,3 %	NS				
8066 (♂ et ♀)	Sans trouble mental	2,1 %	...				
Commentaire	Première investigation communautaire d'envergure concernant le lien entre troubles mentaux et comportements violents. Il y a peu de différence entre la prévalence des troubles anxieux chez les individus non violents et violents, contrairement à ce qui est observé pour les diagnostics de schizophrénie–schizophréniforme et troubles de l'humeur. Les individus recevant un diagnostic de schizophrénie ont mentionné des actes violents dans des proportions quatre fois plus grandes que ceux sans diagnostic psychiatrique. Sans abus de substances, il n'existe pas de lien significativement élevé entre la violence et les troubles affectifs ou les troubles anxieux. L'abus de substances est fortement associé à la violence mais même sans abus d'alcool–drogues, les personnes ayant un trouble mental grave ont trois à quatre fois plus de chances de commettre un acte violent [24]. # Moyenne des différents troubles d'une même catégorie.						
Lindqvist et Allebeck, 1990 [25]	644 (♂ et ♀)	Schizophrénie	5,0 %	Dossier criminel pour acte violent envers autrui	Au cours des 14 années suivant le congé de l'hôpital	3,9* (♂ et ♀)	
	330 ♂		8,5 % ♂				
	NS (♂ et ♀)	Population générale	3,3 %				
Commentaire	Après la sortie de l'hôpital, le taux de violence des personnes atteintes de schizophrénie est quatre fois plus grand que celui de la population générale. La comorbidité, tel l'abus de substances, n'est pas considérée.						
Link <i>et al.</i> , 1992 [26]	365 (♂ et ♀)	Schizophrénie, Dépression majeure, Troubles psychotiques, Autres troubles mentaux	12,3 %*	Avoir frappé une autre personne (entrevues personnalisées)	Au cours du dernier mois ou de la dernière année	NS	
	385 (♂ et ♀)	Résidants du voisinage sans admission en psychiatrie	5,2 %				NS
Commentaire	Deuxième étude d'enquête importante concernant le lien entre troubles mentaux et violence. L'élévation significative des taux de violence observés parmi les patients confirme les résultats de Swanson <i>et al.</i> (1990). Cependant, ce travail ne distingue pas les différents troubles mentaux et ne tient pas compte de l'abus d'alcool–drogues.						
Hodgins, 1992 [15] ⁱ	82 ♂ dont :	Trouble mental sévère ^e	14,6 %*	Dossier criminel pour acte violent envers autrui	À vie	4,2*	
	(47)	Sans abus d'alcool–drogue	NS				1,7
	(35)	Avec abus d'alcool–drogue ^d	NS				8,4*
	156	Abus alcool/drogue ^d	49,4 %				15,4*
	6947	Sans trouble mental	5,7 %				...
Commentaire	Le ratio de cote pour la violence associé aux troubles mentaux sévères n'est que de 1,7 sans l'abus d'alcool–drogue, mais les différents troubles mentaux ne sont pas considérés séparément.						
Hodgins <i>et al.</i> , 1996 [16]	3130 ♂	Trouble mental sévère ^f	5,7 %*	Dossier criminel pour acte violent envers autrui	À vie	3,5*	
		Sans abus d'alcool	NS				
		Avec abus d'alcool ^d	NS				

(suite page suivante)

Tableau 1
(suite)

Référence	Nombre de sujets	Diagnostic	Pourcentage de sujets violents	Type de Violence	Période de temps	Risque d'occurrence ^a
	1731	Abus-dépendance alcool ^d	9,1 %*			5,4*
	155 580	Sans hospitalisation psychiatrique	1,7 %			...
Commentaire	L'absence de données concernant la comorbidité empêche ici l'obtention d'un éclairage significatif. Les pourcentages et ratios de cote sont les moyennes de deux époques (1959–1977 et 1978–1990).					
Eronen <i>et al.</i> , 1996 [9]	86 ♂ dont :	Schizophrénie	Homicide	À vie	NS	10,0*
	(38)	Sans dépendance à l'alcool				7,3*
	(48)	Avec dépendance à l'alcool				17,2*
Commentaire	Chez les hommes, le double diagnostic de schizophrénie et de dépendance à l'alcool est associé à un risque 17 fois plus grand de faire un homicide comparativement à la population générale. La schizophrénie à elle seule a un ratio de cote de 7,3, ce qui est hautement significatif.					
Tiihonen <i>et al.</i> , 1997 [44] ^j	51 ♂ dont :	Schizophrénie	13,7 %*	Dossier criminel pour acte violent envers autrui	À vie	7,0 Ajusté en fonction du statut SE des parents (car celui du patient est affecté par la maladie)
	(40)	Sans abus de substances	7,5 %*			3,6
	(11)	Avec abus de substances	36,4 %*			25,2
Commentaire	La schizophrénie est associée à une élévation marquée du risque de violence lorsqu'un trouble d'abus de substances est présent. L'élévation demeure très significative même sans abus de substances. Cependant, seulement sept patients ont ici un dossier criminel pour violence.					
Stueve et Link, 1997 [38]	29 (♂ et ♀)	Troubles psychotiques ^g	28,9 %*	Bagarre autorapportée (entrevues personnalisées)	Au cours des cinq dernières années	NS
	123 (♂ et ♀) dont :	Trouble bipolaire	23,7 %*			
	(131)	Troubles psychotiques ou bipolaires sans abus d'alcool	20,7 %*			
	(17)	Avec abus d'alcool	39,3 %*			
	(4)	Avec trouble de la personnalité antisociale	93,4 %*			
	519 (♂ et ♀)	Dépression majeure	11,0%			NS
	431 (♂ et ♀)	Troubles anxieux ^h	9,4 %			NS
	(835)	Troubles anxieux ou dépression majeure sans abus d'alcool	8,6 %			
	(64)	Avec abus d'alcool				
	(51)	Avec trouble de la personnalité antisociale	26,1 %*			
	52 (♂ et ♀)	Trouble de la personnalité antisociale avec ou sans abus de substances	56,2 %*			NS
	77 (♂ et ♀)	Trouble de la personnalité antisociale sans abus de substances	51,6 %*			
	1447 (♂ et ♀)	Abus de substance seulement	25,1 %*			NS
	1447 (♂ et ♀)	Sans trouble mental, sans abus de substances ni personnalité antisociale	7,0 %			NS
Commentaire	La dépression majeure et les troubles anxieux ne sont pas associés à une élévation significative du risque d'actes violents chez les jeunes adultes sans trouble d'abus d'alcool-drogue. Par contre, les troubles psychotiques et le trouble bipolaire sans abus de substances demeurent significativement associés à la violence. L'abus de substances est fortement lié à lui seul aux actes violents dans la communauté.					

(suite page suivante)

Tableau 1
(suite)

Référence	Nombre de sujets	Diagnostic	Pourcentage de sujets violents	Type de Violence	Période de temps	Risque d'occurrence ^a
Volavka <i>et al.</i> , 1997 [46]	531 (♂ et ♀)	Schizophrénie (première consultation pour symptômes psychotiques)	10,5 %*	Agression physique envers autrui autorapportée (entrevues personnalisées)	À vie	NS
Commentaire	Environ 10 % des patients atteints de schizophrénie vivant dans un pays développé rapportent avoir déjà agressé physiquement une autre personne au cours de leur vie. Cependant, les risques d'agression sont significativement associés à l'âge (jeune), au statut socioéconomique (faible), au niveau de scolarité (bas) et à la consommation d'alcool (forte). Dans les pays en voie de développement, le taux est de 31,5 %.					
Belfrage, 1998 [3]	1056 (♂ et ♀) dont :	Trouble psychotique	13 %*	Dossier criminel pour agression physique envers autrui	Dix ans suivant le congé de l'hôpital	NS
	(639)	Schizophrénie				
	(324)	Psychose affective				
	(93)	Paranoïa				
Commentaire	13 % des individus atteints d'un trouble psychotique ont été violents envers autrui durant les dix années suivant leur congé de l'hôpital. La proportion associée à la schizophrénie seule, aux hommes et à l'abus d'alcool n'est pas spécifiée. L'auteur ne fournit pas de données concernant la population générale correspondante.					
Wallace <i>et al.</i> , 1998 [47]	66 ♂ dont :	Schizophrénie	NS	Violence interpersonnelle	de 1993 à 1995	4,4*
	(32)	Sans abus de substances				2,4*
	(34)	Avec abus de substances				18,8*
	11 ♂ dont :	Schizophrénie	NS	Homicide		10,1*
	(7)	Sans abus de substances				7,1*
	(4)	Avec abus de substances				28,8*
	40 ♂ dont :	Troubles affectifs		Violence interpersonnelle		4,1*
	(26)	Sans abus de substances				2,9*
	(14)	Avec abus de substances				19,0*
	4 ♂ dont :	Troubles affectifs		Homicide		5,4*
	(3)	Sans abus de substances				4,4*
	(1)	Avec abus de substances				17,5*
	169 ♂	Abus de substances		Violence interpersonnelle		9,5*
	8 ♂	Abus de substances		Homicide		5,7*
Commentaire	L'abus de substances est responsable en grande partie de l'élévation des ratios de cotes pour les actes violents et les homicides associés à la schizophrénie ou aux troubles affectifs chez les hommes. Cependant, les risques de violence, incluant l'homicide, demeurent significativement élevés même sans troubles de consommation d'alcool-drogues. Un homme atteint de schizophrénie sans abus de substances risque sept fois plus de réaliser un meurtre qu'un homme de la population générale ; à noter que ce taux est plus élevé que celui observé chez les hommes ayant un trouble d'abus de substances sans schizophrénie. Bien que 99,97 % des personnes atteintes de schizophrénie ne commettent pas d'homicide, le risque annuel en Australie pour les patients masculins est d'un pour 3000, alors que dans la population générale il oscille entre 1,0 et 1,4 pour 100 000. Les individus atteints de schizophrénie sont donc surreprésentés parmi les meurtriers (7,2 %).					
Steadman <i>et al.</i> , 1998 [37]	951 (♂ et ♀)	Tout trouble mental ayant nécessité une admission à l'hôpital	27,5%* (n = 261)	Violence physique sérieuse envers autrui, officielle, autorapportée et rapportée par un proche.	12 mois suivant le congé de l'hôpital	NS
Monahan <i>et al.</i> , 2001 [29]		Sans abus de substances	17,9 %*			
		Avec abus de substances	31,1 %*			
		Schizophrénie	14,8 %*			
		Sans antécédent d'arrestation pour violence physique et sans fantasmes récents de violence	7,0 %			

(suite page suivante)

Tableau 1
(suite)

Référence	Nombre de sujets	Diagnostic	Pourcentage de sujets violents	Type de Violence	Période de temps	Risque d'occurrence ^a
	519 (♂ et ♀)	Trouble bipolaire	22,0 %*		Durant les dix semaines précédant l'entrevue	
		Dépression majeure	28,5 %*			
		Résidents du même quartier sans diagnostic de trouble mental	4,6 % (n = 24)			
		Sans abus de substances	3,3 %			
		Avec abus de substances	11,1 %			
Commentaire	Les schizophrènes sont ici moins responsables de violence que les bipolaires ou les déprimés. Cette particularité est commentée plus loin dans l'article. Cela dit, les schizophrènes sans antécédent d'arrestation pour violence physique, sans pensée ou scénario imaginaire à saveur violente, ayant été traités à l'hôpital l'année précédente et ayant accepté de poursuivre l'étude pendant un an ont néanmoins été violents dans 7 % des cas au cours des 20 semaines suivant leur sortie d'hôpital. Par ailleurs, l'abus d'alcool ou de drogue rend compte d'une large part de la violence des patients vivant dans la société. L'étude démontre que la majorité des patients fidèles à leur traitement ne sont pas violents à la sortie de l'hôpital. En revanche, ceux qui sont violents le sont majoritairement dès les 20 premières semaines après la sortie.					
Mullen <i>et al.</i> , 2000 [30]	631 ♂ en première admission à l'hôpital	Schizophrénie	Dossier criminel pour acte violent envers autrui	À vie	11,1 %*#	7,0*#
	631 ♂ appariés pour l'âge et le lieu de résidence	Groupe témoin apparié pour l'âge, le sexe et le lieu de résidence			1,6 %#	...
Commentaire	Les individus atteints de schizophrénie ont sept fois plus souvent un dossier criminel pour des actes violents (crimes non violents également) que les gens de la population générale habitant le même quartier. Cent cinquante-deux patients ont été arrêtés pour un crime contre 27 contrôles. L'abus de substance augmente ce lien. Un plus grand nombre de personnes atteintes de schizophrénie ont été arrêtées pour un crime en 1985 (suite à la désinstitutionalisation) qu'en 1975 (à l'exception des crimes violents), mais l'augmentation est similaire à celle du taux de criminalité de la population générale. # Moyenne des années 1975 et 1985.					
Brennan <i>et al.</i> , 2000 [4]	1143 ♂ dont :	Schizophrénie	11,3 %*	Dossier criminel pour acte violent envers autrui	À vie	4,6*
	(846)	Sans abus d'alcool	7,1 %*			(1,9 lorsque ajusté en fonction du statut civil du statut SE des parents et de l'abus de substances) 2,8*
	(297)	Avec abus d'alcool	23,2 %*			NS
	(717)	Sans trouble de la personnalité	9,9 %*			4,0*
	(426)	Avec un trouble de la personnalité	13,6*			NS
	729	Désordre affectif majeur ^b			5,2 %*	2,0
	(559)	Sans abus de substances			3,2 %	(0,8 lorsque ajusté en fonction du statut civil du statut SE des parents et de l'abus de substances)
	(170)	Avec abus de substances			11,8 %*	1,2
	163	Sans hospitalisation psychiatrique			2,7 %	NS
	727	Avec abus d'alcool			NS	...

(suite page suivante)

Tableau 1
(suite)

Référence	Nombre de sujets	Diagnostic	Pourcentage de sujets violents	Type de Violence	Période de temps	Risque d'occurrence ^a
Commentaire	Les hommes ayant un trouble affectif sans abus de substances ne sont pas plus à risque que les hommes sans diagnostic psychiatrique de commettre un geste violent au sein de la communauté. En revanche, les hommes atteints de schizophrénie sans abus de substances sont près de trois fois plus à risque et ont été arrêtés pour violence dans 7 % des cas. Lorsque le statut civil, le statut socioéconomique des parents, les troubles de la personnalité et l'abus de substances sont pris en considération, le ratio de cote pour violence enregistrée est de 1,9 chez les patients atteints de schizophrénie.					
Arseneault <i>et al.</i> , 2000 [2]	39 (♂ et ♀)	Schizophrénie, tr. schizophréniforme et schizo-affectif	33,3 %*	12 mois précédents	Dossier criminel pour acte violent envers autrui et violence avouée par la personne (entrevues personnalisées)	5,4* (2,5* lorsque ajusté en fonction du sexe, du statut SE des parents et de toute comorbidité)
	172 (♂ et ♀)	Dépression majeure et dysthymie	15,7%*			1,7
	170 (♂ et ♀)	Troubles anxieux ⁵	12,4%*			1,0
	94 (♂ et ♀)	Dépendance à l'alcool	25,5%*			1,9
	572 (♂ et ♀)	Sans trouble mental	3,8%			...
Commentaire	Les jeunes adultes de 21 ans souffrant de symptômes positifs de la schizophrénie risquent 2,5 fois plus que les jeunes sans trouble mental de commettre un acte violent envers autrui, même lorsque l'abus de substances, les troubles de la personnalité et le statut socioéconomique des parents sont pris en considération.					
Milton <i>et al.</i> , 2001 [27]	166 (♂ et ♀)	Premier épisode psychotique	9,6 %	Dossier criminel pour acte violent sérieux envers autrui et violence dangereuse avouée par la personne (entrevues personnalisées)	Du moment où des modifications comportementales ont été observées jusqu'à trois ans après le premier contact psychiatrique	NS
Commentaire	Environ le tiers des cas avaient les critères diagnostiques de la schizophrénie ($n = 59$). Tout comme pour l'étude MacArthur [16,17], la nature des symptômes au moment de l'admission à l'hôpital n'a pas d'influence sur le risque de poser un acte violent après l'hospitalisation. Le fait de ne pas avoir d'emploi, d'être agité lors de l'admission et d'abuser de drogues (et non d'alcool), sont les seuls facteurs significativement associés à la violence grave selon cette étude. Cependant, seules 16 personnes ont été sérieusement violentes.					
Erb <i>et al.</i> , 2001 [8]	29 (♂ et ♀)	Schizophrénie	10,0 %	Accusé(e)s de meurtres ou tentatives de meurtres	De 1992 à 1996	16,6*
	261 (♂ et ♀)	Sans schizophrénie			NS	...
Commentaire	Il y a surreprésentation de malades atteints de schizophrénie parmi les personnes ayant fait ou tenté de réaliser un homicide. Des taux de 8 à 10% sont généralement rapportés (voir Taylor et Gunn, 1999).					
Hodgins <i>et al.</i> , 2003 [20]	112 ♂	Schizophrénie ou schizo-affectif	9,8 %	Dossier criminel pour acte violent sérieux envers autrui et actes violents autorapportés (entrevues personnalisées)	12 mois précédents	NS
Commentaire	Environ 10 % des patients ont été violents durant les 12 mois suivants leur sortie de l'hôpital, mais 69 % d'entre eux avaient déjà un dossier criminel pour violence envers autrui et 62 % avaient aussi un abus d'alcool.					
Wallace <i>et al.</i> , 2004 [48]	2861 (♂ et ♀)	Schizophrénie	8,2 %*	Dossier criminel pour violence sérieuse envers autrui	À vie	4,8*
	1689 ♂	Schizophrénie	13,0 %*			5,0*
	(1268 ♂)	Sans abus de substances	4,4 %*			2,5*
	(421 ♂)	Avec abus de substances	29,7 %*			14,1*
	2861 (♂ et ♀)	population générale, appariés pour l'âge,	1,8 %			...
	(1689 ♂)	le sexe et le lieu de résidence	2,9 %			...
Commentaire	Le diagnostic de schizophrénie est associé à un risque de violence significativement plus élevé que celui de la population générale lorsque l'âge, le sexe et le lieu de résidence sont pris en considération. L'abus d'alcool ou de drogues est responsable pour une large part de cette augmentation mais le lien demeure significatif pour la schizophrénie prise isolément. Les hommes souffrant de schizophrénie sans trouble de consommation d'alcool ou autres drogues risquent 2,7 fois plus que les hommes de la population générale de faire une agression. Cinq personnes atteintes de schizophrénie ont été accusées de meurtre, soit un taux nettement plus élevé que celui de la population générale en Australie (soit 1 pour 572 patients contre 1,2 pour 100 000). Entre 6 et 11 % des actes criminels violents commis dans la communauté sont dus à des personnes atteintes de schizophrénie.					

NS : non spécifié. NA : non applicable. SE : statut socioéconomique. Il est préférable de prendre en compte le SE des parents plutôt que celui des patients afin d'éviter d'effacer l'impact éventuel de la pathologie psychiatrique. * Différence statistiquement significative par rapport au groupe de comparaison ($p < 0,01$ ou moins).

^a Comparativement à la population générale sans diagnostic de trouble mental. Il s'agit des ratios de cote (odds ratio). Ainsi, un ratio de 2 indique que ce groupe a deux fois plus de chances d'être violent que le groupe de comparaison. Les épidémiologistes considèrent généralement qu'un ratio de cote d'au moins 2 est en faveur d'une forte association entre deux variables (bien que tributaire de l'intervalle de confiance) (10).

^b Comprend la dépression majeure, la manie et le trouble bipolaire.

^c Comprend le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble de panique et la phobie.

^d Comprend les diagnostics d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites.

^e Comprend la schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble schizoaffectif, autre trouble psychotique, trouble bipolaire et la dépression majeure.

^f Comprend la schizophrénie, la « psychose maniaco-dépressive », la « psychose psychogénique » et « autres psychoses ».

^g Comprend la schizophrénie, le trouble schizoaffectif, les épisodes psychotiques et la dépression majeure avec épisodes psychotiques.

^h Trouble anxieux généralisé et phobie.

ⁱ Selon Hodgins, S. The criminality of mentally disordered persons. In S. Hodgins (Ed.), *Mental Disorder and Crime*. London, England, Sage Publications (pp. 3–21), 1993.

^j Räsänen, P., Tiihonen, J., Isohanni, M., Rantakallio, P., Lehtonen, J. and Moring, J. Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: A 26-year followup study of an unselected birth cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 437–441, 1998.

sont vus imposer à la suite d'un crime une hospitalisation en psychiatrie sans obligation de soins à la sortie ont un risque d'homicide 300 fois plus grand que le risque de la population générale [9,18]. La pertinence d'un cadre légal, obligeant sous certaines conditions les patients criminellement irresponsables pour cause de maladie mentale à recevoir des soins externes et à être réadmis à l'hôpital, ne pouvait pas mieux être illustrée, malheureusement au prix de souffrances humaines incommensurables.

10. Conclusion

L'essentiel de la violence dans la société n'est pas dû aux malades mentaux. Il faut le dire et le répéter. Une politique nationale qui voudrait s'attaquer aux racines de la violence ne devrait pas se centrer sur la psychiatrie. Il faut s'occuper de la psychiatrie pour d'autres raisons. D'abord par solidarité humaine, et donc pour les patients eux-mêmes ainsi que leurs proches. Ensuite, parce que les maladies qui affectent le discernement de ces personnes les exposent à des dangers dont le moins négligeable est la rupture ou l'insuffisance des soins, malheureusement souvent doublées d'une rupture sociale. La prison a été évoquée précédemment, mais la rue et la grande pauvreté sont aussi le sort qui leur est réservé au nom du respect de l'autonomie. C'est ainsi qu'à Montréal, 30 % des sans-abri ont des antécédents psychiatriques lourds (quatre hospitalisations en moyenne dont la plus longue est de six mois) [11]. Enfin, il faut admettre la réalité : certains patients représentent un risque de violence physique plus élevé que celui de la population générale. Cela est désormais bien établi. Même s'il n'y a pas d'explications simples, ce risque de violence interpelle la psychiatrie. On sait maintenant que la maladie mentale grave, d'une manière encore obscure, pèse à elle seule sur cette rupture d'équilibre qu'est la violence. Des facteurs transversaux comme l'impulsivité sont probablement à l'œuvre, quel que soit le diagnostic, et permettront de construire des modèles de compréhension intégrant à la fois des données issues de la neurobiologie et du champ psychosocial [18]. Mais globalement, on ignore encore comment les facteurs identifiés, y compris les facteurs de protection, interagissent entre eux. Cela dit, on connaît quelques caractéristiques augmentant le risque de survenue d'un comportement violent chez certains patients : histoire de violence

antérieure, non-observance de la médication et du suivi, abus d'alcool ou de drogues, idées ou fantasmes de violence, symptomatologie psychotique aiguë et lésions cérébrales. Ces différents éléments permettent d'établir des profils de patients à risque. Cette approche est prometteuse, afin de mieux évaluer et de mieux cibler les interventions préventives et thérapeutiques. Toutefois, cette catégorisation ne doit pas faire perdre de vue que la violence s'inscrit aussi dans le parcours d'une vie toujours singulière. La difficulté pour un clinicien attentif à son patient est de faire la part entre la violence destructive, qui ne doit pas être acceptée, et la haine qui accompagne inévitablement la découverte par le patient de la différence de l'autre. À cette dernière, il faut offrir notre empathie, tout en demeurant conscient du risque de glisser imperceptiblement, par déformation professionnelle, vers le déni de la violence. La plus grande vigilance demeure ici nécessaire, car le risque de violence devrait interpeller prioritairement le psychiatre. Témoin privilégié, il a le pouvoir de réduire la fréquence des comportements violents des patients en agissant sur les facteurs qui dépendent de son champ de compétence. Ainsi, il peut contribuer à éviter d'inutiles souffrances à toutes les personnes habituellement impliquées dans de tels événements malheureux. Outre le traitement intégré de l'abus de substances, l'engagement clinique joue un rôle probablement crucial parmi les moyens à mettre en œuvre auprès des patients les plus à risque de violence. Cependant, cet engagement clinique ne peut pas se faire sans une participation du législateur. Quand rien ne va plus, il faut pouvoir intervenir contre le gré et sous le regard de la loi. Décision délicate, difficile à prendre, même lorsque la loi le permet, mais seul rempart pour ces patients contre l'exclusion et les comportements violents.

Références

- [1] Appelbaum P, Robbins P, Monahan J. Violence an delusions: data from the McArthur violence risk assessment study. *Am J Psychiatry* 2000;157:566–72.
- [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 Psychiatry* 2000;57:979–86.
- [3] Belfrage H. A ten-year follow-up of criminality in Stockholm mental patients. *Br J Criminol* 1998;38:145–55.

- [4] Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:494–500.
- [5] Coid J. The epidemiology of abnormal homicide and murder followed by suicide. *Psychol Med* 1983;6(3–15):855–60.
- [6] Côté G, Lesage A, Chawky N, Loyer M. Clinical specificity of prison inmates with severe mental disorders. *Br J Psychiatry* 1997;170:571–7.
- [7] Dessureault D, Côté G, Lesage A. Impact of first contacts with the criminal justice or mental health systems on the subsequent orientation of mentally disordered persons toward either system. *Int J Law Psychiatry* 2000;1:79–90.
- [8] Erb M, Hodgins S, Freese R, Muller-Isberner R, Jockel D. Homicide and schizophrenia: maybe treatments does have a preventive effect. *Crim Behav Ment Health* 2001;11:6–26.
- [9] Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:497–501.
- [10] Farrington D, Loeber R. Some benefits of dichotomization in psychiatric and criminological research. *Crim Behav Ment Health* 2000;10:100–22.
- [11] Fournier L. Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes 1998–1999. Institut de la statistique du Québec, mars 2001 et octobre 2003.
- [12] Gardner W, Lidz CW, Mulvey EP, Shaw EC. A comparison of actuarial methods for identifying repetitive violent patients with mental illnesses. *Law Hum Behav* 1996;20:35–48.
- [13] Harris G, Rice M, Cormier C. Psychopathy and violent recidivism. *Law Hum Behav* 1991;15:625–37.
- [14] Hodgins S, Côté G. Prévalence des troubles mentaux chez les détenus des pénitenciers du Québec. *Santé Ment Can* 1990;1:1–5.
- [15] Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime: evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:476–83.
- [16] Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M. Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:489–96.
- [17] Hodgins S. The major mental disorders and crime: stop debating and start treating and preventing. *Int J Law Psychiatry* 2001;24:427–46.
- [18] Hodgins S, Janson C. Criminality and violence among the mentally disordered. The Stockholm metropolitan project. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
- [19] Hodgins S, Hiscoke UL, Freese R. The antecedent of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. *Behav Sci Law* 2003;21:523–46.
- [20] Hodgins S, Hiscoke UL, Freese R. The antecedent of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. *Behav Sci Law* 2003;21:523–46.
- [21] Joyal CC, Putkonen A, Mancini A, Paavola P, Tiihonen J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med* 2004;34:433–42.
- [22] Joyal CC. Schizophrénie et violence : mise à jour des connaissances et spécification des motifs et circonstances associés. 2005 (Forensic, numéro spécial « Psychiatrie et violence »).
- [23] Krakowski MI, Convit A, Jaeger J, Lin S, Volavka J. Neurological impairment in violent schizophrenic inpatients. *Am J Psychiatry* 1989;146:849–53.
- [24] Lamb H, Bachrach L. Some perspectives on desinstitutionalization. *Psychiatr Serv* 2001;52:1039–45.
- [25] Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and crime: a longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry* 1990;157:345–50.
- [26] Link BG, Andrews H, Cullen FT. The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *Am Sociol Rev* 1992;57:275–92.
- [27] Milton J, Amin S, Singh SP, Harrison G, Jones P, Croudace T, et al. Aggressive incidents in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 2001;178:433–40.
- [28] Monahan J, Steadman H. Crime and mental disorder: an epidemiological approach. In: Tonry M, Morris N, editors. *Crime and Justice: an annual review of research*. Chicago: University of Chicago Press; 1983. p. 145–89.
- [29] Monahan J, Steadman H, Silver E, Applebaum P, Robbins P, Mulvey E, et al. Rethinking risk assessment. The McArthur study of mental disorder and violence. Oxford: Oxford University Press; 2001.
- [30] Mullen PE, Burgess P, Wallace C, Palmer S, Ruschena D. Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet* 2000;355:614–7.
- [31] National Mental Health Association. Stigma: a lack of awareness and understanding. Alexandria, Va: National Mental Health Association; 1987.
- [32] Penrose LS. Mental disease and crime: outline of a comparative study of European statistics. *Br J Psychiatry* 1939;18:1–15.
- [33] Pescosolido PA, Monahan J, Link PG, Stueve A, Kikuzawa S. The public's view of the competence, dangerousness and need for legal coercion among persons with mental illness. *Am J Public Health* 1999;89:1339–45.
- [34] Robins L, Regier D. *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study*. New York: The Free Press; 1991.
- [35] Skeem J, Monahan J, Mulvey E. Psychopathy, treatment involvement, and subsequent violence among civil psychiatric patients. *Law Hum Behav* 2002;6:577–602.
- [36] Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *Br J Psychiatry* 2000;176:345–50.
- [37] Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:393–401.
- [38] Stueve A, Link BG. Violence and psychiatric disorders: Results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatric Quarterly* 1997;68:327–42.
- [39] Swanson JW, Holzer CE, Ganju RK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community. Evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41:761–70.
- [40] Swanson JW, Holzer CE. Violence and ECA data (lettre à l'éditeur). *Hosp Community Psychiatry* 1991;42:954–5.
- [41] Swanson JW. Mental disorder, substance abuse, and community violence: an epidemiological approach. In: Monahan J, Steadman H, editors. *Violence and mental disorder: developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press; 1994. p. 101–36.
- [42] Swanson JW, Borum R, Swartz MS. Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Crim Behav Ment Health* 1996;6:309–29.
- [43] Taylor PJ, Gunn J. Homicides by people with mental illness: myth and reality. *Br J Psychiatry* 1999;174:9–14.
- [44] Tiihonen J, Isohanni M, Räsänen P, Koiranen M, Moting 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.
- [45] Torrey EF. *Schizophrenia and manic-depressive disorder*. New York: Basic Books; 1994.
- [46] Volavka J, Laska E, Baker S, Meisner M, Czobor P, Krivelevich I. History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. *Br J Psychiatry* 1997;171:9–14.
- [47] Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S, Browne C. Serious criminal offending and mental disorder: case linkage study. *Br J Psychiatry* 1997;172:477–84.
- [48] 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;161:716–27.
- [49] Webster C, Martin M, Brink J, Nicholls T, Middleton C. Short-term assessment of risk and treatability (START). Port Coquitlam, British Columbia, Canada: St. Joseph's Healthcare Hamilton, Ontario, and Forensic Psychiatric Services Commission; 2004.