HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

AUDITION PUBLIQUE

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

RAPPORT D'ORIENTATION DE LA COMMISSION D'AUDITION

Mars 2011

Les recommandations de la commission d'audition, les textes des experts et la synthèse bibliographique sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service documentation – information des publics
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

© Haute Autorité de Santé – 2011

Sommaire

Rapport d'orientation 4

Le concept de dangerosité ou de risque de violence : données contextuelles et historiques 4

1 La dangerosité : un concept récurrent dans l'histoire de la psychiatrie 5

2 La dangerosité au regard du droit 6

3 Violence et approches cliniques 8

Données épidémiologiques, aspects cliniques, facteurs de risque généraux et spécifiques de violence hétéro-agressive 10

1 Épidémiologie descriptive 11

2 Épidémiologie analytique et clinique 20

3 Violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une addiction associée à des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur 37

4 Violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une psychopathie associée à des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur 40

5 Conclusion concernant les études épidémiologiques 43

6 Apports critiques de la neuro-imagerie fonctionnelle et des neurosciences à l'évaluation de la « dangerosité psychiatrique » 45

Évaluation et premier recours en cas de signes d'alerte de passage à l'acte violent 48

1 Signes d'alerte 48

2 Démarche d'évaluation clinique du risque de comportements violents 51

3 Organisation de la prise en charge 54

4 Perspectives institutionnelles 60

Références bibliographiques 62

Méthode Audition publique 72

Participants 75

Fiche descriptive de l'étude 77

Rapport d'orientation

Le concept de dangerosité ou de risque de violence : données contextuelles et historiques

La dangerosité est une notion complexe qui s'est développée au XIX^{e} siècle (Garofalo 1885) et qui a repris de la vigueur dans les années 1980, en lien avec un sentiment d'insécurité sociale, politique et juridique ressenti par un certain nombre de citoyens. Le mot « dangerosité » renvoie au caractère dangereux, le terme « dangereux » étant défini comme ce qui constitue un danger. Le danger est ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence de quelqu'un ou de quelque chose. La dangerosité est une perception subjective, qui connaît des évolutions en fonction des temps et des lieux au regard des exigences variables du droit pénal positif et de la protection de la société.

Il convient, lorsque l'on parle de dangerosité, d'évoquer la notion de violence. En effet, la dangerosité est habituellement abordée comme risque de violence et, dans les études internationales, la dangerosité est étudiée sous l'angle des passages à l'acte violents ou des condamnations pour actes violents. La violence est l'acte par lequel s'exerce la force, qu'elle soit physique ou morale. Pour l'OMS (1), qui en donne une définition plus large, il s'agit de « l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence ».

Il existe une grande diversité de comportements violents. La plupart des études se fondent sur des définitions opérationnelles des actes violents comme par exemple : frapper avec un objet ou une arme sur autrui, menacer avec un objet ou une arme, casser des objets, frapper dans les murs, avoir été condamné pour homicide, etc.

La violence doit être différenciée de l'agression et de l'agressivité, l'agression étant une attaque contre les personnes ou les biens, attaque violente, avec altération chez la victime de l'intégrité des fonctions physiques ou mentales, et l'agressivité une « intention agressive sans acte agressif ».

Lors de l'audition publique organisée par la Fédération française de psychiatrie sur l'expertise psychiatrique pénale en janvier 2007, les recommandations sur l'évaluation de la dangerosité dans l'expertise ont défini la dangerosité psychiatrique comme une « manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale » et la dangerosité criminologique comme « prenant en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte » (2,3). Ces définitions de la dangerosité ne sont pas des définitions juridiques.

Aborder la dangerosité psychiatrique ne peut se faire sans le regard de l'histoire, le développement de ce concept se rejouant de façon récurrente depuis deux siècles, et sans la référence au droit. Mais l'abord clinique reste primordial. Il doit mettre en perspective les situations répétées de violence pour mieux les comprendre et prendre en considération l'avis des patients et de leur entourage. La démarche se veut essentiellement clinique et fondée sur une pratique attentive aux dimensions éthiques et déontologiques.

Il convient de rappeler qu'est traitée ici l'exception, car les comportements violents ne concernent comme acteurs qu'une petite minorité de personnes souffrant de troubles mentaux, et que beaucoup plus fréquemment ces dernières en sont avant tout les victimes.

Il convient de rappeler également que la psychiatrie est et reste une discipline médicale dont le but est de soigner, et qu'il convient de demeurer attentif à tout risque de dérapage à des fins de régulation ou de contrôle social.

1 La dangerosité : un concept récurrent dans l'histoire de la psychiatrie

De tout temps, le malade mental fait peur, la littérature et l'histoire abondent d'actes monstrueux, de crimes ignobles perpétrés par des personnes en état de fureur et de folie (Ajax, Saül, Caligula, etc.). Peur immanente, peur permanente, peur récurrente …

Cette peur du malade mental s'est transformée au fil des siècles, au fur et à mesure que la prise en charge de ces personnes a trouvé place dans une branche de la médecine : la psychiatrie. La notion de dangerosité est consubstantielle du développement de la clinique psychiatrique.

Si le Grand Enfermement de 1656 fut indistinct quant à la population traitée, les institutions destinées à accueillir les personnes souffrant de troubles mentaux se sont développées en France à la fin du XVIII^{e} siècle. Il s'agissait de mettre un terme à la divagation des insensés en leur procurant un traitement. L'ambivalence de la population a toujours été intense, on se pressait au spectacle des fous à Charenton, on a connu les massacres de Thermidor à la Salpêtrière et Bicêtre.

La peur du crime immotivé, la peur de l'acte irraisonné ont conduit à édifier des règles spéciales pour cette population de malades. Le Code civil de 1804 prévoyait des mesures d'interdiction visant autant à « protéger » la société qu'à protéger l'individu, car les autorités publiques ne devaient intervenir que dans les cas prévus dans l'article 491 où la « fureur » de l'insensé menaçait « le repos et la sûreté publique ». Dans tous les autres cas, c'était à la famille seule de statuer sur l'avenir de l'aliéné (art. 490). Elle pouvait garder l'aliéné, à condition de l'empêcher de troubler l'ordre public. Cette clause restrictive fut renforcée par le Code pénal de 1810, qui prévoyait des peines de police pour ceux qui auraient laissé « divaguer des fous ou des furieux étant sous leur garde » (art. 475 n°7) .

Et surtout, l'article 64 du Code pénal prévoyait l'irresponsabilité pénale en cas de démence au moment des faits. Le sort de l'irresponsable n'était pas pour autant réglé car il restait placé en prison sur décision administrative. Ce n'est qu'en 1838 que la loi a organisé les asiles en hôpitaux départementaux.

Les mêmes ambiguïtés ont présidé à cette institutionnalisation. On peut lire dans le rapport Vivien de mars 1837 : « Nous n'avons pas voulu faire une loi judiciaire de procédure, une loi de chicane, nous avons considéré d'abord l'intérêt du malade » alors que De Portalis, à la Chambre des pairs, le 8 février 1838, déclarait : « Nous ne faisons pas une loi pour la guérison des personnes menacées ou atteintes d'aliénation mentale, nous faisons une loi d'administration de police et de sureté. »

La psychiatrie était ainsi au service de l'ordre public par le biais du placement d'office, mais la création de l'asile représentait l'apogée de la philanthropie médicale. La folie était ainsi traitée dans des institutions spécifiques par des médecins spécialisés qui ont élaboré un corpus théorique et clinique constituant progressivement une véritable discipline médicale. Sur la base de ce savoir, au service du soin et de l'expertise pénale, l'aliéniste se prévalait alors d'une expertise sur le passage à l'acte. C'est alors que l'accumulation des malades dans les hôpitaux et l'incurabilité constatée ont conduit les psychiatres de l'époque à développer les notions de dégénérescence, de danger social de la folie et à souligner le caractère dangereux de certains patients.

Au même moment, l'école positiviste italienne a promu la notion de « criminel-né », accentuant encore le climat de dangerosité attaché à la maladie mentale et à la déviance sociale, et

Magnan ponctuait : « Au point de vue social le dégénéré est un nuisible tout comme le criminel vulgaire. » Le modèle de la défense sociale prenait ainsi son origine. Il se fondait sur une stricte ségrégation entre les malades ordinaires et les « fous criminels et délinquants d'habitude » qui ont fait l'objet de mesures spécifiques dans la plupart des pays d'Europe. En France, ces mesures se sont limitées à la relégation des délinquants récidivistes (loi du 27 mai 1885).

L'introduction des médicaments psychotropes, avec les neuroleptiques en 1952, a permis une rémission des symptômes chez des patients psychotiques avec, alors, la possibilité d'une réinsertion sociale et une stabilisation de la maladie. Des patients qui avaient des troubles du comportement du fait d'une activité délirante importante ont pu sortir de l'asile. Il devint possible de faire vivre les personnes souffrant de troubles mentaux dans la société civile et non plus à l'asile.

Les asiles se sont ouverts pour devenir des hôpitaux psychiatriques. Les courants de désinstitutionnalisation de la psychiatrie et de l'antipsychiatrie ont entraîné la fermeture de lits d'hospitalisation à temps complet et la prise en charge en ambulatoire des patients.

Aujourd'hui, le sentiment de proximité avec les patients psychiatriques dans la ville et l'impression d'abandon ressenti par les proches, et parfois certains patients, ont en partie réactivé les craintes ataviques du malade sans surveillance. L'évolution sociétale qui manifeste une intolérance forte au sentiment d'insécurité mobilise de nouveau l'opinion en faveur d'un contrôle accru des patients, alors que les patients sont plus souvent les victimes d'actes de violence qu'ils n'en sont les auteurs.

La peur du crime immotivé, alimentée par les faits divers médiatisés, plaide de façon récurrente en faveur d'un nouveau traitement du danger potentiel représenté par les personnes souffrant de troubles mentaux. Les préoccupations de défense sociale sont ainsi réactivées et les psychiatres sont de nouveau invités à s'engager sur la voie d'un contrôle de populations désignées « à risque ».

Le risque ressenti comme imminent d'un passage à l'acte violent n'est plus toléré par la population. Cette reviviscence de la crainte s'inscrit dans l'évolution des mentalités vers un modèle néolibéral, centré sur une volonté de réponse pénale à toute infraction (en opposition au modèle *welfare*, qui met en avant l'idée de soins, d'éducation, etc.). Toutefois, Jean-Charles Pascal questionne « comment ne pas être en désaccord avec la volonté exprimée à plusieurs reprises du risque zéro qui non seulement est un leurre, mais qui conduirait inexorablement à une société orwelienne où l'objectif de maîtrise se substituerait à celui d'équité et qui pour contrôler une fraction de la société serait liberticide pour le plus grand nombre ?» (4). Il ajoute qu'il s'agit d'être ni dans l'angélisme, ni dans le refus systématique de discuter des questions de sécurité pour autant que ce soit dans l'espace éthique et déontologique où s'inscrivent les pratiques.

Ce rappel historique met en lumière le caractère récurrent de ces préoccupations et la tension critique entre les pratiques sécuritaires et l'humanisme de la clinique.

2 La dangerosité au regard du droit

Question délicate en droit pénal, à la frontière de la psychiatrie et de la criminologie, la situation des délinquants souffrant de troubles mentaux relève d'une notion juridique majeure, celle de la responsabilité. En effet, après avoir constaté qu'une infraction est constituée, la juridiction pénale doit déterminer la personne susceptible d'en être déclarée pénalement responsable, mais établir le lien de causalité entre la personne et l'infraction est insuffisant pour lui imputer celle-ci : il faut que la personne mise en cause soit capable de répondre de cet acte délinquant. Or, il existe en droit des causes d'irresponsabilité pénale, parmi lesquelles la plus importante est constituée par le défaut de discernement pour trouble mental, la conception morale et rétributive du droit pénal moderne interdisant de punir les individus qui sont privés de leur libre arbitre en raison de troubles psychiques ou neuropsychiques. Ainsi, aucune déclaration de

culpabilité ne peut être décidée à l'encontre d'un mis en cause dont le discernement est aboli au moment des faits. Toutefois, les dispositions introduites dans le Code pénal de 1994 permettent une condamnation si le trouble n'a fait qu'altérer le discernement. Dès lors, le constat de l'irresponsabilité est déterminé par l'existence ou non d'un trouble mental, et non par l'évaluation d'une quelconque dangerosité, qu'elle soit psychiatrique ou criminologique. Contrairement à la notion de responsabilité, la dangerosité n'est pas un concept juridique, mais une notion criminologique qui sert à définir une politique criminelle. Elle évoque la probabilité de survenue d'une nouvelle infraction et d'une infraction grave. Dès lors, pour le juge, elle constitue un élément d'appréciation de la sanction à infliger au regard du risque de récidive qu'elle représente.

L'appréciation de la dangerosité de l'accusé va prendre progressivement de l'importance dans les prétoires. Ce sont les experts psychiatres qui vont être invités dans la deuxième moitié du XX^{e} siècle à se prononcer sur la dangerosité de l'accusé et qui distingueront alors « dangerosité psychiatrique » et « dangerosité criminologique ». La justice a investi les experts psychiatres et psychologues de la tâche de repérer la dangerosité « criminologique », puis le risque de récidive, les infractions à caractère sexuel ayant été le terrain privilégié de cette montée en puissance de l'expertise de dangerosité. Toute explication de nature économique ou sociale des actes criminels est alors écartée et le débat judiciaire se focalise non plus sur la responsabilité mais sur la dangerosité de l'accusé.

Depuis 1994, le lien entre les questions de réitération, récidive, dangerosité, peine et mesure de sûreté a été constant. Plusieurs textes, de la loi de 1998 sur les infractions sexuelles[1] à la loi du 10 mars 2010 sur la récidive criminelle[2], illustrent la renaissance d'une politique criminelle inspirée par la défense sociale qui est dirigée vers la prévention de la récidive par la dissuasion, la surveillance, les soins ou la neutralisation. Le soin est alors utilisé comme mesure de sûreté, au risque d'une instrumentalisation.

Cette obsession de la lutte contre la récidive s'inscrit dans une évolution de la société française qui abandonne depuis une quinzaine d'années le modèle d'une société paternaliste à vocation préventive et éducative, marquée par la solidarité et l'assistance, pour évoluer vers un modèle néolibéral de justice pénale caractérisé par un surinvestissement de la politique sécuritaire, un ciblage sur les populations à risque de comportement violent, assimilant les agresseurs sexuels, les mineurs et les personnes souffrant de troubles mentaux.

Dans cette perspective néolibérale, comme le soulignent F. Bailleau et Y. Cartuyvels (5) pour tous les pays européens : « Chacun est responsable de sa propre trajectoire, il est contre-productif de vouloir réduire les inégalités sociales et dans le champ de l'ordre public, une société doit légitimement se contenter de gérer au moindre coût les effets néfastes des déviances. Elle doit chercher à réduire les risques sociaux et les nuisances qui sont associées aux déviances, sans se pencher trop ou encore moins prendre en charge les causes collectives de ces déviances individuelles. »

Le législateur franchit un pas supplémentaire dans sa volonté de protéger la société du risque de récidive en adoptant la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté et la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Il introduit une référence directe à la notion de dangerosité pour fonder la décision de placement en rétention de sûreté : ainsi le placement d'un condamné en centre socio-médico-judiciaire de sûreté est prévu s'il présente « *une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive* » parce qu'il « *souffre d'un trouble grave de la personnalité* » (article 706-53-13 du Code de procédure pénale). Pour la première fois dans le droit français, une privation de liberté

[1] Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

[2] Loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale.

est prévue pour des condamnés ayant pourtant purgé leur peine. Elle est cependant prononcée « à titre exceptionnel », son domaine porte sur des infractions criminelles graves et la peine prononcée doit être au moins de 15 ans de réclusion criminelle. Le but de la rétention est de proposer une prise en charge médicale, sociale et psychologique destinée à mettre fin à la mesure. En effet, la décision de placement en rétention de sûreté est valable pour une durée d'un an, mais est renouvelable sans aucune limite maximale si la particulière dangerosité du condamné persiste : ainsi la rétention de sûreté peut être perpétuelle. Cette disposition est la dernière pièce, pour le moment, d'un dispositif dont l'objectif est d'aboutir à une situation qui permette de soumettre la population « dangereuse » à une série de mesures destinées à la neutraliser. Il est important de rappeler que cette loi sur la rétention de sûreté ne devrait pas s'appliquer à des individus souffrant de troubles mentaux, mais à des individus souffrant d'un trouble grave de la personnalité. Néanmoins, des inquiétudes existent face à un détournement possible des cadres de cette loi, pouvant entraîner la rétention de personnes souffrant de troubles mentaux à la fin de leur peine.

3 Violence et approches cliniques

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

La personne souffrant de troubles mentaux n'est que rarement impliquée dans une violence faite aux tiers. Elle en est le plus souvent la victime, de son fait ou de celui d'autrui ou de la société (difficultés de logement, précarité, misère économique, désengagement des aides sociales, etc.), de :

- violence exercée sur soi-même : automutilations, suicide (12 à 15 % des personnes souffrant de troubles schizophréniques ou bipolaires se suicident) – mais il existe de rares occurrences de suicides précédés d'un homicide ;
- violence subie par la personne malade : plusieurs études récentes convergent pour souligner la survictimation des personnes souffrant de troubles mentaux graves (ils sont 7 à 17 fois plus fréquemment victimes que la population générale) (6). Il s'agit d'actes de typologie multiple, du harcèlement au viol, à la maltraitance et à la violence physique, dans tout lieu, y compris l'hôpital. La vulnérabilité particulière de ces patients conduit à ce qu'ils ne signalent que rarement les atteintes dont ils sont victimes, en particulier en institution ou dans le milieu familial ;
- violence exercée sur autrui : tous types de violence confondus, 3 à 5 % seraient dues à des personnes soufrant de troubles mentaux (7). S'il ressort indéniablement des études épidémiologiques une augmentation réelle du risque de violence exercée par les personnes souffrant de troubles mentaux graves par rapport à la population générale non malade, celles qui ont commis des actes violents sont en nombre absolu très peu nombreuses. Les violences causées par des patients évoluent parallèlement à la violence observée dans la société, et elles s'observent en premier lieu au détriment de l'entourage proche, famille ou soignants.

Quoi qu'il en soit des données générales ou statistiques, la prise en charge thérapeutique demeure une préoccupation singulière, individuelle : chaque patient dans son individualité est porteur d'une clinique qui lui est propre, avec ou sans risque de violence.

L'évaluation du risque de passage à l'acte violent est une préoccupation quotidienne du clinicien, dans l'élaboration ordinaire du projet de soins, dans la construction d'une relation

thérapeutique durable, dans la compréhension de l'histoire infantile et de la singularité familiale. On ne peut faire l'économie de cette évaluation dans le suivi régulier du projet de soins. Elle prend son sens au moment de l'entretien clinique, avec l'implication du patient.
L'analyse des facteurs de risque de violence doit respecter un équilibre et ne pas privilégier les facteurs statiques non modifiables (sexe, âge, structure de personnalité, etc.) au détriment des facteurs dynamiques modifiables par la prise en charge (éléments cliniques, engagement thérapeutique, *insight*, observance du traitement, etc.). Le repérage clinique incluant une évaluation des facteurs de risque de violence doit se garder, dans une pratique courante, d'être quantifié. Cette évaluation dès le premier épisode doit être longitudinale, évitant ainsi répétition et escalade dans la violence. Il existe des éléments propres au patient, des éléments liés à son environnement et à la particularité de sa pathologie.

Les troubles psychiatriques graves exposent particulièrement les personnes qui en souffrent à l'isolement dans la cité, à la désafférentation sociale et à la stigmatisation. Cette vulnérabilité justifie des mesures spécifiques d'étayage et d'assistance dans la vie quotidienne, au-delà même des mesures classiques de protection juridique. Cet accompagnement représente une condition importante de la continuité des soins et de l'alliance thérapeutique, reposant sur les proches ou les aidants et l'accessibilité aux soins. Les procédures d'alerte n'en sont que plus facilement déclenchées.

L'isolement total, l'absence de famille ou de référents, comme la précarité économique, les difficultés de logement, les faibles ressources constituent un facteur de risque d'exposition aux comportements de violence particulièrement élevé, majorant l'éventualité d'un abus ou d'une dépendance à l'alcool ou à d'autres substances psycho-actives, de ruptures thérapeutiques ou d'incurie. Dans l'attente de mesures spécifiques d'aide à la vie quotidienne, la vigilance des proches, des aidants et des soignants reste fortement sollicitée.

Recommandations

- **Il convient de savoir et faire savoir auprès des professionnels, des décideurs politiques et de la population que les comportements de violence grave sont exceptionnels chez les personnes souffrant de troubles mentaux et qu'elles en sont plus souvent les victimes principales.**

- **Pour respecter la dignité des personnes en ne les réduisant pas à leur maladie, il convient de bannir dans les médias et la communication au sens large les termes de « schizophrène », de « malade mental dangereux », de « récidive », d'« évasion », etc. pour leur préférer les termes « personne souffrant de troubles schizophréniques », « moment de violence au cours d'une maladie mentale », « rechute », « sortie sans autorisation », etc.**

Données épidémiologiques, aspects cliniques, facteurs de risque généraux et spécifiques de violence hétéro-agressive

Ces dernières décennies, de nombreuses études ont montré une association modérée mais significative entre troubles mentaux graves et comportements violents envers autrui, en particulier en cas de troubles schizophréniques, même si les personnes ayant des troubles mentaux représentent de 3 à 5 % (7), voire 10 % (8), des actes de violence en général. Si dans les pays industrialisés le taux des homicides est compris entre 1 et 5 pour 100 000 habitants, les personnes atteintes de troubles mentaux graves ne seraient responsables que de 0,16 homicide pour 100 000 habitants, soit environ un homicide sur 20 (4).

Depuis le début des années 1990, quatre types d'études ont permis d'établir progressivement le lien entre maladie mentale grave et violence :

- des études épidémiologiques transversales, réalisées en dehors du système psychiatrique et judiciaire et concernant les troubles mentaux et les comportements violents ;
- des études de cohortes de patients suivis en psychiatrie ;
- des études de cohortes de naissance ;
- des études transversales dans les populations homicides incarcérées.

Ce lien a fait l'objet de nombreux débats d'autant que les études disponibles étaient hétérogènes tant en termes de populations étudiées (population de patients, population de criminels incarcérés, etc.) que de protocoles (étude prospective *versus* rétrospective, suivi de cohorte *versus* étude de cas, évaluation standardisée *versus* autoquestionnaire, types de violence pris en compte, diagnostics des maladies mentales et comorbidités non toujours précisés, hétérogénéité du groupe comparateur, types d'infractions différents suivant les pays étudiés).

Plus récemment, des études de méthode plus rigoureuse et des méta-analyses ont été publiées. Selon ces travaux, le lien existe, notamment en cas de troubles schizophréniques, mais il apparaît complexe, plurifactoriel, renforcé par les comorbidités et par la violence environnante. En ce qui concerne les troubles de l'humeur, les résultats sont plus controversés (9).

Il s'agit donc de repérer des profils symptomatiques susceptibles de favoriser la survenue d'actes violents, des facteurs de risque généraux et plus spécifiques de la maladie mentale, et d'apporter une réponse adaptée de repérage et de prévention de cette violence au moyen de soins appropriés.

Une recherche systématique de la littérature des 5 dernières années, complétée des articles princeps de la littérature internationale, a été menée sur la question de la violence hétéro-agressive des personnes souffrant d'une maladie mentale, ce qui correspond dans la littérature internationale à la notion de « maladie mentale grave ». La définition de la maladie mentale est variable d'une étude à une autre et aucune définition ne spécifie de façon adéquate les limites précises de cette entité. Cependant, les études les plus contemporaines retiennent les critères du DSM-IV-TR (4^{e} édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - version révisée) ou de la CIM-10 (Classification internationale des maladies - 10^{e} édition), alors que des études anciennes excluent du champ des troubles mentaux les diagnostics d'abus et de dépendance à des substances psycho-actives et de troubles de personnalité.

La définition utilisée ici de la « maladie mentale grave » (« *major mental disorder* ») est celle de Hodgins *et al*. (10,11), qui regroupe les diagnostics de troubles schizophréniques, de troubles de l'humeur et de psychoses non schizophréniques, dont la psychose paranoïaque. Cette définition restreinte de la maladie mentale (troubles psychotiques ou troubles de l'humeur exclusivement) s'oppose à celle, plus large, du DSM-IV-TR, qui inclut les troubles psychiatriques de l'axe I et les troubles de la personnalité de l'axe II. Rappelons que l'abus et la

dépendance à l'alcool ou à d'autres substances psycho-actives sont des troubles psychiatriques de l'axe I.

Le terme anglais « *crime* » utilisé dans les publications étudiées est traduit dans ce rapport par « infraction », car il n'est pas synonyme de crime en français, souvent assimilé à homicide, mais il recouvre des manifestations variables de violence[3] selon les études et selon le cadre légal du pays où a été réalisée l'étude.

Quelques notions fondamentales utilisées dans le texte doivent être précisées.

Il peut exister certains glissements conceptuels de la notion de facteur de risque à celle de facteur prédictif, puis de relation causale (12). Les facteurs de risque de violence se distinguent de la prédiction de la violence et de la gestion du risque (13). Au sens statistique, un facteur de risque est un facteur qui augmente la probabilité de survenue d'un événement. Le schéma d'étude permet de distinguer les « facteurs associés » à la violence et les « facteurs de risque » de violence. Une étude transversale ou cas-témoins permettra de parler de « facteurs associés » (facteurs se retrouvant significativement plus souvent en présence de l'événement mesuré qu'en son absence, sans qu'un lien causal existe nécessairement), alors qu'une étude prospective avec un groupe contrôle et sans biais méthodologique autorisera le terme de « facteurs de risque » (facteurs se retrouvant significativement plus souvent en présence de l'événement mesuré qu'en son absence avec une relation causale supposée, voire démontrée, entre la présence du facteur et l'apparition de l'événement étudié). Pour démontrer une relation causale, il faut notamment réaliser des études expérimentales ; or, pour le sujet qui nous intéresse ici, la plupart des études sont des études d'observation qui permettent seulement d'approcher la notion de causalité et d'émettre des hypothèses. Dans ce document, le terme « facteurs de risque » est utilisé quand il y a une relation causale supposée entre le facteur et la violence. Les facteurs associés à la violence permettent d'identifier une coexistence mais non de supposer une relation causale.

Une analyse statistique par régression logistique permet de parler d'un *odds ratio* (OR) qui est une estimation du risque de survenue, par exemple, de comportements violents associés aux troubles schizophréniques par rapport à la population générale. Les études permettant de calculer un OR sont les études cas-témoins (par exemple : personnes souffrant de troubles schizophréniques *vs* personnes non malades) et les études transversales à condition de distinguer au moins 2 groupes selon un critère précis (exemple : la maladie, le genre, une comorbidité, etc.). L'OR compare la fréquence d'exposition à un facteur de risque chez les malades et chez les non-malades, choisis comme groupe de référence (groupe contrôle). Si la survenue de la maladie est liée à l'exposition, on doit observer un pourcentage de sujets exposés plus élevé chez les malades que chez les témoins.

C'est la multiplication des faisceaux de preuves et leur plausibilité qui augmentent la probabilité de la relation causale. Toutefois, la présence de « facteurs de risque » de violence ou de « facteurs associés » à la violence ne suffit pas pour prédire la survenue d'un passage à l'acte violent chez une personne donnée souffrant de troubles mentaux. En conclusion, la relation entre maladie mentale et violence est complexe et ne peut se réduire à un simple lien de causalité.

1 Épidémiologie descriptive

La mise en évidence des liens entre violence et maladie mentale repose sur des études de

[3] La littérature psychiatrique internationale prend en compte les homicides ou tout acte de violence, même non judiciarisé, qu'il ne faut pas confondre avec les « violences » définies par le Code pénal français. L'homicide peut avoir en droit pénal français plusieurs qualifications : l'homicide volontaire est l'acte par lequel un être humain en tue un autre volontairement ; il est qualifié de meurtre (article 221-1 du Code pénal) quand il n'y a pas de préméditation, et d'assassinat s'il est prémédité (article 221-3 du Code pénal). Les violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner sont punies par l'article 222-7 et les violences ayant entrainé une mutilation ou une infirmité permanente par l'article 222-9 du Code pénal.

cohortes de nouveau-nés suivis pendant 25 à 44 ans (10,11,14-17), des études de cohortes de patients suivis après une hospitalisation en psychiatrie (18-21), des études transversales comparant des résidents d'un même quartier (22,23), des études transversales réalisées parmi des détenus (24,25) ou des auteurs d'homicide (26-32) et des études de cohortes d'hommes atteints de troubles schizophréniques (33-35).

1.1 Maladies mentales graves

1.1.1 Cohortes de naissance : étude de la survenue d'actes violents

Dans une cohorte de naissance danoise (échantillon composé de 173 668 hommes et 162 322 femmes) suivie jusqu'à l'âge de 44 ans, 2 % des hommes de la cohorte avaient été hospitalisés pour une maladie mentale grave. Ces 2 % ayant une maladie mentale grave avaient commis 10 % des infractions perpétrées par tous les hommes de la cohorte ; 2,6 % des femmes de la cohorte avaient été hospitalisées pour maladie mentale grave et étaient responsables de 16 % des infractions commises par les femmes de la cohorte (14). Les prévalences des auteurs d'infractions avec violence hétéro-agressive (homicides, tentatives d'homicide, agressions avec circonstances aggravantes, agressions sexuelles) selon l'existence ou non d'un trouble mental étaient les suivantes :

- 2,7 % des hommes et 0,1 % des femmes sans troubles psychiatriques selon le DSM-III ou DSM-III-R ;
- 11,3 % des hommes et 2,8 % des femmes souffrant de troubles schizophréniques ;
- 5,2 % des hommes et 0,5 % des femmes souffrant d'un trouble de l'humeur avec symptômes psychotiques.

Dans une étude de cohorte de naissance suédoise de 15 117 personnes (10), les hommes ayant une maladie mentale grave selon le DSM-III et le DSM-III-R avaient 2,5 fois plus de risque d'être condamnés pour une infraction (tout « crime » selon le Code pénal suédois [4]) et 4 fois plus de risque d'être condamnés pour une infraction avec violence hétéro-agressive[5], comparativement aux hommes n'ayant aucun trouble mental. Les femmes souffrant d'une maladie mentale grave selon le DSM-III ou DSM-III-R avaient 5 fois plus de risque d'être condamnées pour une infraction et 27 fois plus de risque d'être condamnées pour une infraction avec violence hétéro-agressive que les femmes sans trouble mental. La principale limite de cette étude réside dans l'absence de distinction entre les personnes ayant un diagnostic de troubles schizophréniques, de troubles bipolaires ou de psychoses non schizophréniques.

Une autre étude de cohorte de naissance, finlandaise, a suivi 12 058 personnes pendant 26 ans, de 1966 à 1993 (15). L'objectif de cette étude était d'évaluer le risque d'infraction avec violence hétéro-agressive, associé à une maladie mentale grave selon le DSM-III-R. Les recherches ont commencé avant la naissance et les auteurs de l'étude ont colligé les données sur les caractéristiques familiales des sujets, leur développement physique et psychique, leurs habitudes de vie et leur morbidité psychiatrique. Les informations sociodémographiques et criminologiques ont été relevées à la naissance, à 14 ans et à 26 ans. Parmi les personnes ayant commis un « crime » selon le Code pénal finlandais[6] (n = 503), 23 % (n = 116) avaient un diagnostic de trouble psychiatrique selon le DSM-III-R et 5,4 % (n = 27) une maladie mentale grave. Les OR étaient de 3,1 (IC 95 % [1,5-6,2]) pour les personnes souffrant de troubles schizophréniques, de 5,1 (IC 95 % [1,0-26,2]) en cas de troubles schizo-affectifs et de 6,3 (IC 95 % [1,1-34,7]) en cas de troubles de l'humeur avec symptômes psychotiques. Sur les 165

[4] Tous les « crimes » classés selon le Code pénal suédois en sept categories : délit avec violence, vols de tout type, fraude, vandalisme, délit du Code de la route relevant du Code pénal, trafic de drogues, autres délits criminels.

[5] La catégorie « crimes violents » comprend toutes les infractions impliquant l'utilisation ou la menace de violence physique (par exemple, agression, viol, vol qualifié, menace illégale et agression sexuelle).

[6] Violation importante du Code de la route, criminalité contre les biens (vol, fraude et trahison), conduite « désordonnée » et vente illégale ou possession illégale d'alcool ou de stupéfiants.

personnes ayant commis une infraction violente, 7 % (n = 11) étaient psychotiques. Sur les 51 hommes souffrant de troubles schizophréniques, 13,7 % (n = 7) avaient au moins une condamnation pour un « crime » avec violence hétéro-agressive (OR = 7,0 ; IC 95 % [2,8-16,7]). Le risque pour une personne souffrant de troubles schizophréniques d'être condamnée pour un « crime » avec violence hétéro-agressive[7] était 7 fois plus important que pour une personne n'ayant aucun trouble psychiatrique selon le DSM-III-R. Le risque de « crime » était 4 fois plus important pour les personnes souffrant de troubles schizophréniques avec une comorbidité d'abus ou de dépendance à une substance psycho-active par rapport aux personnes souffrant de troubles schizophréniques sans abus ou dépendance à une telle substance, quel que soit le niveau socio-économique dans l'enfance. De même, le risque de « crime » avec violence hétéro-agressive était plus important chez les hommes souffrant de troubles schizophréniques avec comorbidité d'abus ou de dépendance à une substance psycho-active. Mais ce risque était également plus élevé chez les hommes souffrant de troubles schizophréniques sans abus ou dépendance à une substance psycho-active par rapport aux hommes sans trouble mental. Le très faible nombre de dossiers judiciaires pour violence parmi les personnes souffrant de troubles schizophréniques (n = 7) limite la portée de ces résultats.

1.1.2 Études transversales : antécédents de violence autorapportés

La synthèse de la littérature des études américaines publiée par Choe *et al.* en 2008 (36) réunissait 31 études concernant la violence envers autrui commise par des personnes souffrant de maladies mentales graves et 10 études dans lesquelles les personnes souffrant de maladies mentales graves avaient été victimes de violence (cf. tableau 1).

Tableau 1. Synthèse des données de la littérature américaine concernant la fréquence des comportements violents commis (agresseurs) et subis (victimes) par des personnes ayant une maladie mentale grave (36)

Population Moment du recueil	Pourcentage de personnes atteintes de maladie mentale grave auteurs de violence hétéro-agressive	Pourcentage de personnes atteintes de maladie mentale grave victimes de violence hétéro-agressive
Avant hospitalisation	14,2 % dans le mois précédent 50,4 % dans les 4 mois précédents	
A l'admission aux urgences	10 % dans les 2 semaines précédant l'admission 36 % dans les 3 mois précédant l'admission	
Au cours de l'hospitalisation	16 % dans la première semaine d'hospitalisation 23 % à n'importe quel moment durant l'hospitalisation	
A la sortie de l'hôpital	Entre 3,7 % et 27,5 %	
Patients ambulatoires, non hospitalisés	2,3 % à 13 % au cours des 6 derniers mois à 3 ans avant l'évaluation	20 % à 34 %
Patients ambulatoires et patients hospitalisés	12 % à 22 % dans les 6 à 18 derniers mois avant l'évaluation	35 % dans l'année écoulée

Elbogen *et al.* (37) ont étudié 34 653 personnes ayant participé à l'étude *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC). Les données sur les maladies mentales graves ont été recueillies lors d'entretiens au cours d'une première phase en 2001-2003. Lors d'une seconde phase de l'étude, en 2004-2005, les auteurs ont enregistré les actes de violence autorapportés survenus entre les phases 1 et 2.

[7] Les homicides, les voies de fait, les vols qualifiés, les incendies criminels étaient pris en compte dans la catégorie des crimes violents.

Les personnes souffrant d'une maladie mentale grave (troubles schizophréniques, troubles bipolaires, dépression caractérisée) avaient plus de risque d'avoir des antécédents de violence que les personnes indemnes. Les analyses bivariées montraient cependant que l'incidence du comportement violent entre les phases 1 et 2 de l'étude, bien que légèrement supérieure parmi les personnes souffrant d'une maladie mentale grave, n'était significative qu'en cas d'abus ou de dépendance à une substance psycho-active comorbide. Les analyses multivariées confirmaient que la maladie mentale grave seule n'était pas un facteur de risque significatif de comportement violent ultérieur. Ce dernier apparaissait plutôt associé à des facteurs historiques (violence antérieure, détention juvénile, antécédent d'abus physique par les parents, violence ou arrestation parentale), cliniques (comorbidité entre maladie mentale et abus ou dépendance à une substance psycho-active, perception de menaces cachées), prédisposants (jeune âge, sexe masculin, faibles revenus) et contextuels (séparation ou divorce récent, absence d'emploi, victimation[8]). La plupart de ces facteurs de risque étaient plus fréquents chez les personnes souffrant d'une maladie mentale grave, augmentant le risque de violence.

Les personnes souffrant d'une maladie mentale grave rapportaient plus souvent des comportements de violence, mais en grande partie parce qu'elles réunissaient d'autres facteurs de risque de violence. Le risque le plus élevé concernait les personnes avec une maladie mentale grave, un abus ou une dépendance à une substance psycho-active et des antécédents de violence : il était environ 10 fois plus important que chez les personnes souffrant seulement d'une maladie mentale grave. Par contre, les personnes souffrant d'une maladie mentale grave sans abus ou dépendance à une substance psycho-active ni antécédent de violence avaient le même risque d'être violentes durant les 3 années suivantes que n'importe quelle autre personne de la population générale.

Les auteurs reconnaissaient cependant des limites à leur étude, la violence autorapportée sous-estimant probablement la violence réelle et le temps écoulé entre les entretiens pouvant avoir altéré le souvenir de comportements violents. Ils précisaient ne pas savoir si leurs données incluaient les homicides ou tentatives. Par ailleurs, l'information sur le diagnostic étant donnée par les personnes elles-mêmes, il était probable qu'une certaine proportion d'entre elles n'en avait pas fait état. Pour ces auteurs, la maladie mentale grave est clairement associée au risque de violence, mais son rôle causal est complexe, indirect et s'inscrit dans une constellation d'autres facteurs importants, individuels et situationnels.

1.2 Troubles schizophréniques

Les troubles schizophréniques en tant que tels sont associés à un risque plus élevé d'occurrence de violence, généralement de l'ordre de 2 à 3 fois plus élevé que celui de la population générale (14,15,26).

Fazel *et al.* ont réalisé en 2009 une revue systématique de la littérature et une méta-analyse des études parues entre janvier 1970 et février 2009 et comparant le risque de violence des personnes ayant une psychose schizophrénique ou non schizophrénique par rapport à la population générale. Ils ont comparé deux groupes : des personnes ayant des troubles schizophréniques ou une psychose non schizophrénique (n = 18 423, dont 1 832 personnes violentes) à des personnes contrôles (n = 1 714 904, dont 27 185 personnes violentes). L'objectif principal de la méta-analyse était d'apprécier l'association entre le risque de violence hétéro-agressive et le diagnostic de troubles schizophréniques ou de psychose non schizophrénique. L'objectif secondaire était de documenter si les estimations du risque

[8] Il convient de distinguer la victimation (fait d'avoir été victime d'un accident traumatique, d'une maltraitance, d'une agression, ou de toute atteinte matérielle, corporelle ou psychique, etc.) de la victimisation (qui fait plus souvent référence au statut de victime, en parlant de victimisation primaire autour des conséquences directes d'un acte, ou de victimisation secondaire quand les conséquences négatives sont liées aux modalités judiciaires de la prise en charge de la victime ; on parle aussi de victimisation comme identification constante au statut de victime et à l'accident traumatique, avec souvent une demande réitérée de réparation.

différaient selon le sexe, le diagnostic (troubles schizophréniques *versus* psychoses non schizophréniques), le critère de jugement principal de l'étude (condamnation pénale *versus* violence autorapportée), le pays de l'étude (pays nordiques *versus* États-Unis), la conception de l'étude (cas-témoins *versus* étude prospective) et la période de l'étude. Cette méta-analyse confirmait (cf. figure 1) que les personnes souffrant de troubles schizophréniques ou d'une psychose non schizophrénique étaient responsables de moins de 10 % des actes violents hétéro-agressifs (entre 3,2 % et 9,9 % selon les études) (8).

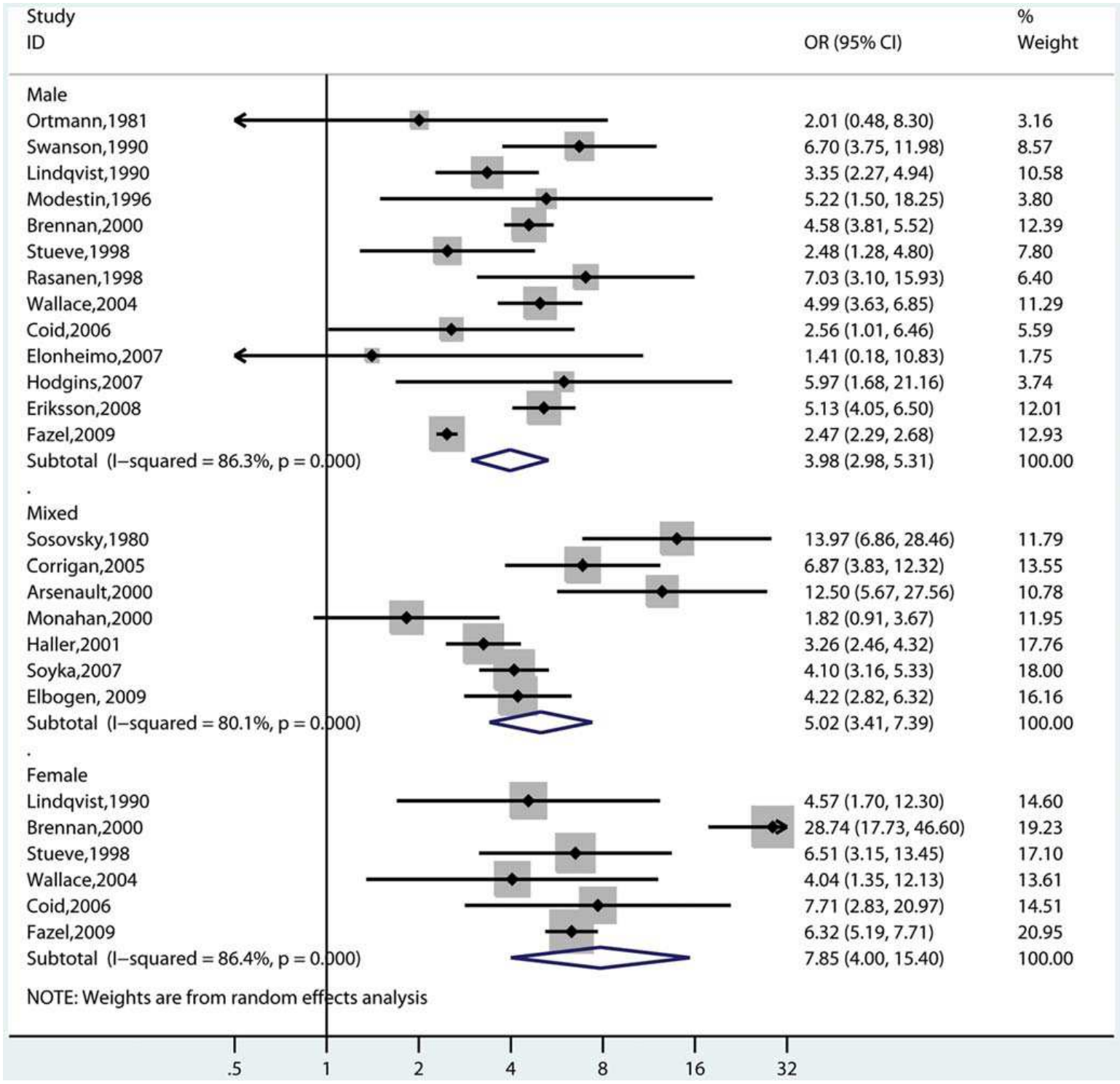

Figure 1. D'après Fazel *et al.* (8) : estimation du risque de violence en cas de troubles schizophréniques ou d'une autre psychose, selon le sexe.

La méta-analyse de Large *et al.* en 2009, dont l'objectif était de rechercher si le taux d'homicides commis par des personnes souffrant de troubles schizophréniques n'était pas lié au taux d'homicides commis par la population générale, a montré que 6,6 % des auteurs d'homicide avaient les critères diagnostiques de troubles schizophréniques (38) (cf. tableau 2). Pour cela Large *et al.* ont étudié les études cas-témoins et de cohorte publiées entre 1960 et 2009 en langue anglaise, réalisées dans les pays développés et rapportant le nombre de personnes souffrant de troubles schizophréniques parmi les auteurs d'homicide.

Tableau 2. Synthèse de la littérature concernant la prévalence des homicides commis par des personnes ayant un diagnostic de troubles schizophréniques, d'après Large *et al.* (38)

Études	Nombre d'homicides enregistrés		Taux d'homicides pour 100 000 habitants et par an	
Auteurs (année de publication) Pays Période d'étude	Nombre total	Nombre d''homicides commis par une personne ayant des troubles schizophréniques (%)	Homicides commis par des personnes sans trouble schizophrénique	Homicides commis par des personnes ayant des troubles schizophréniques
Appleby *et al.* (2006) Angleterre et pays de Galles 1999-2003	2 684	141 (5,3)	1,11	0,08
Erb *et al*. (2001) Allemagne (Hesse) 1992-1996	190	17 (8,9)	0,71	0,07
Eronen *et al.* (1996) Finlande 1980-1991	1 423	93 (6,5)	2,22	0,16
Fazel *et al.* (2004) Suède 1988-2001	2 005	179 (8,9)	1,6	0,16
Hart Hansen (1977) Danemark 1946-1970	418	27 (6,5)	0,35	0,02
Gottlieb *et al.* (1987) Danemark (Copenhague) 1959-1983	251	24 (9,6)	0,73	0,08
Hafner *et al.* (1973, 1982) Allemagne 1955-1964	3 367	142 (4,2)	0,97	0,04
Koh *et al.* (2006) Singapour 1997-2001	110	9 (8,2)	0,58	0,05
Kua *et al.* (1984) Singapour 1980-1982	64	3 (4,7)	0,83	0,04
Laajasalo *et al.* (2005, 2006) Finlande 1986-2004	2 206	125 (5,7)	2,15	0,13
Meehan *et al.* (2006) Angleterre et pays de Galles 1996-1999	1 594	85 (5,3)	1,01	0,06
Nielssen *et al.* (2007) Australie (Nouvelles Galles du Sud) 1993-2003	1 052	70 (6,7)	1,64	0,12
Petursson *et al.* (1981) Islande 1900-1979	47	10 (21,3)	0,37	0,10
Schada *et al.* (2004) Autriche 1975-1999	1 087	62 (5,7)	0,51	0,03
Simpson *et al.* (2004) Nouvelle-Zélande 1970-2000	1 498	57 (3,8)	1,37	0,05
Wallace *et al.* (1998) Australie (Victoria) 1993-1995	168	12 (7,1)	1,04	0,08
Wilcow (1985) États-Unis (comté de Contra Costa) 1979-1980)	71	7 (9,9)	3,25	0,36
Wong *et al.* (1973) Hong-Kong 1961-1971	621	35 (5,6)	1,67	0,10

Selon les études, le risque de violence est calculé en comparant les personnes souffrant de troubles schizophréniques tantôt à des personnes souffrant d'autres troubles mentaux, tantôt à la population générale. Des nombreuses publications passées en revue, notamment (10,11,15,16,28,37,39-45), quelques notions fortes peuvent être retenues :

- l'augmentation du risque de violence chez les personnes souffrant de troubles schizophréniques comparativement à la population générale retrouvée dans toutes les études à la méthodologie rigoureuse (à l'exception notable de l'étude MacArthur (46,47)), mais aussi la grande hétérogénéité du risque ainsi calculé (comme le montrent l'étude d'Elbogen et Johnson (37) et celle de Fazel *et al.* (8)) ;
- l'importance des biais méthodologiques et des facteurs de confusion représentés par les données biographiques et sociodémographiques associées (âge, sexe, trajectoire personnelle, isolement social, etc.) ;
- la majoration du risque de violence par la coexistence d'un abus ou d'une dépendance à des substances psycho-actives et par le nombre de diagnostics associés ;
- le risque considérablement plus important représenté par l'abus ou la dépendances à des substances psycho-actives que par les troubles schizophréniques ;
- enfin l'impossibilité de conclure sur la signification du lien statistique mis en évidence entre troubles schizophréniques et violence : la démonstration d'une corrélation ou d'un risque n'est pas celle d'une relation de cause à effet.

1.3 Troubles de l'humeur

Le nombre d'études concernant la violence en cas de troubles de l'humeur est très limité comparativement à la littérature sur la violence en cas de troubles schizophréniques. Pour cette raison sont incluses certaines études qui sont particulièrement citées et qui ont été publiées avant 2005 (cf. tableau 3).

Tableau 3. Principales études récentes portant notamment sur les relations entre troubles de l'humeur et homicide

Auteur Année Pays Période d'étude	Étude	Définition de l'infraction ; instrument diagnostique	Résultats
Russo *et al.* (2003) (48) Italie (Messina) 1990-1995	Comparaison entre patients hospitalisés auteurs d'homicide (n = 75) ou d'infraction non violente (n = 50) et patients non délinquants (n = 140) (100 % ♂)	Meurtre ou tentative DSM-III-R	Troubles de l'humeur : 15 % des auteurs d'homicide 6,1 % des auteurs d'infraction non violente 22,6 % des patients non délinquants Symptomatologie dépressive : 18,6 % des auteurs d'homicide 11,4 % des auteurs d'infraction non violente 28,5 % des patients non délinquants
Fazel et Grann (2004) (29) Suède 1988-2001	Diagnostic psychiatrique disponible (n = 1 625) parmi tous les sujets condamnés (n = 2 005)	Meurtre, homicide involontaire ou tentative ICD-9, ICD-10, DSM-IV	3,1 % (n = 50) trouble bipolaire 2,9 % (n = 47) dépression non psychotique
Koh *et al.* (2006) (49) Singapour 1997-2001	Tous les accusés de meurtre (n = 110)	Meurtre DSM-IV, CIM-10	8,2 % (n = 9) dépression 0,9 % (n= 1) abus-dépendance à l'alcool avec dépression 0,9 % (n = 1) trouble délirant avec dépression 0,9 % (n = 1) bipolaire
Shaw *et al.* (2006) (31) Angleterre et pays de Galles 1996-1999	n = 1 594	Meurtre, homicide involontaire, infanticide CIM-10	7 % (n = 118) antécédents troubles de l'humeur, essentiellement dépressifs 6 % (n = 121) trouble dépressif lors des faits

Tableau 3. Principales études récentes portant notamment sur les relations entre troubles de l'humeur et homicide

Auteur Année Pays Période d'étude	Étude	Définition de l'infraction ; instrument diagnostique	Résultats
Richard-Devantoy *et al.* (2009) (50) France (Angers) 1975-2005	Expertises d'auteurs d'homicide (n = 210) par deux experts	Homicide	7 % (n = 15) troubles de l'humeur
Eronen *et al.* (1996) (26) Finlande 1984-1991	Comparaison du taux de troubles mentaux parmi 693 des 994 auteurs connus d'homicide (91,5 % ♂) avec le taux dans la population générale	Meurtre, homicide involontaire DSM-III-R	EDM : OR = 1,9 pour les hommes (n = 27) OR = 2,1 pour les femmes (n = 5) Pas d'épisode maniaque
Wallace *et al.* (1998) (35) Australie (Victoria) 1993-1995	Dossiers de condamnation en Haute Cour (n = 4 156) en lien avec le registre des cas psychiatriques : n = 168 (90,5 % ♂)	Meurtre, homicide involontaire ICD-9	2,6 % (n = 4) dépression chez les hommes (VF) Psychoses affectives : OR = 5 pour les hommes (n = 2) OR = 16,9 pour les femmes (n = ?) Autres troubles de l'humeur : OR = 5,4 pour les hommes (n = 4)
Shaw *et al.* (1999) (51) Angleterre et pays de Galles 1996-1997 (18 mois)	Parmi les 718 homicides rapportés, étude des sujets condamnés pour homicide pour lesquels une expertise psychiatrique judiciaire est disponible (n = 500)	Meurtre, homicide involontaire, infanticide	Les troubles de l'humeur (bipolaires et dépression) sont le diagnostic le plus fréquent : 10,6 % (n = 53) sur la vie entière 9,6 % (n = 48) au moment des faits
Schanda *et al.* (2004) (52) Autriche 1975-1999	Comparaison des taux d'irresponsabilisation pour troubles mentaux parmi les auteurs d'homicide (n = 1 087) avec les taux de ces troubles en population générale	Meurtre, homicide involontaire DSM-IV	1,4 % (n = 15) troubles de l'humeur majeurs : 14 EDM, 1 épisode maniaque EDM et épisodes maniaques non associés à une augmentation de la probabilité d'homicide, sauf si abus ou dépendance comorbide à l'alcool : augmentation modérée mais statistiquement significative (OR = 3,1)
Simpson *et al.* (2004) (32) Nouvelle-Zélande 1970-2000	n = 1 498 Analyse des seuls sujets avec troubles mentaux graves lors des faits et irresponsabilisés (n = 126)	DSM-IV	10,3 % (n = 13) trouble dépressif caractérisé 3,9 % (n = 5) bipolaire

1.3.1 Prévalence et augmentation du risque de violence hétéro-agressive chez les personnes souffrant d'un trouble de l'humeur

Différents types d'étude permettent d'évaluer le risque de violence en cas de trouble de l'humeur. Il s'agit d'études comparant la prévalence de la violence chez des personnes ayant un trouble de l'humeur à celle de la population générale, mais également d'études sur la prévalence des antécédents d'infractions violentes chez les personnes bipolaires ou dépressives par rapport à la population générale et enfin sur la prévalence de troubles de l'humeur chez les auteurs d'homicide (cf. tableau 3).

Dans les études comparant les personnes souffrant de troubles mentaux à la population générale, la prévalence des actes violents est plus élevée chez les personnes ayant un trouble de l'humeur par rapport à celle de la population générale.

Dans l'étude princeps de Swanson *et al.* en 1990 (22), les personnes souffrant de troubles bipolaires ou dépressifs avaient une prévalence de comportements violents supérieure à celle de la population générale (11,1 % *vs* 2,1 % des personnes ayant commis un acte de violence physique hétéro-agressive).

Pulay *et al.,* en 2008 (53), retrouvaient une prévalence de comportements violents de 0,7 % chez les personnes sans trouble psychiatrique, mais de 25,3 % chez les personnes souffrant de trouble bipolaire de type 1 (OR = 3,72 ; IC 95 % [2,94-4,70]) et de 13,6 % chez les personnes souffrant de trouble bipolaire de type 2 (OR = 1,77 ; IC 95 % [1,26-2,49]). Cependant, en l'absence de comorbidité, la prévalence de comportements violents n'était que de 2,5 % chez les personnes souffrant de trouble bipolaire de type 1 et de 5,1 % chez celles souffrant de trouble bipolaire de type 2.

Elbogen et Johnson, en 2009 (37), dans une étude concernant 34 653 personnes, ont retrouvé une prévalence d'actes violents de 2 % dans la population générale, de 3,5 % en cas de trouble bipolaire sans comorbidité, de 2 % en cas d'épisode dépressif caractérisé sans comorbidité, mais de 13,5 % en cas de trouble bipolaire associé à un abus ou une dépendance à une substance psycho-active (OR = 1,6 ; IC 95 % [1,08-2,37]) et de 6,5 % en cas d'épisode dépressif caractérisé associé à un abus ou une dépendance à une substance psycho-active (OR = 1,69 ; IC 95 % [1,22-2,39]).

Fazel *et al.,* en 2010 (9), dans une méta-analyse de 8 études sur la violence et les troubles bipolaires retrouvaient une prévalence d'actes de violence de 9,8 % chez les personnes souffrant de trouble bipolaire contre 3 % dans la population générale avec un risque de violence multiplié en moyenne par 4,1 (de 2,2 à 8,9 selon les études) en cas de trouble bipolaire par rapport à la population générale.

Dans une étude prospective publiée en 2010 concernant 3 743 personnes souffrant de trouble bipolaire, comparées à la population générale et à leur fratrie, Fazel *et al.* (9) retrouvaient une prévalence de condamnations pour des infractions avec violence chez 8,4 % des personnes bipolaires, alors qu'elle était de 3,5 % dans la population générale et de 6,2 % dans leur fratrie. Cette étude montrait un risque plus élevé de condamnation pour infractions violentes chez les personnes souffrant de trouble bipolaire en comparaison à la population générale (OR = 2,3 ; IC 95 % [2,0-2,6]). Mais le risque était moins élevé lorsque les personnes souffrant de trouble bipolaire étaient comparées à leur fratrie indemne de trouble bipolaire (OR = 1,6 ; IC 95 % [1,2-2,1]).

Dans l'expérience des cliniciens, la dépression est souvent impliquée dans la survenue d'épisodes violents alors que les données de la littérature, du fait des difficultés à reconnaître la dépression et sa récurrence, ne l'identifient pas clairement. De même, la consommation d'alcool n'est souvent pas spécifiquement documentée dans la littérature, confondue avec l'ensemble des consommations de substances psycho-actives, mais c'est un facteur de risque surajouté connu des cliniciens.

Cette augmentation de la prévalence d'actes ou d'infractions violents chez les personnes souffrant d'un trouble de l'humeur semble être associée fortement à l'abus ou la dépendance à une substance psycho-active, notamment l'alcool (54). En effet, dans deux études récentes, l'existence d'un trouble bipolaire ou d'une dépression sans comorbidité d'abus ou de dépendance à une substance psycho-active s'accompagnait d'une augmentation minime de la fréquence de comportements violents par rapport à la population générale (9,37).

1.3.2 Prévalence des troubles de l'humeur chez les auteurs d'homicide

L'étude de la prévalence de troubles de l'humeur chez les auteurs d'homicide donne des résultats variables selon les publications.

Les études finlandaises réalisées avant 2005 ont permis l'investigation de l'ensemble des cas d'homicide d'une population donnée et sont donc particulièrement intéressantes. Dans l'étude

d'Eronen *et al.* en 1996 (26), aucun auteur d'homicide n'avait d'état maniaque et les troubles de l'humeur ne paraissaient pas associés à une augmentation significative du risque d'homicide. Dans une autre étude d'Eronen *et al.* en 1996 (55), 3 % des hommes auteurs d'homicide avaient un épisode dépressif caractérisé (OR ajusté à l'âge = 1,6 ; IC 95 % [1,1-2,4]) et 6 % des femmes (OR ajusté à l'âge = 1,8 ; 95 % IC 95 % [0,7-4,4]), en sachant que les homicides-suicides n'avaient pas été inclus. Dans l'étude de Shaw *et al.,* en 2006 (31), 6 % des auteurs d'homicide avaient des symptômes dépressifs au moment du passage à l'acte.

Pour Wallace *et al.* en 1998 (35), les auteurs d'homicide auraient 4,4 fois plus de risque d'avoir un trouble de l'humeur sans abus de substance psycho-active et 17,4 fois plus de risque d'avoir un trouble de l'humeur avec abus de substance psycho-active par rapport à la population générale.

Dans une étude sur les filicides commis en Finlande et en Autriche, Putkonen *et al*. en 2009 (56) retrouvaient que l'homicide avait été suivi par un suicide dans 54 % des cas en Finlande, le diagnostic le plus fréquent étant la dépression sans symptôme psychotique (35 %), suivi par les troubles de l'humeur avec symptômes psychotiques (12 %). La fréquence des homicides-suicides, par définition non judiciarisés, est un facteur indéniable de sous-estimation du rôle de la dépression dans le passage à l'acte violent.

1.3.3 Types d'infractions ou d'actes violents

Différentes études se sont intéressées aux types d'actes commis par des personnes souffrant d'un trouble bipolaire. Dans la revue de la littérature réalisée par Quanbeck *et al.* en 2005, il s'agissait le plus souvent d'infractions contre les personnes (agression, bagarre, menace) et d'atteintes contre les biens (vandalisme, vol). Dans les atteintes contre les personnes, il s'agissait surtout de menaces de violence (57). Dans l'étude de Modestin et Wuermle en 2005, les individus ayant un trouble de l'humeur, en l'absence de comorbidité d'abus ou de dépendance à une substance psycho-active, avaient un risque plus élevé que la population générale de commettre une infraction contre les biens (58).

Selon Le Bihan et Bourgeois en 2008 (59), l'exaltation dans la manie serait rarement associée à des infractions graves, mais conduirait le plus souvent à des infractions mineures variées. Les atteintes contre les biens sont des fraudes, vols, escroqueries, abus de confiance, chèques sans provision, dégradations diverses. Les atteintes contre les personnes peuvent constituer des menaces ou violences envers autrui, les homicides étant exceptionnels dans la manie. Concernant l'homicide, Gay et Mathis (60) mentionnaient qu'il était corrélé à la dépression et non à la manie. Les études sur les auteurs d'homicide retrouvent effectivement peu d'états maniaques au moment du passage à l'acte (26,55).

2 Épidémiologie analytique et clinique

Sont abordés successivement les facteurs de risque de violence généraux communs aux troubles de l'humeur et schizophréniques, puis les facteurs spécifiques de chacun de ces troubles.

2.1 Facteurs généraux associés à la violence hétéro-agressive

2.1.1 Facteurs sociodémographiques

Les facteurs sociodémographiques de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou de l'humeur sont identiques à ceux de la population générale : jeune âge, sexe masculin, faible niveau socio-économique et faible niveau d'études.

► ***Jeune âge***

Comme en population générale, l'âge inférieur à 30-40 ans est un facteur de risque de violence chez les personnes souffrant de troubles mentaux (8,31,37,61). Selon Swanson *et al*., la

prévalence de la violence est nettement augmentée chez les jeunes adultes comparés aux sujets âgés (43).

► ***Faiblesse du statut socio-économique et du niveau d'études***

La faiblesse du statut socio-économique est majoritairement considérée chez les personnes souffrant de troubles schizophréniques comme un facteur de risque de violence (62), y compris lors du premier épisode (63,64). Plus précisément, la perte récente de leur logement (63,65,66) et l'absence d'emploi (63,65,67), voire la faible insertion scolaire (62), seraient des facteurs de risque de violence hétéro-agressive dans cette population de patients. Cependant, il semble que le faible support d'étayage, l'exposition à des groupes violents, la marginalité, l'absence d'emploi et l'échec scolaire (68) seraient associés de façon plus significative à la violence que le faible niveau socio-économique (22,69,70). Selon les études, l'existence d'un cadre familial et celle d'un soutien social seraient des facteurs de protection face à la violence avec l'importance d'un réseau de réhabilitation mis en place à l'extérieur dès la sortie de l'hôpital (71).

La question du célibat est controversée comme facteur de risque de violence. Pour Swanson *et al.* en 1997, les personnes souffrant de troubles mentaux vivant seules étaient moins à risque de commettre des actes de violence que celles vivant avec des proches, sans doute du fait de l'absence de proximité d'une cible potentielle (72), alors que, dans d'autres études, le célibat était un facteur de risque de violence chez les personnes souffrant de troubles schizophréniques (73,74) ou bipolaires (75), témoignant probablement d'une médiocre insertion sociale. Les études prospectives récentes de haut niveau de preuve de Fazel *et al.* en 2009 (76) et de Ran *et al.* en 2010 (77) semblent confirmer malgré tout que le célibat est un facteur de risque de violence chez le sujet souffrant de troubles schizophréniques.

► ***Genre***

Dans la population générale, les hommes sont très nettement plus violents que les femmes et responsables d'environ 90 % de la violence envers autrui (78). Le genre masculin est également facteur de risque de violence en cas de troubles mentaux, à la fois chez les personnes souffrant de troubles schizophréniques ou d'un trouble de l'humeur (75), mais la différence entre les genres n'est pas si significative, la maladie augmentant de façon plus importante le risque de violence chez la femme par rapport à l'homme (9,14,16,43). Robbins *et al.,* à partir des données de l'étude de MacArthur, ont montré que la prévalence de comportements violents diffère peu entre les hommes et les femmes, sur une période de un an après la sortie de l'hôpital (79). Cependant, la violence des femmes est moins grave, entraînant moins de lésions physiques (79). En fait, dans cette étude, les OR concernant les femmes sont calculés par rapport à la population générale, augmentant ainsi le différentiel observé. Les femmes sont de plus souvent exclues des études ou en nombre si faible qu'elles ne sont pas prises en compte dans les résultats (80). Taylor et Bragado-Jimenez ont publié une revue de synthèse en 2009 concernant les femmes, la psychose et la violence. Les femmes violentes seraient plus âgées et mieux insérées que les hommes violents, avec davantage d'antécédents d'abus sexuels dans l'enfance (80), résultat également retrouvé par Dean *et al.* en 2006 dans une étude prospective (81). Par ailleurs, chez les patients hospitalisés au long cours, Quanbeck *et al.* notent une proportion plus importante d'hommes responsables d'agressions par rapport aux femmes (82).

2.1.2 Facteurs liés aux antécédents personnels

D'une importance cruciale, les antécédents personnels sont parfois difficiles à documenter auprès des seuls patients. Ils nécessitent le recours à toutes les sources d'information extérieures possibles, que ce soit l'entourage, les professionnels de santé, sociaux et assurant les mesures de protection de la personne, également de justice (83).

► ***Perturbation de l'environnement familial***

L'exposition à un environnement familial perturbé, notamment avec des modèles violents

d'interaction aux autres ou une trop grande permissivité vis-à-vis des actes de violence, est considérée comme un facteur de risque (8,68,84-86). Stompe *et al.* ont comparé 103 personnes souffrant de troubles schizophréniques violentes, 103 personnes souffrant de troubles schizophréniques non violentes et 103 témoins sains ; ils ont retrouvé comme facteurs de risque de violence hétéro-agressive les conduites violentes chez les parents, la perte du père, des placements dans l'enfance et l'adolescence et des parents psychotiques (85).

Pour Fazel *et al.,* les antécédents de violence maternelle seraient un facteur de risque plus important que les antécédents de violence paternelle, soulignant ainsi l'importance de l'environnement précoce, les enfants étant plus souvent élevés par les mères (8). Ces auteurs retrouvaient une plus grande fréquence d'actes violents chez les personnes bipolaires comparées à des personnes saines, mais avec un risque moins élevé lorsque les patients bipolaires étaient comparés à leur fratrie, celle-ci ayant également un abus ou une dépendance à des substances psycho-actives et ayant été exposée au même environnement familial (9).

Les modèles moraux d'identification du patient peuvent jouer comme facteur de risque ou de protection (69). L'adhésion à des « valeurs criminelles » augmente le risque de violence.

Au-delà de facteurs individuels, certains éléments extérieurs contribuent à augmenter le risque de violence tels que le milieu de vie violent dans lequel évolue le patient. Confrontés à un quartier plus violent, les patients auraient plus de risques. Une étude australienne à partir des « registres criminels »[9] de 2 861 patients suivis sur 25 ans a montré que l'augmentation de la violence physique envers autrui de la part des patients de 14,8 % en 1975 à 25 % en 1995 était proportionnelle à celle observée dans la population générale, qui avait augmenté de 5,1 % à 9,6 % sur la même période (45). Par contre, les adultes souffrant de trouble mental grave étaient 2 à 3 fois plus souvent victimes qu'auteurs d'actes de violence, par rapport à la population générale. En fait, trois variables telles que le fait d'avoir été victime de violence dans le passé, la violence environnante et l'abus ou la dépendance à des substances psycho-actives semblent avoir, pour une personne donnée, un effet cumulatif sur le risque de comportement violent (37,87).

► ***Antécédents de victimation, abus sexuels dans l'enfance***

Des mauvais traitements physiques ou psychologiques dans l'enfance, avec là encore des familles violentes, abusives et incestueuses, sont souvent retrouvés chez les personnes souffrant de troubles mentaux ayant eu un comportement violent (84,88). La violence subie dans l'enfance par les personnes souffrant de troubles mentaux semble avoir un impact sur le risque de comportements violents à l'âge adulte, sans compter qu'elles sont plus souvent victimes de violence que la population générale (37,63).

Swanson *et al.,* en 2002 (63), ont retrouvé un lien significatif entre des violences physiques subies dans l'enfance et l'adolescence (avant l'âge de 16 ans) et le risque de violence future (OR = 4,37 ; IC 95 % [2,57-7,42]) dans une population de personnes souffrant de troubles mentaux (schizophrénie, troubles schizo-affectifs, troubles bipolaires, épisode dépressif caractérisé), les antécédents de victimation ayant été recherchés par autoquestionnaire. Un lien entre le risque de violence hétéro-agressive et les antécédents de victimation à l'âge adulte (après 16 ans) a été également retrouvé par ces auteurs avec un OR à 7,99 (IC 95 % [2,87-22,24]). Par contre, les antécédents d'abus sexuels dans l'enfance ou l'adolescence n'étaient pas corrélés au risque de violence future dans cette étude.

► ***« Troubles des conduites » dans l'enfance et l'adolescence***

Les « troubles des conduites » (cf. définition tableau 4) dans l'enfance et l'adolescence sont associés à une augmentation du risque de violence (16,37,86,88-90) comme dans la population générale (91). Ainsi, Hodgins *et al.,* en 2008, ont publié une étude portant sur une cohorte de

[9] Condamnations enregistrées pour des infractions regroupées en quatre grandes catégories : violence, infractions liées à la propriété, infractions à la consommation de substances psycho-actives et infractions sexuelles. Les infractions avec violence désignaient les infractions impliquant la violence interpersonnelle, y compris les agressions, les coups et blessures volontaires graves, et les homicides.

205 patients hospitalisés pour une maladie mentale grave. Un « trouble des conduites » avant l'âge de 15 ans était associé à un risque accru de violence sur toute la vie (OR = 3,98 ; IC 95 % [1,87-8,44]), dans les 6 mois qui précèdent l'hospitalisation (OR = 2,66 ; IC 95 % [1,24-5,68]), indépendamment de la consommation de substances psycho-actives, y compris d'alcool (90). Swanson *et al.,* dans une cohorte de 1 445 personnes souffrant de troubles schizophréniques issues de l'étude CATIE, ont retrouvé une prévalence de violence plus élevée chez les personnes souffrant de troubles schizophréniques avec des antécédents de « troubles des conduites » dans l'enfance par rapport aux autres patients (28,2 % *vs* 14,6 % ; p < 0,001) (86). Les « troubles des conduites » de l'enfance sont associés à d'autres facteurs tels que l'abus ou la dépendance à de substances psycho-actives, des antécédents de victimation et d'abus sexuels, un échec scolaire en cours élémentaire et un mauvais fonctionnement social. Eriksson *et al.* ont retrouvé ainsi dans une cohorte portant sur 49 398 hommes suivis durant 35 ans (parmi lesquels 377 ont été diagnostiqués troubles schizophréniques) une plus grande fréquence de contacts avec le juge pour enfants et la brigade des mineurs (62). Selon Hodgins *et al.,* les « troubles des conduites » de l'enfance seraient soit un des symptômes précurseurs de troubles schizophréniques plus tardifs, soit annonciateurs d'une personnalité antisociale qui serait alors comorbide de troubles schizophréniques ou de troubles de l'humeur (88). Les « troubles des conduites » de l'enfance et de l'adolescence sont rarement retrouvés chez les adultes ayant un trouble bipolaire. Certains des adolescents peuvent avoir des troubles dépressifs associés à des « troubles des conduites » qui persistent à l'âge adulte. Certaines études de cohorte comparant les personnes bipolaires à la population générale ont retrouvé une plus grande fréquence de violence chez les personnes bipolaires uniquement en cas d'association à un abus ou une dépendance à des substances psycho-actives ou à des « troubles des conduites » (14).

Tableau 4. Définition du « trouble des conduites » selon la CIM-10 et le DSM-IV-TR, d'après l'Inserm (92)

CIM-10	DSM-IV-TR
La catégorie F91 définit le trouble des conduites comme « un ensemble de conduites répétitives et persistantes dans lesquelles sont bafoués soit les droits fondamentaux des autres, soit les normes ou les règles sociales correspondant à l'âge de l'enfant ». Une durée de 6 mois au moins est nécessaire. Une liste de 23 symptômes est proposée, sans hiérarchie, ni regroupement (OMS, 1994). Les diagnostics d'exclusion sont la schizophrénie, la manie, la dépression, le trouble envahissant du développement, le trouble hyperkinétique. Il est recommandé de spécifier l'âge de début d'apparition des troubles, avant ou après 10 ans.	Le trouble des conduites répond à trois critères (A, B, C). Le premier critère (A) définit le trouble comme un « ensemble de conduites, répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet, comme en témoignent la présence d'au moins trois symptômes au cours des 12 derniers mois, et d'au moins un au cours des 6 derniers mois ». Le trouble entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel (critère B). Si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, le trouble ne répond pas aux critères de la personnalité antisociale (critère C). Le sujet doit avoir manifesté un trouble des conduites avant 15 ans pour répondre au critère de personnalité antisociale. Deux sous-types sont distingués en fonction de l'âge de début, soit avant l'âge de 10 ans (type à début pendant l'enfance) ou à partir de 10 ans (type à début pendant l'adolescence). Lorsque l'âge de début n'est pas connu, le trouble est à début non spécifié. Par ailleurs, trois niveaux de sévérité sont distingués : • léger, pour lequel il n'existe que peu ou pas de problèmes de conduite dépassant en nombre ceux requis pour le diagnostic ; de plus, les problèmes de conduite n'occasionnent que peu de mal à autrui ; • moyen, pour lequel le nombre de problèmes de conduite, ainsi que leurs effets sur autrui, sont intermédiaires entre « léger » et « sévère » ;

	• sévère, pour lequel il existe de nombreux problèmes de conduite dépassant en nombre ceux requis pour le diagnostic ; ou bien, les problèmes de conduite occasionnant un dommage considérable à autrui.
Symptômes 1. A des accès de colère anormalement fréquents et violents, compte tenu du niveau de développement 2. Discute souvent ce que lui disent les adultes 3. S'oppose souvent activement aux demandes des adultes ou désobéit 4. Fait souvent, apparemment de façon délibérée, des choses qui contrarient les autres 5. Accuse souvent autrui d'être responsable de ses fautes ou de sa mauvaise conduite 6. Est souvent susceptible ou contrarié par les autres 7. Est souvent fâché ou rancunier 8. Est souvent méchant ou vindicatif 9. Ment souvent ou ne tient pas ses promesses, pour obtenir des objets ou des faveurs ou pour éviter des obligations 10. Commence souvent les bagarres (ne pas tenir compte des bagarres entre frères et sœurs) 11. A utilisé une arme qui peut sérieusement blesser autrui (par exemple un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu) 12. Reste souvent dehors après la tombée du jour, malgré l'interdiction de ses parents (dès l'âge de 13 ans ou avant) 13. A été physiquement cruel envers des personnes (par exemple ligote, coupe, ou brûle sa victime) 14. A été physiquement cruel envers les animaux 15. A délibérément détruit les biens d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu) 16. A délibérément mis le feu pouvant provoquer, ou pour provoquer des dégâts importants 17. Vole des objets d'une certaine valeur, sans affronter la victime, à la maison ou ailleurs qu'à la maison (par exemple vol à l'étalage, cambriolage, contrefaçon de documents) 18. Fait souvent l'école buissonnière, dès l'âge de 13 ans ou avant 19. A fugué au moins à deux reprises ou au moins une fois sans retour le lendemain, alors qu'il vivait avec ses parents ou dans un placement familial (ne pas tenir compte des fugues ayant pour but d'éviter des sévices physiques ou sexuels) 20. A commis un délit en affrontant la victime (par exemple vol de porte-monnaie, extorsion d'argent, vol à main armée) 21. A contraint quelqu'un à avoir une activité sexuelle 22. Malmène souvent d'autres personnes (c'est-à-dire les blesse ou les fait souffrir, par exemple en les intimidant, en les tourmentant ou en les molestant) 23. Est entré par effraction dans la maison, l'immeuble, ou la voiture d'autrui	**Symptômes (critères « A »)** **Conduites agressives dans lesquelles des personnes ou des animaux sont blessés ou menacés dans leur intégrité physique (critères 1-7)** 1. Brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes 2. Commence souvent les bagarres 3. A utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui (par exemple un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu) 4. A fait preuve de cruauté physique envers des personnes 5. A fait preuve de cruauté physique envers des animaux 6. A commis un vol en affrontant la victime (par exemple agression, vol de sac à main, extorsion d'argent, vol à main armée) 7. A contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles **Conduites où des biens matériels sont endommagés ou détruits, sans agression physique (critères 8-9)** 8. A délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants 9. A délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu) **Fraudes ou vols (critères 10-12)** 10. A pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui 11. Ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations (par exemple « arnaque » les autres) 12. A volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime (par exemple vol à l'étalage sans destruction ou effraction, contrefaçon) **Violations graves des règles établies (critères 13-15)** 13. Reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans 14. A fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial (ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période) 15. Fait souvent l'école buissonnière, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans

► *Antécédents personnels de violence*

Les antécédents de violence envers autrui sont considérés comme le meilleur prédicteur d'une future violence en population générale comme en population de personnes souffrant de troubles mentaux (16,37,76,77,86).

La méta-analyse de Fazel et Yu en 2009 (93) a confirmé les données précédentes :

- le risque de récidive (quelle que soit la nature de la récidive) n'était pas significativement différent entre les personnes souffrant d'un trouble psychotique et celles souffrant d'un

autre trouble mental (OR = 1,0 ; IC 95 % [0,7-1,3]) ou ayant un diagnostic de dépression (OR = 1,9 ; IC 95 % [0,9-4,0]) ;

- le risque de récidive était significativement plus élevé chez les personnes soufrant d'un trouble psychotique par rapport aux personnes indemnes de trouble mental (OR = 1,6 ; IC 95 % [1,4-1,8]) ;
- le risque de récidive était significativement moins élevé chez les personnes souffrant d'un trouble psychotique par rapport aux personnes ayant un diagnostic de trouble de la personnalité (OR = 0,5 ; IC 95 % [0,4-0,7]) ;
- le risque de récidive n'était pas significativement différent chez les personnes souffrant d'un trouble psychotique par rapport aux personnes ayant un abus ou une dépendance à des substances psycho-actives (OR = 0,9 ; IC 95 % [0,5-1,4]) ;
- le risque de récidive était plus élévé chez les personnes souffrant d'un trouble psychotique et sortant de prison (OR = 1,5 ; IC 95 % [1,3-21]) par rapport à celles sortant d'un hôpital psychiatrique (OR = 0,9 ; IC 95 % [0,6-1,5]).

Les antécédents de violence et de condamnations pour violence envers autrui et en particulier envers les proches, surtout s'ils correspondent à des menaces ou des coups et blessures, constitueraient un facteur de risque de violence hétéro-agressive ultérieure (cf. tableau 5). D'une façon générale, menaces et violences physiques doivent alerter, surtout si elles ont tendance à s'intensifier, se multiplier (en fréquence et en gravité) au fil du temps.

Tableau 5. Fréquence des antécédents de violence envers autrui chez les auteurs d'homicide souffrant de troubles schizophréniques

Auteur, pays	Nombre d'auteurs d'homicide	Pourcentage des auteurs d'homicide ayant des antécédents de violence envers autrui
Valevski *et al*. (1999), Israël (94)	33	*67 %*
Erb *et al*. (2001), Allemagne (95)	29	*62 %*
Meehan *et al*. (2006), Angleterre et pays de Galles (96)	85	32 %
Laajasalo et Häkkänen (2006), Finlande (97)	125	68 % (8 % d'antécédents d'homicide)
Nielssen *et al*. (2007), Australie (98)	88	35 %

Recommandation

- **Il convient d'interroger systématiquement les personnes souffrant de troubles schizophréniques ou de l'humeur sur leurs antécédents de violence agie ou subie (type, cible, etc.) et de « troubles des conduites » éventuels.**

2.1.3 Comorbidités psychiatriques

Les études internationales ont mis en évidence une augmentation exponentielle du risque de violence en fonction du nombre de comorbidités retrouvées chez les personnes souffrant de troubles mentaux (99). Mais parmi ces comorbidités, l'abus ou la dépendance à des substances psycho-actives et le trouble de la personnalité de type antisocial constituent des facteurs de risque de violence importants.

L'abus ou la dépendance à des substances psycho-actives sont dans tous les cas des facteurs fortement associés à la violence hétéro-agressive.

S'agissant du diagnostic de personnalité antisociale associé à celui de troubles schizophréniques, il convient de se souvenir qu'existent des formes pseudo-psychopathiques de la maladie schizophrénique (héboïdophrénie).

Le danger est que ces patients soient considérés à tort comme ayant uniquement un trouble de la personnalité ou un abus ou une dépendance à des substances psycho-actives. L'absence de traitement ou une prescription inadaptée ou tardive exposent à des comportements à risque et à des actes médico-légaux qui s'inscrivent dans l'évolution de la maladie ou dans le cadre d'une comorbidité. Lorsqu'il évalue le risque de violence, il est important pour le clinicien de regarder au-delà du simple diagnostic et de considérer de près les facteurs historiques du patient et sa situation de vie actuelle (7,87).

Recommandations

- **Les données de la littérature confirment que plus le nombre de comorbidités est important plus le risque de violence est élevé chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou de l'humeur. Il convient donc de rechercher systématiquement les comorbidités dans une approche globale et dynamique de la personne.**
- **Il est nécessaire d'envisager systématiquement une prise en charge globale des comorbidités (abus ou dépendance à l'alcool ou à d'autres substances psycho-actives et trouble de la personnalité de type antisocial), réalisée par une seule équipe ou par des équipes coordonnées.**

2.1.4 Troubles neuropsychologiques

Les études sur leurs liens avec la violence restent parcellaires et préliminaires.

Les dysfonctionnements frontaux notamment dans les psychoses déficitaires pourraient majorer le risque de violence par une diminution des capacités de contrôle pulsionnel et de gestion de la colère (100,101). Certains auteurs suggèrent également que la rigidité cognitive liée à une détérioration neurologique ou une limitation intellectuelle est également un facteur associé à la violence (102,103). Ces dysfonctionnements sont plus souvent mis en évidence chez des patients violents commettant des actes de violence à répétition en institution.

Un faible quotient intellectuel est un facteur de risque de violence retrouvé dans plusieurs études (101). Plus le quotient intellectuel est faible, plus le risque de violence paraît élevé. Les troubles du jugement mais probablement plus encore les perturbations affectives associés aux déficiences intellectuelles pourraient favoriser les troubles du comportement.

La dimension d'impulsivité est largement impliquée dans le risque de passage à l'acte. Plus l'impulsivité est importante, plus le risque de passage à l'acte est grand (101). Ce qui rejoint les données concernant la majoration du risque de violence chez les personnes ayant une personnalité ou des traits de personnalité de type antisocial ou psychopathique.

La revue de la littérature de Naudts et Hodgins (104) a examiné les études comparant les performances aux tests neuropsychologiques, les signes neurologiques mineurs et les images cérébrales structurelles et fonctionnelles des personnes souffrant de troubles schizophréniques, avec et sans antécédents de violence. Ils ont retrouvé des résultats contradictoires, en raison des différentes définitions de la violence, des différences dans les caractéristiques de l'échantillon et l'utilisation de diverses mesures pour explorer les corrélats neurobiologiques de la violence. Les études des performances aux tests neuropsychologiques (9 études) sont contradictoires : 3 études montraient que les schizophrènes violents avaient de meilleures performances que les schizophrènes non violents, 3 autres études montraient l'inverse et enfin 3 études ne montraient aucune différence entre les deux groupes. Concernant les signes neurologiques mineurs (5 études), 2 études concluaient à davantage de signes neurologiques mineurs chez les schizophrènes avec des antécédents de violence par rapport à des schizophrènes non violents, une étude concluait l'inverse et 2 études ne retrouvaient aucune

différence.

Recommandations

- **Devant tout patient souffrant de troubles mentaux, il est essentiel d'effectuer un examen somatique, de rechercher une éventuelle confusion mentale et d'évaluer les fonctions cognitives.**

- **Les données de la littérature invitent à porter une attention particulière aux patients souffrant de psychose de type déficitaire dont certains troubles neuropsychologiques permettent de comprendre des passages à l'acte violents dans des moments de trop grande proximité en institution.**

2.1.5 Facteurs liés aux soins

► ***Insight***

Les données concernant l'association *insight* (capacité d'introspection) et violence hétéro-agressive des personnes souffrant de troubles mentaux graves sont contradictoires. La capacité d'*insight* peut être comprise comme une capacité multidimensionnelle qui inclut 3 composantes :

- la capacité de la personne à reconnaître sa maladie ;
- la capacité d'attribuer un symptôme à sa maladie ;
- la capacité de reconnaître la nécessité d'un traitement.

L'*insight* jouerait un rôle dans l'adhésion et l'observance du traitement, un faible *insight* étant associé à une observance médiocre (105). Quanbeck *et al*. rappelaient en 2005 que chez les patients souffrant de trouble bipolaire, le manque d'*insight* était corrélé significativement avec une non-adhésion au traitement ambulatoire, la nécessité d'un traitement sous contrainte, des admissions répétées en hospitalisations psychiatriques (106). Yen *et al.* ont étudié l'association entre le niveau d'*insight* et l'évolution de 65 patients souffrant de trouble bipolaire de type 1 sur 2 ans. Ils ont retrouvé qu'un faible niveau d'*insight* concernant le traitement était associé à une mauvaise évolution de la maladie, à savoir, entre autres, la survenue d'actes de violence auto ou hétéro-agressifs (107).

Plusieurs études transversales ou cas-témoins ont retrouvé un lien entre de faibles capacités d'*insight* et la violence hétéro-agressive des personnes souffrant de troubles schizophréniques (41,108-111). Au contraire, d'autres études cas-témoins (112,113) mais surtout des études prospectives (110,114) ne retrouvaient pas d'association entre *insight* et violence hétéro-agressive chez les sujets schizophrènes.

Recommandation

- **Travailler le niveau d'*insight* est une des missions du travail thérapeutique de l'équipe soignante.**

► ***Déni des troubles***

Le déni des troubles est une des manifestations habituelles du faible niveau d'*insight.*

Le déni total ou partiel des troubles, partie intégrante de la pathologie psychotique, est souvent retrouvé chez les patients violents. Il est associé à une faible reconnaissance des conséquences de la maladie, notamment des actes de violence (108). Il entraîne des hospitalisations sous contrainte qui apparaissent comme facteur de risque repéré dans la littérature (115). Il est source de rupture de soins, de mauvaise observance médicamenteuse majorant le risque de violence (69,116).

Il paraît donc important de prendre en compte l'ampleur du déni et son évolution au cours de la prise en charge. Certains auteurs rappellent également que le déni de la maladie ou de la violence par l'entourage des patients souffrant de troubles psychiatriques constitue un facteur de risque de passage à l'acte violent (117).

Recommandation

▪ Il convient d'évaluer et de prendre en compte l'importance du déni des troubles par le patient et son entourage.

► ***L'alliance thérapeutique, un facteur de protection***

La littérature et l'expérience clinique montrent qu'il existe une corrélation positive entre alliance thérapeutique et résultats thérapeutiques. L'établissement d'une authentique alliance thérapeutique est un élément qui contribue à la diminution de la dangerosité (69).

Il faut cependant se méfier d'une « pseudo-alliance thérapeutique », faussement sécurisante pour les équipes de soins :

- pseudo-alliance circonstancielle, imposée par le cadre légal de soin ;
- superficialité de la relation avec un traitement inadapté ;
- minimisation des troubles par le malade et l'équipe soignante ;
- attention insuffisante portée aux signaux d'alerte, y compris en provenance de l'entourage.

Les mesures thérapeutiques qui s'imposent avec un patient dangereux ne sont parfois pas prises, car les équipes pensent ainsi « maintenir » la relation. Cette situation est au contraire source de passages à l'acte violents.

Recommandation

▪ Compte tenu du déni, des difficultés d'observance et de la faible capacité d'*insight* propres aux troubles psychotiques, il convient de faire porter les efforts de l'équipe soignante sur la qualité et l'authenticité de l'alliance thérapeutique.

► ***Capacité à demander de l'aide***

Pour la majorité des patients qui se montrent violents, il n'y a pas de demande formalisée d'aide. Mais, plusieurs études montrent qu'avant le passage à l'acte violent, il peut exister des demandes d'aide soit directes vers une équipe soignante, soit indirectes *via* l'entourage, une verbalisation d'idées suicidaires ou une tentative de suicide, ou bien encore à travers l'interpellation des forces de l'ordre (117,118). Dans une série de cas d'homicides commis par des patients souffrant de troubles psychotiques publiée par Millaud et Debreucq (69), 40 % avaient formulé directement ou indirectement une demande d'aide.

Cette demande d'aide est souvent associée à des symptômes dépressifs qui constituent le moteur de la demande. Lorsqu'il existe une recrudescence ou une réapparition des symptômes psychiatriques pouvant conduire au passage à l'acte violent, la capacité à demander de l'aide auprès d'une équipe de soins ou à tolérer son intervention dans ces circonstances contribue grandement à la réduction du risque de violence (69). Cette capacité à demander de l'aide est un bon marqueur de l'acceptation par la personne de sa maladie et de son potentiel hétéro-agressif, mais également de la qualité de l'alliance thérapeutique ; cette capacité constitue alors un facteur de protection plutôt qu'un facteur de risque de violence.

Recommandation

▪ Il convient de développer des actions de formation ciblées et/ou transversales et multidisciplinaires (médecins généralistes, infirmières libérales, travailleurs sociaux, tuteurs et curateurs, tous les partenaires du réseau ainsi que les équipes soignantes) pour mieux repérer, prendre en considération et susciter les demandes d'aide directes et indirectes (demandes de consultations répétées, alertes de la part de l'entourage, absence aux rendez-vous, multiplication des passages aux urgences, etc.), afin d'adapter la prise en charge et d'interpeller l'équipe chargée du suivi.

► ***Suivi psychiatrique***

Selon Shaw *et al.* (31),18 % de l'ensemble des auteurs d'homicide ont eu un contact dans leur vie avec les structures de soins psychiatriques et 8 % dans l'année précédant l'homicide. Il n'était pas précisé si les auteurs avaient une thérapeutique psychotrope au moment des faits.

Parmi les personnes souffrant de troubles mentaux auteurs d'homicide, 21 à 80 % n'ont jamais eu de suivi psychiatrique (consultations avec un psychologue ou avec un psychiatre, hospitalisation en psychiatrie). Les auteurs d'homicide souffrant d'un trouble mental avaient un traitement psychotrope dans un nombre extrêmement variable de cas, entre 25 % et 68 % ; cette donnée était souvent manquante dans les études.

Parmi les personnes souffrant de troubles schizophréniques auteurs d'homicide, 30 à 40 % n'avaient jamais eu de consultation psychiatrique avant le passage à l'acte ; parmi ceux qui avaient eu un suivi, 40 % l'avaient interrompu (94,96,119). Dans l'étude de Shaw *et al*. (31), 37 auteurs d'homicide sur 234 avaient un antécédent de suivi psychiatrique. Parmi ces 37 auteurs d'homicide suivis à un moment donné de leur vie dans un service de psychiatrie, 10 souffraient de troubles schizophréniques et 8 étaient suivis dans l'année, dont 2 dans la semaine précédant l'homicide.

Dans la série de Laajasalo et Häkkänen (120), 42 % des personnes souffrant de troubles schizophréniques auteurs d'homicide avaient un suivi psychiatrique en cours et 38 % bénéficiaient d'un traitement psychotrope au moment de l'homicide.

Dans l'étude de Meehan *et al*. (96) sur 85 personnes souffrant de troubles schizophréniques, 24 (28 %) n'avaient jamais eu de contact avec les services de psychiatrie, 18 (21 %) avaient eu un contact supérieur à un an et 43 (51 %) un suivi dans l'année précédant l'homicide. Dans ce dernier groupe, 24 sur 40 (60 %) avaient un suivi ambulatoire en CMP, 2 avaient été vus dans la semaine précédant l'homicide, 16 sur 40 (40 %) ne se seraient pas rendus à leur dernier rendez-vous et 14 (35 %) n'adhéraient pas au traitement.

Malgré l'extrême hétérogénéité des études et leur faible représentativité (faible échantillonnage), semblent ressortir le nombre important de personnes n'ayant jamais eu de contact avec un service de psychiatrie et l'existence d'une rupture de soins chez nombre d'entre elles, ce qui est confirmé par l'expérience médico-légale (121).

► ***Observance médicamenteuse***

Les traitements médicamenteux permettent la stabilisation de l'état mental, et la bonne observance participe au maintien de cette stabilité psychique. L'observance joue donc un rôle central dans la diminution du risque de comportement violent (95,122,123).

Certaines études tendent à montrer que le risque de violence de la part des personnes souffrant de troubles mentaux et en particulier de troubles schizophréniques serait le plus élevé lors du premier épisode psychotique, le passage à l'acte étant alors inaugural de la maladie. De nombreuses études montrent cependant que les patients ayant commis un acte de violence, notamment criminel, sont fréquemment en rupture de soins (9,41,47,117,124,125).

Un manque de rigueur clinique, un traitement inapproprié ou d'une durée insuffisante, la désinstitutionnalisation sans dispositif de soins alternatif en ambulatoire sont des facteurs associés au risque de violence. Une étude (MacArthur) (46,47) a apporté de nombreuses informations sur les particularités des événements violents commis par des patients après une hospitalisation en psychiatrie. Dans cette étude, 60 % des actes violents avaient eu lieu durant les 20 premières semaines suivant la sortie de l'hôpital. Il apparaît que les personnes souffrant de troubles schizophréniques sans antécédents d'arrestation ou de violence physique ont néanmoins été violentes dans 7 % des cas au cours des 20 premières semaines suivant leur sortie de l'hôpital (126). Par ailleurs, dans la même étude, les patients suivis toutes les 4 semaines commettaient quatre fois plus d'actes de violence que les patients suivis de façon hebdomadaire (12 % vs 2,8 %), résultat retrouvé également par Swanson *et al.* en 2004 (65).

Le traitement sans consentement permettrait de diminuer l'échappement aux soins et donc le risque de violence comme en témoignent un certain nombre de travaux suisses et canadiens, dont ceux de Swanson en 2000 (124,127,128), cités par Voyer (129). En effet, Swanson *et al.* ont retrouvé une incidence plus faible de comportements violents chez les patients souffrant de troubles psychotiques ou de l'humeur qui avaient été obligés de suivre un traitement pendant

au moins 6 mois par décision de justice (124). Cette incidence était d'autant plus faible que la durée de soins contraints était plus longue, supérieure à 6 mois, que les patients bénéficiaient d'un suivi régulier et fréquent sous forme d'une prise en charge hebdomadaire plutôt que mensuelle, qu'ils prenaient réellement leur traitement et n'avaient pas de consommation de substances psycho-actives (26,7 % des patients en soins contraints allaient commettre des actes violents contre 41,6 % des patients sans soin contraint) (65).

L'adhésion au traitement antipsychotique réduirait le risque de violence chez le patient souffrant de troubles schizophrénique, sauf chez les patients ayant une histoire de « troubles des conduites » dans l'enfance (86).

Recommandations

- **Il convient d'identifier systématiquement un médecin traitant, partenaire de la prise en charge pour les patients souffrant de troubles mentaux graves, et d'échanger régulièrement des informations avec lui.**
- **Il convient de favoriser l'accès aux soins de proximité auprès d'une équipe connaissant le malade et assurant la responsabilité de son suivi.**
- **La nécessité d'un suivi au long cours suppose une bonne articulation entre les différents temps et les différents lieux de prise en charge (hospitalisation temps plein, de jour, CMP, etc.) dans une complémentarité et une continuité qui correspondent aux principes de la sectorisation psychiatrique française.**
- **Attendre une demande de soins chez une personne dans l'incapacité de la formuler du fait de sa maladie n'est pas pertinent.**
- **Tout doit être fait pour éviter une rupture de soins. Il convient de :**
  - **reconvoquer systématiquement un patient souffrant de troubles schizophréniques ou de l'humeur et absent lors d'un rendez-vous ;**
  - **chercher à comprendre pourquoi un patient ne consulte pas, n'est pas observant ;**
  - **s'appuyer sur l'environnement familial, médical, paramédical et social pour faciliter l'accès ou la poursuite des soins.**
- **Il ne faut pas hésiter à recourir à des sorties d'essai pour inscrire les patients dans des suivis ambulatoires au long cours.**
- **Durant en particulier les 6 mois suivant une hospitalisation, il convient de proposer aux patients un suivi rapproché, attentif et organisé au plan sanitaire (contacts réguliers autant que nécessaire) et social (en portant une attention particulière à la question de l'hébergement, des ressources, de la protection des biens, etc.). En effet, pendant cette période critique, le patient est fragilisé et a des difficultés de réinsertion et de resocialisation.**

2.1.6 Facteurs contextuels

Les données de la littérature montrent l'importance de prendre en considération les éléments situationnels lors de l'évaluation d'un risque de violence (87). Chaque patient ne présente pas un risque de violence figé. Pour chacun, le risque de violence varie au cours du temps. Les facteurs de stress comme les ruptures affectives, les situations conflictuelles, le chômage, le cadre de vie difficile, le fait d'avoir été victime de violence dans l'année ainsi que l'exposition à des événements psychotraumatiques majorent le risque de comportements violents (9,37,43,50).

De nombreux auteurs soulignent l'importance du sentiment d'impasse situationnelle. Quand les demandes d'aide ou les stratégies d'évitement échouent, le risque de passage à l'acte violent est important (117,118).

2.2 Facteurs spécifiques associés à la violence hétéro-agressive

2.2.1 Une caractéristique commune à la violence du malade mental : la victime est le plus souvent un proche

► ***Homicides et troubles mentaux***

Tous auteurs d'homicide (ayant ou non des troubles mentaux) confondus, Shaw *et al*. (31) relevaient la relation suivante entre l'auteur et sa victime : un membre de la famille ou le partenaire dans 36 % des cas, une connaissance ou un voisin dans 39 % des cas et une victime inconnue dans 25 % des cas. Dans 75 % des cas, les personnes concernées se connaissaient.

Au sein des homicides commis par des hommes, Gillies (130) pointait que 44 % des victimes étaient un membre de la famille de l'auteur chez les personnes souffrant de troubles mentaux, contre 24 % quand l'auteur était indemne de trouble mental. Chez les femmes, le pourcentage de victimes intrafamiliales était identique dans les deux groupes. Les victimes privilégiées des hommes étaient l'épouse et la maîtresse chez les auteurs d'homicide indemnes de trouble mental, l'épouse et la mère chez les auteurs souffrant de troubles mentaux. Les victimes des femmes auteurs d'homicide étaient le mari lorsqu'elles ne souffraient pas de trouble mental et les enfants quand elles souffraient d'un trouble mental.

La proximité affective des protagonistes est d'autant plus marquée que l'auteur de l'homicide avait un trouble mental. En effet, 75 % à 98 % des auteurs d'homicide souffrant de trouble mental connaissaient leur victime (51,131-133). L'homicide d'une personne inconnue serait plus fréquent quand l'auteur n'a pas de trouble mental. Shaw *et al.* (134) rapportaient 7 % de victimes inconnues quand l'auteur souffrait d'une maladie mentale et 25 % quand il n'en avait pas. En population générale, l'auteur d'un homicide d'une victime inconnue avait rarement des symptômes psychiatriques au moment des faits (6 % des cas pour Shaw *et al*.). *A contrario,* il était sous l'effet de l'alcool ou d'autres substances psycho-actives au moment de l'homicide dans tous les cas (134).

Recommandations

- **Il convient de protéger les proches en cas de risque de passage à l'acte violent, au besoin en recourant à une hospitalisation du patient.**

- **En institution, les risques de passage à l'acte violent doivent être anticipés autant que possible, afin de protéger le patient lui-même, les autres patients et les membres de l'équipe soignante. Il convient d'analyser les circonstances des passages à l'acte violent et d'en garder la trace dans le dossier pour en identifier et prévenir les circonstances favorisantes.**

► ***Homicides et troubles schizophréniques***

Contrairement à l'opinion publique entretenue par les médias, les personnes souffrant de troubles schizophréniques donnent rarement la mort à une victime inconnue ; c'est le cas dans seulement 12 à 18 % des cas (94,96,119,135). L'homicide d'une personne inconnue de l'auteur serait plus fréquent quand l'auteur n'a pas de troubles schizophréniques. Meehan *et al.* (96) ont rapporté 14 % de victimes inconnues quand l'auteur avait des troubles schizophréniques et 23 % quand il n'en avait pas. Cependant, Joyal *et al.* (135) ont montré qu'une personne ayant des troubles schizophréniques et des traits de personnalité psychopathique était plus souvent auteur d'un homicide sur une victime inconnue (18 %) que lorsqu'elle était indemne de tels traits (12 %). La revue de la littérature de Nielssen *et al*. a confirmé la faible occurrence d'homicides d'une victime inconnue lorsque l'auteur avait des troubles schizophréniques (115) : la proportion d'homicides d'une victime inconnue commis par des personnes souffrant de troubles schizophréniques ou d'une psychose non schizophrénique était de l'ordre de 9 % (IC 95 % [7,2-11,2]).

► ***Homicides et troubles de l'humeur***

S'agissant des troubles de l'humeur, la dépression est parfois à l'origine d'actes de violence graves, souvent envers les proches, notamment en cas d'association à une situation de crise existentielle (séparation de couple, épisode passionnel), une psychose délirante, un trouble grave de la personnalité (dyssociale, limite, narcissique, paranoïaque), un abus ou une dépendance à l'alcool ou à d'autres substances psycho-actives (136). Rylander (137) en Suède, à propos de 95 auteurs d'homicide vus en expertise sur une période de 15 ans, a rapporté 16 patients (16,8 %) souffrant de dépression avant leur passage à l'acte, tous ces homicides sauf un revêtant les caractéristiques de filicides à motivation altruiste.

L'étude classique de Resnick (138) a porté sur 131 observations de filicides dans la littérature internationale entre 1751 et 1967. Les homicides d'enfants non désirés au cours des 24 premières heures de vie étaient exclus de l'étude. L'auteur de ces filicides était le plus souvent (67 % des cas) la mère, dont l'âge variait en moyenne entre 20 et 50 ans. L'âge de la victime variait de quelques jours à 20 ans, la période la plus critique paraissant être le premier semestre de la vie, moment des dépressions et des psychoses maternelles du *post-partum.* Resnick a proposé une classification reposant sur le motif le plus apparent de l'auteur du filicide : filicide « altruiste » (49 %), « psychotique aigu » (21 %), enfant non désiré (14 %), accidentel (12 %), vengeance envers le conjoint (4 %). La motivation parentale dans le filicide altruiste serait de soulager l'enfant de souffrances réelles ou imaginaires ou de lui éviter de souffrir du fait du suicide de l'auteur.

Bien qu'il n'existe pas de données publiées précises à ce sujet, l'expérience de terrain démontre que le risque de violence envers les proches inclut les membres de l'équipe soignante, les intervenants de tous ordres auprès du patient ainsi que d'autres malades hospitalisés, ou, en cas d'incarcération, un codétenu.

Recommandation

▪ Il convient de se rappeler que la littérature souligne le fait que les troubles de l'humeur sont susceptibles de générer des manifestations auto et hétéro-agressives dans les mêmes proportions que les troubles schizophréniques.

2.2.2 Facteurs de risque spécifiques des troubles schizophréniques

► ***Considérations cliniques***

Chez un patient souffrant de troubles schizophréniques, l'importance des symptômes positifs et au moins autant celle de la désorganisation et du déficit, l'impulsivité, les idées ou fantasmes violents, les symptômes dépressifs constituent autant de facteurs de risque de violence ou de signes d'alerte. On a vu l'importance des comorbidités : abus ou dépendance à des substances psycho-actives et trouble de la personnalité de type antisocial. Plus le nombre de diagnostics psychiatriques augmente pour un même patient, plus le risque de violence augmente (139).

Peuvent être ainsi dégagés différents registres cliniques associés au risque de survenue de comportements violents chez les personnes souffrant de troubles schizophréniques (140) :

- l'importance des symptômes psychotiques dits productifs : symptômes paranoïdes, méfiance, hostilité, idées de persécution, délire à dominante mystico-religieuse ou mégalomaniaque, syndrome d'influence notamment lorsque le patient obéit à des voix identifiées (43) et lorsque ces signes sont vécus avec intensité ou dans un climat d'exaltation passionnelle. La réticence est également un élément à prendre en considération, comme témoin de l'importance de l'envahissement hallucinatoire et du clivage dans le fonctionnement psychique du patient. Il est nécessaire de rechercher spécifiquement d'autres signes : rêveries diurnes d'agresser autrui, idéation et pratiques perverses, fascination pour les armes ou menaces, écrites ou verbales, évoquant un scénario de passage à l'acte en cours d'élaboration ;

- la présence d'autres éléments cliniques moins spécifiques mais documentés : émotions négatives telles que la peur, l'anxiété, la colère, un sentiment d'incapacité ou d'indignité, le déni de la part du patient mais aussi de son entourage (108), certains effets iatrogènes (akathisie notamment) ;
- le potentiel de génération d'actes violents de certains symptômes négatifs ou dissociatifs, comme le retrait social, l'émoussement affectif et émotionnel, ainsi que la désorganisation idéique et comportementale (7,141) ;
- l'importance des symptômes dépressifs comme facteur de survenue d'actes violents chez la personne souffrant de troubles schizophrèniques comme en population générale (135,142) : selon Swanson *et al.,* le risque de passage à l'acte est de 21,1 % en cas de troubles de l'humeur associés contre 8,4 % en cas de troubles schizophréniques sans trouble de l'humeur (22) ; du reste, idéations voire comportements suicidaires, d'une part, et homicides, d'autre part, sont très fortement corrélés (143) ;
- l'association de troubles schizophréniques à une « personnalité de type antisocial », évoquée dans de nombreuses publications (144-147), apparaît comme un facteur de risque ;
- l'importance essentielle en termes de comportement violent à accorder à une comorbidité du type abus ou dépendance à l'alcool ou à d'autres substances psycho-actives.

► ***Identification de sous-groupes de patients***

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

Joyal *et al.* proposent de distinguer les patients souffrant de troubles schizophréniques violents en trois sous-groupes (135) :

- le premier groupe est représenté par des patients ayant un triple diagnostic : troubles schizophréniques, abus ou dépendance à l'alcool et personnalité antisociale ; dans ce groupe, la violence, typiquement non planifiée, vise généralement un ami (le plus souvent consommateur avec l'agresseur avant le passage à l'acte) ; le risque de réitération de comportements violents est élevé ;
- le deuxième groupe est composé de patients souffrant de troubles schizophréniques évoluant depuis plusieurs années et ayant des dysfonctionnements neurologiques associés (signes neurologiques mineurs [*soft signs*], traumatisme crânien, faible quotient intellectuel, etc.) et/ou neuropsychologiques ; la violence souvent verbale ou dirigée vers des objets est non planifiée, souvent en réaction à une situation de frustration de la vie quotidienne ; elle occasionne rarement des blessures graves ; dans ce groupe, la réitération de comportements violents est fréquente ;
- le troisième groupe correspond aux patients souffrant de troubles schizophréniques paranoïdes, dont la violence semble directement en lien avec le délire ; le geste violent est alors souvent mieux préparé et dirigé contre un proche ; le taux de réitération est faible, souvent tributaire de la poursuite ou de l'arrêt des soins. Il faut souligner la fréquence des formes paranoïdes chez les personnes souffrant de troubles schizophréniques violentes. Les personnes souffrant de troubles schizophréniques auteurs d'homicide ont des troubles schizophréniques de forme paranoïde dans plus de 50 % des cas (cf. tableau 6).

Tableau 6. Fréquence des formes paranoïdes parmi les auteurs d'homicide ayant un diagnostic de troubles schizophréniques

Auteurs, pays	Nombre d'auteurs d'homicide (Durée de l'étude)	Nombre de personnes ayant des troubles schizophréniques parmi les auteurs d'homicide (%)	Pourcentage de formes paranoïdes parmi les personnes ayant des troubles schizophréniques auteurs d'homicide
Eronen *et al*. (1996), Finlande (26)	1 005 (8 ans)	63 (58 H, 5 F) (6,2 %)	49,2 %
Eronen *et al*. (1996), Finlande (28)	1 423 (12 ans)	93 (86 H, 7 F) (6,5 %)	50,5 %
Erb *et al*. (2001), Allemagne (95)	290 (5 ans)	29 (H+F) (10 %)	65,5 %
Schanda *et al*. (2004), Autriche (52)	1 087 (25 ans)	58 (41 H, 17 F) (5,3 %)	63 % H 47 % F

H : homme ; F : femme

Hodgins *et al.* (19) identifient deux profils de schizophrènes violents en fonction de la chronologie d'apparition des troubles :

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

Les premiers se caractériseraient par la présence d'un trouble de personnalité prémorbide de type antisocial, par un meilleur niveau de fonctionnement social, par une exposition plus précoce aux toxiques, par une plus grande tendance à la rupture de soins et par un risque plus marqué de récidive violente grave. Tandis que les *late-starters* seraient fréquemment en difficulté avec l'alcool, leur fonctionnement social serait moins bon, leur victime serait plus fréquemment un proche ou un parent, et leur violence plus accessible aux traitements.

► *Durée de psychose non traitée*

La durée prolongée de psychose non traitée longue serait associée à un risque accru de violence hétéro-agressive (98,148-150). Dans la méta-analyse de Nielssen *et al.,* 38,5 % des homicides étaient commis au cours du premier épisode psychotique, avant la mise en place du traitement initial. La prévalence des taux annuels d'homicides lors du premier épisode psychotique était de 15,5 fois le taux annuel d'homicides après le traitement de la psychose (150).

Recommandation

- **Il convient d'être particulièrement attentif :**
  - **aux idées de persécution (en particulier avec persécuteur désigné, qui est souvent un proche), de contrôle et de grandeur ;**
  - **aux hallucinations auditives impératives ;**
  - **à l'existence d'une personnalité psychopathique sous-jacente ;**
  - **à l'existence d'atteintes cognitives ;**
  - **à l'arrêt des traitements et du suivi ;**
  - **à des projets irréalisables ;**
  - **à l'exposition à des facteurs déstabilisants et à l'absence de soutien social ;**
  - **à la prise d'alcool ou d'autres substances psycho-actives.**

2.2.3 Facteurs de risque spécifiques des troubles de l'humeur

► ***Types de troubles de l'humeur***

Les études centrées sur les corrélations entre troubles mentaux et violence hétéro-agressive retrouvent une élévation significative d'actes violents chez les patients souffrant de troubles bipolaires et de troubles dépressifs caractérisés (14,16,23,29,37,52,139,151). Il apparaît à la lecture des différentes études que l'épisode dépressif caractérisé et les troubles bipolaires de type 1 sont plus fréquemment associés au risque de violence grave que les troubles bipolaires de type 2 (75,152,153). Les actes de violence graves (homicides et agressions sexuelles) sont rares. Chez les patients ayant un trouble de l'humeur avec une comorbidité de trouble de la personnalité ou d'abus ou dépendance à des substances psycho-actives, le risque de violence persiste même après un traitement efficace sur le trouble de l'humeur. Dans l'étude MacArthur, Appelbaum estime le taux de prévalence du comportement violent à 19 % chez les patients déprimés, 15 % chez les patients souffrant d'un trouble bipolaire, évalués 20 semaines après la sortie de l'hôpital sans tenir compte de l'éventuelle consommation de psycho-actives associée (151).

En fait, l'ensemble de la littérature souligne l'importance de la comorbidité, particulièrement les abus et dépendances à des substances psycho-actives et les troubles de personnalité de type antisocial (52).

► ***Symptômes cliniques associés au risque de violence***

Le rôle des variables cliniques dans l'évaluation du risque de violence et de récidive a été longtemps débattu. Les données de la littérature suggèrent que les facteurs cliniques ne jouent pas un rôle majeur dans la prédiction du risque de récidive de violence à long terme chez les personnes ayant des antécédents de violence (154). Néanmoins, il est important de les prendre en compte dans l'évaluation du risque de violence à court terme. Chez les patients souffrant d'un trouble de l'humeur, différentes variables cliniques semblent avoir un impact sur l'augmentation de la prévalence d'actes violents.

Épisode dépressif

La symptomatologie de l'épisode dépressif caractérisé, la tristesse de l'humeur, mais également la péjoration de l'avenir, les idées d'incurabilité, de ruine et les idées suicidaires peuvent favoriser un passage à l'acte auto-agressif mais également hétéro-agressif.

Haggard-Grann *et al.* en 2006 ont retrouvé, dans leur étude sur les délinquants violents réalisée au sein d'une unité de psychiatrie médico-légale et d'une unité d'évaluation pénitentiaire, que les idées suicidaires ou une tentative de suicide multipliaient par 9 le risque de passage à l'acte par rapport à l'absence d'idées suicidaires (155).

Les symptômes dépressifs peuvent également précipiter les passages à l'acte de type homicide-suicide, lorsqu'il existe des idées d'incurabilité. Il peut s'agir d'homicides dits « altruistes » lorsque la personne ayant une dépression grave pense qu'un proche ou un enfant ne pourra survivre en son absence et qu'il serait mieux pour lui de mourir également.

Le Bihan et Bourgeois citent par exemple une étude réalisée par Lecomte et Fornes en France qui mettait en évidence que les auteurs d'un homicide-suicide étaient le plus souvent des hommes sévèrement déprimés qui tuaient leur épouse et souvent leurs enfants (59). Cela a également été retrouvé par Saleva *et al*. (2008) qui notaient un tiers d'épisodes dépressifs caractérisés (n = 3) et un tiers de symptomatologie dépressive (n = 3) chez 9 hommes auteurs d'un homicide-suicide (156).

Pour les auteurs classiques s'intéressant au risque de violence pour autrui dans la dépression, la référence à l'homicide altruiste dans la mélancolie est quasi constante. Ce fait est considéré comme rare mais non exceptionnel (157). Ce type d'homicide, concernant le plus fréquemment des proches, s'inscrit souvent dans un contexte de suicide élargi ou étendu. Les formes cliniques de la mélancolie anxieuse et surtout de la mélancolie délirante paraissent le plus

souvent en cause, le passage à l'acte homicide dérivant des idées de ruine, de culpabilité, de persécution, mystiques ou hypochondriaques étendues aux proches. La préméditation avant l'homicide existe, souvent importante et dissimulée comme pour le suicide.

Dans les cas de filicide, 16 à 29 % des mères et 40 à 60 % des pères commettraient dans les suites un passage à l'acte suicidaire (158). Un état dépressif constitue un facteur de risque lorsqu'il est associé à un état de crise existentielle (séparation, épisode passionnel) (60). Les filicides paraissent particulièrement associés à la dépression.

Recommandation

- **Les cliniciens doivent être avertis du risque de filicide de la part de parents déprimés ou délirants. Les parents déprimés ou délirants doivent être directement questionnés sur la situation actuelle de leurs enfants et les soignants doivent se préoccuper de la protection de ces derniers. Les parents ayant des pensées suicidaires ou des idées délirantes impliquant leurs enfants doivent être évalués pour le risque de filicide. Si la personne est dépressive, les indications d'hospitalisation comprennent notamment ses craintes de faire du mal à ses enfants et des préoccupations non réalistes ou délirantes sur la santé ou le devenir de ces derniers.**

Épisode maniaque

Fazel *et al.* (2010), n'ont pas retrouvé d'augmentation significative du risque de violence chez les patients souffrant de troubles bipolaires en cas d'épisode maniaque par rapport à un épisode de dépression (OR = 1,2 ; IC 95 % [0,8-1,9]). Ils n'ont pas non plus retrouvé d'augmentation du risque de violence en cas d'épisode mixte ou hypomaniaque chez les patients souffrant de troubles bipolaires par rapport à un épisode dépressif (OR = 1,1 ; IC 95 % [0,7-1,7]) (9).

Sur le plan clinique, cependant, les symptômes de l'épisode maniaque (idées de grandeur ou mégalomaniaques, impulsivité, hyperactivité, idées délirantes) peuvent contribuer à la survenue d'un comportement antisocial et à une augmentation de risque de commettre une infraction (106). Le sentiment de toute puissance peut également amener à des affrontements avec les personnes représentant l'autorité et à des violences physiques lorsque le patient est contrarié dans ses projets (59). Dans l'accès maniaque, les actes antisociaux sont décrits comme relativement fréquents mais de moindre gravité que dans la dépression (59,142).

L'expérience clinique semble indiquer la particulière prédisposition des personnes ayant un état mixte au passage à l'acte violent.

Idées délirantes

L'existence de symptômes psychotiques spécifiques tels que les idées de grandeur, mégalomaniaques ou de persécution semblent être des facteurs de risque de violence. L'existence d'idées délirantes de persécution augmente le risque de violence notamment lorsqu'il y a un persécuteur désigné, en cas d'hypomanie sans fuite des idées ou de manie chronique résistant partiellement au traitement médicamenteux. Par ailleurs, les idées délirantes de ruine, de culpabilité et les préoccupations mystiques sont souvent rencontrées en cas de syndrome dépressif caractérisé mélancoliforme et de mécanisme hallucinatoire. Les hallucinations peuvent être impératives intimant au patient de commettre des actes de violence parfois homicides (59,98).

Impulsivité, hostilité

Le défaut d'inhibition comportementale est un trait présent dans un certain nombre de troubles psychiatriques dont les troubles bipolaires, et l'impulsivité semble être particulièrement importante durant les épisodes maniaques, mais également lors des phases euthymiques chez les patients bipolaires (159,160).

Les études suggèrent que la majorité des agressions chez les sujets bipolaires sont de type

impulsif et interviennent lors des épisodes maniaques (54). Le type d'infractions (menaces verbales et vandalisme ou incendie volontaire) pour lesquelles les patients bipolaires sont les plus souvent arrêtés suggère que l'impulsivité joue un rôle majeur dans la commission des actes délictueux de ces patients (106). Il s'agit d'agressions associant une colère extrême, une destruction de biens ou une agitation. Elles sont souvent précédées de menace et ne sont pas planifiées, survenant en réponse à une provocation ou la perception d'une menace. Des sentiments de regret sont généralement rapportés après le passage à l'acte.

Les liens cliniques entre suicide et hétéro-agressivité sont importants. Dans une étude d'Oquendo, 21 patients bipolaires avec antécédents de suicide étaient comparés à 23 bipolaires sans antécédents de suicide. Ils avaient des scores plus élevés d'hostilité et d'impulsivité et davantage d'antécédents de passages à l'acte hétéro-agressifs (161). Dans les passages à l'acte homicidaires du sujet déprimé, de fréquentes idéations suicidaires sont retrouvées dans les jours précédant l'acte, ce dernier étant souvent suivi de suicide (119,162).

Une attention doit être portée sur les états mixtes, qui, favorisant la désinhibition, favorisent le passage à l'acte.

3 Violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une addiction associée à des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur

Les conséquences médico-légales de la consommation de substances psycho-actives en population générale (163,164) justifient la recherche d'un lien entre violence, maladie mentale grave et abus ou dépendance à des substances psycho-actives.

On entend par consommation de substances psycho-actives la consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes, notamment de benzodiazépines.

Depuis les années 1980, les études réalisées présentent une hétérogénéité méthodologique importante rendant difficile la possibilité de dégager des conclusions univoques (différents types de violence, de périodes d'exploration, de population, de schéma d'étude) avec la crainte d'une surstigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux qui a conduit à considérer avec prudence l'attribution de l'excès de violence à la seule maladie mentale.

Plusieurs revues de la littérature et méta-analyses récentes dont celle de Fazel *et al.* (8) éclairent sur un lien de plus en plus solide entre abus ou dépendance à des substances psycho-actives, maladie mentale grave et violence hétéro-agressive, étayant les théories de la vulnérabilité partagée.

L'association est bien documentée pour les patients souffrants de trouble schizophrénique et autres psychoses, quels que soient le type de violence et la population étudiée, mais apparaît moins claire pour les troubles de l'humeur (faible nombre d'études spécifiques et hétérogénéité des méthodes).

3.1 Analyse des liens entre hétéro-agressivité, maladies mentales graves (troubles schizophréniques et troubles bipolaires) et abus ou dépendance à des substances psycho-actives

D'après la méta-analyse de Fazel *et al.* (8) il apparaît qu'une grande partie de l'excès de violence observée chez les patients souffrant de troubles mentaux graves est attribuable aux comorbidités addictives associées plus qu'aux troubles mentaux en soi.

Dans la figure 2, un abus ou une dépendance à une substance psycho-active isolée apparaît plus en lien avec le risque de violence que ne l'est un trouble mental grave isolé : abus-

dépendance à une substance psycho-active (OR = 7,43 ; IC 95 % [4,33–12,73]) *versus* trouble psychotique (OR = 4,99 ; IC 95 % [3,91–6,37]).

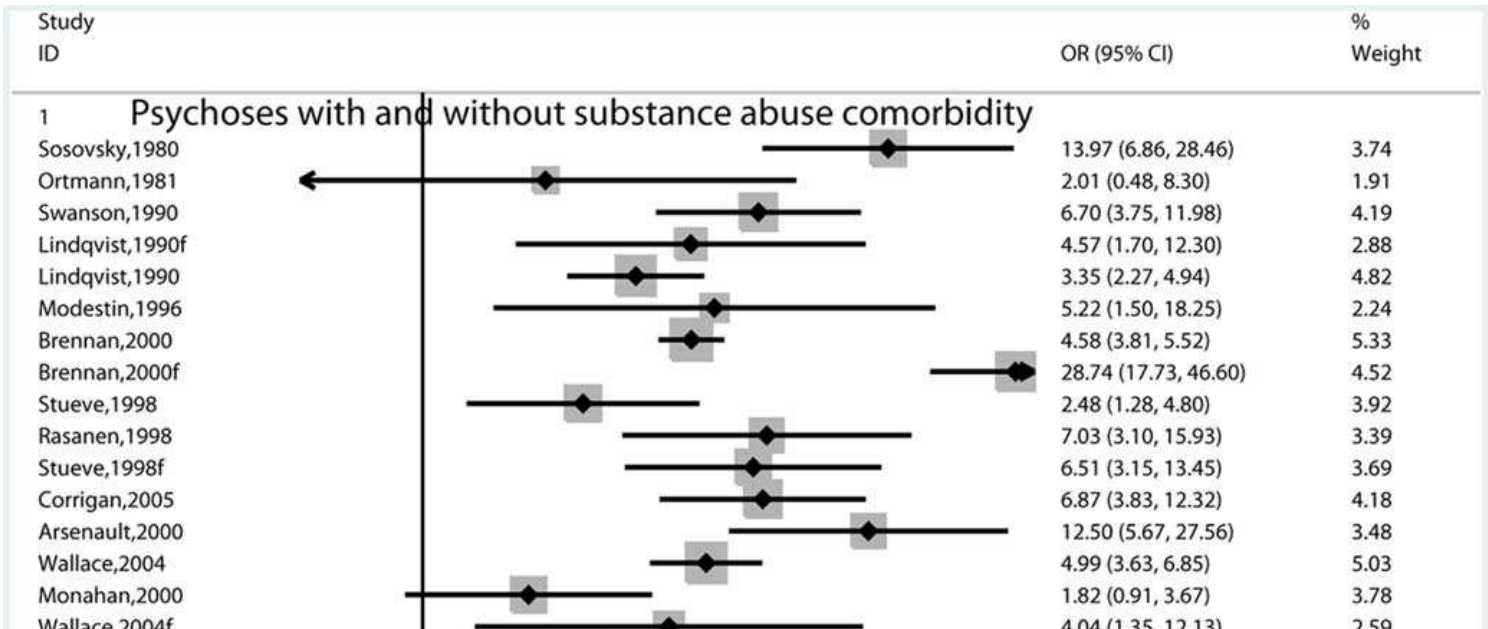

Figure 2. Estimation du risque de violence chez les personnes souffrant de troubles schizophréniques ou ayant une autre psychose comparativement à des personnes ayant un abus isolé de substance psycho-active, d'après Fazel *et al.* 2009 (8).

Globalement le risque de violence est multiplié par 5 chez les patients souffrant de troubles schizophréniques ou d'autres troubles psychotiques graves par rapport à la population générale et multiplié par 8,9 en cas d'abus ou de dépendance comorbide à des substances psycho-actives. Le risque de violence chez les patients atteints de troubles schizophréniques sans abus ou dépendance à des substances psycho-actives est multiplié par 2,1 (8) (cf. tableau 7).

La cooccurrence de troubles schizophréniques avec un abus ou une dépendance à des substances psycho-actives augmente le risque de comportement violent (7,8,28,37,76,164), qu'il s'agisse d'un abus ou d'une dépendance à l'alcool (15) ou à une autre substance psycho-active (84).

Tableau 7. Risque de passage à l'acte violent des personnes ayant des troubles schizophréniques avec et sans abus ou dépendance à des substances psycho-actives par rapport à la population générale

Auteur	Population étudiée	Troubles schizophréniques isolés OR [95 % IC]	Troubles schizophréniques + troubles liés à des substances psycho-actives OR [IC 95 %]
Arseneault *et al*. (2000) (16)	Étude prospective Suivi d'une cohorte de jeunes adultes (n = 961)	2,5 [1,1-5,7]	8,3 [3,2-21,5] (alcool) 18,4 [7,5-45,3] (cannabis)
Wallace *et al*. (2004) (45)	Étude prospective, suivi de 25 ans Schizophrènes (n = 2 861) Groupe contrôle (n = 2 861)	1,6 [1,3-1,9]	25,2 [20,0-31,7]
Fazel *et al*. (2009) (164)	Étude longitudinale Schizophrènes (n = 8 003) Groupe contrôle (n = 80 025)	1,2 [1,1-1,4]	4,4 [3,9-5,0]
Elbogen et Johson (2009) (37)	Suivi prospectif de personnes vivant en communauté (n = 34 653)	-	4,22 [1,35-13,26]
Fazel *et al*. (2009) (8)	Méta-analyse	2,1 [1,7-2,7]	8,9 [5,4-14,7]

OR : *odds ratio* ; IC : Intervalle de confiance

Par ailleurs l'enquête épidémiologique NESARC (37) a montré une association entre violence, abus ou dépendance à une substance psycho-active et maladie mentale grave. L'existence seule d'une maladie mentale grave n'est pas associée à une occurrence plus élevée de survenue de violence en analyse multivariée.

Les substances psycho-actives le plus fréquemment consommées chez les patients souffrant de troubles schizophréniques et ayant un comportement violent sont l'alcool (89 %), le cannabis (27 %) et les benzodiazépines (13 %) (165).

Différents facteurs sociodémographiques, biographiques ou cliniques, dont l'abus ou la dépendance aux substances psycho-actives plus fréquemment rencontrés chez les sujets ayant des maladies mentales graves, doivent coexister pour être associés à un accroissement significatif de l'incidence de la violence. Les facteurs mis en évidence sont : âge, sexe, antécédent d'acte violent, détention en période adolescente, antécédent de maltraitance physique, problème judiciaire parental, chômage récent (année précédente), cooccurrence de maladie mentale grave, usage de substance, victimation l'année précédente (37).

Plusieurs études de haut niveau de preuve permettent d'établir que la comorbidité abus ou dépendance à une substance psycho-active augmente significativement la prévalence de comportement violent chez les patients souffrant d'un trouble bipolaire ou d'un épisode dépressif (prévalence multipliée par 2 à 8). En l'absence de comorbidité abus ou dépendance à une substance psycho-active, la prévalence de comportement violent dans cette population est presque identique à celle de la population générale (8,37,58,164).

Plus spécifiquement l'étude de Fazel *et al.* (9) montre que l'essentiel de l'excès de violence enregistré chez les patients bipolaires serait attribuable principalement aux conduites addictives, notamment à l'alcool, et pour une moindre part à des facteurs familiaux, qu'ils soient de nature génétique ou environnementale.

3.2 Conclusion

L'abus ou la dépendance aux substances psycho-actives joue un rôle majeur dans l'excès de violence constaté chez les personnes souffrant de troubles schizophréniques et de troubles bipolaires comparativement à la population générale, même si les limites méthodologiques de la majorité des études disponibles nécessiteraient l'élaboration de travaux de recherche complémentaires ciblés (par pathologie, substance, âge, genre, contexte, etc.) et idéalement prospectifs.

La fréquente cooccurrence des conduites addictives et des maladies mentales graves justifie la formation spécifique des différentes catégories de professionnels dans l'objectif de permettre un repérage systématique de la comorbidité, des actions de prévention et des prises en charge précoces.

Au-delà des traitements conjoints difficiles à mettre en place en raison du fréquent clivage des structures de soins, la prise en charge requiert la mise en place de réseaux de soins, le partage des connaissances, le renforcement de la coordination entre les différents professionnels sur l'ensemble du parcours de soins dans le but de personnaliser la prise en charge des patients. Des formations interdisciplinaires sont indispensables.

Recommandations

- **En raison du rôle majeur des substances psycho-actives dans l'excès de violence constaté chez les personnes souffrant de troubles schizophréniques ou de l'humeur, il est recommandé de repérer systématiquement les consommations par un examen clinique minutieux et, si besoin, des examens complémentaires sur signes d'appel, tant au cours du suivi que des situations de crise, en engageant une démarche de soins globale.**
- **Il est recommandé, en raison du manque de reconnaissance des troubles addictifs comorbides et de la stigmatisation des troubles mentaux, une meilleure formation des professionnels et la généralisation de l'information du public sur l'impact des substances psycho-actives sur les actes de violence, avec ou sans trouble psychiatrique comorbide.**
- **La fréquente cooccurrence des conduites addictives et des troubles mentaux graves nécessite l'abolition des cloisonnements entre les structures de soins psychiatriques et addictologiques, ainsi que le renforcement de la coordination entre les différents professionnels dans un but de repérage, de prise en charge précoce individualisée et de mise en place d'actions de prévention. Il faut promouvoir les formations interdisciplinaires, temps fort de la prise de conscience de la réalité de terrain et de la diversité des champs d'exercice.**
- **En milieu pénitentiaire, au-delà du repérage, du traitement et de l'organisation coordonnée des soins psychiatriques et addictologiques des personnes souffrant de troubles mentaux, il convient de préparer leur sortie et de les orienter vers les structures de soins au moyen des réseaux.**

4 Violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une psychopathie associée à des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur

Le terme de psychopathie pose un problème car il n'existe pas en tant que tel dans les définitions internationales. La persistance du terme psychopathie dans l'usage courant témoigne néanmoins de son utilité pour les professionnels de santé qui l'emploient comme catégorie pratique, intuitive et correspondant essentiellement à une expérience partagée (166).

En effet, le DSM-IV distingue deux catégories : la personnalité antisociale (F 63.2) et la personnalité *borderline* (F 60.31). La CIM-10 en reconnaît trois : la personnalité dyssociale (F 60.2) et la personnalité émotionnellement labile (F 60.3) avec deux sous-types, le type impulsif (F 60.30) et le type *borderline* (F 60.31) (cf. tableau 8 ci-dessous (166)).

Tableau 8. De personnalité antisociale en personnalité *borderline*, la confrontation entre CIM-10 et DSM-IV (166)

	CIM-10	DSM-IV
Personnalité antisociale	F 60.2 : dyssociale Écart entre comportement et normes sociales Absence de culpabilité Attitude irresponsable Incapacité à maintenir durablement les relations Faible tolérance à la frustration Indifférence froide	Antisociale : Incapacité à se conformer à la loi Absence de remords Irresponsabilité Instabilité des relations interpersonnelles Besoin de tromper par profit Impulsivité, irritabilité, agressivité
Personnalité *borderline*	F 60.31 : émotionnellement labile *borderline* Abandon Sentiments de vide Relations intenses et instables Instabilité Menaces de suicide Gestes auto-agressifs	*Borderline :* Efforts pour éviter les abandons Sentiments chroniques de vide Relations instables Perturbation de l'identité Impulsivité Répétitions Idéation persécutoire
Personnalité impulsive	F 60.30 : émotionnellement labile type impulsif Instabilité émotionnelle Manque de contrôle des impulsions Accès de violence Comportements menaçants Intolérance à la critique	

Il convient de noter que l'un des diagnostics différentiels de l'organisation de la personnalité à expression psychopathique est l'héboïdophrénie qui est une des formes de la clinique traditionnelle des psychoses schizophréniques. Son tableau clinique comporte des troubles du comportement d'allure psychopathique, surtout au début de son évolution.

4.1 Troubles schizophréniques et traits de personnalité antisociale

Une personnalité ou des éléments psychopathiques (impulsivité, méfiance), associés ou non à la maladie mentale grave (troubles schizophréniques et autres psychoses), sont des facteurs de risque de violence et/ou d'homicide (167,168).

Abushua'leh Abu-Akel (167) différencient deux groupes de patients ayant des troubles schizophréniques violents : ceux avec une forte symptomatologie psychotique et une faible composante psychopathique et inversement ceux avec une symptomatologie psychotique de faible intensité et un fonctionnement psychique psychopathique prédominant. Pour ces auteurs, l'expression de la violence de ces patients résulterait de la combinaison, en proportion variable, de traits de fonctionnement psychopathique (manque d'empathie, faible capacité de contrôle comportemental) et d'un état psychopathologique (hostilité, méfiance, non-coopération).

Hodgins (89), relayée par d'autres auteurs (45,120,135), estime que la chronologie est un point important à relever dans une étude sur le comportement violent en cas de troubles schizophréniques. Elle identifie deux profils distincts de patients souffrant de troubles schizophréniques et violents (144,147,169). D'une part, les *early-starters* qui débuteraient des actes de délinquance dès l'adolescence avant l'apparition de leur maladie et auraient des comportements antisociaux dès leur plus jeune âge. D'autre part, les *late-starters* qui commettraient leur premier acte délinquant à l'âge adulte après l'apparition de la maladie. Chez

ces derniers le comportement violent paraîtrait secondaire à la maladie mentale. Les patients au comportement violent précoce se caractériseraient par la présence d'un trouble de la personnalité de type antisocial ou psychopathique (170), alors que ceux au comportement violent plus tardif se caractériseraient plutôt par un abus ou une dépendance à l'alcool plus fréquent (171).

Toutefois, comme le suggère Hodgins, les « troubles des conduites » antisociales précoces peuvent être également liés à un usage précoce du cannabis (avant l'âge de 14 ans) lui-même associé à un risque accru de développer des troubles schizophréniques (172).

D'une façon plus générale, les patients souffrant de troubles schizophréniques auteurs d'homicide ayant des traits de personnalité antisociale consomment plus souvent des substances psycho-actives (173), sachant que la consommation de substances psycho-actives est en elle-même un facteur de risque d'actes violents.

Comme cela a été vu précédemment, Joyal *et al.* ont proposé de distinguer les personnes violentes souffrant de troubles schizophréniques en trois sous-groupes (135). Cette différenciation de sous-groupes de patients permettrait de mieux identifier ceux à risque élevé de rechute et de cibler des éléments pathologiques afin d'améliorer la prise en charge et donc la prévention, même s'il existe un taux élevé de faux positifs et que le nombre de patients non violents dépasse celui des violents. Cette distinction est aussi l'occasion de montrer que les patients souffrant de troubles schizophréniques ne représentent pas un groupe homogène vis-à-vis de la violence, permettant d'éviter la stigmatisation et d'aider à comprendre et prévenir leur violence.

4.2 Troubles de l'humeur et traits de personnalité antisociale

Peu d'études récentes se sont intéressées spécifiquement au lien entre la violence, les troubles de la personnalité et les troubles de l'humeur. Látalová en 2009 retrouvait qu'une personnalité antisociale comorbide augmentait chez les patients ayant un trouble bipolaire le risque de violence hétéro-agressive (54). Indirectement Modestin *et al.* montraient en 1997 des liens entre la présence de troubles de la personnalité et des antécédents de condamnation chez les personnes souffrant de troubles de l'humeur (174). L'étude de Swann *et al.* en 2010 permettait de retrouver l'implication des troubles de la personnalité du cluster B (personnalités *borderline*, narcissique, histrionique, antisociale) dans l'augmentation de la prévalence de l'abus ou la dépendance à une substance psycho-active comme comorbidité et donc dans le risque de passage à l'acte hétéro-agressif (175).

4.3 Conclusion

L'association de traits psychopathiques avec des troubles schizophréniques ou des troubles bipolaires semble effectivement augmenter le risque de passage à l'acte violent.

Concernant les troubles schizophréniques, il faut évoquer devant des traits psychopathiques la forme héboïdophrénique : une forme clinique susceptible d'entraîner plus de comportements violents que les autres formes et qui rassemble l'ensemble de la symptomatologie décrite.

Enfin, qu'il s'agisse de troubles schizophréniques ou de troubles de l'humeur, le cumul des comorbidités (psychopathie, abus ou dépendance à des substances psycho-actives) augmente les risques de passage à l'acte violent.

Recommandation

- **La recherche de maladies mentales graves (troubles schizophréniques, autres psychoses et troubles de l'humeur) est recommandée devant des symptomatologies atypiques comportant notamment des « troubles des conduites » antisociales, sans méconnaître la forme héboïdophrénique des troubles schizophréniques telle qu'elle est décrite par la clinique française.**

5 Conclusion concernant les études épidémiologiques

Les connaissances épidémiologiques sont documentées en termes de facteurs de risque (cf. tableaux 9 et 10). Les recherches concernant les relations entre facteurs cliniques et violence n'ont pas toujours donné des résultats très concordants – la question des abus et dépendances à des substances psycho-actives mise à part, ce dernier facteur étant universellement identifié, seul ou en comorbidité, comme très fortement associé avec les conduites agressives. Les autres variables cliniques ne contribuent que modérément à l'identification du risque de survenue de violence, pas plus en tout cas que bon nombre de variables « générales » : en effet l'âge (jeune), le sexe (masculin), le statut socio-économique (bas) ou bien encore la qualité de l'environnement (voisinage défavorisé, absence de logement) sont des indicateurs reconnus de comportements violents. Ces variables générales, en outre, par la force de leur association statistique avec les comportements antisociaux, peuvent masquer l'effet éventuel des éléments cliniques dans les analyses épidémiologiques.

Toutes les personnes souffrant de troubles mentaux ne sont pas violentes, il s'en faut de beaucoup : l'agressivité représente l'exception et non la règle dans la présentation clinique. Depuis les années 1990, des études méthodologiquement rigoureuses auraient dû permettre d'apporter un éclairage serein et réaliste sur les liens réels entre maladie mentale et violence. La vérité documentée est que la très grande majorité des comportements violents sont le fait de sujets indemnes de troubles mentaux graves (troubles schizophréniques et autres troubles délirants, et troubles de l'humeur) : ces derniers seraient en lien avec 0,16 cas d'homicide pour 100 000 habitants et par an, alors que le taux d'homicides en population générale est de 1 à 5 pour 100 000 habitants et par an (7).

Recommandation

- **Bien que des facteurs de risque de violence aient été identifiés, aucun n'est absolu. La présence de facteurs de risque ne doit pas faire perdre de vue que la violence s'inscrit dans l'histoire évolutive des troubles cliniques de la personne entre des périodes critiques et des périodes de stabilisation.**

Tableau 9. Facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients souffrant de troubles schizophréniques

Facteurs généraux	Facteurs spécifiques
Facteurs sociodémographiques	**Diagnostic actuel**
- Âge jeune < 40 ans - Genre masculin - Statut économique précaire - Faible niveau d'éducation - Célibat	- Schizophrénies de forme paranoïde - Abus ou dépendance aux substances psycho-actives comorbide - Personnalité antisociale comorbide (héboïdophrénie)
Antécédents	**Symptômes**
- Antécédents personnels et familiaux judiciaires, de violence envers autrui ou d'incarcération - Antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool - Antécédents de « troubles des conduites » dans l'enfance ou à l'adolescence - Antécédents de victimation - Retard mental	- Symptomatologie psychotique positive - Idées délirantes de persécution, de mégalomanie, de mysticisme, syndrome d'influence - Rêveries diurnes d'agresser autrui, idéation et pratiques perverses - Menaces écrites ou verbales évoquant un scénario de passage à l'acte en cours de constitution - Fascination pour les armes - Méfiance et réticence - Participation émotionnelle intense - Retrait social, émoussement affectif, désorganisation - Idées, fantasmes et propos de violence - Idées suicidaires - Symptomatologie dépressive - Dysfonctionnement frontal
Facteurs contextuels	**Facteurs liés aux soins**
- Être victime de violence dans l'année - Divorce ou séparation dans l'année - Sans emploi dans l'année	- Défaut d'accès aux soins - Incapacité à demander de l'aide - Déni des troubles et faiblesse de l'*insight* - Longue durée de psychose non traitée - « Pseudo-alliance thérapeutique » - Rupture du suivi psychiatrique - Non-observance médicamenteuse - Insuffisance du suivi au décours immédiat d'une hospitalisation

Tableau 10. Facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients souffrant d'un trouble de l'humeur

Facteurs généraux	Facteurs spécifiques
Facteurs sociodémographiques	**Diagnostic actuel**
- Âge jeune < 40 ans - Genre masculin - Statut économique précaire - Faible niveau d'éducation - Célibat	- Trouble bipolaire type 1 > type 2 - Épisode dépressif caractérisé - Abus ou dépendance aux substances psycho-actives associé - Personnalité antisociale associée - État mixte - Épisodes dépressifs récurrents brefs
Antécédents	**Symptômes**
- Antécédents personnels et familiaux judiciaires, de violence envers autrui ou d'incarcération - Antécédent d'abus ou de dépendance à l'alcool - Antécédent de « troubles des conduites » dans l'enfance ou à l'adolescence - Antécédents de victimation - Retard mental	- Idées délirantes de ruine, de culpabilité, de grandeur ou mégalomaniaques ou idées délirantes non congruentes à l'humeur, persécution - Impulsivité, hostilité - Symptomatologie mélancolique - Idées suicidaires - Péjoration de l'avenir, incurabilité
Facteurs contextuels	**Facteurs liés aux soins**
- Être victime de violence dans l'année - Divorce ou séparation dans l'année - Sans emploi dans l'année	- Défaut d'accès aux soins - Incapacité à demander de l'aide - Déni des troubles et faiblesse de l'*insight* - Durée d'évolution avant le diagnostic - « Pseudo-alliance thérapeutique » - Rupture du suivi psychiatrique - Non-observance médicamenteuse - Insuffisance du suivi au décours immédiat d'une hospitalisation

6 Apports critiques de la neuro-imagerie fonctionnelle et des neurosciences à l'évaluation de la « dangerosité psychiatrique »

Les neurosciences étudient le développement, la structure et le fonctionnement du système nerveux, du niveau moléculaire au niveau psychologique, en utilisant des méthodes appartenant à l'imagerie structurale ou fonctionnelle, à la biologie, à la neurologie, à la psychiatrie et à la psychologie.

Si historiquement c'est l'observation de la pathologie (ex. traumatismes crâniens) qui a permis de comprendre le rôle du cerveau dans les comportements, c'est aujourd'hui l'apport de l'imagerie qui permet d'accéder de façon non invasive à l'examen *in vivo* de la structure et du fonctionnement du cerveau humain et de son interaction avec l'environnement (176).

6.1 État de la question : violence et neuro-imagerie

Dans le domaine des neurosciences, il n'existe pas de travaux sur la dangerosité, mais des études sur le comportement violent envers soi-même ou autrui. Les apports de l'imagerie dans l'étude de la neuropsychologie des comportements agressifs et violents apportent un éclairage intéressant. A la recherche de modèle de compréhension, au delà de l'expérimentation animale, les chercheurs se sont penchés sur le suicide, la bipolarité et la psychopathie.

Les liens entre suicide et violence sont remarquables en ce que l'un est facteur de risque pour l'autre. En effet, la plupart des mécanismes neurobiologiques impliqués dans les actes de violence seraient identiques à ceux du suicide (177) : ils seraient attribués à une dysrégulation du contrôle des impulsions et des émotions. Sur le plan neuropsychologique, les réseaux impliqués partageraient des structures communes notamment les réseaux fronto-limbiques (178).

Ces résultats confortent en clinique l'idée du risque accru de conduites suicidaires chez les sujets violents, ce que l'armée de l'air américaine a remarqué en démontrant que la prévention du suicide entraînait une prévention des violences sur autrui (179).

Les études chez des sujets « impulsifs et agressifs » en imagerie structurale rapportent un plus faible volume de substance grise dans les régions frontales, cohérent avec le modèle neuropsychologique du rôle de régulation de ces structures (180). Par ailleurs, lorsqu'il y a abus ou dépendance à des substances psycho-actives (alcool, psychostimulants) on retrouve une atteinte diffuse de la substance grise sur le plan morphologique et une hypoactivation du réseau fronto-limbique sur le plan fonctionnel. De tels résultats pourraient renforcer les observations cliniques et épidémiologiques des liens entre violence et consommation de substances psycho-actives (181).

Les données de l'imagerie ont d'autre part contribué à préciser des hypothèses développementales concernant les personnes ayant des comportements violents et un trouble de la personnalité de type antisocial. L'exposition précoce aux substances psycho-actives, mais aussi aux accidents ou aux infections (182), pourrait ainsi interférer avec les processus du développement cérébral notamment à l'adolescence (182,183).

6.2 Neuro-imagerie, psychose et violence

Concernant les psychoses, les études en imagerie tant structurale que fonctionnelle se limitent à des comparaisons entre des patients ayant commis des actes de violence et des patients sans histoire médico-légale (184-187). Les résultats montrent en général une réduction du volume global et de l'activité des structures frontales et temporales chez les patients ayant commis des actes médico-légaux (notamment les plus impulsifs d'entre eux) par rapport aux sujets n'ayant pas commis d'actes violents. Sur le plan fonctionnel des travaux suggèrent l'implication d'un circuit associant cortex frontal, hippocampe et amygdale (188,189). Ces anomalies restent significatives même en excluant l'effet des substances psycho-actives (188,190).

6.3 Limites

Ces résultats intéressants et prometteurs ne sont pas sans limites. D'une part, la plupart des études sont des études cas-témoins de faible effectif ou des cas singuliers. D'autre part, les comportements violents sont plus complexes que les comportements classiquement étudiés en neurosciences, ils nécessitent des paradigmes souvent éloignés des situations écologiques et l'imagerie réalisée ne reflète que le fonctionnement cérébral au moment de l'examen et non lors de la commission de l'acte violent. La finalité des recherches reste parfois obscure, ce qui n'est pas sans poser des problèmes éthiques.

6.4 Le pouvoir de fascination et le risque de dérive

Le développement de la neuro-imagerie est considérable : elle produit des images objectives à haut pouvoir de fascination sur les scientifiques, les médias et le public. Cela étant, aucun résultat ne permet de suggérer qu'une anomalie particulière a pu contribuer à ce qu'un individu commette un acte violent.

Il est impossible de reconstituer l'état biologique réel du cerveau au moment de l'acte. L'idée que les comportements trouvent leur origine dans une structure spécifique, dans une lésion ou dans un dysfonctionnement du cerveau, n'est pas étayée à ce jour par une preuve scientifique

et ne peut en aucun cas être un argument pour une utilisation prédictive ou expertale. Certains auteurs rappellent qu'il est impossible de lier sous forme de causalité directe et univoque quelques millimètres cubes de matière cérébrale à un comportement antisocial ou d'anticiper avec certitude le comportement déviant d'un individu sur la seule base de données neurobiologiques ou de neuro-imagerie (191).

Recommandations

- **En l'état actuel des connaissances, la neuro-imagerie fonctionnelle n'est pas un outil diagnostique ou pronostique du risque de violence chez un patient atteint de troubles mentaux.**
- **En revanche, il ne faut se priver d'aucun examen complémentaire devant toute symptomatologie atypique qui pourrait être l'expression clinique d'un trouble neurologique ou d'une autre maladie somatique.**

Évaluation et premiers recours en cas de signes d'alerte de passage à l'acte violent

1 Signes d'alerte

Les signes d'alerte permettant une anticipation des moments de violence chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques sont d'abord aspécifiques et généraux comme pour toute violence. Les signes d'alerte spécifiques comprennent des signes ou des symptômes relevant de la clinique des états de décompensation. C'est une véritable « clinique du quotidien », surtout observée par les proches, qui peut être différente selon le patient concerné. Ils intègrent tous les signes d'épuisement de l'entourage proche, lui-même moins attentif et plus distant face à la personne malade.

La violence correspond à un comportement de désespoir, de défense de son entourage ou de son territoire, et de recherche de la seule position active possible à ce moment-là. Elle survient en réaction à un sentiment d'agression réelle ou ressentie. Elle intervient toujours en relation interactive et traduit la destruction de la capacité de penser et de parler.

Il est important de différencier plusieurs types de violence ainsi que leur degré de gravité éventuelle :
- agression verbale ;
- violence contre les objets ;
- violence contre soi-même ;
- violence contre autrui ;

ainsi que leur degré d'intensité.

On peut distinguer des comportements agressifs, impulsifs, organisés ou imprévisibles. On peut repérer des signes plus spécifiques relevant d'une clinique du quotidien.

Le repérage des signes d'alerte peut être effectué à partir de plusieurs sources :
- le patient lui-même ;
- son entourage ;
- le médecin traitant, généraliste ou psychiatre ;
- les aidants de proximité ;
- les professionnels de santé, l'équipe soignante : psychiatres, infirmiers, psychologues, assistants sociaux, etc.

Les moments de violence chez les sujets souffrant de troubles psychiatriques doivent être anticipés car ils sont à l'origine d'une véritable spirale :
- honte de ce comportement ;
- culpabilité ;
- réaction de l'entourage conduisant à entretenir et développer une crainte du patient ;
- épuisement de l'entourage et contre-agressivité en miroir.

L'expérience clinique fait également apparaître différents facteurs de protection limitant le risque de comportement violent : capacité à demander de l'aide, facteurs familiaux et sociaux, large réseau social, participation aux soins, etc.

Souvent liés aux comportements auto-agressifs, les comportements hétéro-agressifs touchent d'abord la famille et les proches, d'autres patients, les professionnels de santé, exceptionnellement des personnes sans aucun lien avec le patient.

Du fait des représentations de la maladie mentale dans la population générale et d'un climat souvent passionnel, il existe une surestimation manifeste des risques de comportement violent. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une réalité clinique, connue de longue date. Elle doit être prise en compte de façon responsable par une évaluation rigoureuse du risque de violence. Ceci permet de diminuer la peur, elle-même facilitatrice de violence.

Pour la majorité des auteurs, la maladie mentale grave n'est pas, en elle-même, un fort indicateur de violences à venir. Les facteurs qui participent à la genèse des comportements violents sont multiples et souvent intriqués. L'association maladie mentale grave et abus ou dépendance à des substances psycho-actives majore le risque, de même que certains événements de vie.

Recommandations

▪ Il est important de différencier plusieurs types de violence ainsi que leur degré de gravité éventuelle et leur degré d'intensité :
- **agression verbale ;**
- **violence contre les objets ;**
- **violence contre soi-même ;**
- **violence contre autrui.**

On peut distinguer des comportements agressifs, impulsifs, organisés ou imprévisibles. On peut repérer des signes plus spécifiques de la maladie ou du patient, relevant d'une clinique du quotidien.

▪ Il convient de protéger les proches en cas de risque de passage à l'acte violent, au besoin en recourant à une hospitalisation du patient.

1.1 Signes d'alerte généraux

Les signes d'alerte correspondent à des symptômes émotionnels affectifs et cognitifs. Ils peuvent être précurseurs d'une aggravation de la pathologie, dans le sens d'une rechute.

L'anxiété peut majorer des réactions de peur et modifier les relations avec les proches. Les troubles cognitifs correspondent à une difficulté à interpréter les expressions du visage, à comprendre les intentions des autres, à interpréter ses propres réactions ou les conséquences de ses actes.

Un projet suicidaire est classiquement associé à une possibilité de violence hétéro-agressive.

L'hostilité, le refus de soins, le mauvais contrôle des impulsions, la méfiance, associés à l'agressivité, peuvent être interprétés comme des signes précurseurs de moments de violence.

Parmi les situations à risque de comportements violents, il faut savoir repérer :
- certaines ruptures de soins qui, dans un contexte clinique particulièrement préoccupant, peuvent en être l'une des premières manifestations ;
- une « pseudo-alliance thérapeutique », qui peut faire illusion auprès de l'équipe et des proches, et ainsi conduire à une prise en charge trop distante et inadaptée ;
- des antécédents de mauvaise observance et de sévérité de la maladie ;
- un refus du traitement ;
- la consommation d'alcool ou d'autres substances psycho-actives, notamment l'augmentation de cette consommation ;
- etc.

L'irritabilité, les moments d'intolérance dans la vie quotidienne, toute modification subite tant dans la présentation physique que dans la relation à l'autre peuvent être des signes précurseurs. Certains signes sont parfois spécifiques d'une personne donnée. Ils sont bien connus des familles, du médecin traitant, des équipes soignantes et parfois du patient lui-même. Véritables symptômes prodromiques (« signal symptôme »), ils doivent être reconnus comme tels par l'équipe soignante et consignés dans le dossier (aggravation de certains symptômes, scarifications, automutilations, voyages pathologiques, etc.). Ils doivent également être évoqués avec le patient et son entourage, afin qu'ils puissent apprendre à les reconnaître et qu'ils participent comme acteurs à la prévention des décompensations et des rechutes.

Le patient lui-même peut percevoir sa propre montée de tension, un sentiment de transformation du monde vécu comme hostile, des pensées tyranniques centrées sur des

fantasmes de passages à l'acte violents. Il peut en résulter un appel à l'aide implicite adressé aux proches, au médecin généraliste, aux services d'urgences, à l'équipe de secteur, appels qu'il faut savoir reconnaître.

Les événements de vie traumatisants (deuil, séparation, changement brutal dans le quotidien, etc.), l'augmentation du niveau émotionnel familial (diminution de la tolérance du patient, peur et surestimation du risque de comportement violent, escalade du niveau d'exigence de la part des proches), la dépendance économique du patient et les conflits qui peuvent en résulter doivent être pris en considération.

Recommandation

▪ **Dans la recherche et la transmission des antécédents, il faut penser à préciser l'existence et le contexte situationnel et émotionnel de survenue des moments de violence dans le parcours clinique du patient et les « signaux symptômes ».**

1.2 Signes d'alerte dans les troubles schizophréniques

Recommandation

▪ **Il convient de prendre en compte les signes d'alerte suivants dans les troubles schizophréniques :**

- **la nature du délire paranoïde : injonctions hallucinatoires, idées de persécution, d'influence ou de grandeur, notamment quand elles sont polarisées sur des tiers, délires passionnels, délires de filiation (risques intrafamiliaux ou vis-à-vis des soignants) ;**
- **une 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 ;**
- **les antécédents personnels de « troubles des conduites » (personnalité antisociale, traits psychopathiques) ;**
- **la consommation de substances psycho-actives ou la majoration de cette consommation (alcool, psychostimulant, cannabis, etc.) ;**
- **la symptomatologie négative et déficitaire serait moins associée à un comportement violent ; elle est cependant à considérer notamment lors d'une aggravation des troubles du cours de la pensée, de modifications des fonctions cognitives ou de syndrome psychocomportemental des états catatoniques.**

1.3 Signes d'alerte dans les troubles de l'humeur

Les prodromes d'un nouvel épisode aigu de l'évolution d'un trouble de l'humeur sont de mieux en mieux connus par les patients.

Recommandations

▪ **Il convient de prendre en compte les signes d'alerte suivants dans les troubles de l'humeur :**

- **importance de la douleur morale, de la détresse exprimée et du désespoir ;**
- **idées délirantes congruentes ou non à l'humeur ;**
- **idées de ruine et d'indignité ;**
- **anesthésie affective.**

Au décours d'un état dépressif, en particulier s'il est de nature mélancolique ou s'il existe des troubles de la personnalité de type narcissique, on peut craindre des passages à l'acte graves : infanticide, suicide, homicide altruiste, mise en danger de la collectivité (par exemple dans un suicide au gaz), etc.

Dans l'accès maniaque, les actes antisociaux sont décrits comme relativement fréquents mais généralement de moindre gravité que dans la dépression.

Plus il y a de comorbidités, plus il y a de risques. Il convient de rappeler le poids de l'association des troubles de l'humeur avec l'abus ou la dépendance à l'alcool ou à d'autres substances psycho-actives, ainsi que l'importance des troubles de la personnalité antisociale.

2 Démarche d'évaluation clinique du risque de comportements violents

Il est bon de rappeler que la gestion du risque fait partie intégrante de la pratique de la médecine (risque cardio-vasculaire et hypertension artérielle, par exemple). Le plus souvent ce risque concerne le patient lui-même, mais cela peut aussi impliquer des tiers comme dans le cas d'un risque infectieux ou d'une inaptitude médicale à la conduite d'un véhicule. Travailler à la réduction du risque de violence, c'est accomplir un acte éminemment médical. Refuser de mettre en œuvre les meilleures pratiques en matière de prévention, c'est au contraire exposer les patients concernés à des conséquences désastreuses tant pour leurs victimes que pour eux-mêmes et pour l'image publique de l'ensemble des personnes aux prises avec un problème de santé mentale. En tant que profession médicale, il est de la responsabilité des psychiatres de pouvoir répondre aux deux questions suivantes : quel est le risque associé à une situation clinique donnée et comment le réduire ? En revanche, savoir si le risque résiduel est acceptable pour une société ne relève pas de la compétence psychiatrique. En effet, des considérations philosophiques, sociales, politiques et juridiques sont aussi à prendre en compte. Se prononcer en tant que société est d'autant plus difficile que les différentes professions impliquées dans la violence ont nécessairement des représentations différentes des situations à risque et tendent à ignorer mutuellement les contraintes professionnelles de chacune. Cela s'accompagne souvent d'une incompréhension réciproque qu'il est urgent de dépasser par un débat serein.

2.1 Types de démarches : de l'évaluation actuarielle à l'évaluation clinique structurée

L'évaluation du risque de comportements violents chez des patients souffrant de maladie mentale est au cœur même de la psychiatrie quotidienne et en a été l'un des éléments fondateurs.

Cette évaluation implique des éléments de différentes natures qui la rendent très complexe et difficile à systématiser. Elle soulève également la question de la pertinence de certains outils, de leur place dans la clinique, de leur rôle et de leur fonction dans une équipe multidisciplinaire. Il convient d'avoir à l'esprit que la validation des outils est à ce jour bien souvent restreinte à des populations spécifiques (adultes, hommes, femmes, milieu pénitentiaire, pays particulier [Canada], etc.) et que leur utilisation en recherche mais aussi en clinique doit être faite en toute connaissance de cause.

On peut identifier deux approches conceptuelles :

1. L'approche objectiviste considère la réalité comme étant observable, mesurable et vérifiable. D'un point de vue épistémologique, le savoir est fondé sur l'observation de la régularité de certains phénomènes à partir de laquelle des lois peuvent être émises à titre d'hypothèses, puis vérifiées dans une entreprise visant la prédiction des phénomènes humains. Au plan méthodologique, l'approche objectiviste est fondée sur des protocoles de recherche et des techniques monothétiques dérivées des sciences physiques et statistiques. Cette première stratégie d'évaluation dite actuarielle vise à prédire les comportements violents sur une base purement probabiliste, sans chercher à comprendre pourquoi les facteurs pris en compte dans cette évaluation sont liés à ces comportements.
2. L'approche subjectiviste considère plutôt la réalité comme étant dépendante de la conscience humaine. Dans ce courant d'idées, l'épistémologie se réfère à la réflexion de l'observateur : la nature des sciences est une construction faite à partir d'idées et de

concepts utilisés afin de décrire la réalité. La nature de l'homme repose, ici, sur la notion de libre arbitre. Cette conception caractérise l'approche clinique et qualitative, fondée sur le jugement de l'évaluateur et liée à la prévisibilité des risques de violence pour un individu particulier.

Les échelles actuarielles ont été développées à partir d'analyses statistiques mettant en évidence des facteurs corrélés le plus fortement au risque de violence. Ces échelles permettent une évaluation chiffrée du risque de violence basée sur la combinaison d'un petit nombre de variables. Elles ne permettent pas de pondération des facteurs en fonction de l'évaluation du clinicien ou en fonction de l'évolution d'un individu ; le clinicien n'a alors aucun poids dans l'évaluation du risque. *A contrario,* les instruments de jugement clinique structuré, gardent un rôle au clinicien dans l'évaluation. Ils prennent en compte à la fois les facteurs statiques (aspects sur lesquels le clinicien ne peut intervenir directement comme les antécédents de violence, le sexe, l'âge, l'échec scolaire à l'école élémentaire, la dissociation du couple parental avant l'âge de 12 ans, etc.), mais aussi les facteurs cliniques (symptomatologie clinique, capacité d'*insight*, adhésion au traitement, amélioration avec le traitement, etc.) et des facteurs liés à la gestion du risque (soutien social, profession, événements de vie stressants). La plupart des échelles actuarielles sont construites à partir de facteurs statiques pouvant conduire à une stigmatisation définitive de l'individu. Ce n'est pas le cas des évaluations par des entretiens semi-structurés, qui pondèrent les facteurs statiques par les facteurs dynamiques.

2.2 Outils actuariels

On ne peut confondre les facteurs de risque de comportements violents (qui sont recherchés par l'évaluation) avec la prédiction de violence ou la gestion du risque. Il y a corrélation ou association mais pas de relation causale et leur présence ne permet pas de prédire la survenue d'un passage à l'acte. De nombreux auteurs ont insisté sur l'impossibilité pour les cliniciens de prédire la survenue d'un comportement violent. D'où l'émergence du concept de risque de violence, statistique et probabiliste, c'est-à-dire la démarche actuarielle.

Les instruments actuariels attribuent une pondération statistique spécifique aux différentes variables de risque. L'objectif prioritaire est la prédiction de violence la plus précise possible, de ce fait l'individu est situé par rapport à un groupe comparable dont on connaît l'évolution au cours du temps. C'est le principe utilisé par les compagnies d'assurances pour évaluer le risque et déterminer les montants des primes. Ce n'est pas la préoccupation du clinicien.

2.3 Outils de jugement clinique structuré

À la différence des outils actuariels et de l'approche objectiviste, qui sont contraints à une certaine simplification, les outils de jugement clinique structuré se centrent sur la personne, avec ses caractéristiques propres, dans un environnement particulier. Ils prennent en compte le fait que les connaissances des facteurs de risque ont évolué au fil du temps et obligent à une certaine souplesse conceptuelle.

Ces outils (comme l'HCR-20 ou la START, qui n'ont pas été validés en France) peuvent servir d'appui au clinicien pour l'évaluation du risque de violence. Ils permettent de passer en revue de façon systématique les facteurs de risque et de protection d'un individu (mis en évidence dans la littérature internationale) et ainsi être dans une démarche d'évaluation plus rigoureuse et plus fiable que le seul jugement clinique, qui reste plus aléatoire.

Il s'agit de passer en revue systématiquement les facteurs de risque et de protection :

- facteurs de risque :
  - historiques (antécédents personnels comme victime de violence ou de passage à l'acte, antécédents familiaux, événements de vie, etc.),
  - cliniques (gravité des troubles, dépression associée et idées suicidaires, impulsivité, hostilité, consommation de substances, absence, interruption ou résistance aux traitements, détention d'armes, rumination de scénarios violents, etc.),

- environnementaux (isolement, absence de soutien, précarité, dépendance financière, etc.) ;

- facteurs de protection : inscription dans un suivi rapproché, bonne coordination avec le médecin généraliste, soutien familial et social, rôle de protection à la personne pleinement assumé par le tuteur ou le curateur, participation aux soins, alliance thérapeutique, etc.

Si le sens clinique, la rigueur sémiologique et la prise en compte de la complexité systémique peuvent être assistés par ces outils d'évaluation, ils ne doivent pas s'y limiter.

Recommandations

▪ L'évaluation des facteurs de risque de violence doit correspondre à une démarche clinique rigoureuse, régulièrement renouvelée, considérant le sujet dans son histoire et son environnement de façon dynamique et en y associant une dimension éthique.

▪ Le volet éthique est un élément essentiel dans la prise en charge des patients concernés. Cela suppose un questionnement serein et une distanciation indispensable compte tenu de l'importance des émotions et des contre-attitudes désorganisantes pour l'équipe soignante.

▪ Il convient d'aborder systématiquement le thème de la violence lors d'un premier contact clinique. Il importe à cet égard de s'adresser d'abord à la personne en lui demandant si elle a été elle-même victime d'actes violents, ce qui permet d'aborder plus facilement ensuite des questions telles que : « Est-ce que cela vous arrive de vous emporter, dans quelles circonstances, avec qui, est-ce que par la suite vous le regrettez ? »

▪ Si le sens clinique, la rigueur sémiologique et la prise en compte de la complexité systémique peuvent être assistés par des outils d'évaluation, cette dernière ne doit pas se limiter à l'usage de ces outils. Le recours à des outils actuariels ou semi-structurés n'est envisageable que s'il est intégré à l'évaluation clinique pratiquée par l'équipe soignante, en complément d'un entretien clinique avec le patient. Quels que soient les outils d'évaluation utilisés, il importe de ne pas prendre en compte un seuil chiffré séparant les personnes à risque de violence des personnes sans risque de violence.

▪ En pratique, les échelles actuarielles, parce qu'elles s'appuient essentiellement sur les facteurs statiques de risque de violence, ne sont pas adaptées à l'évaluation psychiatrique. Si l'on souhaite recourir à une échelle, les échelles semi-structurées sont préférables aux échelles actuarielles, car elles prennent en compte les facteurs dynamiques et leur évolution dans le temps.

▪ Il convient de suivre une démarche rigoureuse pour prévenir les biais d'évaluation tels que la minimisation des risques de violence lorsqu'il s'agit d'une femme ou de personnes perçues comme « sympathiques » ou d'une « pseudo-alliance thérapeutique[10] ». Néanmoins, il ne faut pas se fier à l'absence d'antécédents de violence.

▪ Il convient de prendre en compte la dimension subjective de toute évaluation par la recherche de plusieurs sources d'information en s'assurant de leur fiabilité et de leur mise en contexte : autres services psychiatriques ou de soins, famille, entourage, services sociaux, ambulanciers, police ont tous une évaluation qui peut être recueillie.

[10] Une « pseudo-alliance thérapeutique » peut recouvrir :
- une alliance circonstancielle à certains moments d'une contrainte de soin ;
- une relation de soin superficielle avec un traitement inadapté ;
- une minimisation des troubles par le malade et l'équipe soignante ;
- une attention insuffisante portée par le médecin aux signaux d'alerte, notamment en provenance de l'entourage.

▪ **Il convient d'inscrire l'évaluation clinique dans une perspective longitudinale intégrant non seulement le passé et le présent, mais aussi le futur envisagé par le patient notamment au travers de projets réalistes ou voués à l'échec.**

▪ **Il convient de répéter l'évaluation devant toute modification importante de l'état clinique ou du contexte environnemental.**

▪ **Il faut repérer systématiquement chez les personnes souffrant de troubles bipolaires ou schizophréniques l'abus ou la dépendance à l'alcool ou à d'autres substances psycho-actives qui jouent un rôle majeur dans la survenue des moments de violence et le retard d'accès aux soins. C'est pourquoi les professionnels de santé dévraient être formés au repérage et à la prise en charge des conduites addictives. Cela doit leur permettre de mettre en œuvre des soins coordonnés des troubles psychiatriques et des troubles addictifs.**

3 Organisation de la prise en charge

3.1 Quels sont les premiers recours ?

La situation est bien entendu différente selon qu'il s'agit d'un patient connu ou d'un premier épisode d'expression du trouble mental. En effet, un moment de violence peut être la première manifestation de la maladie et l'occasion du début d'une prise en charge.

Recommandations

▪ **La souffrance de la famille doit être prise en compte. La réponse à l'inquiétude de la famille, du médecin généraliste traitant ou de l'équipe soignante, comporte trois axes :**
- **l'anticipation préventive des situations à risque ;**
- **la réponse à très court terme pour faire face à la montée du comportement violent : elle appelle une intervention rapide et coordonnée ;**
- **la mise en œuvre des soins nécessaires au patient pour les troubles concernés et les comorbidités associées.**

Cette réponse doit toujours prendre en compte le groupe des proches, ses peurs et les interactions qu'il entretient avec le patient.

Cette mise en œuvre doit s'inscrire dans la durée avec des réévaluations régulières de l'état clinique, dont le médecin traitant doit être informé.

3.2 Face à la violence émergente

Recommandations

▪ **Les premiers recours concernent la mise en sécurité face à une montée de violence, sans que cela soit propre à la maladie mentale grave :**
- **écouter et s'efforcer de garder le contact ;**
- **ne pas chercher l'affrontement ;**
- **penser à se protéger et à protéger les tiers ;**
- **protéger le patient de l'accès à des objets potentiellement dangereux ;**
- **s'efforcer de canaliser les émotions des personnes présentes ;**
- **évaluer si un tiers de l'entourage est ressenti comme perturbateur, et si un tiers est perçu comme rassurant ;**
- **faire intervenir un tiers extérieur qui modifie le contexte.**

On retrouve dans la littérature les conseils suivants :
- **respecter le territoire, rester à distance ;**
- **éviter tout contact visuel intrusif ;**
- **ne pas se montrer trop familier ;**
- **se présenter, verbalement et non verbalement, comme quelqu'un qui n'a pas l'intention d'être offensif ;**

- **ne pas attaquer directement les idées délirantes ;**
- **poser des questions simples et favoriser un fonctionnement coopératif et non de contrôle ;**
- **ne pas hésiter à exprimer de l'anxiété ;**
- **prévoir des portes de sortie, des moyens d'appeler à l'aide et un traitement approprié de l'épisode.**

3.3 L'appel aux services de secours

Recommandations

▪ Lorsque le comportement de violence survient à l'extérieur de l'hôpital, il peut être justifié de faire intervenir différents partenaires :

- **le médecin généraliste ;**
- **le Samu-Smur ;**
- **le service départemental d'incendie et de secours (SDIS) ;**
- **la police ou la gendarmerie, notamment en cas de patient armé (le Code pénal autorise les professionnels de santé et de l'action sociale à déroger au secret professionnel lorsqu'un patient détient une arme ou manifeste l'intention d'en acquérir une [art. 226.14 du Code pénal]).**

Le plus souvent c'est la famille ou l'entourage qui fait la démarche, plus rarement le médecin traitant ou l'équipe soignante. Cela ouvre le temps d'une première évaluation qui débouche sur une prise de décision quant aux réponses à apporter :

- **prise en charge ambulatoire ;**
- **décision d'hospitalisation, avec ou sans consentement, et sa préparation (aménagement du transport, accompagnement, sécurisation, etc.).**

3.4 L'appel aux services de soins

Recommandations

▪ Le traitement adapté, régulier et s'inscrivant dans la durée des troubles psychiatriques reste la meilleure prévention des moments de violence. Il doit être individualisé en fonction du trouble, de son moment évolutif, des comorbidités éventuelles (consommation de substances psycho-actives, troubles de la personnalité) et du contexte. En effet, la conduite du traitement reste un des moments privilégiés de l'évaluation clinique.

▪ La non-conscience de la maladie, l'absence de demande de soins doivent, dans certaines situations, être interprétées comme des éléments de gravité du tableau clinique. Il est alors indispensable que l'équipe de soins s'implique pour évaluer la situation, éventuellement en intervenant directement au domicile ou en s'appuyant sur d'autres intervenants (médecin généraliste, Samu-Smur, SDIS, etc.). Attendre une demande de soins chez une personne dans l'incapacité de la formuler du fait de sa maladie n'est pas pertinent.

▪ L'interpellation du médecin généraliste, des services d'urgence, des urgences psychiatriques ou des services de soins spécialisés (CMP, unités d'hospitalisation) en l'absence du patient qui ne veut pas consulter est un recours fréquent des familles.

Pour y répondre, certaines équipes ont mis en place un dispositif de « consultation des familles sans le patient », qui conduit souvent à la venue du patient par la suite. Cette modalité d'accès aux soins correspond à une prise en charge de la dynamique familiale, en contribuant à diminuer la tension et l'isolement.

L'accès aux soins sera mis en place et se poursuivra, en ambulatoire autant que possible, en hospitalisation si nécessaire.

Des temps de coordination et d'échanges cliniques avec le secteur privé doivent être institués et entretenus avec régularité.

- **Les informations sont partagées entre les soignants impliqués dans la prise en charge. En revanche, les informations partagées entre les soignants et les professionnels non soignants doivent être limitées aux informations pratiques et immédiatement utilisables pour l'orientation des personnes.**

3.5 Situations particulières

Une prise en charge dans la durée et dans la continuité des soins est essentielle en psychiatrie ; il faut y être particulièrement attentif dans certaines situations.

3.5.1 Isolement social

Recommandations

- **Il convient d'aider les patients à se réintégrer dans la société et à sortir de leur isolement en les incitant à contacter les structures associatives et tout particulièrement les GEM (groupes d'entraide mutuelle), dispositifs majeurs de prévention par leur action sur le facteur de violence que représente l'isolement social du patient.**

- **Il convient de réintégrer par étapes le patient dans la société, d'assurer un suivi plus étroit durant au moins les 6 premiers mois, d'avoir une bonne communication entre toutes les personnes concernées, d'agir rapidement et de façon proportionnée au risque en cas de signes d'alerte et de réévaluer régulièrement le projet thérapeutique.**

3.5.2 Précarité

On peut faire aujourd'hui le constat d'un nombre croissant de patients souffrant de troubles mentaux graves vivant dans des conditions d'extrême précarité et de grande marginalisation. La grande majorité des études épidémiologiques évoque un taux de 30 % de pathologies psychotiques chez les personnes sans domicile fixe. Ces patients consultent très peu spontanément et lorsqu'ils s'adressent au dispositif de soins, c'est le plus souvent par le biais des urgences générales.

Recommandation

- **Il apparaît donc particulièrement important d'aller à la rencontre des personnes précarisées ayant des troubles mentaux sévères, notamment dans les lieux d'hébergement et les structures d'accueil, pour conduire une évaluation clinique et anticiper ainsi les moments de violence. Les équipes mobiles psychiatrie-précarité, qui se sont multipliées ces dernières années, permettent de prendre en compte cette réalité et d'accompagner ces patients vers le dispositif de soins commun.**

3.5.3 Réitération de moments de violence comme modalité de recours aux soins

Recommandation

- **Certains patients sont connus pour s'inscrire en rupture de soins à répétition. Plutôt que de répéter indéfiniment la mise en place de réponses en urgence, il peut être nécessaire de poursuivre des soins sans consentement en ambulatoire, aujourd'hui dans le cadre de sorties d'essai.**

3.5.4 Les comportements de violence liés aux maladies mentales en milieu pénitentiaire

Le milieu pénitentiaire est de longue date décrit comme regroupant nombre de détenus ayant des troubles mentaux. Dans une méta-analyse publiée dans le *Lancet* en 2002, Fazel et Danesh (24) s'appuient sur 62 études internationales issues de 12 pays occidentaux et

regroupant 22 790 détenus. Ils retrouvent chez les hommes incarcérés 3,7 % de psychoses chroniques, 10 % de troubles dépressifs caractérisés et 65 % de troubles de la personnalité incluant 47 % de personnalités antisociales. Chez les femmes, ils font état de 4 % de psychoses chroniques, 12 % de troubles dépressifs et 42 % de troubles de la personnalité. Falissard et Rouillon ont mené en France une étude épidémiologique des troubles mentaux en détention. Ils ont fait une étude transversale d'une population représentative de la population carcérale française en incluant 800 hommes et 100 femmes détenus dans 13 maisons d'arrêt, 5 centres de détention et 2 maisons centrales. La prévalence des troubles schizophréniques est retrouvée entre 3,8 et 8 %, et celle des psychoses chroniques entre 1,6 et 8 %, en fonction des niveaux d'analyse. Les troubles dépressifs concernent 35 à 40 % des détenus (2).

Il n'existe pas d'études sur le lien entre maladies mentales et violences en détention. Les équipes de psychiatrie qui travaillent en milieu carcéral constatent que les malades mentaux y sont avant tout victimes et stigmatisés. De la même façon, si l'on connaît l'importance des suicides en détention, on ne retrouve pas en France de travaux sur le suicide en détention dans ses rapports avec les troubles mentaux. Bien que fréquemment médiatisées, les violences commises en détention par un détenu souffrant d'une maladie mentale sur un autre détenu ou le personnel de surveillance n'ont pas fait l'objet de travaux publiés. Il n'existe pas non plus d'étude sur les violences subies par les personnes souffrant de troubles mentaux alors que leur stigmatisation est fréquente et que les allégations de violences physiques et sexuelles, harcèlement moral, racket, etc. ne sont pas rares.

Recommandations

- **Depuis la loi du 18 janvier 1994 relative aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé, ce sont les secteurs de psychiatrie générale qui desservent les établissements pénitentiaires en complément des 26 SMPR existants. La fréquence des troubles mentaux dans la population pénale justifie le développement d'équipes psychiatriques pluridisciplinaires pouvant assurer le diagnostic précoce, le suivi en ambulatoire ou l'hospitalisation des détenus malades. La prise en charge psychiatrique en prison doit être en lien étroit avec les dispositifs de soins psychiatriques publics et privés du milieu libre.**

- **La prise en charge des personnes incarcérées ayant des troubles mentaux sévères doit suivre les règles déontologiques et les bonnes pratiques usuelles. En établissement pénitentiaire ou en établissement public de santé spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées ou des personnes faisant l'objet d'une rétention de sûreté, les personnels soignants ayant connaissance d'un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein de ces établissements sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection (art. L. 6141-5 du Code de la santé publique).**

3.5.5 Certaines situations institutionnelles peuvent contribuer au risque de survenue de moments de violence durant l'hospitalisation

Le début de l'hospitalisation représente un risque de violence plus élevé en raison de l'instabilité clinique des patients nouvellement admis. Les situations de trop grande proximité représentent également un risque de surstimulation de patients vulnérables. Par exemple :

- l'absence d'intimité en raison d'une architecture inadaptée à la mission soignante ;
- une trop forte concentration de patients désorganisés sur une même unité ;
- une affluence transitoire de patients dans un espace commun comme cela peut être le cas lors de la distribution des médicaments ou des repas.

Par ailleurs, des règles trop rigides, des limites floues ou appliquées de façon inconstante, une programmation d'activités insuffisante, un manque de disponibilité et d'écoute de la part du personnel en raison d'un faible ratio infirmier(ère)/patients ou d'un manque d'expérience et

d'encadrement du personnel soignant augmentent le risque de malentendus pouvant dégénérer en des comportements violents. Toutes les situations allant à l'encontre des attentes du patient tels un refus, une frustration ou une mauvaise nouvelle sont susceptibles de déclencher des comportements violents chez des patients instables. Enfin, il est important de réaliser qu'un patient exclu des soins, en raison d'un comportement difficile ou d'un manque de coopération, peut sombrer dans la rupture sociale (la prison ou la rue). Il peut également être accueilli par des parents ou des proches qui devront faire face sans aide spécialisée à ses comportements difficiles.

Des réponses primitives de défense surgissent dès qu'un groupe fait face de façon répétée aux composantes réelles et imaginaires du danger présenté par un autre groupe. Autoritarisme et attitudes punitives font alors dérailler le processus de soin. Le défi est de construire une équipe assez solide pour contenir les forces de destruction. Seule l'ouverture d'un espace de dialogue et de réflexion peut créer un environnement thérapeutique et permettre une compréhension de ce qui se passe pour le patient, les soignants et le monde extérieur.

A cet égard, si des services spécialisés, bien repérés au plan national, destinés à des malades particulièrement difficiles sont nécessaires dans la palette du dispositif de soins pour des indications exceptionnelles, la création de structures artificiellement dédiées à la prise en charge des moments de violence n'est pas une réponse pertinente. Des prescriptions ponctuelles d'isolements thérapeutiques, voire de contentions, protocolisées et utilisées à bon escient, sur des temps limités, peuvent être réalisées dans les services sans affecter la continuité des soins.

Se rassembler autour d'outils communs d'observation de la réalité clinique permet, sans toutefois éliminer la peur et les divergences de perception, de définir un processus de rétablissement par étapes. La réintégration dans la société du patient violent, à l'extérieur ou durant l'hospitalisation, se fait en réduisant progressivement l'encadrement clinique et donc en augmentant par étape le degré de liberté individuelle. Cette autonomie, pourtant revendiquée, est souvent angoissante. Chaque transition est susceptible d'augmenter le risque de décompensation. Il est important de documenter les réactions du patient au processus de retour dans la société et de s'assurer du maintien des acquis.

Recommandations

- **Il convient de repérer et prévenir les situations institutionnelles pouvant contribuer au risque de comportements violents intrahospitaliers.**
- **Il convient d'aménager les lieux de soins avec un souci de la sécurité et former le personnel à l'intervention lors de situations de violence.**
- **Des services spécialisés, bien repérés au plan national, destinés à des malades difficiles (UMD), sont nécessaires dans la palette du dispositif de soins pour des indications exceptionnelles.**
- **Il n'y a pas lieu de créer de structures artificiellement dédiées à la prise en charge des moments de violence (le rapport Igas-IGS-Iga de 2006[11] formule la même recommandation). La réponse à la violence doit d'abord être faite dans les services au nom de la continuité des soins. Des prescriptions ponctuelles d'isolement thérapeutique, voire de contention, protocolisées et utilisées à bon escient sur des temps limités peuvent être réalisées dans les services sans affecter la continuité des soins. La notion de contrat de soin est une réponse possible à l'anticipation de ces moments difficiles.**
- **Si le départ de l'hôpital doit être soigneusement préparé, le travail de l'équipe soignante ne s'arrête pas là. Selon les données publiées, la période la plus à risque de**

[11] Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'administration, Inspection générale des services judiciaires, Riera R, Barbe S, Bourquard J, *et al.* La prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux. Paris: La Documentation Française; 2006.

rechute violente est celle des 20 semaines au moins après la sortie : un suivi plus étroit doit être mis en place au minimum tout au long de cette période. Pour contribuer au maintien de la stabilité du patient, voici quelques exemples de ce qui peut être fait :

- **maintenir un contact régulier et poser des limites claires ;**
- **s'inquiéter de la prise du traitement et des rendez-vous manqués ;**
- **s'assurer s'il y a lieu du maintien de l'abstinence de prise de substances psycho-actives par le dépistage urinaire ;**
- **montrer au patient qu'il est écouté et pris au sérieux ;**
- **aider le patient à résoudre les problèmes de son quotidien, au besoin par des mesures d'accompagnement social, voire de protection ;**
- **aider le patient à sortir de son isolement social en l'incitant à contacter les structures associatives et tout particulièrement des GEM dont c'est la vocation ;**
- **valoriser ses progrès.**

▪ **Cependant, le seul suivi des facteurs de risque individuels est insuffisant. Une attention particulière doit aussi être portée aux éléments systémiques, organisationnels et situationnels. Une communication claire et rapide entre les différents partenaires doit être en place. Il est judicieux que les comportements à risque puissent être communiqués facilement. En cas de signes d'alerte, les mesures prévues doivent être effectivement mises en œuvre, par exemple le renforcement du suivi ou une réhospitalisation.**

▪ **Le recours à des soins sans consentement dans un cadre ambulatoire peut faciliter la garantie d'un cadre stable et cohérent, aujourd'hui sous forme de sorties d'essai. Il est important de réévaluer régulièrement le plan de soins avec la participation des personnes clés afin de faire les ajustements nécessaires.**

▪ **Il est important de se doter de moyens institutionnels pour faire face au risque de violence :**

- **disposer d'une équipe soignante formée, compétente et en nombre suffisant, pour rester disponible et attentive aux situations cliniques sans attendre la confrontation à des passages à l'acte. Cela suppose une extrême vigilance quant à l'adéquation entre les effectifs et la charge de travail au quotidien ;**
- **développer les formations, supervisions et réunions d'équipe pour entraîner l'ensemble des soignants à faire face aux scénarios de violence les plus probables dans différents contextes, tels que les visites à domicile ou l'hospitalisation. Anticiper le risque en reconnaissant les signes d'une violence imminente, éviter les confrontations en cas de crise, s'entraîner à moduler ses réactions verbales et non verbales, utiliser à bon escient les médicaments et les mesures d'isolement ou de contention s'apprend et nécessite du temps et de l'expérience pour être intégré ;**
- **garder la trace dans le dossier des antécédents de violence en institution et leurs circonstances de survenue pour informer les équipes soignantes et prévenir la récidive ;**
- **être attentif aux conditions de sécurité des services intra ou extrahospitaliers qui doivent être aménagés pour tenir compte du potentiel de comportements violents des patients accueillis (bouton d'appel d'urgence, éclairage extérieur, etc.) ;**
- **se garder de l'illusion de sécurité par des moyens de surveillance à distance issus de nouvelles technologies ;**
- **partager la réflexion avec d'autres collègues et l'équipe pluriprofessionnelle dans les cas de situations cliniques incertaines ou à haut risque.**

▪ **Il est important de prévoir un suivi après une agression pour soutenir le personnel impliqué, documenter la fréquence et le type d'agression au sein de l'institution et réévaluer les mesures en place pour prévenir la violence.**

Tenter de prévenir la violence exige des soignants de la patience, du dialogue et de la persévérance. Un repérage systématique des signes d'appel pour une évaluation plus poussée devrait faire partie de la routine clinique. En effet, des patients dont les

comportements sont préoccupants tardent encore à être identifiés alors que des signes d'alerte sont présents. Il est regrettable qu'il faille attendre que ces personnes passent à l'acte pour leur offrir une aide appropriée.

Bien qu'il soit illusoire d'espérer abolir la violence, il est possible de la réduire si, à la suite d'un examen de l'ensemble des facteurs de risque et de protection, un plan d'intervention pratique est instauré de façon concertée et si un encadrement clinique rapproché est maintenu au cours des mois suivant le départ de l'hôpital. La mise en place d'une clinique rigoureuse, s'appuyant sur les connaissances scientifiques actuelles et l'utilisation d'outils d'évaluation, sans pour autant mettre de côté l'aspect primordial des facteurs relationnels et institutionnels, représente le défi auquel sont confrontés les cliniciens.

- **Durant l'hospitalisation, la prise en charge des patients susceptibles de présenter des moments de violence nécessite une équipe soignante suffisamment cohérente, structurée, expérimentée, conduite par des psychiatres ayant une solide expérience tant sur le plan institutionnel que clinique.**
- **La prise en charge pourrait être améliorée en s'appuyant sur des lieux d'échanges et de réflexion (clinique, diagnostique, thérapeutique, éthique, organisationnelle) entre soignants dans les situations cliniques difficiles.**
- **Il convient de faciliter l'accès à un groupe de pairs pour une discussion de cas ou une deuxième opinion.**
- **Il convient de favoriser les liens entre dispositifs de soins publics et privés, si besoin sous forme de conventions entre établissements, à la recherche de complémentarité afin de promouvoir des temps de collaborations et d'échanges de pratique dans l'intérêt du patient.**

4 Perspectives institutionnelles

4.1 Enseignement, formation, information

Recommandations

- **Il convient d'informer, grâce à des campagnes nationales du type de celles de l'Inpes, le grand public sur :**
  - **les troubles psychiatriques ;**
  - **le fait que les patients sont plus souvent d'abord des victimes ;**
  - **le caractère exceptionnel des comportements de violence.**
- **Il convient de mettre en place pour les patients et les aidants de proximité des actions d'information, de formation et d'éducation thérapeutique.**
- **Il convient de former les professionnels de santé à la prise en charge coordonnée des troubles psychiatriques et des conduites addictives.**
- **Il convient de mettre en place un master spécialisé en psychiatrie pour les infirmiers diplômés d'État, avec ses ouvertures vers la clinique et la recherche.**
- **Il convient de mettre en place un véritable internat en psychologie clinique pour que les psychologues bénéficient de stages et de formations adaptés.**
- **Il convient d'ouvrir des formations universitaires transversales pluriprofessionnelles pour développer une culture commune (DU, DIU, licence, master) pour des professionnels de santé type coordonnateurs de réseau.**
- **Il convient de contribuer à la formation des personnels de la justice et de la police sur les troubles mentaux.**

- **Il convient de contribuer à la mise en place d'un enseignement transversal et pluridisciplinaire de criminologie clinique.**
- **Il convient d'inclure dans les études de médecine l'enseignement de la sémiologie et des facteurs de risque de comportement de violence auto et hétéro-agressif.**
- **Il convient de développer des actions de développement professionnel continu (DPC) sur les troubles psychiatriques, sur l'évaluation des facteurs de risque de comportement violent et sur la conduite à tenir face à un patient à risque de passage à l'acte violent.**
- **Il convient d'inclure dans le DES de psychiatrie générale un module obligatoire de psychiatrie médico-légale.**
- **Il convient de mettre en place un DESC de psychiatrie médico-légale comme cela est préconisé par de nombreuses commissions.**
- **Il convient d'informer et former sur les évolutions de la loi concernant la protection des biens, mais aussi la protection de la personne.**

4.2 Recherche

Recommandation

- **Il convient de développer les activités de recherche sur les plans :**
  - **clinique ;**
  - **épidémiologique ;**
  - **des sciences humaines et sociales ;**
  - **neurobiologique ;**
  - **criminologique.**

4.3 Contribution pour le législateur

Recommandation

- **Tenir compte de toutes les recommandations précédentes impose l'évolution du cadre législatif permettant, sur la base de la politique de secteur, l'organisation du dispositif de soins et de prévention en psychiatrie et santé mentale, comme le préconise l'ensemble des rapports Larcher (192), Couty *et al.* (193), Milon (194) et Barbier *et al.* (195), loi globale spécifique annoncée par le Président de la République le 8 janvier 2009.**

Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la santé, Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: OMS; 2002. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf

2. Fédération française de psychiatrie, Haute Autorité de Santé. Audition publique « Expertise psychiatrique pénale ». 25 et 26 janvier 2007, ministère de la Santé et des Solidarités (Paris). Rapport de la commission d'audition. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/epp-rapport_de_la_commission-version_finale_pour_mel.pdf

3. Fédération française de psychiatrie, Haute Autorité de santé. Audition publique « Expertise psychiatrique pénale ». 25 et 26 janvier 2007, ministère de la Santé et des Solidarités (Paris). Recommandations de la commission d'audition. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/epp-recommandations_de_la_commission-version_finale.pdf

4. Pascal JC. Comment définir la « dangerosité psychiatrique » dans le champ des dangerosités ? In: Haute Autorité de santé, ed. Audition publique "Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur". Texte des experts. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010. p. 19-26.

5. Bailleau F, Cartuyvels Y. La justice pénale des mineurs en Europe. Entre modèle Welfare et inflexions néo-libérales. Paris: L'Harmattan; 2007.

6. Lovell A. Rapport de la commission « Violence et Santé mentale ». Travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Paris: ministère de la Santé et des Solidarités, 2005. http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000729/0000.pdf

7. Dubreucq JL, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. Ann Médico Psychol 2005;163(10):852-65.

8. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. PLoS Med 2009;6(8):e1000120.

9. Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin GM, Lángström N. Bipolar disorder and violent crime. New evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. Arch Gen Psychiatry 2010;67(9):931-8.

10. Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. Arch Gen Psychiatry 1992;49(6):476-83.

11. 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(6):489-96.

12. Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. Am J Psychiatry 2006;163(8):1397-403.

13. Millaud F. Maladie mentale et violence. In: Proulx J, Cusson M, Ouimet M, ed. Les violences criminelles. Saint-Nicolas: Presses de l'Université Laval; 1999. p. 267-88.

14. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. Arch Gen Psychiatry 2000;57(5):494-500.

15. Tiihonen J, Isohanni M, Räsänen P, Koiranen M, Moring J. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. Am J Psychiatry 1997;154(6):840-5.

16. 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(10):979-

86.

17. Räsänen P, Tiihonen J, Isohanni M, Rantakallio P, Lehtonen J, Moring J. Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26-year followup study of an unselected birth cohort. Schizophr Bull 1998;24(3):437-41.

18. Belfrage H. A ten-year follow up of criminality in Stockholm mental patients. Br J Criminol 1998;38:144-55.

19. Hodgins S, Hiscoke UL, Freese R. The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. Behav Sci Law 2003;21(4):523-46.

20. Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. Br J Psychiatry 1990;157:345-50.

21. Tiihonen J, Hakola P, Eronen M, Vartiainen H, Ryynänen OP. Risk of homicidal behavior among discharged forensic psychiatric patients. Forensic Sci Int 1996;79(2):123-9.

22. Swanson JW, Holzer CEI, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. Hosp Community Psychiatry 1990;41(7):761-70.

23. Mullen PE, Burgess P, Wallace C, Palmer S, Ruschena D. Community care and criminal offending in schizophrenia. Lancet 2000;355(9204):614-7.

24. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet 2002;359(9306):545-50.

25. Teplin LA. The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. Am J Public Health 1990;80(6):663-9.

26. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. Arch Gen Psychiatry 1996;53(6):497-501.

27. Eronen M. Mental disorders and homicidal behavior in female subjects. Am J Psychiatry 1995;152(8):1216-8.

28. Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. Schizophr Bull 1996;22(1):83-9.

29. Fazel S, Grann M. Psychiatric morbidity among homicide offenders: a Swedish population study. Am J Psychiatry 2004;161(11):2129-31.

30. Gottlieb P, Gabrielsen G, Kramp P. Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. Acta Psychiatr Scand 1987;76(3):285-92.

31. Shaw J, Hunt IM, Flynn S, Meehan J, Robinson J, Bickley H*, et al.* Rates of mental disorder in people convicted of homicide. National clinical survey. Br J Psychiatry 2006;188:143-7.

32. Simpson AI, McKenna B, Moskowitz A, Skipworth J, Barry-Walsh J. Homicide and mental illness in New Zealand, 1970-2000. Br J Psychiatry 2004;185:394-8.

33. Modestin J, Ammann R. Mental disorder and criminality: male schizophrenia. Schizophr Bull 1996;22(1):69-82.

34. Tiihonen J, Eronen M, Hakola P. Criminality associated with mental disorders and intellectual deficiency. Arch Gen Psychiatry 1993;50(11):917-8.

35. Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S, Ruschena D, Browne C. Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. Br J Psychiatry 1998;172:477-84.

36. Choe JY, Teplin LA, Abram KM. Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. Psychiatr Serv 2008;59(2):153-64.

37. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2009;66(2):152-61.

38. Large M, Smith G, Nielssen O. The relationship between the rate of homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate: a systematic review and meta-analysis. Schizophr Res 2009;112(1-3):123-9.

39. Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de BC, Fagnani F*, et al.* Prevalence of mental

disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry 2006;6:33.

40. Link BG, Andrews H, Culle FT. The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. Am Sociol Rev 1992;57:275-92.

41. Soyka M, Graz C, Bottlender R, Dirschedl P, Schoech H. Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. Schizophr Res 2007;94(1-3):89-98.

42. Swanson JW. Mental disorder, substance abuse and community violence: An epidemiological approach. In: Monahan J, Steadman HJ, ed. Violence and mental disorder. Chicago: University of Chicago Press; 1994.

43. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA*, et al.* A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 2006;63(5):490-9.

44. Revue de la littérature concernant le lien entre troubles mentaux et violence. In: Vacheron-Trystram MR, Cornic F, Gourevitch R, ed. La prise en charge des états réputés dangereux. Paris: Masson; 2010.

45. 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(4):716-27.

46. Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. Am J Psychiatry 2000;157(4):566-72.

47. Monahan J, Steadman HJ, Appelbaum P. Rethinking risk assessment. The McArthur study of mental discorder and violence. Oxford: Oxford University Press; 2001.

48. Russo G, Salomone L, Della VL. The characteristics of criminal and noncriminal mentally disordered patients. Int J Law Psychiatry 2003;26(4):417-35.

49. Koh KG, Gwee KP, Chan YH. Psychiatric aspects of homicide in Singapore: a five-year review (1997-2001). Singapore Med J 2006;47(4):297-304.

50. Richard-Devantoy S, Olie JP, Gourevitch R. Risque d'homicide et troubles mentaux graves : revue critique de la littérature. Encephale 2009;35(6):521-30.

51. Shaw J, Appleby L, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K*, et al.* Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide: national clinical survey. BMJ 1999;318(7193):1240-4.

52. Schanda H, Knecht G, Schreinzer D, Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Waldhoer T. Homicide and major mental disorders: a 25-year study. Acta Psychiatr Scand 2004;110(2):98-107.

53. Pulay AJ, Dawson DA, Hasin DS, Goldstein RB, Ruan WJ, Pickering RP*, et al.* Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. J Clin Psychiatry 2008;69(1):12-22.

54. Látalová K. Bipolar disorder and aggression. Int J Clin Pract 2009;63(6):889-99.

55. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Factors associated with homicide recidivism in a 13-year sample of homicide offenders in Finland. Psychiatr Serv 1996;47(4):403-6.

56. Putkonen H, Amon S, Almiron MP, Cederwall JY, Eronen M, Klier C*, et al.* Filicide in Austria and Finland-a register-based study on all filicide cases in Austria and Finland 1995-2005. BMC Psychiatry 2009;9.

57. Quanbeck CD, Stone DC, McDermott BE, Boone K, Scott CL, Frye MA. Relationship between criminal arrest and community treatment history among patients with bipolar disorder. Psychiatr Serv 2005;56(7):847-52.

58. Modestin J, Wuermle O. Criminality in men with major mental disorder with and without comorbid substance abuse. Psychiatry Clin Neurosci 2005;59(1):25-9.

59. Le Bihan P, Bourgeois M. Crimes et violences dans les troubles affectifs. Confront Psychiatr 2008;(47):121-47.

60. Gay C, Mathis D. Troubles bipolaires et dangerosité. In: De Beaurepaire C, Bénézech M, Kottler C, ed. Les dangerosités. De la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie. Paris: John Libbey Eurotext; 2004.

61. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Volavka J, Monahan J, Stroup TS*, et al.* Comparison of antipsychotic medication effects on reducing violence in people with schizophrenia. Br J Psychiatry 2008;193(1):37-43.

62. Eriksson A, Romelsjo A, Stenbacka M, Tengstrom A. Early risk factors for criminal offending in schizophrenia: a 35-year longitudinal cohort study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2010.

63. Swanson JW, Swartz MS, Essock SM, Osher FC, Wagner HR, Goodman LA*, et al.* The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. Am J Public Health 2002;92(9):1523-31.

64. Dean K, Walsh E, Morgan C, Demjaha A, Dazzan P, Morgan K*, et al.* Aggressive behaviour at first contact with services: findings from the AESOP First Episode Psychosis Study. Psychol Med 2007;37(4):547-57.

65. Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB. Effectiveness of atypical antipsychotic medications in reducing violent behavior among persons with schizophrenia in community-based treatment. Schizophr Bull 2004;30(1):3-20.

66. McNiel DE, Binder RL. Psychiatric emergency service use and homelessness, mental disorder, and violence. Psychiatr Serv 2005;56(6):699-704.

67. Elsayed YA, Al-Zahrani M, Rashad MM. Characteristics of mentally ill offenders from 100 psychiatric court reports. Ann Gen Psychiatry 2010;9:4.

68. Cannon M, Huttunen MO, Tanskanen AJ, Arseneault L, Jones PB, Murray RM. Perinatal and childhood risk factors for later criminality and violence in schizophrenia. Longitudinal, population-based study. Br J Psychiatry 2002;180:496-501.

69. Millaud F, Dubreucq JL. Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique. Introduction. Ann Méd Psychol 2005;163(10):846-51.

70. Puig-Verges N, Schweitzer MG. Violences, prédictivité et attentes sociales. Probabilités et certitudes, vers de nouvelles logiques. Ann Méd Psychol 2005;163(10):816-9.

71. Stubner S, Gross G, Nedopil N. Inpatient risk management with mentally ill offenders: results of a survey on clinical decision-making about easing restrictions. Crim Behav Ment Health 2006;16(2):111-23.

72. Swanson J, Estroff S, Swartz M, Borum R, Lachicotte W, Zimmer C*, et al.* Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. Psychiatry 1997;60(1):1-22.

73. Klassen D, O'Connor WA. Demographic and case history variables in risk assessment. In: Monahan J, Steadman HJ, ed. Violence and Mental Disorder. Chicago: Chicago Press; 1994. p. 229-57.

74. Taylor PJ, Gunn J. Homicides by people with mental illness: myth and reality. Br J Psychiatry 1999;174:9-14.

75. Graz C, Etschel E, Schoech H, Soyka M. Criminal behaviour and violent crimes in former inpatients with affective disorder. J Affect Disord 2009;117(1-2):98-103.

76. Fazel S, Grann M, Carlstrom E, Lichtenstein P, Langstrom N. Risk factors for violent crime in Schizophrenia: a national cohort study of 13,806 patients. J Clin Psychiatry 2009;70(3):362-9.

77. Ran MS, Chen PY, Liao ZG, Chan CL, Chen EY, Tang CP*, et al.* Criminal behavior among persons with schizophrenia in rural China. Schizophr Res 2010.

78. Scott CL, Resnick P. Violence risk assessment in persons with mental illness. Agression violent behavior. Agress Violent Behav 2006;11(6):598-611.

79. Robbins PC, Monahan J, Silver E. Mental disorder, violence, and gender. Law Hum Behav 2003;27(6):561-71.

80. Taylor PJ, Bragado-Jimenez MD. Women, psychosis and violence. Int J Law Psychiatry 2009;32(1):56-64.

81. Dean K, Walsh E, Moran P, Tyrer P, Creed F, Byford S*, et al.* Violence in women with psychosis in the community: prospective study. Br J Psychiatry 2006;188:264-70.

82. Quanbeck CD, McDermott BE, Lam J, Eisenstark H, Sokolov G, Scott CL. Categorization of aggressive acts committed by chronically assaultive state hospital patients. Psychiatr Serv 2007;58(4):521-8.

83. Vacheron-Trystram MR, Cornic F, Gourevitch R. La prise en charge des états réputés dangereux. Paris: Masson; 2010.

84. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tattan T*, et al.* Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. Schizophr Res 2004;67(2-3):247-52.

85. Stompe T, Strnad A, Ritter K, Fischer-Danzinger D, Letmaier M, Ortwein-Swoboda G*, et al.* Family and social influences on offending in men with schizophrenia. Aust N Z J Psychiatry 2006;40(6-7):554-60.

86. Swanson JW, Van Dorn RA, Swartz MS, Smith A, Elbogen EB, Monahan J. Alternative pathways to violence in persons with schizophrenia: the role of childhood antisocial behavior problems. Law Hum Behav 2008;32(3):228-40.

87. Voyer M, Senon JL, Paillard C. Dangerosité psychiatrique et prédictivité. Inform Psychiatr 2009;85(8):745-52.

88. Hodgins S, Tiihonen J, Ross D. The consequences of Conduct Disorder for males who develop schizophrenia: associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. Schizophr Res 2005;78(2-3):323-35.

89. Hodgins S. Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 2008;363(1503):2505-18.

90. Hodgins S, Cree A, Alderton J, Mak T. From conduct disorder to severe mental illness: associations with aggressive behaviour, crime and victimization. Psychol Med 2008;38(7):975-87.

91. Farrington DP, Jolliffe D, Hawkins JD, Catalano RF, Hill KG, Kosterman R. Comparing delinquency careers in court records and self-reports. Criminology 2003;41(3):933-58.

92. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Expertise collective. Paris: Inserm; 2005. http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives

93. Fazel S, Yu R. Psychotic Disorders and Repeat Offending: Systematic Review and Meta-analysis. Schizophr Bull 2009.

94. Valevski A, Averbuch I, Radwan M, Gur S, Spivak B, Modai I*, et al.* Homicide by schizophrenic patients in Israel. Eur Psychiatry 1999;14(2):89-92.

95. Erb M, Hodgins S, Freese R, Muller-Isberner R, Jockel D. Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect. Crim Behav Ment Health 2001;11(1):6-26.

96. Meehan J, Flynn S, Hunt IM, Robinson J, Bickley H, Parsons R*, et al.* Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales. Psychiatr Serv 2006;57(11):1648-51.

97. Laajasalo T, Häkkänen H. Excessive violence and psychotic symptomatology among homicide offenders with schizophrenia. Crim Behav Ment Health 2006;16(4):242-53.

98. Nielssen OB, Westmore BD, Large MM, Hayes RA. Homicide during psychotic illness in New South Wales between 1993 and 2002. Med J Aust 2007;186(6):301-4.

99. Putkonen A, Ryynanen OP, Eronen M, Tiihonen J. The quantitative risk of violent crime and criminal offending: a case-control study among the offspring of recidivistic Finnish homicide offenders. Acta Psychiatr Scand 2002;(412 Suppl):54-7.

100. Monahan J, Steadman HJ, Robbins PC, Appelbaum P, Banks S, Grisso T*, et al.* An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders. Psychiatr Serv 2005;56(7):810-5.

101. Fazel S, Philipson J, Gardiner L. Neurological disorders and violence: a systematic review and meta-analysis with a focus on epilepsy and traumatic brain injury. J Neurol 2009;256(10):1591-602.

102. Weiss EM, Marksteiner J, Fleischhacker W. Neuropsychological deficits and violence in schizophrenia. Adv Schizophr Clin Psychiatry

2006;2(3):247-53.

103. Fullam RS, Dolan MC. Executive function and in-patient violence in forensic patients with schizophrenia. Br J Psychiatry 2008;193(3):247-53.

104. Naudts K, Hodgins S. Neurobiological correlates of violent behavior among persons with schizophrenia. Schizophr Bull 2006;32(3):562-72.

105. Markova I, Jaafari N. L'insight en psychiatrie. Paris: Doin; 2009.

106. Quanbeck CD, McDermott BE, Frye MA. Clinical and legal characteristics of inmates with bipolar disorder. Curr Psychiatry Rep 2005;7(6):478-84.

107. Yen CF, Chen CS, Yen JY, Ko CH. The predictive effect of insight on adverse clinical outcomes in bipolar I disorder: a two-year prospective study. J Affect Disord 2008;108(1-2):121-7.

108. Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, Noffsinger SG, Resnick PJ, Camlin-Shingler K. Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 2004;161(9):1712-4.

109. Foley SR, Kelly BD, Clarke M, McTigue O, Gervin M, Kamali M*, et al.* Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis. Schizophr Res 2005;72(2-3):161-8.

110. Arango C, Bombín I, González-Salvador T, García-Cabeza I, Bobes J. Randomised clinical trial comparing oral versus depot formulations of zuclopenthixol in patients with schizophrenia and previous violence. Eur Psychiatry 2006;21(1):34-40.

111. Alia-Klein N, Goldstein RZ, Tomasi D, Woicik PA, Moeller SJ, Williams B*, et al.* Neural mechanisms of anger regulation as a function of genetic risk for violence. Emotion 2009;9(3):385-96.

112. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. Am J Psychiatry 1998;155(2):226-31.

113. Cheung P, Schweitzer I, Crowley K, Tuckwell V. Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions. Schizophr Res 1997;26(2-3):181-90.

114. Lincoln TM, Hodgins S. Is lack of insight associated with physically aggressive behavior among people with schizophrenia living in the community? J Nerv Ment Dis 2008;196(1):62-6.

115. Nielssen O, Bourget D, Laajasalo T, Liem M, Labelle A, Hakkanen-Nyholm H*, et al.* Homicide of Strangers by People with a Psychotic Illness. Schizophr Bull 2009.

116. Lamberti JS. Understanding and preventing criminal recidivism among adults with psychotic disorders. Psychiatr Serv 2007;58(6):773-81.

117. Marleau JD, Millaud F, Auclair N. A comparison of parricide and attempted parricide: a study of 39 psychotic adults. Int J Law Psychiatry 2003;26(3):269-79.

118. Estève D. Y a-t-il une prévention du parricide psychotique ? Perspect Psy 2003;42(1):56-62.

119. Millaud F. L'homicide chez le patient psychotique : une étude de 24 cas en vue d'une prédiction à court terme. Rev Can Psychiatr 1989;34(4):340-6.

120. Laajasalo T, Häkkänen H. Offence and offender characteristics among two groups of finnish homicide offenders with schizophrenia: comparison of early-and late-start offenders. J Forensic Psychiatr Psychol 2005;16(1):41-59.

121. Delpla PA. Importance et pièges des réquisitions en psychiatrie. Ann Méd Psychol 2006;164(10):864-7.

122. Alia-Klein N, O'Rourke TM, Goldstein RZ, Malaspina D. Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample. Aggress Behav 2007;33(1):86-96.

123. Elbogen EB, Van Dorn RA, Swanson JW, Swartz MS, Monahan J. Treatment engagement and violence risk in mental disorders. Br J Psychiatry 2006;189:354-60.

124. Swanson JW, Swartz MS, Borum R, Hiday VA, Wagner HR, Burns BJ. Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe

mental illness. Br J Psychiatry 2000;176:324-31.

125. Swartz MS, Swanson JW. Involuntary outpatient commitment, community treatment orders, and assisted outpatient treatment: what's in the data? Can J Psychiatry 2004;49(9):585-91.

126. 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(5):393-401.

127. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Wagner HR, Burns BJ, Borum R. A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina. Psychiatr Serv 2001;52(3):325-9.

128. Morrissey JP, Cuddeback GS, Cuellar AE, Steadman HJ. The role of Medicaid enrollment and outpatient service use in jail recidivism among persons with severe mental illness. Psychiatr Serv 2007;58(6):794-801.

129. Voyer M. Dangerosité psychiatrique : l'état de la question. Réflexions autour d'une meilleure prévention et prise en charge de la violence physique des malades mentaux [thèse]. Poitiers : université de Poitiers - Faculté de médecine et pharmacie; 2008.

130. Gillies H. Homicide in the West of Scotland. Br J Psychiatry 1976;128:105-27.

131. Vielma M, Vincente B, Hayes GD, Larkin EP, Jenner FA. Mentally abnormal homicide: a review of a special hospital male population. Med Sci Law 1993;33(1):47-54.

132. McGrath M, Oyebode F. Characteristics of perpetrators of homicide in independent inquiries. Med Sci Law 2005;45(3):233-43.

133. Fioritti A, Ferriani E, Rucci P, Melega V. Characteristics of homicide perpetrators among Italian forensic hospital inmates. Int J Law Psychiatry 2006;29(3):212-9.

134. Shaw J, Amos T, Hunt IM, Flynn S, Turnbull P, Kapur N*, et al.* Mental illness in people who kill strangers: longitudinal study and national clinical survey. BMJ 2004;328(7442):734-7.

135. Joyal CC, Putkonen A, Paavola P, Tiihonen J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. Psychol Med 2004;34(3):433-42.

136. Bénézech M. Dépression et crime. Revue de la littérature et observations originales. Ann Méd Psychol 1991;149(2):150-65.

137. Rylander G. Murderers during 15 years in Sweden. A psychiatric criminologic study. Acta Criminol Jap 1956;22:201-6.

138. Resnick PJ. Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. Am J Psychiatry 1969;126(3):325-34.

139. Bourgeois ML, Bénézech M. Dangerosité criminologique, psychopathologie et co-morbidité psychiatrique. Ann Méd Psychol 2001;159(7):475-86.

140. État dangereux suivant les différents troubles mentaux. In: Vacheron-Trystram MR, Cornic F, Gourevitch R, ed. La prise en charge des états réputés dangereux. Paris: Masson; 2010. p. 22-40.

141. Krakowski MI, Convit A, Jaeger J, Lin S, Volavka J. Neurological impairment in violent schizophrenic inpatients. Am J Psychiatry 1989;146(7):849-53.

142. Bénézech M, Bourgeois M. L'homicide est fortement corrélé à la dépression et pas à la manie. Encephale 1992;18(Spec No 1):89-90.

143. Asnis GM, Kaplan ML, Hundorfean G, Saeed W. Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. Psychiatr Clin North Am 1997;20(2):405-25.

144. Hodgins S, Côté G. Major mental disorder and antisocial personality disorder: a criminal combination. Bull Am Acad Psychiatry Law 1993;21(2):155-60.

145. Moran P, Hodgins S. The correlates of comorbid antisocial personality disorder in schizophrenia. Schizophr Bull 2004;30(4):791-802.

146. Moran P, Walsh E, Tyrer P, Burns T, Creed F, Fahy T. Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis: report from the UK700 trial. Br J Psychiatry 2003;182:129-34.

147. Nolan KA, Volavka J, Mohr P, Czobor P. Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. Psychiatr Serv 1999;50(6):787-92.

148. Large M, Nielssen O. Evidence for a relationship between the duration of untreated psychosis and the proportion of psychotic homicides prior to treatment. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008;43(1):37-44.

149. Large M, Nielssen O. Treating the first episode of schizophrenia earlier will save lives [letter]. Schizophr Res 2007;92(1-3):276-7.

150. Nielssen O, Large M. Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. Schizophr Bull 2010;36(4):702-12.

151. Appelbaum PS. Violence and mental disorders: data and public policy. Am J Psychiatry 2006;163(8):1319-21.

152. Latalova K. Bipolar disorder and aggression. Int J Clin Pract 2009;63(6):889-99.

153. Soyka M, Zingg C. Association for methodology and documentation in psychiatry profiles predict later risk for criminal behavior and violent crimes in former inpatients with affective disorder. J Forensic Sci 2010;55(3):655-9.

154. Gray NS, Snowden RJ, MacCulloch S, Phillips H, Taylor J, MacCulloch MJ. Relative efficacy of criminological, clinical, and personality measures of future risk of offending in mentally disordered offenders: a comparative study of HCR-20, PCL:SV, and OGRS. J Consult Clin Psychol 2004;72(3):523-30.

155. Haggard-Grann U, Hallqvist J, Langstrom N, Moller J. Short-term effects of psychiatric symptoms and interpersonal stressors on criminal violence: a case-crossover study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006;41(7):532-40.

156. Saleva O, Putkonen H, Kiviruusu O, Lönnqvist J. Homicide, suicide. An event hard to prevent and separate from homicide or suicide. Forensic Sci Int 2007;166(2-3):204-8.

157. Le Bihan P, Bénézech M. Pactes suicidaires : une revue de la littérature. Ann Méd Psychol 2006;164:292-03.

158. Friedman SH, Friedman JB. Parents who kill their children. Pediatr Rev 2010;31(2):e10-e16.

159. Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, Steinberg JL, Moeller FG. Increased trait-like impulsivity and course of illness in bipolar disorder. Bipolar Disord 2009;11(3):280-8.

160. Najt P, Perez J, Sanches M, Peluso MA, Glahn D, Soares JC. Impulsivity and bipolar disorder. Eur Neuropsychopharmacol 2007;17(5):313-20.

161. Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B, Parsons B, Haas GL, Malone KM*, et al.* Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. J Affect Disord 2000;59(2):107-17.

162. Le Bihan P. Dépression et dangerosités. In: De Beaurepaire C, Bénézech M, Kottler C, ed. Les dangerosités. De la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie. Paris: John Libbey Eurotext; 2004.

163. Deitch D, Koutsenok I, Ruiz A. The relationship between crime and drugs: what we have learned in recent decades. J Psychoactive Drugs 2000;32(4):391-7.

164. Fazel S, Lángström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. JAMA 2009;301(19):2016-23.

165. Erkiran M, Ozünalan H, Evren C, Aytaçlar S, Kirisci L, Tarter R. Substance abuse amplifies the risk for violence in schizophrenia spectrum disorder. Addict Behav 2006;31(10):1797-805.

166. Haute Autorité de Santé. Audition publique « Prise en charge de la psychopathie ». 15 et 16 décembre 2005, Paris, ministère de la Santé et des Solidarités. Rapport d'orientation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Psychopathie_rap.pdf

167. Abushua'leh K, Abu-Akel A. Association of psychopathic traits and symptomatology with violence in patients with schizophrenia. Psychiatry Res 2006;143(2-3):205-11.

168. Hodgins S, Muller-Isberner R. Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. Br J Psychiatry 2004;185:245-50.

169. Tengström A, Hodgins S, Kullgren G. Men with schizophrenia who behave violently: the usefulness of an early- versus late-start offender typology. Schizophr Bull 2001;27(2):205-18.

170. Hodgins S, Kratzer L, Mcneil TF. Obstetrical complications, parenting practices and risk of criminal behaviour among persons who develop major mental disorders. Acta Psychiatr Scand 2002;105(3):179-88.

171. Hodgins S, Tengstrom A. Why do some persons with schizophrenia commit crimes? [abstract]. Eur Psychiatry 2002;17(Suppl 1):26.

172. Hodgins S. Violent behaviour among people with schizophrenia: the contribution of childhood conduct problems. In: Haute Autorité de Santé, ed. Audition publique « Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur ». Texte des experts. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010. p. 102-23.

173. Putkonen A, Kotilainen I, Joyal CC, Tiihonen J. Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: a structured clinical study on dual and triple diagnoses. Schizophr Bull 2004;30(1):59-72.

174. Modestin J, Hug A, Ammann R. Criminal behavior in males with affective disorders. J Affect Disord 1997;42(1):29-38.

175. Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, Steinberg JL, Moeller FG. Interactions between bipolar disorder and antisocial personality disorder in trait impulsivity and severity of illness. Acta Psychiatr Scand 2010;121(6):453-61.

176. Grafman J, Schwab K, Warden D, Pridgen A, Brown HR, Salazar AM. Frontal lobe injuries, violence, and aggression: a report of the Vietnam Head Injury Study. Neurology 1996;46(5):1231-8.

177. Mann JJ. The neurobiology of suicide. Nat Med 1998;4(1):25-30.

178. Jollant F, Lawrence NS, Olie E, O'Daly O, Malafosse A, Courtet P*, et al.* Decreased activation of lateral orbitofrontal cortex during risky choices under uncertainty is associated with disadvantageous decision-making and suicidal behavior. Neuroimage 2010;51(3):1275-81.

179. Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. BMJ 2003;327(7428):1376-8.

180. Anderson SW, Bechara A, Damasio H, Tranel D, Damasio AR. Impairment of social and moral behavior related to early damage in human prefrontal cortex. Nat Neurosci 1999;2(11):1032-7.

181. Thomas P. Quels sont les apports critiques de la neuro-imagerie fonctionnelle et des neurosciences à l'évaluation de la « dangerosité psychiatrique » ? In: Haute Autorité de santé, ed. Audition publique « Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur ». Texte des experts. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010. p 125-33.

182. Aarons GA, Ziegenhorm LA, Brown SA. Adolescent conduct disorder, substance use, and traumatic injury. J Child Adolesc Substance Abuse 2003;12:1-18.

183. Blakemore SJ, Choudhury S. Development of the adolescent brain: implications for executive function and social cognition. J Child Psychol Psychiatry 2006;47(3-4):296-312.

184. Joyal CC, Putkonen A, Mancini-Marïe A, Hodgins S, Kononen M, Boulay L*, et al.* Violent persons with schizophrenia and comorbid disorders: a functional magnetic resonance imaging study. Schizophr Res 2007;91(1-3):97-102.

185. Hoptman MJ, Ardekani BA, Butler PD, Nierenberg J, Javitt DC, Lim KO. DTI and impulsivity in schizophrenia: a first voxelwise correlational analysis. Neuroreport 2004;15(16):2467-70.

186. Volkow ND, Tancredi LR, Grant C, Gillespie H, Valentine A, Mullani N*, et al.* Brain glucose metabolism in violent psychiatric patients: a preliminary study. Psychiatry Res

1995;61(4):243-53.

187. Raine A, Meloy JR, Bihrle S, Stoddard J, LaCasse L, Buchsbaum MS. Reduced prefrontal and increased subcortical brain functioning assessed using positron emission tomography in predatory and affective murderers. Behav Sci Law 1998;16(3):319-32.

188. Kumari V, Das M, Taylor PJ, Barkataki I, Andrew C, Sumich A*, et al.* Neural and behavioural responses to threat in men with a history of serious violence and schizophrenia or antisocial personality disorder. Schizophr Res 2009;110(1-3):47-58.

189. Naudts K, Hodgins S. Schizophrenia and violence: a search for neurobiological correlates. Curr Opin Psychiatry 2006;19(5):533-8.

190. Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. Br J Psychiatry 2000;176:345-50.

191. Centre d'analyse stratégique. Programme « Neurosciences et politiques publiques ». Actes du séminaire: Perspectives scientifiques et légales sur l'utilisation des sciences du cerveau dans le cadre des procédures judiciaires. Paris: Centre d'analyse stratégique; 2009. http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/12CAS_Actes_Neurosciences____justice.pdf

192. Larcher G. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher. Rapport final, propositions. Paris: ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative; 2008. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf

193. Couty E, Cecchi-Tenerini R, Broudic P, Noire D. Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapport présenté à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports. Paris: ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative; 2009. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Missions_et_organisation_de_la_sante_mentale_et_de_la_psychiatrie.pdf

194. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, Milon A. Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France. Paris: Assemblée nationale; Sénat; 2009. http://www.senat.fr/rap/r08-328/r08-3281.pdf

195. Barbier G, Demontès C, Lecerf JR, Michel JP. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales et de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale, par le groupe de travail sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions. N°434. Paris: La Documentation Française; 2010. http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000263/index.shtml

Méthode Audition publique

Une audition publique vise à produire des orientations et si possible des recommandations destinées aux professionnels et aux décideurs de santé, voire aux patients et usagers, sur un thème de santé faisant l'objet d'une controverse professionnelle ou sociétale que peut aider à résoudre un temps de débat public entre les parties prenantes concernées.

Ces orientations ou recommandations sont rédigées par une commission d'audition, à partir d'une synthèse de l'état des connaissances en prenant en compte les incertitudes existantes et les avis d'experts discutés lors du débat public. La commission d'audition est la pierre angulaire de tout le processus et rédige son rapport d'orientation en toute indépendance.

Le terme audition publique désigne à la fois l'ensemble du processus aboutissant à la production et à la diffusion du rapport d'orientation de la commission d'audition, et la réunion publique au cours de laquelle débattent les parties prenantes concernées.

La réalisation d'une audition publique est particulièrement adaptée lorsque :

- le thème traité concerne de nombreux acteurs, à la fois professionnels de santé et d'autres domaines, institutionnels et décideurs, patients et usagers ;
- il existe une(des) controverse(s) importante(s) entre les parties prenantes concernées. Selon le thème, les controverses peuvent porter sur l'état des connaissances scientifiques (données disponibles rares, incertitudes persistantes, interprétation polémique, transposition difficile, etc.), les pratiques professionnelles, l'organisation des soins, des actions de santé publique, des questions juridiques ou éthiques, l'information des patients et usagers, etc. ;
- l'organisation d'un débat public entre les parties prenantes (experts, professionnels, patients et usagers, institutionnels, décideurs) apparaît nécessaire pour discuter des données disponibles et des avis d'experts, faire entendre les avis divergents, écouter la parole des patients et usagers, identifier, éclairer et, si possible, résoudre les controverses ;
- les questions à traiter sont précises et peu nombreuses, permettant un débat public de qualité sur un temps limité (1 à 2 journées au maximum), puis une rédaction dans un délai court du rapport d'orientation par la commission d'audition indépendante ;
- le travail attendu de la commission d'audition est avant tout de faire une synthèse de l'état des connaissances, des incertitudes et des avis d'experts, permettant de proposer aux parties prenantes des éléments d'orientation (orientations selon le cas en termes de pratiques, d'organisation, de recherche, de décision de santé publique, etc.) susceptibles de résoudre les controverses identifiées. La commission d'audition est libre d'identifier au sein de son rapport d'orientation des éléments qu'elle souhaite plus particulièrement recommander.

Quel que soit le thème, une audition publique comprend un temps d'analyse critique des données publiées, sur laquelle se fonde la commission d'audition pour rédiger ses orientations.

Processus de réalisation d'une audition publique par la HAS

• Choix du thème de travail

Les thèmes d'auditions publiques sont choisis par le Collège de la HAS lors de la préparation de son programme de travail. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union

nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

La méthode de travail comprend les étapes et l'intervention des groupes suivants.

- **Comité d'organisation**

La réalisation d'une audition publique débute par la désignation par la HAS d'un comité d'organisation. Ce comité est composé de représentants des instances professionnelles, des associations de patients et d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Il définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, la recherche bibliographique à effectuer, les cibles du futur rapport d'orientation. En fonction des questions prévues, il identifie les experts amenés à prendre la parole lors de la réunion publique. Il propose à la HAS les membres de la commission d'audition et son président, qui participe aux réunions du comité. Une note de cadrage est rédigée par la HAS, validée par le Collège et rendue publique.

- **Commission d'audition**

Une commission d'audition multidisciplinaire et multiprofessionnelle est constituée en fonction du thème. La HAS choisit ses membres sur proposition du comité d'organisation après analyse de leur déclaration d'intérêts. Elle est composée de professionnels concernés par le thème, issus du champ de la santé ou d'autres domaines, et de représentants d'associations. Les membres de la commission d'audition peuvent être des experts du thème traité. La sélection, l'analyse et la synthèse de la littérature médicale et scientifique pertinente sont effectuées par un ou des chargé(s) de projet désigné(s) par la HAS, ou par la commission d'audition elle-même. Des réunions de travail de la commission d'audition ont lieu avant la réunion publique pour lui permettre de prendre connaissance et débattre des données disponibles et des rapports d'experts, pour discuter du niveau de preuve des études identifiées, et pour préparer les questions à poser aux experts et le plan du rapport d'orientation.

- **Experts**

Les experts sont choisis en raison de leur expérience, de leur compétence, de leur notoriété et de leurs publications sur le thème traité. Chaque expert rédige un rapport, remis à l'avance à la commission d'audition. Chaque expert synthétise les données publiées en soulignant ce qui lui paraît le plus significatif pour résoudre la question qui lui est posée, et donne son avis personnel, fruit de son expérience. Il en fait également une présentation synthétique au cours de la réunion publique et participe à l'intégralité des débats publics.

- **Rédaction du rapport d'orientation et des propositions**

La commission d'audition rédige en toute indépendance son rapport d'orientation et ses propositions dans les suites immédiates de la réunion publique. Elle peut en finaliser la rédaction lors d'une ou deux réunions de travail ultérieures si besoin. Le rapport d'orientation peut contenir des références bibliographiques utiles à la synthèse et l'argumentation développées par la commission. La commission d'audition est libre d'identifier au sein de son rapport d'orientation des éléments qu'elle souhaite plus particulièrement recommander.

Le rapport d'orientation et les recommandations sont de la responsabilité de la commission d'audition.

- **Diffusion**

La HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) le rapport d'orientation et les recommandations de la commission d'audition, et les rapports des experts.

- **Travail interne à la HAS**

Un chef de projet de la HAS assure la coordination de l'ensemble du travail et sa conformité avec les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques si besoin. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Les langues retenues sont le français et l'anglais. Les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent d'apporter des informations à la commission d'audition pour construire son rapport d'orientation indépendamment des rapports des experts. Ces recherches sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés et les rapports d'experts permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information.

Participants

Cette audition publique a été organisée par la HAS à la demande du Directeur Général de la Santé. La réunion publique a eu lieu le 10 décembre 2010, à Paris.

En association avec :

- Association France-Dépression
- Collège de la médecine générale
- Collège français de médecine d'urgence
- Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie
- Direction générale de la santé
- Fédération française de psychiatrie
- Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie
- Société française de médecine d'urgence
- Union nationale des amis et familles de malades psychiques

Comité d'organisation

Dr Gérard ROSSINELLI, psychiatre, Toulouse – Président du comité d'organisation

Dr Emmanuelle BAUCHET, Direction générale de la santé, Paris
Dr Paul BONNAN, psychiatre, Cadillac
M. Jean CANNEVA, président de l'Unafam, Paris
Mme Isabelle DEAK-MIKOL, Association France-Dépression, Sèvres
Dr Patrice DOSQUET, HAS, Saint-Denis
Mme Anne-Amélie FLAMENT, Direction générale de la santé, Paris
Dr Jacques GLIKMAN, psychiatre, Neuilly-sur-Marne
Dr Carol JONAS, psychiatre, Saint-Avertin
Mlle Estelle LAVIE, HAS, Saint-Denis
Dr Cyril MANZANERA, psychiatre, La Couronne
M. Cédric PAINDAVOINE, HAS, Saint-Denis
Pr Jean-Louis SENON, psychiatre, Poitiers

Commission d'audition

Pr Jean-Louis SENON, psychiatre, Poitiers – Président de la commission d'audition

Dr Charles ALEZRAH, psychiatre, Thuir
Dr Pierre ARCHIMBAUD, médecin généraliste, Le Cres
Dr Mariève BILLEMONT, médecin urgentiste, Paris
M. Patrick BOUGEOIS, infirmier psychiatrique, Cadillac
Dr Hélène CARDOT, psychiatre, Nantes
Pr Olivier COTTENCIN, psychiatre, Lille
Dr Pierre DELPLA, psychiatre, médecin légiste, Toulouse
Mme Claude FINKELSTEIN, présidente de la Fnapsy, Paris
Dr José GOMES, médecin généraliste, Ruelle
Dr Yvan HALIMI, psychiatre, La Roche-sur-Yon
Dr Yves HEMERY, psychiatre, Morlaix
Dr Gérard LAURENCIN, psychiatre, Muret
Dr Jean-Paul LHUILLIER, psychiatre, Les Ponts-de-Ce
Mme Annick PERRIN-NIQUET, cadre supérieur de santé, infirmière psychiatrique, Saint-Cyr-au-Mont-d'Or
Dr Marie-Noëlle PETIT, psychiatre, Montfavet
Mme Isabelle SALIOU, magistrate, Paris
Pr Daniel SECHTER, psychiatre, Besançon
Dr David SOFFER, psychiatre, Marseille

Chargés de la synthèse bibliographique

Dr Stéphane RICHARD-DEVANTOY, psychiatre, Angers
Dr Mélanie VOYER, psychiatre, Poitiers

Experts

M. Jean CANNEVA, président de l'Unafam, Paris
Me Jean DANET, avocat, maître de conférence, Nantes
Pr Jean-Luc DUBREUCQ, psychiatre, Montréal, Québec
Dr Raphaël GOUREVITCH, psychiatre, Paris
Dr Marie-Jeanne GUEDJ, psychiatre, Paris
Pr Sheilagh HODGINS, psychologue, Londres, Royaume-Uni
Dr Patrick LE BIHAN, psychiatre, Cadillac
Dr Laurent MICHEL, psychiatre, Limeil-Brévannes
Pr Frédéric MILLAUD, psychiatre, Montréal, Québec
Dr Jean-Charles PASCAL, psychiatre, Antony
M. Marc RENEVILLE, historien, Direction de l'administration pénitentiaire, Paris
Pr Pierre THOMAS, psychiatre, Lille
Dr Marie-Noëlle VACHERON, psychiatre, Paris

Fiche descriptive de l'étude

TITRE	**Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur**
Méthode de travail	Audition publique
Réunion publique	10 décembre 2010, Paris
Objectifs	Préciser dans le contexte des troubles schizophréniques et des troubles de l'humeur : • la notion de dangerosité psychiatrique et son contexte • l'épidémiologie et les facteurs de risque généraux et spécifiques • l'évaluation de la dangerosité et les premiers recours en cas de signes d'alerte
Destinataires des recommandations	Psychiatres, urgentistes, médecins généralistes, psychologues, infirmiers, assistants sociaux, exerçant en établissements de santé, en ville, en milieu pénitentiaire Décideurs et institutionnels du domaine de la santé
Demandeur	Direction générale de la santé
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Patrice Dosquet, Mlle Estelle Lavie, M. Cédric Paindavoine, service des bonnes pratiques professionnelles (chef de service : Dr Michel Laurence), HAS, Saint-Denis Secrétariat : Mme Sladana Praizovic, service des bonnes pratiques professionnelles, HAS, Saint-Denis Recherche documentaire : Mme Christine Devaud, avec l'aide de Mme Renée Cardoso, service de documentation (chef de service : Mme Frédérique Pagès), HAS, Saint-Denis
Participants	Cf. liste des participants
Conflits d'intérêts	Les membres du comité d'organisation et de la commission d'audition ont fourni une déclaration d'intérêts qui a été analysée par la HAS.
Recherche documentaire	Janvier 2005-octobre 2010
Analyse de la littérature	Rapport des experts auditionnés (cf. textes des experts sur www.has-sante.fr) Synthèse bibliographique : Dr Stéphane Richard-Devantoy, psychiatre, Angers et Dr Mélanie Voyer, psychiatre, Poitiers (cf. synthèse bibliographique sur www.has-sante.fr)
Auteurs du rapport d'orientation et des recommandations	Commission d'audition, sous la présidence du Pr Jean-Louis Senon, psychiatre, Poitiers (cf. liste des participants)
Validation	Commission d'audition
Autres formats	Rapport d'orientation de la commission d'audition

978-2-11-128487-6