

Violences, schizophrénie et troubles mentaux graves

Pr Jean Louis SENON
CRIMCUP
Université de Poitiers

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

Une prise de position initiale

- 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 violente 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

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 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 psychiatrie, moins 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

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 récurrence

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

VIOLENCES - SCHIZOPHRENIE
ET TROUBLES
MENTAUX GRAVES



CRISE,
AIGUË

