

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

---

Pr Jean Louis Senon  
Psychiatrie et violences  
ENM  
septembre 2006

# L'excellence de la clinique médicolégale française

---

- Pinel, Esquirol, Chaslin, Falret, Legrand du Saule, Régis, Rogues de Fursac
- Blanche, 1878, L'homicide des aliénés
- Marc, 1840 : De la folie, rapport médicolégal
- Simon, 1886: Crimes et délits dans la folie
- Tardieu, 1886: Etude médicolégale de la folie
- Joly, 1888, Le crime
- Maudsley, 1888 : Crime et folie

# Travaux franco-canadiens

---

- Dr Jean Luc Dubreucq, professeur adjoint de clinique, Université de Montréal
- Dr Frédéric Millaud, professeur adjoint de clinique, Université de Montréal, Institut Philippe Pinel
- C C Joyal Professeur adjoint , département de psychologie, Université de Québec à Trois Rivières
- Pr Bruno Gravier, Lausanne

# Une prise de position initiale

---

- Histoire de nos sociétés : assimilation de dangerosité et maladie mentale
- 1987 : National Mental Health Association :  
« Les personnes atteintes d'une maladie mentale ne sont pas plus à risque de réaliser un crime que les autres membres de la population générale »
- Si les problèmes de prise d'alcool et de drogues sont exclus le risque est sensiblement le même



# F. R. Cousin

---

« La majorité des crimes sont  
commis par des délinquants ne  
présentant pas de pathologie  
mentale, peu de criminels  
présentent des troubles »

# Pourtant...

## l'opinion publique et la justice...

---

- Aux USA : 61 % des américains pensent encore qu'un schizophrène agressera une autre personne très probablement ou vraisemblablement
- En France, dans les enquêtes d'opinion schizophrénie est associée à danger ou passage à l'acte

# Image de la schizophrénie auprès du grand public (mai 2001, IPSOS 2002)

---

- Représentation spontanée :
  - Maladie et folie : 69% (folie, démence, cinglé, barjot)
  - Violence : 16% (crainte, peur, danger, agressivité, crime, serial)
  - Soins : 14%
  - Souffrance : 12%
  - Troubles du comportement : 6%
  - Enfermement : 5%

# Enquête grand public (suite)

---

- Score de connaissance :
  - 86% : maladie mentale
  - 5% : maladie physique
  - 66% : maladie qui peut se soigner
  - 22% : maladie qu'on ne peut soigner
- Score de stigmatisation :
  - 65% : peuvent mener des activités normales
  - 48% : sont dangereux pour les autres
  - 68% : sont dangereux pour eux



# Quatre catégories d'études

---

1. Échantillons de la population générale
2. Suivi de patients à la sortie de l'hôpital
3. Devenir de cohortes de nouveaux nés
4. Étude d'une population d'homicides



# Swanson et al 1990

---

- 8066 Hommes et Femmes
  - Sans trouble mental : 2,1%

# Swanson et al 1990

---

- 114 hommes et femmes Schizophrènes
- Violence avouée envers autrui l'année passée
- Schizophrénie et troubles schizophréniformes
  - Moyenne : 12,7%
  - Sans abus alcool ou drogues : 8,4%
  - Avec abus A ou D : 30,3%

# Swanson et al 1990

---

- 282 Hommes et Femmes : EDM
- Violence avouée envers autrui dans l'année
- EDM
  - EDM moyenne : 11,7%
  - EDM sans abus: 3,5%
  - EDM avec abus : 29,2%

# Swanson et al 1990

---

- Troubles affectifs : 620 H et F
  - % sujets violents : 11,1%
  - Sans abus : 3,5%
  - Avec Abus : 29,2%
  
- Troubles anxieux : 1687 H et F
  - % sujets violents : 9,1%
  - Sans abus : 2,4%
  - Avec Abus : 2,3

# Swanson

## commentaire J L Dubreucq

---

- Les individus recevant un diagnostic de schizophrénie ont mentionné des actes violents dans des proportions 4 fois plus grandes que ceux sans diagnostic psychiatrique.
- Sans abus de substance, il n'existe pas de lien significativement élevés entre la violence et les troubles affectifs ou les troubles anxieux.
- L'abus de substance est fortement associé à la violence mais même sans abus d'alcool/drogues,
- Les personnes ayant un trouble mental grave ont 3 à 4 fois plus de chances de commettre un acte violent.

# Lindqvist, Allebeck, 1990

---

- 644 schizophrènes hommes et femmes versus population générale
- Dossier criminel pour acte violent envers autrui
- Résultats :
  - Schizophrènes : 8,5%
  - Population générale : 3,3%

# Lindqvist, Allebeck, 1990

---

- Commentaire de JL Dubreucq:
  - Après leur sortie de l'hôpital, le taux de violences de personnes atteintes de schizophrénie est quatre fois plus grand que celui de la population générale

# Hodgins, 1992, 1993

---

- 82 hommes
- 4 fois plus de risques chez les schizophrènes
- 8,4 fois plus de risque chez les schizophrènes abusant de drogues ou d'alcool

# Link et al, 1992

---

- Violence : avoir frappé une autre personne au cours de la dernière année
- 365 schizophrènes H et F : 12,3%
- 385 personnes du voisinage : 5,2%

# Hodgins, 1992

---

- Dossier criminel pour actes violents sur autrui
  - Trouble mental sévère : 14,6% (risque occurrence : 4,2%)
  - Trouble mental sévère sans abus d'alcool drogue : NS (RO : 1,7)
  - TMS avec abus alcool drogue : NS (RO : 8,4)
  - Abus alcool et drogue : 49,4% (RO : 15,4%)
  - Sans trouble mental : 5,7%

# Hodgins, 1996

---

- 3130 H
  - TMS : 5,7% (RO : 3,5)
    - Sans abus alcool : NS
    - Avec abus : NS
- 1731 :
  - Abus dépendance alcool : 9,1% (RO : 5,4%)
- 155 580 :
  - Sans hospitalisation psychiatrique : 1,7%

# Eronen 1996

---

- 86 hommes schizophrènes, 38 sans abus Sb, 28 avec abus
- Homicides
- Conclusion J L Dubreucq :
  - Chez les hommes, le double diagnostic de schizophrénie et de dépendance à l'alcool est associé à un risque 17 fois plus grand de faire un homicide comparativement à la population générale.
  - La schizophrénie à elle seule a un ratio de cote de 7.3, ce qui est hautement significatif

# Tiihonen 1997

---

- 51 hommes schizophrènes , 38 sans abus, 15 avec, versus 5285 témoins
- Résultats :
  - Schizophrènes : 7
  - S sans abus : 3,6
  - S avec abus : 25,2
- Conclusion J L Dubreucq :
  - La schizophrénie est associée à une élévation marquée des risques de violence lorsqu'un trouble d'abus de substance est présent.
  - L'élévation demeure très significative même sans abus de substance .
  - Cependant, seulement 7 patients ont ici un dossier criminel pour violence

# Volavka et al 1997

---

- 531 schizophrènes hommes et femmes
- Conclusion J. L. Senon : importance des données socioéconomiques :
  - Environ 10% des patients atteints de schizophrénie vivant dans un pays développé rapportent avoir déjà agressé physiquement une autre personne au cours de leur vie.
  - Les risques d'agression sont significativement associés
    - à l'âge (jeune),
    - au statut socio-économique (faible),
    - niveau de scolarité (bas)
    - à la consommation d'alcool (forte).
  - Dans les pays en voie de développement, le taux est de 30%

# Stueve et al 1997

---

- Tous troubles de l'adulte jeune
- Conclusion J L Dubreucq :
  - La dépression majeure et les troubles anxieux ne sont pas associés à une élévation significative du risque d'actes violents chez les jeunes adultes sans trouble d'abus d'alcool/drogue.
  - Par contre, les troubles psychotiques et le trouble bipolaire sans abus de substance demeurent significativement associés à la violence.
  - L'abus de substance est fortement liée à elle seule aux actes violents dans la communauté

# Belfrage 1998

---

- 1056 H et F : trouble psychotique
- 659 S
- 324 psychoses affectives
- 93 paranoïa
- Conclusion J L Senon:
  - 13% des individus atteints d'un trouble psychotique ont été violents envers autrui durant les 10 années suivant leur sortie de l'hôpital.
  - La proportion associée à la schizophrénie, aux hommes et à l'abus d'alcool n'est pas spécifiée cependant.
  - L'auteur ne fournit pas de données concernant la population générale correspondante

# Wallace, 1998, Australie

---

- Schizophrènes : 91H
  - S : 4,4%
  - S sans abus : 2,4%
  - S avec abus : 18,8%
  
- Troubles affectifs : 64 H
  - TA : 4,1%
  - TA sans abus : 2,9%
  - TA avec abus : 19,0%

# Steadman et al., 1998

## Monahan et al., 2001

---

- Les schizophrènes sont moins responsables de violence que les bipolaires ou les déprimés.
- Les schizophrènes **sans antécédent d'arrestation pour violence physique, sans pensée ou scénario imaginaire à saveur violente**, ayant été traités à l'hôpital l'année précédente et ayant accepté de poursuivre l'étude pendant un an ont néanmoins été violents dans 7% des cas au cours des 20 semaines suivant leur sortie d'hôpital.
- L'abus d'alcool ou de drogue rend compte d'une large part de la violence des patients vivant dans la société. L'étude démontre que la majorité des patients fidèles à leur traitement ne sont pas violents à la sortie de l'hôpital.
- **Ceux qui sont violents le sont majoritairement dès les 20 premières semaines après la sortie.**

# Mullen, 2000

---

- Schizophrènes sur la vie entière
- Versus groupe témoin apparié
- Dossier criminel pour acte violent envers autrui
- Commentaires F Millaud :
  - Schizophrénie : majoration du risque dans un facteur 7
  - L'abus augmente ce lien

# Arseneault, 2000

---

- 39 H et F Schizophrènes
- 172 EDM, 170 Troubles anxieux, 94 abus sb, versus 572 sans trouble mental
- Dossier criminel pour acte violent 12 mois avt
- Conclusion : les jeunes de 21 ans souffrant de symptômes positifs de schizophrénie risquent 2,5 fois plus un PA violent

# Milton, 2001

---

- 166 premier épisode psychotique
- Dossier criminel
- La nature des symptômes au moment de l'admission n'a pas d'influence sur des risques de violences
- Sont seuls significatifs :
  - Ne pas avoir d'emploi
  - Être agité à l'admission
  - Abuser des drogues et non d'alcool

# Hodgins, 2003

---

- 112 S et trouble schizoaffectif
- Conclusions JL Dubreucq, JL Senon :
  - Environ 10% des patients ont été violents durant les 12 mois après la sortie de l'hôpital
  - Mais 69% avaient déjà eu des violences envers autrui
  - Et 62% un abus d'alcool

# Wallace, 2004

---

- 2861 S H et F
- Conclusion JL Dubreucq :
  - Le diagnostic de S est associé à un risque plus élevé de violence
  - Les hommes S sans abus alcool ou de drogues risquent 2,7 fois plus que les hommes de la population générale de faire un PA violent
  - Entre 6 et 11% des actes criminels violents commis en Australie sont dus à la S
  - L'augmentation de la violence des malades mentaux sur 25 ans est proportionnelle à la violence augmentant en population générale

# Qu'en est-il pour le TB et les psychoses affectives?

---

- Le risque de violence est:
  - Pour les hommes deux fois plus élevé que la PG
  - Pour les femmes quatre fois plus élevé
- Sans abus de substance
  - Pour les hommes NS
  - Pour les femmes risque significatif

# Risque d'homicide et troubles mentaux

---

- Dans les pays industrialisés le taux d'homicides est compris entre 1 et 5 pour 100.000 habitants
- Les troubles mentaux graves seraient responsables de 0,16 cas d'homicides pour 100.000 habitants
- Les hommes atteints de S présentent 8 à 10 fois plus de risques de commettre un homicide.
- S et alcool : risque multiplié par 16 pour les hommes et par 84 chez les femmes

# Caractéristiques des patients violents , mais...

---

- Ce sont les mêmes risques de violence que la population générale :
  - Age ( jeunes)
  - Sexe (homme)
  - Statut socio-économique : pauvreté, chômage, milieu défavorisé
  - Quartier de résidence
  - Abus alcool ou drogues
  - ATCD de violences

# Mais surtout un problème de société...

---

- Wallace 2004 :
  - Une étude sur 25 ans
  - la violence des malades mentaux connaît une croissance proportionnelle à la croissance de la violence dans la population générale

# Mais quatre facteurs spécifiques...

---

1. Atteinte cérébrale
2. Présence de symptômes psychotiques spécifiques
3. Personnalité psychopathique associée
4. Abus alcool ou drogues

# Atteinte cérébrale

---

- Travaux récents : Tardiff, Volavka, Krakowski...
  - Atteinte frontale
  - Signes neurologiques ou neuropsychologiques surtout frontaux
  - Schizophrénie indifférenciée plus que paranoïde
  - Violence non planifiée et non dirigée , répétée
  - Violence institutionnelle favorisée par facteurs environnementaux
  - Dépistage : questionnaire COGNISTAT et impulsivité
  - Tt : clozapine, CBZ, Depamide, propranolol

# Signes psychotiques spécifiques

---

- ❑ Symptomatologie positive au premier plan
- ❑ Pas de violence précédant la psychose
- ❑ Délire de persécution avec persécuteur habituel nommé
- ❑ Syndrome d'influence
- ❑ Hallucinations auditives impérieuses
- ❑ Acte violent planifié et dirigé vers le persécuteur : le contenu délirant permet de prévoir le PA
- ❑ Acte dans un lieu privé : le domicile familial
- ❑ Les risques de violence augmentent lors de l'arrêt ou des switches du traitement

# Autres signes spécifiques

---

- Délire grandiose
- Rêveries diurnes d'agresser autrui
- Idéation et pratiques perverses
- Fascination par les armes
- Menaces écrites ou verbales évoquant un scénario en cours de constitution

# Personnalité psychopathique associée

- Seilagh Hodgins : certains patients S récidivent non pas à cause de leur psychoses mais du fait de l'association à un TPA sous-jacent
- Putkonen et Joyal : 47% des meurtriers atteints de S présentent un TPA associé et un abus d'alcool. Dans ces cas, l'histoire de violences précède la psychose.
- Dans ce cas, le PA n'est pas en rapport avec le délire ou les idées de persécution, la victime n'est pas un membre de la famille

# Temps, victimes et lieux

---

- Etude MacArthur, 1998
- La plupart des agressions ont lieu dans les 20 semaines suivant la sortie de l'hôpital
- Victimes :
  - Famille (51%)
  - Conjoint, amis : (35%)
  - Inconnu (14%)
- Lieux : résidence privée
- Agressions lors des activités de la vie quotidienne ou une rencontre au hasard
- La précarité et la marginalisation ont un rôle fondamental

# Trois sous groupes, J L Dubreucq

---

1. S et TPA avec alcool :
  1. Victime : copain ou ami consommant avec
  2. Violence non planifiée
2. S chronique avec signes neurologiques et neuropsychologiques d'anomalies structurales
  1. Frustration
  2. Violence verbale ou contre les objets, récidivante
3. S paranoïde
  1. Persécution, influence ou grandeur
  2. Geste planifié à l'encontre de la famille, mère ou père
  3. Récidive faible

# Rupture des soins

---

- Rapport avec la désinstitutionnalisation
- « Plus on psychiatrise, moins on criminalise »
- « Moins on psychiatrise, plus on criminalise »
- Rapport avec la difficulté des hospitalisations sous contrainte
- MacArthur : le nombre d'événements violents est inversement proportionnel à l'intensité du suivi psychiatrique
- Le groupe « suivi toutes 4 semaines » a 4 fois plus de risque de violences que le groupe hebdomadaire

# Rupture de soins et Désinstitutionnalisation psychiatrique

---

- Rapport étroit entre rupture de soins et désinstitutionnalisation psychiatrique quelqu'en soient les motifs :
  - Idéologiques et philosophiques
    - Liberté individuelle et courants « anti-internements »
  - Economiques face aux coûts de l'hospitalisation et des traitements

# Que retenir pour les soins ?

---

1. Nécessité d'une clinique précise et évaluée longitudinalement dans sa dimension de dangerosité :
  1. Clinique paranoïde : persécution, influence ou grandeur, risques pour la famille
  2. Clinique S sur TPA avec alcool : violence clastique touchant le compagnon
  3. Clinique « neurologique » : dimension institutionnelle de la violence

# Que retenir pour les soins ? 2

---

2. Prendre en compte spécifiquement la consommation d'alcool, de shit et toute autre drogue
3. Quand il y a eu violence avant une hospitalisation ou à l'admission, connaître et évaluer les risques de récidive

# Que retenir pour les soins ? 3

---

4. Planifier la prise en charge ambulatoire rapprochée sur 20 semaines
5. Utiliser des outils d'évaluation de la dangerosité
6. Devant un schizophrène difficile élargir l'évaluation à un groupe de pairs avec travail d'équipe

# Propositions

---

1. Redonner valeur à la clinique psychiatrique dans sa dimension médico-légale
  1. Ne pas dénier les risques de PA et savoir les prévoir
  2. Évaluer les risques de PA, groupes de pairs et travail d'équipe, centres régionaux de référence
  3. Restaurer la contenance de quelques services fermés de psychiatrie

# Propositions (2)

---

2. Créer un enseignement et une pratique criminologique décloisonnée
  1. Enseignements de criminologie associant
    1. Psychiatrie
    2. Psychologie
    3. Sociologie
    4. Droit
  2. Pratiques décloisonnées dans les mêmes champs
3. Centres ressources et références inter-régionaux

# Propositions (3)

---

3. Travailler la disjonction psychiatrie Justice : Articulation CP et loi 1990
  1. Soins sous contrainte plus qu'hospitalisation sous contrainte (cf Rapport IGAS IGS Lopez et al)
    1. Juge administratif ?
    2. Juge pénal comme contrôle à posteriori
  2. Malades irresponsables 122-1 CP
    1. Jugement d'imputabilité ?
    2. Judicialisation des soins??
  3. Cas d'altération du discernement 122-1 al 2
    1. Réalité de l'atténuation des peines
    2. Organisation des soins: peine réduite suivie d'obligation de soins ?

# Propositions (4)

---

4. Renforcer la formation initiale et permanente en psychiatrie médico-légale
  1. DESC de psychiatrie médico-légale
  2. Formations 3<sup>ème</sup> cycle à l'expertise
    1. DU en médecine
    2. Masters Pro en psychologie
  3. Formations spécifiques : loi de 1998
5. Elaborer des Recommandations sur la prise en charge du malade mental violent

# Propositions (5)

---

6. Limiter la Désinstitutionnalisation et maintenir des lits de crise
7. Prendre en charge des addictions
8. Réfléchir avec le champ socio-éducatif aux psychopathies

# Pondération et vigilance

---

- Pondération :
  - Si la violence des malades mentaux est plus grande que celle de la population générale, la proportion d'actes criminels commis par les des malades mentaux est très faible
- Vigilance
  - Combattre vieux démons de assimilation violence, dangerosité et maladie mentale
  - Préserver des institutions de soins contenantes
  - Transmettre une clinique psychocriminologique

VIOLENCES - SCHIZOPHRENIE  
ET TROUBLES  
MENTAUX GRAVES



CRISE,  
AIGUË

