

SURVEILLER, PUNIR, SOIGNER

Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ?

Jean-Louis Senon, Cyril Manzanera, Mikael Humeau, Louise Gotzamanis

RÉSUMÉ

Sans stigmatiser nos patients et majorer leur rejet et la difficulté de leur réhabilitation, il est indispensable que les équipes psychiatriques soient conscientes que les troubles mentaux graves sont à l'origine d'un risque majoré de violences ou même d'homicide, cela en dehors de tout abus de substance. Les risques majorés de violence concernent notamment des patients aux antécédents de violence, en rupture de soins ou non observants, abusant d'alcool ou de drogues, présentant une clinique paranoïde productive avec persécution ou syndrome d'influence, hallucinations impérieuses, une clinique pseudoneurologique ou une personnalité psychopathe sous-jacente. Il faut néanmoins se garder de confondre crime et maladie mentale en se rappelant par exemple que 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, la maladie mentale ne concernant que moins d'un homicide sur 20.

Mots clés : maladie mentale, violence

ABSTRACT

Are the mentally ill more violent than normal citizens? Persons with mental disorders present a significantly higher risk of committing violence acts or homicide than the general population. Higher risk of violence or homicide is associated with a personal history of violence, substance abuse, non compliance, acute paranoid symptoms, associated TPA or cerebral damage. However, only 3 % to 5 % of violent offenders have mental disorders.

Key words: mental disorder, violence

RESUMEN

¿Los enfermos mentales son más violentos que los ciudadanos ordinarios? Sin estigmatizar a nuestros pacientes ni exagerar su rechazo y las dificultades de rehabilitación, es indispensable que los equipos psiquiátricos sean conscientes de que los trastornos mentales graves suponen un riesgo mayor de violencia e incluso de homicidio y ello fuera de todo abuso de sustancias. Los riesgos más importantes de violencia conciernen especialmente a los pacientes con antecedentes de violencia, en ruptura de seguimiento o que han parado el tratamiento, que abusan del alcohol o de las drogas, que presentan un clínica paranoide productiva con persecución o síndrome de influencia, alucinaciones imperiosas, una clínica pseudo-neurológica o una personalidad psicopática subyacente. No hay que confundir crimen y enfermedad mental y recordar por ejemplo que si en los países industrializados la tasa de homicidios está comprendida entre 1 y 5 por 100 000 habitantes, los trastornos mentales graves solo son responsable de 0,16 por 100 000 habitantes, la enfermedad mental no concierne más que un homicidio sobre 20.

Palabras claves : enfermedad mental, violencia

Faculté de Médecine, Université de Poitiers, SHUPPM, hôpital la Miletrie, BP 587, 86021 Poitiers
<jean.louis.senon@wanadoo.fr>

Tirés à part : J.-L. Senon

La violence des malades mentaux a été constamment décrite dans les premiers travaux qui ont fondé la clinique psychiatrique. Elle a fait l'objet d'analyses cliniques pertinentes par Pinel, Esquirol, Chaslin, Falret, Legrand du Saule, Régis ou Rogues de Fursac... Blanche, dans *L'homicide des aliénés*, en proposant en 1878 une analyse extensive. Marc en 1840, Simon ou Tardieu en 1886, Joly ou Maudsley en 1888 ont apporté dans ces domaines des contributions d'une surprenante actualité.

Depuis que la psychiatrie est entrée, dans les années 1960, dans une ère thérapeutique disposant des antipsychotiques, des antidépresseurs et des thymorégulateurs, les mises en garde des aliénistes qui ont créé la clinique en intégrant la possible violence des malades mentaux ont sûrement été en partie oubliées et les passages à l'acte criminels médico-légaux des malades mentaux créent l'effroi, la peur et l'insécurité chez les soignants, comme si le modèle thérapeutique et ambulatoire de la psychiatrie avait effacé une clinique psycho-criminologique qui appartient pourtant à notre pratique quotidienne [6-10, 53, 63-68].

Notre travail s'appuie sur une alliance d'équipes francophones acceptant de travailler sur les rapports entre la psychiatrie et la violence, à l'image du site internet maintenant reconnu, hébergé à Montréal qui reste précurseur (<http://www.psychiatrieviolence.ca/>). Le rapprochement des regards entre Jean-Luc Dubreucq, Frédéric Millaud, Christian Joyal [16, 33, 34, 48], à Montréal, et de Bruno Gravier à Lausanne [22], tel que nous avons pu le réaliser dans plusieurs sessions de travail, nous a amené à confronter nos pratiques et nos réflexions vers des propositions recommandations de bonne pratique [24, 41, 44, 69-72].

Du déni de la violence du malade mental vers une nécessaire prise en compte des risques de passage à l'acte au décours des maladies mentales

Le problème de la violence des malades mentaux a toujours oscillé entre une stigmatisation sans nuance et une affirmation non moins militante de l'absence de dangerosité du malade mental [21]. Pendant longtemps, violence et maladie mentale ont été associées avant que des études internationales diffusées par les sociétés scientifiques proposent une position inverse à partir des années 1980. En 1987, par exemple, la National Mental Health Association rappelait que « *les personnes atteintes de maladie mentale ne sont pas plus à risque de réaliser un crime que les autres membres de la population générale* » [51] pour autant que les problèmes de prise d'alcool et de drogue soient exclus. Régis Cousin [6] le formulait clairement dans notre pays de la façon suivante : « *la majorité des crimes sont commis par des délinquants ne présentant pas de pathologie mentale, peu de criminels présentent des*

troubles ». Pourtant, l'opinion publique, outre-Atlantique comme en Europe, a une vision très stigmatisante de la maladie mentale comme facteur de premier rang du crime : – aux Etats-Unis, 61 % des Américains pensent encore qu'un schizophrène agressera une autre personne ; – en France, dans les enquêtes d'opinion, la schizophrénie est associée au danger et au passage à l'acte, comme dans l'enquête Ipsos 2002 sur l'image de la schizophrénie auprès du grand public où la maladie est assimilée, pour 69 % des Français, à « folie, démence, cinglé, barjot » ; pour 16 % à : « violence, peur, danger, criminels en série », et pour laquelle 48 % des personnes interrogées pensent que les schizophrènes sont dangereux pour les autres.

Des crimes très médiatisés récents ont renforcé ces positions dans notre société insécurisée, crimes commis par des malades mentaux reconnus en tant que tels ou crimes tellement horribles que l'opinion publique ne pouvait que les assimiler au crime d'un malade mental.

Étude de la littérature et des enquêtes publiées sur le rapport entre crime et maladie mentale

Quatre catégories d'études peuvent être répertoriées dans ce domaine. Nous reprenons la plupart d'entre elles dans la bibliographie ci-dessous. Ces travaux incontournables ont été sélectionnés par Jean-Luc Dubreucq, Christian Joyal et Frédéric Millaud dans une revue de la littérature ayant fait l'objet d'une analyse critique et d'une présentation dans une journée consacrée à psychiatrie et violence à la Société médico-psychologique et rapprochant à Paris des équipes de Montréal, Lausanne et Poitiers [11, 16, 33, 34, 48, 72, 73] :

- étude d'échantillons de la population générale ;
- étude de suivis de patients à la sortie de l'hospitalisation ;
- étude de devenir de cohorte de nouveau-nés ;
- étude d'une population d'homicides.

Nous reprendrons dans les grandes lignes quelques-unes des plus significatives pouvant contribuer à donner des indicateurs chiffrés sur le risque de violence chez les schizophrènes ou les patients atteints de troubles bipolaires, puis nous tenterons de dégager des recommandations pour la prise en charge et le traitement des patients pouvant être violents dans l'évolution de leur maladie.

Swanson *et al.* [79], en 1990, ont étudié 8066 hommes et femmes. Sur cette population, 114 hommes et femmes schizophrènes ont été isolés et étudiés par rapport à la violence avouée par le patient envers autrui, dans l'année passée avant l'évaluation de l'enquête. Pour la schizophrénie et les troubles schizophréniformes, la violence avouée à autrui dans l'année passée est d'environ 12,7 % de la population, sans abus d'alcool ou de drogue de 8,4 %, passant à 30,3 % avec abus d'alcool ou de drogue. Dans cette même étude, si on isole les 282 hommes et femmes présentant des

troubles dépressifs caractérisés, 11,7 % reconnaissent une violence dans l'année passée en moyenne, ils sont 3,5 % sans abus et 29,2 % avec abus de drogue ou d'alcool. Jean-Luc Dubreucq rappelle, dans la synthèse critique de ce travail, que 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 substance, il n'existe pas de lien significativement élevé entre la violence et les troubles affectifs ou les troubles anxieux. L'abus de substance est fortement associé à la violence mais, même sans abus d'alcool ou de drogue, les personnes ayant un trouble mental grave ont trois à quatre fois plus de risques de commettre un acte violent. J.-L. Dubreucq a prolongé ces travaux en 1991, 1994, 1996 et 2006 [80-83].

Lindqvist et Allebeck [35], en 1990, ont comparé 644 schizophrènes hommes et femmes à la population générale en utilisant comme marqueur l'existence d'un dossier criminel pour acte violent envers autrui : 8,7 % des schizophrènes ont, dans leur étude, un dossier criminel pour acte violent envers autrui *versus* 3,3 % dans la population générale. On peut donc, avec Jean-Luc Dubreucq, penser que le taux de violence de personnes atteintes de schizophrénie est, après leur sortie de l'hôpital, quatre fois plus important que celui de la population générale.

Seilagh Hodgins [5, 17, 26-32], dans des études réalisées en 1992 et 1993 sur une population de 82 hommes, retrouvait quatre fois plus de risque de violence chez les schizophrènes que dans la population générale et 8,4 fois plus de risque chez les schizophrènes abusant de drogue et d'alcool.

Un important travail sur une cohorte a été réalisé par Eronen en 1996 [18-20] : 86 hommes schizophrènes ont été isolés, 38 sans abus de substance et 28 avec abus, et les homicides ont été étudiés. En reprenant ce travail avec Jean-Luc Dubreucq, nous avons constaté que, chez les hommes, le double diagnostic de schizophrénie et d'abus de drogue et d'alcool multiplie par 17 le risque de commettre un homicide par rapport à la population générale. La schizophrénie à elle seule multiplie le risque dans un facteur de 7,3 quand il n'existe pas d'abus.

L'étude de Tiihonen, publiée en 1997 [82], répertoriait dans une cohorte 51 hommes schizophrènes, 38 sans abus, 15 avec abus, *versus* 5 285 témoins. Elle laisse penser que la schizophrénie est associée à une élévation importante du risque de violence quand elle est concomitante à un abus de substance. L'élévation du risque de violence demeure significative même sans abus de substance. Cependant, les limites de cette étude apparaissent bien : seuls 7 patients schizophrènes avaient dans la cohorte un dossier criminel pour violence.

Volavka *et al.* [84] ont fait un travail très intéressant en 1997 sur une population de 531 schizophrènes hommes et femmes, nous invitant à prendre en compte de façon prioritaire les données socio-économiques et la qualité de la

réhabilitation du malade mental : environ 10 % des patients atteints de schizophrénie vivant dans un pays développé rapportent avoir déjà agressé physiquement une autre personne au cours de leur vie ; dans les pays en voie de développement, ce taux dépasse 30 %. Il est d'autant plus important que la misère est présente ; les risques d'agression des schizophrènes sont significativement associés à l'âge (personne jeune), au statut socio-économique (augmentation du risque avec la précarisation), au bas niveau de scolarité et à la consommation d'alcool.

Dans un travail réalisé par Stueve *et al.* [74], en 1997, l'analyse a porté sur tous les troubles de l'adulte jeune. Il apparaît ainsi, comme le commente Jean-Luc Dubreucq, que la dépression majeure et les troubles anxieux ne sont pas associés à une élévation significative du risque d'acte violent, en dehors d'abus d'alcool ou de drogue. En revanche, les troubles psychotiques et le trouble bipolaire sans abus de substance demeurent significativement associés à la violence. Dans un travail réalisé en Australie par Wallace [85], en 1998, le risque de violence concerne 19 % des 64 hommes explorés. Il rapporte ce risque majoré à l'influence de la désinstitutionnalisation [86].

Dans le travail de Mullen [50], en 2000, la violence des schizophrènes est explorée sur leur vie entière *versus* un groupe de témoins appareillés. Le critère de la mesure de la violence est l'existence d'un dossier criminel pour acte violent. La schizophrénie est à l'origine d'une majoration du risque de violence dans un facteur 7 et l'abus de substances augmente ce lien.

Dans un travail d'Arseneault [3] s'intéressant à 39 hommes et femmes schizophrènes jeunes et 172 états dépressifs majeurs, la violence est repérée par l'existence d'un dossier criminel pour acte violent, dans les 12 mois précédents. Dans cette étude, les jeunes de 21 ans souffrant de symptômes positifs de schizophrénie risquent 2,5 fois plus un passage à l'acte violent.

Milton [44], en 2001, étudie 166 premiers épisodes psychotiques et repère la violence par l'existence d'un dossier criminel. Pour lui, les symptômes psychotiques n'ont pas d'influence mesurable sur les risques de violence ; seuls sont significatifs les facteurs suivants : ne pas avoir d'emploi, être agité à l'admission ou abuser des drogues ou de l'alcool.

Swanson *et al.* [79] en 2006 étudient la violence de 1 410 schizophrènes dans les 6 mois précédant l'investigation. Ils retrouvent une prévalence de 19,1 % de comportements violents avec 3,6 % de comportements de violences graves. Ils insistent sur le fait que, si les symptômes positifs sont associés aux violences mineures comme majeures, les symptômes négatifs ainsi que la marginalisation sont un risque de violences mineures. Les violences mineures sont associées avec un abus de drogues ou d'alcool et des facteurs interpersonnels ou sociaux. Les violences majeures sont associées avec des symptômes psychotiques ou dépressifs, des troubles du comportement dans l'enfance et

une victimisation. Les auteurs insistent sur le fait que la violence est multifactorielle et que son analyse doit être multidisciplinaire.

Une nécessaire prudence dans l'interprétation et une obligation de travailler les biais de toutes ces études

Comme nous venons de le parcourir, les études du rapport entre violence et maladie mentale sont très hétérogènes : hétérogénéité de leur méthodologie, hétérogénéité pour ce qui concerne le repérage de la violence (d'une violence spontanément reconnue au fait d'avoir commis un crime en passant par l'existence d'un dossier criminel), hétérogénéité en ce qui concerne les diagnostics comme les modalités d'études, de l'association de la pathologie principale avec la consommation de drogue et d'alcool. Toutes ces études laissent penser que la schizophrénie, mais aussi les troubles bipolaires, sont à l'origine d'un risque accru de violence et que la consommation d'alcool ou de drogue multiplie ce risque dans un facteur très significatif.

Il faut néanmoins pondérer ces chiffres en rappelant que, dans les pays industrialisés, le taux d'homicide est compris entre 1 et 5 pour 100 000 habitants et que les troubles mentaux graves sont considérés comme responsables de 0,16 cas d'homicide pour 100 000 habitants. Pour les homicides, les malades mentaux représentent donc entre 1 criminel sur 20 et 1 criminel sur 50, mais il ne faut pas oublier que la prise d'alcool et de drogue, très fréquente dans ces pathologies, multiplie le risque par 16 chez les hommes et par 84 chez les femmes.

De la même façon, il ne faut pas négliger l'importance des données sociodémographiques, de la précarisation et des difficultés de réhabilitation des malades mentaux. C'est ainsi que les caractéristiques des patients violents sont les mêmes que dans la population générale. Ce sont des patients jeunes, de sexe masculin, dont le statut socio-économique précaire est surreprésenté : pauvreté, chômage, milieu défavorisé et dont le quartier de résidence joue un rôle majeur. L'abus de drogue et d'alcool majore le risque de violence chez un malade mental comme chez quelqu'un indemne de tout trouble mental [1, 2, 12-14, 23, 58].

Recherche de facteurs spécifiques de violence

Frédéric Millaud, Jean-Luc Dubreucq et Christian Joyal nous incitent à nous intéresser plus particulièrement à quatre facteurs spécifiques dans la violence, au décours des troubles mentaux : l'existence d'une atteinte cérébrale, la présence de symptômes psychotiques, l'existence d'une

personnalité psychopathique sous-jacente ou associée, l'abus d'alcool ou de drogue. On peut aussi discuter l'importance de la symptomatologie négative et de désorganisation mais aussi des troubles cognitifs de la schizophrénie.

Des travaux récents de Volavka [84], Krakowski [33] ou Joyal [31, 32] isolent un groupe de malades chez lesquels la violence peut être reliée à des troubles neurologiques ou neuropsychologiques, frustrés mais indéniables. Il s'agit dans ce cas-là d'une schizophrénie plutôt indifférenciée que paranoïde ; la violence y est favorisée par des facteurs environnementaux et institutionnels marqués par une trop grande proximité entre soignants et soignés ou une intrusion dans la « bulle psychotique » du malade, survenant au moment de cette intrusion intolérable pour le patient. Ce type de violence est décrit dans des hôpitaux psychiatriques, des CAT, des MAS, des maisons de retraite... Il est important de l'identifier pour la prévenir par des mesures d'aménagement environnemental de la prise en charge et de la traiter par des traitements appropriés parmi lesquels la littérature met en avant la clozapine, la carbamazépine, le dipropylacétamide ou le propanolol.

D'autres patients ont une violence repérable par des signes psychotiques spécifiques. La symptomatologie positive passe au premier plan. Il n'y a pas de violence précédant l'installation de la psychose, le délire de persécution avec persécuteurs habituels nommés est repéré, associé à un syndrome d'influence et à des hallucinations auditives impérieuses. L'acte violent est ainsi planifié et dirigé vers le persécuteur ; le contenu délirant permet alors de prévoir le passage à l'acte ; le plus souvent l'acte a lieu au domicile familial et il est plus fréquent pendant les interruptions de traitement ou les changements thérapeutiques. D'autres signes spécifiques doivent être notés avec attention : 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 de constitution. L'association de cette symptomatologie productive, notamment de persécution, avec des troubles dépressifs sévères et un sentiment d'incapacité ou d'indignité majore le risque.

Peu de travaux ont été faits sur la symptomatologie négative ou déficitaire qui peut faire partie de signes précurseurs d'un passage à l'acte violent, l'homicide en particulier intrafamilial pouvant être annonciateur d'une schizophrénie méconnue.

Seilagh Hodgins [25-30] rappelle depuis toujours dans ses travaux que certains patients schizophrènes récidivent non pas tant à cause de leur psychose schizophrénique mais du fait de l'association à une personnalité psychopathique sous-jacente. Dans ces cas, l'histoire de violences précède la psychose et son installation, et le passage à l'acte n'est pas en rapport avec le délire ou les idées de persécution ; la victime n'est pas un membre de la famille, c'est une personne de rencontre agressée par hasard dans un moment de

frustration ou de refus de soumission. Cette importante de repérer une personnalité psychopathique associée chez le schizophrène se retrouve dans toute la littérature récente et peut partiellement rejoindre le concept d'héboïdophrénie cher à la clinique française classique [7-9, 14, 25, 30, 34, 43, 46, 55, 74-78, 86, 87].

Toutes les études, et notamment celles qui sont commentées ci-dessus, illustrent l'importance de prendre en charge l'abus de substance (alcool, cannabis ou autre drogue), qui multiplie dans un facteur souvent supérieur à 10 le risque de violence du malade mental [1, 4, 75, 82].

Rapport avec la prise en charge psychiatrique, problème de la rupture des soins et de la désinstitutionnalisation

De nombreuses études nous incitent à remettre en cause nos pratiques et la désinstitutionnalisation psychiatrique que connaissent tous les pays industrialisés, notamment européens.

Dans le travail de Steadman *et al.* [73] en 1998, et ceux de Monahan *et al.* [46-48, 52, 60-62], il apparaît bien que, comme le commente Jean-Luc Dubreucq, les schizophrènes sans antécédent d'arrestation pour violence physique, sans pensée au 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 décours des 20 semaines suivant leur sortie de l'hôpital. L'abus d'alcool ou de drogue rend compte d'une large part de la violence d'un patient, de même que leur marginalisation et leur précarisation.

Ces deux études sont importantes pour les équipes soignantes car elles démontrent que ceux qui sont violents le sont majoritairement dans cette période charnière des vingt premières semaines après la sortie. Pourquoi la violence est-elle plus importante statistiquement sur cette période ? Une cumulation de facteurs peut l'expliquer : la fragilité de l'alliance thérapeutique entre l'équipe de soin et le malade générant des défauts d'observance du traitement et une rupture précoce de soins, les difficultés de réinsertion et de réhabilitation des patients schizophrènes dans la cité, la fragilité des structures familiales mises à l'épreuve par la maladie de leur proche...

Comme dans l'étude de Milton [44], on perçoit l'importance des facteurs socio-économiques et d'insertion et la nécessité d'un travail rapproché en réseau à la sortie afin d'articuler la prise en charge psychiatrique ambulatoire et une aide socio-éducative.

Dans notre pratique quotidienne, un patient qui a été violent à l'admission a beaucoup plus de risque de l'être à l'hospitalisation suivante : c'est dire la nécessité de garder en mémoire l'histoire du patient et l'analyse clinique de l'épisode violent passé.

Toutes les études posent le problème de la rupture de soins qui a un évident rapport avec la désinstitutionnalisa-

tion psychiatrique connue par tous les pays industrialisés. Comme l'avançaient Jean-Luc Dubreucq [15] et Frédéric Millaud [45] : « plus on psychiatrique, moins on criminalise » et donc moins on psychiatrique, plus on désinstitutionnalise et plus on criminalise. Il existe pour la violence des malades mentaux un rapport inverse avec la difficulté des hospitalisations sous contrainte : plus celles-ci sont en droit difficiles à réaliser, plus le risque de violence augmente. La psychiatrie est toujours à la difficile recherche d'un équilibre entre préservation de la liberté et des droits du patient et nécessité d'imposer des soins sous contrainte dans les épisodes féconds de la maladie, notamment au début de son évolution et chez les patients ayant un défaut d'*insight*.

L'étude MacArthur, citée ci-dessus notamment par Monahan [40, 46-48, 60], nous rappelle que le nombre d'événements violents est inversement proportionnel à l'intensité du suivi psychiatrique : par exemple, le groupe de patients suivis toutes les 4 semaines a 4 fois plus de risque de violence que le groupe suivi hebdomadairement.

Tous ces travaux insistent sur la nécessité de maintenir dans les pays industrialisés tentés par une désinstitutionnalisation dure des capacités d'hospitalisation suffisantes, et notamment des possibilités d'accueil en urgence et dans des unités de crise préparées aux situations pouvant être marquées par la violence [36, 42, 46, 66, 67, 69, 70].

Que retenir pour les soins ?

Cette étude de la littérature internationale réalisée par plusieurs équipes francophones ayant des pratiques différentes et une législation d'internement différente va dans le sens de recommandations de bonne pratique clinique et thérapeutique (*tableau 1*).

L'étude de la littérature rappelle la nécessité d'une clinique précise et évaluée longitudinalement dans sa dimension de dangerosité :

- clinique paranoïde avec persécution, influence ou grandeur, à l'origine du risque de violence à l'encontre de la famille et des proches ;
- clinique déficitaire et de désorganisation rendant plus difficile la réhabilitation du patient et le rendant plus vulnérable à la délinquance des milieux défavorisés ;
- clinique d'allure neurologique et dimension institutionnelle de la violence ;
- clinique schizophrénique survenant sur une personnalité psychopathique, décuplant le risque de violence.

Tous les travaux analysés insistent sur la nécessité de prendre en compte spécifiquement la consommation d'alcool, de cannabis ou de toute autre drogue. Faut-il envisager une collaboration entre une équipe d'addictologie et une équipe psychiatrique pour multiplier les occasions d'accrocher ? C'est aussi l'importance de la substitution, notamment par la BHD, comme elle est réalisée en France pour certains patients psychotiques toxicomanes.

Tableau 1. Recommandations cliniques en psychiatrie médico-légale

<p>1. Travailler en référence à une clinique médico-légale précise évaluée longitudinalement dans sa dimension de dangerosité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - clinique paranoïde : idées de persécution, d'influence ou de grandeur ; risques intrafamiliaux ou vis-à-vis des soignants ; - sémiologie médico-légale préoccupante : délire grandiose, rêveries diurnes d'agresser autrui, idéation et pratiques perverses, fascination pour les armes, menaces écrites ou verbales évoquant un scénario de passage à l'acte en cours de constitution - schizophrénie évoluant sur une personnalité psychopathique : violence clastique envers le proche ou le compagnon ; - clinique « pseudoneurologique » : dimension institutionnelle de la violence. - clinique déficitaire ou négative marquée par des troubles cognitifs rendant plus difficile l'insertion et la réhabilitation : troubles de l'attention de la concentration ou de la mémoire autobiographique. <p>2. Prendre en compte spécifiquement la consommation d'alcool, de cannabis ou de toute autre drogue : prise en charge associées avec une équipe d'addictologie ?</p> <p>3. Ne pas oublier que quand il y a eu violence avant ou pendant une admission précédente, le patient a un risque majoré de dangerosité pour l'admission suivante : toujours consulter un dossier médical précisément tenu à jour sur tous les critères de dangerosité et l'analyse clinique des facteurs ayant contribué à l'accès violent.</p> <p>4. Chez tout patient sortant de l'hôpital et ayant présenté des troubles graves, planifier le suivi ambulatoire de façon rapprochée sur une période de 20 semaines : cette période de 20 semaines est cruciale dans toutes les études internationales sur la violence des malades mentaux.</p> <p>5. Utiliser des outils d'évaluation longitudinale du risque de violence.</p> <p>6. Devant tout schizophrène difficile, élargir l'évaluation à un groupe de pairs et ne pas laisser seul un jeune praticien ou une équipe isolée.</p>

Les travaux nous rappellent la nécessité de précautions particulières à prendre vis-à-vis d'un patient ayant été violent à une précédente admission et d'évaluer systématiquement les risques de récidive.

Une autre grande règle est celle de planifier la prise en charge ambulatoire rapprochée du patient ayant été violent sur la période de 20 semaines suivant la sortie d'hôpital.

Les patients schizophrènes ou présentant des troubles bipolaires pouvant être violents posent le problème de l'utilisation d'outils d'évaluation de la dangerosité, peu utilisés en France, mais imposent aussi aux équipes soignantes d'élargir la prise en charge par des soignants seniors, infirmiers ou infirmières qualifiés et anciens, et psychiatres seniors pouvant s'ouvrir à une présentation de patients à un groupe de pairs dans un travail d'équipe bien coordonné [7, 8, 11, 24, 36, 37, 38, 39, 43, 49, 54, 56, 57, 59, 69, 72].

Références

1. ANGERMEYER MC. Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatr Scand* 2000 ; 102 (suppl. 407) : 63-7.
2. APPELBAUM P, ROBBINS P, MONAHAN J. Violence an delusions : Data from the Mac Arthur Violence Risk Assessment Study. *Am J Psychiatry* 2000 ; 157 : 566-72.

3. ARSENAULT 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.
4. BELFRAGE H. A ten-year follow-up of criminality in Stockholm mental patients. *Br J Criminol* 1998 ; 38 : 145-55.
5. BRENNAN PA, MEDNICK SA, HODGINS S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000 ; 57 : 494-500.
6. COUSIN R. Facteurs criminogènes des maladies mentales. *Forensic* 2001 ; 5 : 75-83.
7. CÔTÉ G. Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique. *Criminologie* 2001 ; 34 : 31-45.
8. CÔTÉ G, LESAGE A, CHAWKY N, LOYER M. Clinical specificity of prison inmates with severe mental disorders. *Br J Psychiatry* 1997 ; 170 : 571-7.
9. 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.
10. DEUMIÉ L. Dangerosité en psychiatrie : l'impasse de la prévention? *Ann Med Psychol* 1995 ; 153 : 641-6.
11. DITTMANN V. Kriterien zur beurteilung des Rückfallrisikos besonders gefährlicher Straftäter, Document de travail de la Commission spécialisée du Concordat de la Suisse centrale, décembre 1999.
12. DOUGLAS KS, OGLOFF JRP, HART SD. Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatr Serv* 2003 ; 54 : 1372-9.
13. DOUGLAS DS, WEBSTER CD, HART SD, EAVES D, OGLOFF JRP. *Violence risk management companion guide. Vancouver : Mental Health. Law and Policy Institute, Simon Fraser University, 2001.*
14. DOUGLAS KS, OGLOFF J, NICHOLLS TL, GRANT I. Assessing risk for violence among psychiatric patients : the HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy checklist : screening version. *J Consult Clin Psychol* 1999 ; 67 : 917-30.
15. DUBREUCQ JL, JOYAL C, MILLAUD F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Méd Psychol* 2005 ; 163 : 852-65.
16. ERB M, HODGINS S, FREESE R, MULLER-ISBERNER R, JOCKEL D. Homicide and schizophrenia : May be treatments does have a preventive effect. *Crim Behav Ment Health* 2001 ; 11 : 6-26.
17. ERONEN M, ANGERMAYER MC, SCHULZE B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998 ; 33 (Suppl) : 13-23.
18. ERONEN M, HAKOLA P, TIHONEN J. Mental disorders and homicidal behaviour in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 497-501.
19. ERONEN M, TIHONEN J, HAKOLA P. Schizophrenia and homicidal behaviour. *Schizophrenia Bull* 1996 ; 22 : 83-9.

20. FOUCAULT M. L'évolution de la notion d'« individu dangereux » dans la psychiatrie légale. *Deviance Soc* 1981 ; 5 : 403-22.
21. 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.
22. GRAVIER B. L'évaluation du risque de comportements violents. *Ann Méd Psychol* 2005 ; 162 : 668-80.
23. HARE RD. *The Hare psychopathy checklist : revised*. Toronto, Ontario : Multi-Health System, Inc., 1991.
24. HARRIS G, RICE M, CORMIER C. Psychopathy and violent recidivism. *Law Hum Behav* 1991 ; 15 : 625-37.
25. HODGINS S, HISCOKE UL, FREESE R. The antecedent of aggressive behaviour among men with schizophrenia : a prospective investigation of patients in community treatment. *Behav Sci Law* 2003 ; 21 : 523-46.
26. HODGINS S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime : Evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992 ; 49 : 476-83.
27. HODGINS S. The major mental disorders and crime : Stop debating and start treating and preventing. *Int J Law Psychiatry* 2001 ; 24 : 427-46.
28. HODGINS S, CÔTÉ G. *Prévalence des troubles mentaux chez les détenus des pénitenciers du Québec*. Santé Mentale au Canada. 1990.
29. HODGINS S, JANSON C. *Criminality and violence among the mentally disordered. The Stockholm metropolitan project*. Cambridge University Press, 2002.
30. 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.
31. JOYAL CC. *Schizophrénie et violence : mise à jour des connaissances et spécification des motifs et circonstances associés*. Forensic 2005 (spéc Psychiatrie et violence).
32. 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.
33. KRAKOWSKI MI, CONVIT A, JAEGER J, LIN S, VOLAVKA J. Neurological impairment in violent schizophrenic inpatients. *Am J Psychiatry* 1989 ; 146 : 849-53.
34. LAMB H, BACHRACH L. Some perspectives on desinstitutionalization. *Psychiatr Serv* 2001 ; 52 : 1039-45.
35. LINDQVIST P, ALLEBECK P. Schizophrenia and crime : a longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry* 1990 ; 157 : 345-50.
36. LINK BG, ANDREWS H, CULLEN FT. The violent and illegal behaviour of mental patients reconsidered. *Am Sociol Rev* 1992 ; 57 : 275-92.
37. LITWACK TR. Some questions for the field of violence risk assessment and forensic mental health : or « Back to basics » revisited. *Int J Forensic Mental Health* 2002 ; 1 : 171-8.
38. LITWACK TR. Actuarial versus clinical assessment of dangerousness. *Psychology Public Policy, and Law* 2001 ; 7(2) : 409-43.
39. LOUAN E, SENON JL. La situation des auteurs d'infractions souffrant de troubles mentaux dans les systèmes judiciaires et pénitentiaires de la ville de New York. *Ann Med Psychol* 2005 ; 163 : 834-41.
40. MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Am J Psychiatry* 2000 ; 157 : 566-72.
41. MALEVAL JC. Les meurtres immotivés ne sont pas sans causes. *Synapse* 1986 ; 28 : 62-70.
42. MANZANERA C, SENON JL. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. *Ann Med Psychol* 2004 ; 162 : 686-99.
43. MARZUK PM. Violence, crime, and mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 481-6.
44. MILTON J, AMIN S, SINGH SP, et al. Aggressive incidents in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 2001 ; 178 : 433-40.
45. MILLAUD F. Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique. *Ann Med Psychol* 2005 ; 163 : 846-51.
46. MONAHAN J, STEADMAN H. Crime and mental disorder : an epidemiological approach. In : TONRY M, MORRIS N, eds. *Crime and justice : an annual review of research*. Chicago : University of Chicago Press, 1983.
47. MONAHAN J, STEADMAN H, SILVER E, et al. *Rethinking risk assessment*. The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence. Oxford University Press, 2001.
48. MONAHAN J. *The clinical prediction of violent behaviour*. Washington DC : Government Printing Press, 1981.
49. MUCCHIELLI L. Les homicides. In : MUCCHIELLI L, ROBERT P, eds. *Crime et sécurité, l'état des savoirs*. Paris : La Découverte, 2002.
50. MULLEN PE, BURGESS P, WALLACE C, PALMER S, RUSCHENA D. Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet* 2000 ; 355 : 614-7.
51. National Mental Health Association. *Stigma. A lack of awareness and understanding*. Alexandria, Va : National Mental Health Association, 1987.
52. NICHOLLS TL, OGLOFF JRO, DOUGLAS KS. Assessing risk for violence among male and female civil psychiatric patients : the HCR-20, PCL-SV, and VSC. *Behav Sci Law* 2004 ; 22 : 127-58.
53. NOLAN K, VOLAVKA J, MOHR P, CZOBOR P. Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatr Serv* 1999 ; 50 : 787-92.
54. PATERSON B, CLAUGHAN P, MCCOMISH S. New evidence or changing population? Reviewing the evidence of a link between mental illness and violence. *Int J Ment Health Nurs* 2004 ; 13 : 39-52.
55. PENROSE LS. Mental disease and crime : outline of a comparative study of European statistics. *Br J Psychiatry* 1939 ; 18 : 1-15.
56. PESCOLIDIO 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.

57. QUINSEY VL, HARRIS GT, RICE ME, CORMIER AC. *Violent offenders : appraising and managing risk*. Washington, DC : American Psychological Association, 1998.
58. ROBINS L, REGIER D. *Psychiatric disorders in America : the Epidemiologic Catchment Area Study*. New-York : The Free Press, 1991.
59. SENNINGER JL. Dangerosité, étude historique. *Inf Psychiatr* 1990 ; 66 : 689-96.
60. SENON JL. Commission d'enquête sur les internements sous contrainte. *Forensic* 2004 ; 18 : 11.
61. SENON JL. Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice. *Evol Psychiatr* 2005 ; 70 : 117-30.
62. SENON JL. Pour une réhabilitation de la psychiatrie médico-légale. *Ann Med Psychol* 2005 ; 163 : 810.
63. SENON JL. Violence et psychiatrie, à propos des événements de décembre 2004, Malades mentaux criminels : de la nécessaire réflexion sur la recherche de nouvelles complémentarités entre justice et psychiatrie. *Ann Med Psychol* 2005 ; 163 : 512-22.
64. SENON JL, LAFAY N, PAPET N, MANZANERA C. Prison et psychiatrie : à la difficile recherche d'un équilibre entre sanitaire, social et judiciaire. *Revue pénitentiaire et de Droit Pénal* 2000 ; 506-23.
65. SENON JL. Soins ambulatoires sous contrainte : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne. *Inf Psychiatr* 2005 ; 81 : 627-34.
66. SENON JL. Violences et maladies mentales : la dangerosité en psychiatrie. *Quotidien du Médecin* 2005 ; 7849 : 13.
67. SENON JL, JONAS C. Protection de la personne, droits des patients en psychiatrie. *Med Droit* 2005 : 33-49.
68. SENON JL, MANZANERA C. Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médico-légaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique. *Ann Med Psychol* 2005 ; 163 : 870-7.
69. SENON JL, MANZANERA C. Psychiatrie et justice pénale : à la difficile recherche d'un équilibre entre soigner et punir. *Actualité Juridique Pénale* 2005 ; 353-7.
70. SKEEM J, MONAHAN J, MULVEY E. Psychopathy, treatment involvement, and subsequent violence among civil psychiatric patients. *Law Hum Behav* 2002 ; 6 : 577-602.
71. SOYKA M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *Br J Psychiatry* 2000 ; 176 : 345-50.
72. STEADMAN H, COCOZZA J. *Carreers of the criminally insane*. Lexington, MA : Lexington books, 1974.
73. STEADMAN HJ, MULVEY EP, MONAHAN J, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatients facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998 ; 55 : 393-401.
74. STUEVE A, LINK BG. Violence and psychiatric disorders : results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatric Quaterly* 1997 ; 68 : 327-42.
75. 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.
76. SWANSON JW, HOLZER CE. Violence and ECA data. *Hosp Community Psychiatry* 1991 ; 42 : 954-5.
77. 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.
78. SWANSON JW. Mental disorder, substance abuse, and community violence : an epidemiological approach. In : MONAHAN J, STEADMAN H, eds. *Violence and mental disorder : developments in risk assessment*. Chicago : University of Chicago Press, 1994.
79. SWANSON JW, SWARTZ MS, VAN DORN RA, et al. A national study of violent behaviour in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006 ; 63 : 490-9.
80. TAYLOR PJ, GUNN J. Homicides by people with mental illness : myth and reality. *Br J Psychiatry* 1999 ; 174 : 9-14.
81. TEPLIN L, ABRAM K, MC CLELLAND GM. Does psychiatric disorder predict violent crime among released jail detainees ? A six-year longitudinal study. *American Psychologist* 1994 ; 49 : 335-42.
82. TIHONEN 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.
83. TORREY EF. *Schizophrenia and manic-depressive disorder*. New-York : Basic Books, 1994.
84. VOLAVKA J, et al. History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. *Br J Psychiatry* 1997 ; 171 : 9-14.
85. WALLACE C, MULLEN P, BURGESS P, PALMER S, BROWNE C. Serious criminal offending and mental disorder : Case linkage study. *Br J Psychiatry* 1998 ; 172 : 477-84.
86. 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.
87. 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.

SENON JL, MANZANERA C, HUMEAU M, GOTZAMANIS L. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? *L'Information Psychiatrique* 2006 ; 82 : 645-52