



# La prise en charge des états réputés dangereux

Marie-Noëlle Vacheron-Trystram  
Françoise Comic  
Raphaël Gourevitch

 **MASSON**

# **La prise en charge des patients réputés dangereux**

## CHEZ LE MÊME ÉDITEUR

### *Dans la collection :*

PSYCHIATRIE, VIH ET HÉPATITE C. QUELS ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE ? QUELS ENJEUX POUR LA SOCIÉTÉ ? par J.-P. LANG, 2009.

LA CONSCIENCE DANS TOUS SES ÉTATS. APPROCHES ANTHROPOLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE : CULTURES ET THÉRAPIES, par S. BAUD, N. MIDOL, 2009.

LES CLINIQUES DE LA PRÉCARITÉ. CONTEXTE SOCIAL, PSYCHOPATHOLOGIE ET DISPOSITIFS, par Jean FURTOS, 2008.

L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN PSYCHIATRIE, par Marie-Christine HARDY-BAYLÉ, Jean-Michel CHABOT, 2008.

LES PRESCRIPTIONS MÉDICAMENTEUSES EN PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT, par Daniel BAILY et Marie-Christine MOUREN.

LES TRAITEMENTS DU TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF, par Bruno AOUZERATE et Jean-Yves ROTGÉ, 2007.

LE DIAGNOSTIC EN PSYCHIATRIE : QUESTIONS ÉTHNIQUES, par A DANION-GILLAT, 2006.

LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA SCHIZOPHRÉNIE, par F.-S. KOHL, 2006.

ADDICTIONS ET PSYCHIATRIE, par M. REYNAUD, 2005.

PSYCHOTRAUMATISMES : PRISES EN CHARGES ET TRAITEMENTS, par G. VAIVA *et al.*, 2005.

MESURER LES ÉVÉNEMENTS DE VIE EN PSYCHIATRIE, par Ph. GORWOOD, 2004.

Retrouvez tous les ouvrages du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française sur [www.masson.fr](http://www.masson.fr) et sur [www.cpnlf.fr](http://www.cpnlf.fr)

# La prise en charge des patients réputés dangereux

Marie-Noëlle VACHERON-TRYSTRAM

Françoise CORNIC

Raphaël GOUREVITCH



ELSEVIER  
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. : 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle par quelque procédé que ce soit des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2010. Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ISBN : 978-2-294-71205-0

---

ELSEVIER MASSON S.A.S. – 62, rue Camille-Desmoulins – 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex

# CONGRES DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE

## Responsables d'édition

Rédacteur en chef : Docteur J.-P CHABANNES, Secrétaire général

### Comité d'édition :

Professeur M. BOURGEOIS  
Professeur J.D GUELFY  
Docteur J.P CHABANNES  
Professeur D. BAILLY  
Professeur P. MARTIN  
Docteur P. SCHOENDORFF  
Docteur J. BURGONSE  
Professeur G. DAR COURT  
Professeur J. PALAZZOLO  
Professeur L. SCHMITT  
Docteur C. SPADONE  
Docteur D. SZEKELY  
Docteur H. WEIBEL

Conseiller pour le Prix « Premières Communications » :

Docteur V. AUBIN-BRUNET

### Comité scientifique :

*Président* : Professeur L. SCHMITT

#### *Membres* :

Professeur M. ANSSEAU  
Professeur D. BAILLY  
Professeur F. BAYLÉ  
Professeur V. CAMUS  
Professeur M. DELAGE  
Professeur P. MARTIN  
Professeur C. MILLE

## **LISTE DES AUTEURS**

VACHERON-TRYSTRAM Marie-Noëlle, psychiatre des hôpitaux, hôpital Sainte-Anne, secteur 13, 1, rue Cabanis, 75014 Paris, France.

CORNIC Françoise, psychiatre des hôpitaux, hôpital Sainte-Anne, secteur 13, 1, rue Cabanis, 75014 Paris, France.

GOUREVITCH Raphaël, psychiatre des hôpitaux, hôpital Sainte-Anne, SHU-secteur 14, 1, rue Cabanis, 75014 Paris, France.

# Abréviations utilisées dans l'ouvrage

AAH	allocation adulte handicapé
AEMO	Aide éducatif en milieu ouvert
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANDUSIP	Association nationale des unités de soins intensifs psychiatriques
APA	American Psychiatric Association
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASQ	Association des Hôpitaux du Québec
BDHI	Buss-Durkee Hostility Inventory
BIS	Barrat Impulsiveness Scale
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
CATIE	National Institute Mental Health Clinical Antipsychotic Trial of Intervention Effectiveness
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CDHP	Commission départementale des hospitalisations psychiatriques
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CMP	Centre médicopsychologique
CMPR	Centre médicopsychologique régional
CMU	Couverture maladie universelle
CNBD	Carolina Nosology of Destructive Behavior
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSMJ	Centre socio-médico-judiciaires de sûreté
CSST	Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
DAEU	Diplôme d'accès aux études universitaires
DAS	Disability Assessment Scale
DISC	Diagnostic Interview Schedule
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSPD	Dangerous and Severe Personality Disorders
ECA	Epidemiologic Catchment Area
EDS	Établissement de défense sociale
EMPP	Équipes mobiles psychiatrie et précarité
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail

FIJAIS	Fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infraction sexuelle ou violente
GABA	acide gamma-aminobutyrique
GAD	<i>glutamic acid decarboxylase</i>
Gn-RH	<i>gonadotrophin-releasing hormone</i>
HBS	Handicaps Behavior and Skills Scale
HCR	Historical Clinical Risk
HDHQ	Hostility and Direction of Hostility Questionnaire
HDT	hospitalisation à la demande d'un tiers
HL	hospitalisation libre
HO	hospitalisation d'office
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10 <sup>th</sup> revision
IC-SOHO	Intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes
ICT	Iterative Classification Tree
IMPC	instrument de mesure des progrès cliniques
IPPP	infirmerie psychiatrique de la préfecture de police
ITT	interruption temporaire de travail
MADRS	Montgomery and Asberg Depression Rating Scale
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
MOAS	Modified Overt Aggression Scale
NESARC	National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions
NOSIE	Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation
OAS	Overt Aggression Scale
OAS-M	OAS-Modified for out-patients
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPP	ordonnance de placement provisoire
OR	<i>odds ratio</i>
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
PCL-R	Psychopathy Checklist-Revised
PICU	Psychiatric Intensive Care Unit
PO	placement d'office
PPSMJ	personne placée sous main de justice
PSEM	placement sous surveillance électronique mobile
PTSD	<i>post-traumatic stress disorder</i> (syndrome de stress post-traumatique)
QI	quotient intellectuel
RAGE	Rating Scale for Aggression in the Elderly
RMO	Responsive Medical Offender
SAAB	Scale for Assessment of Agitated and Aggressive Behavior
SAPS	Scale for the Assessment of Positive Symptoms
SAVRY	Structured Assessment of Violent Risk in Youth
SCL-90	Hopkins Symptom Checklist
SDAS	Social Dysfunction and Aggression Scale
SMPR	Service médicopsychiatrique régional
SOAS	Staff Observation Aggression Scale
SOAS-R	Staff Observation Aggression Scale Revised
SORAG	Sex Offender Risk Appraisal Guide
SPDC	Service psychiatrique de diagnostic et de cure
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation

START	Short-Term Assessment Risk and Treatability
SVR	Sexual Violence Risk
TAQ	Tribunal administratif du Québec
TBS	<i>terbeschikkingstelling</i> (mise à disposition)
TC	trouble des conduites
THADA	trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention
TOP	trouble oppositionnel avec provocation
TSO	traitement sanitaire obligatoire
UHSA	Unité d'hospitalisation spécialement aménagée
UMAP	Unité pour malades agités ou perturbateurs
UMD	Unité pour malades difficiles
UPID	Unité psychiatrique interdépartementale
USIP	Unité de soins intensifs psychiatriques
VRAG	Violence Risk Appraisal Guide

# Avant-propos

François CAROLI

De récents événements ont jeté la lumière sur les difficultés que rencontrent les équipes psychiatriques à suivre leurs patients, et plus encore lorsque leurs symptômes évoquent un état dangereux. Certains témoignages ont pu laisser entendre que les professionnels se trouvaient démunis dans le cadre du suivi de certains patients :

– du point de vue des familles, l'isolement apparaît dramatique, notamment lorsqu'elles ont l'impression d'avoir, en vain, appelé à l'aide ;

– du point de vue des associations de patients, la crainte d'un contrôle psychiatrique excessif inquiète de plus en plus ;

– du point de vue des textes, des éléments contradictoires entre liberté individuelle, secret professionnel et assistance à personne en danger (la personne pourrait être un autre que le patient) gênent l'appréciation de situations ;

– du point de vue de la société, on cherche maintenant à désigner des responsables. Le travail du deuil est mis au premier plan, quitte à désigner des boucs émissaires. La justice pourra-t-elle longtemps éviter ces écueils ?

Le mot « dangerosité » est d'apparition récente en français : on le retrouve dans le *Dictionnaire de l'histoire de la langue française* en 1969 en référence à la psychologie. Bien entendu, il ne figure ni dans le *Littré*, ni dans le *Dictionnaire de l'Académie française*. Le *Grand Robert* l'adopte en 1989, toujours sous l'angle psychologique, mais le définit comme « caractère dangereux ».

À ce jour, ce mot est employé par la presse, notamment dans les faits divers mais très peu par les spécialistes, si ce n'est entre guillemets. Ils sont toutefois contraints à l'employer car le terme « dangerosité », chez les Anglo-Saxons, n'est pas un terme nouveau et a toujours existé, au point que l'abus de « *dangerousness* » entraîne des critiques tant il est utilisé par les psychiatres américains.

Depuis plusieurs années, la notion de dangerosité a quitté le domaine médicopsychologique pour s'élargir aux notions qui touchent tout un chacun, notamment dans l'idée d'une potentialité dangereuse qui en devient quasiment le synonyme. La tendance actuelle privilégie les victimes et attire l'attention sur différents faits divers, dans lesquels certains malades mentaux sont impliqués. On peut rejoindre Roland Barthes quand il dit « le fait divers nous renvoie formellement à rien d'autre qu'à nous-mêmes », ce qui explique cette fascination opérée de tout temps. En fait, chacun s'interroge sur cette capacité curieuse que tel ou tel sujet aurait de passer à l'acte. Mais lorsqu'il s'agit du passage à l'acte d'un malade mental, on suppose

d'emblée qu'intervient une part importante d'irrationnel. Plus cette part d'irrationnel est mise en exergue, moins les explications scientifiques sont audibles.

Que peut répondre le psychiatre face à de telles incertitudes ? Sa tâche s'avère particulièrement complexe, car il doit s'occuper des troubles les plus difficiles qui soient, ceux de la pensée et du fonctionnement psychique, éclairer les juges lorsqu'ils interviennent comme experts, voire protéger le patient quand il le traite, et ses concitoyens lorsque son malade devient dangereux.

C'est tout le mérite des auteurs de ce rapport de s'attaquer de front à ce problème pour éclairer cette part d'irrationnel réduite considérablement par la connaissance médicale et sa conséquence sur les traitements et les prises en charge.

On a coutume d'affirmer en la matière que le risque zéro n'existe pas, cette lapalissade raisonne comme une provocation auprès des autorités et des victimes. Pour ces dernières, le risque est de 100 %. En revanche, tendre vers le risque zéro mérite d'être affirmé en se contraignant à une rigueur d'analyse situationnelle et clinique par une sollicitation permanente, par tous les acteurs concernés.

# Introduction

De tout temps, la maladie mentale a été associée à la violence, alors que les malades mentaux en sont plus souvent la cible que les auteurs. La notion d'état dangereux est ancienne en criminologie, datant de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, et a très vite suscité l'interrogation des psychiatres, en particulier pour la difficile question de la responsabilité et de la récidive. Après la Seconde Guerre mondiale, les valeurs humanistes ont largement primé, vers le choix de la liberté et de la réhabilitation. Cependant, la société évolue. Elle devient ainsi progressivement plus sécuritaire à mesure que l'incertitude, les crises socioéconomiques et le sentiment de menace s'accroissent. Indépendamment du phénomène réel de la violence, l'apparition de la figure de victime, notamment en France, entraîne une sensibilisation et une médiatisation accrues des faits divers criminels. La législation française, comme les législations européennes et nord-américaines, tend à promouvoir une politique de défense sociale. S'identifiant aux victimes, le législateur répond à ce qu'il perçoit de la demande de l'opinion publique par un encadrement de plus en plus strict, voire coercitif, soit par la judiciarisation des soins, soit par un enfermement postpénal. La multiplication des lois sur les injonctions de soins et les mesures de sûreté, comme l'hospitalisation des malades mentaux reconnus irresponsables sur le plan pénal, en est l'exemple. L'expertise psychiatrique est elle-même critiquée, rendue responsable de l'incarcération de malades mentaux, sans prendre en compte les modifications introduites par le nouveau code de procédure pénale. Ainsi, demander à l'expert de distinguer le trouble mental ayant aboli de celui ayant altéré le discernement était une situation ignorée par l'ancien article 64, introduite par les alinéas 1 et 2 de l'article 122-1. De plus en plus, la constatation, dans le cadre d'un délit ou d'un crime, d'une altération psychique constitue désormais un élément aggravant, conduisant à un alourdissement de la peine. Le nombre de malades mentaux en détention est également en augmentation, d'autant qu'un tiers des personnes incarcérées le sont à la suite d'une comparution immédiate devant le tribunal de grande instance. Elles ne peuvent pas toujours bénéficier d'une prise en charge de qualité, malgré le développement de la psychiatrie pénitentiaire.

Les missions de l'expert se sont encore alourdies par rapport à sa mission première (évaluation de la dangerosité psychiatrique avec la tentative de compréhension de l'acte en fonction du sujet et de sa trajectoire), puisqu'il lui est maintenant demandé de se prononcer sur la dangerosité criminologique et de prédire le risque de récurrence.

Comment la psychiatrie peut-elle trouver sa place dans ce climat de malaise et de tension pour la prise en charge de patients réputés dangereux ? Il est en effet maintenant reconnu que si la majorité des patients atteints de troubles mentaux ne sont pas dangereux, un lien existe entre trouble mental, violence et criminalité. Selon différents travaux publiés depuis les années 1990, ce lien apparaît complexe et plurifactoriel, renforcé par les comorbidités, la violence environnante ou les troubles des conduites dans l'enfance. Il s'agit donc pour le psychiatre de repérer les profils symptomatiques susceptibles d'influencer la dangerosité du patient, quelle que soit la définition de cette dangerosité, afin d'apporter une réponse adaptée de prévention.

L'objectif de ce rapport est de faire le point sur les différentes stratégies de prise en charge des patients réputés dangereux. Nous aborderons la dangerosité en précisant l'évolution du concept à travers le temps, les difficultés de sa définition et de son évaluation. Nous étudierons la clinique de la dangerosité psychiatrique, nous référant aux principales études épidémiologiques puis en fonction de la psychopathologie. Nous préciserons les facteurs de risque de la dangerosité. Par la suite, nous aborderons les stratégies de prise en charge de la dangerosité des malades mentaux, en tenant compte de leurs aspects institutionnels et médico-légaux.

La connaissance et l'évaluation des facteurs de risque de dangerosité et de violence sont primordiales si l'on veut éviter la stigmatisation des malades mentaux, qui tendrait à faire considérer tout malade mental comme dangereux, et cela à titre définitif. La prise en charge des malades mentaux réputés dangereux doit se poursuivre dans le cadre d'une psychiatrie qui repose sur des données fiables, en tenant compte de l'évolution des concepts et des différences de culture entre chaque pays.

# 1

## Notion de dangerosité psychiatrique

La notion de dangerosité a fait l'objet de publications innombrables dans le domaine de la criminologie, discipline au sein de laquelle elle tient même une place véritablement centrale. Désormais, elle occupe aussi un espace considérable du débat social et politique. Mais le maniement de ce concept, sous divers avatars, est également très lié à la pratique psychiatrique et, depuis son origine, à l'histoire de celle-ci et de l'expertise.

On s'étonne donc de découvrir que les dictionnaires de la langue française n'en proposent une définition que depuis peu d'années, et du reste très succincte (par exemple, dans le *Robert* 2008, « Dangerosité : caractère dangereux ») ; et que ce terme ne figure même pas [1] ou seulement incidemment [2] à l'index de manuels courants de psychiatrie générale, même récents.

C'est pourtant vers les psychiatres qu'on se tourne désormais pour exiger sécurité et même « prévention de la récidive », comme si tous les comportements violents ou transgressifs devaient se lire à travers le seul prisme clinique, négligeant ainsi leurs composantes sociologiques ou judiciaires, et les assimilant systématiquement à une maladie mentale ou du moins à un « trouble psychologique ».

### UNE DÉFINITION PRÉALABLE : CELLE DE VIOLENCE

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la *violence* comme « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations ». On le voit, la violence se situe déjà au niveau de l'agir. Qu'elle obéisse à une logique défensive ou destructrice, elle est une

composante ancestrale des rapports sociaux. Si ses modes d'expression ont changé au cours des siècles, elle n'a pour autant jamais disparu. Elle doit en fait être envisagée à un double, et même à un triple niveau : celui du *fait* violent, c'est-à-dire de la nature de l'acte ; celui du *vécu*, c'est-à-dire de l'effet de la violence sur celui qui la subit ; mais aussi celui de l'*action*, c'est-à-dire de l'intentionnalité de celui qui l'exerce. Ces trois niveaux peuvent être contradictoires.

DIFFÉRENTES FORMES DE VIOLENCE

La violence peut être physique, bien sûr, mais aussi psychologique, sexuelle, verbale, matérielle, institutionnelle... Morasz [3], d'après Buss [4], a proposé une classification des différentes formes que peut revêtir la violence, en distinguant l'agression active de l'agression passive d'une part, dans ses aspects directs et indirects d'autre part (figure 1.1, à laquelle Morasz a ajouté la composante psychique).

Dans le langage courant (dictionnaire le *Robert*, par exemple), le terme « violence » se rapporte aussi bien à l'acte lui-même qu'à sa motivation ou à la personnalité de celui qui le commet.

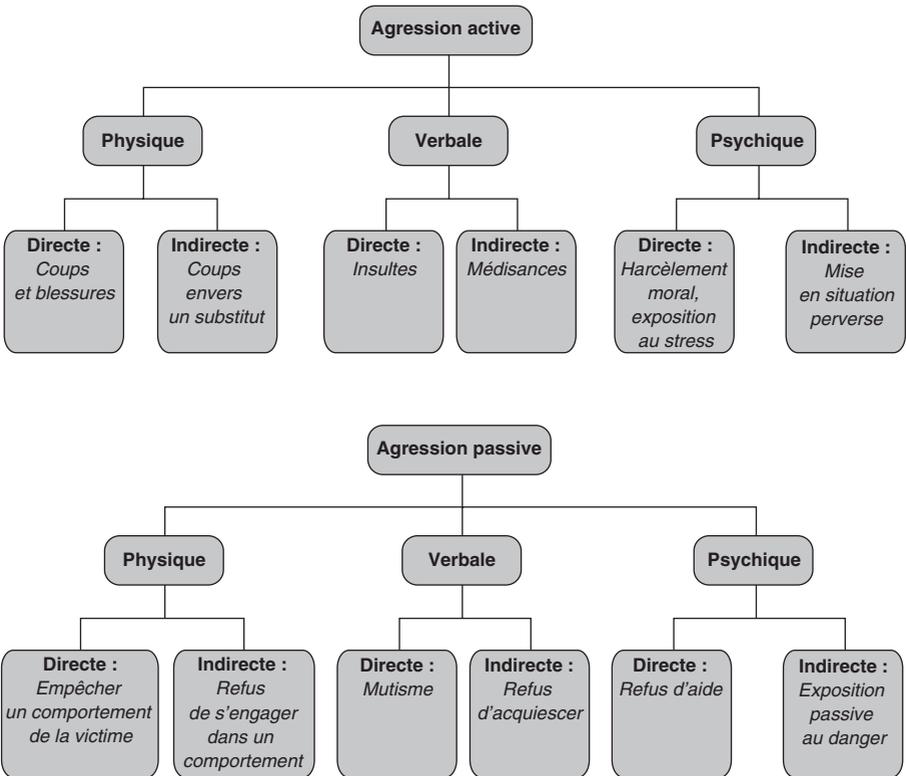


Figure 1.1. Les différentes formes de violence d'après Buss, 1961, et Morasz, 2002 [3, 4].

Morasz [3] cite une définition plus complète de Michaud [5] : « Il y a violence quand, dans une situation d'interaction, un ou plusieurs acteurs agissent de manière directe ou indirecte, massée ou distribuée, en portant atteinte à un ou plusieurs autres, à des degrés variables, soit dans leur intégrité physique, soit dans leur intégrité morale, soit dans leurs possessions, soit dans leurs participations symboliques et culturelles. » Morasz souligne que cette définition tient mieux compte de l'aspect interactionnel de la violence ; de ses différentes formes, y compris psychologique ; et surtout de son impact sur la victime : ce qui fait la violence n'est pas tant l'intentionnalité de l'auteur que le ressenti de la victime. On peut toutefois ajouter qu'une situation pourtant très fréquente est ainsi négligée dans cette définition : celle de la violence commise envers soi-même – geste autoagressif, tentative de suicide, suicide abouti...

Si l'on s'en tient pourtant à l'intentionnalité de celui qui commet l'acte violent, retenons que la violence peut être :

- défensive (y compris face à des menaces délirantes) ;
- instrumentale (ou prédatrice, en vue d'obtenir quelque chose : situation, si fréquente aux urgences, du toxicomane réclamant tel ou tel produit) ;
- expressive (désir d'exprimer sentiment ou souffrance, au moyen de la violence).

## VIOLENCE PATHOLOGIQUE, VIOLENCE... NORMALE ?

L'excès actuel qui tend à médicaliser toute forme de violence ne doit pas faire oublier que certaines violences, pourtant, ne sont pas pathologiques, et que du point de vue médical, on serait tenté de les qualifier de « normales » – ce qui ne veut pas dire « tolérables ». À l'inverse, quand bien même elles peuvent apparaître comme normales au médecin ou au psychologue, le juriste ou le sociologue ne les jugeront pas forcément telles. Certes, une violence appropriée à la situation peut être dite « normale »... mais cela doit être confronté au contexte culturel de l'époque, ou à la situation présente : les comportements ne sont pas appropriés de la même façon au XXI<sup>e</sup> siècle ou dans la Préhistoire, en Occident ou en Amazonie, dans le milieu professionnel ou dans le milieu carcéral, ni (la nuance est plus subtile mais elle nous intéresse particulièrement) à l'hôpital général ou à l'hôpital psychiatrique.

La normalité ne repose donc pas sur l'absence de pulsionnalité violente, mais dans la bonne intégration de celle-ci dans un fonctionnement psychique satisfaisant et dans un contexte approprié.

En fait, si la plupart des violences répondent à une volonté d'agression, il existe des comportements qui font violence sans être agressifs (cas de la contention imposée par une équipe soignante à un malade agité) ; et des agressions qui ne sont pas perçues comme violentes (cas des insultes proférées par un malade manifestement délirant et qu'on peut entendre avec placidité).

Revenons sur ce point : la déviance criminelle ou sociologique ne se confond pas avec la déviance clinique. Cette question est quotidienne en pratique psychiatrique [6], mais elle est trop vite apparue pour être aussitôt évacuée de façon péremptoire dans le débat public (« Ces gens-là [sous-entendu : les délinquants, les criminels...] ne sont pas normaux, il n'y a qu'à les soigner »). Pourtant, c'est sur cette distinction que repose la pertinence ou au contraire l'illégitimité de la médicalisation et plus spécifiquement de la psychiatisation actuelle de certains comportements délictueux, notamment violents.

## DANGÉROSITÉ : QUELQUES NOTIONS HISTORIQUES

On trouve chez Bénézech [7] un inventaire assez impressionnant des crimes et délits répertoriés depuis l'Antiquité et des châtements qui leur sont associés. De tout temps, la récidive a été considérée comme un facteur aggravant, et dans la tradition française l'exemplarité de la peine a toujours eu un but éducatif et par là préventif. Le néologisme « dangerosité » n'est habituellement daté que de 1969. Toutefois la notion, sous d'autres noms, a toujours interpellé l'ordre social, et a souvent abouti à des mesures d'internement (au sens large) pour la prévenir, en invoquant s'il le fallait des arguments théologiques avant que la centralisation des états modernes ne permette de laisser cette prérogative au pouvoir proprement dit. Bénézech [7] en rapproche des mesures collectives, telles que celle du couvre-feu, ordonné à certains moments périlleux dits de danger. C'est à partir de la Renaissance qu'une codification de telles mesures préventives, y compris individuelles, est envisagée : Bénézech et Senninger [7, 8] citent ainsi le *Code criminel* de Charles Quint (1532), qui le premier propose des mesures préventives de sûreté pour certains individus considérés comme particulièrement susceptibles de récidiver. Des mesures similaires peuvent alors aussi s'appliquer à toutes sortes de déviants et autres marginaux. Le mouvement philanthropique, les Lumières, puis la Révolution, contemporaine de la naissance de la médecine psychiatrique, ont remis en cause ces usages.

Avec le code pénal (1810) et l'article 64, l'aliéné peut voir ses actes annulés et sa personne exclue du jeu social pour être confiée au champ du soin. La psychiatrie structure alors son savoir, initialement autour de la pratique de l'expertise et des enjeux médicolégaux. C'est ainsi, selon Senninger [8], qu'est identifié le « mythe fondateur de la psychiatrie : la dangerosité du malade mental ». La loi de 1838, qui « officialise l'entrée de l'état dangereux en psychiatrie médicolégale » [7], procéderait de la même idée, en organisant les soins autour des « troubles à l'ordre public » et du « danger imminent » qu'il occasionne. Bénézech [7] observe du reste avec acuité le glissement qui s'est opéré dans les critères de placement d'office (PO) puis d'admission en hospitalisation d'office (HO) entre 1838 et 1990, du conditionnel (« ... dont l'état d'aliénation compromettrait... ») vers l'indicatif (« ... dont les troubles mentaux compromettent... »), lequel témoigne du degré de certitude exigé désormais dans l'évaluation clinique. Pour autant, le législateur n'a pas défini l'état dangereux, pas plus que l'arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur des unités pour malades difficiles (UMD) pourtant destinées à accueillir des patients présentant « pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés [...] et [présentant] en outre un état dangereux majeur, certain ou imminent [...] ». Quoi qu'il en soit, depuis 1838, c'est donc tout naturellement, d'une part, que l'étude de la criminalité se retrouve annexée par la psychiatrie, et, d'autre part, que la dangerosité est alors considérée par les classiques comme intrinsèquement liée à la maladie mentale : Senninger cite ainsi Pinel, Esquirol et la monomanie-homicide, Morel et Magnan à travers la théorie de la dégénérescence, et jusqu'à Kraepelin. Selon ces conceptions, le libre-arbitre est exclu dans de tels cas, et la responsabilité annulée.

Plus tard, en fait dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, la relation entre folie et dangerosité se voit débattue, et l'on pointe le rôle des facteurs extérieurs circonstanciels (Senninger cite notamment, paradoxalement, les maîtres de l'école psychanalytique) ; la valeur prédictive de l'expertise psychiatrique en la matière est du même coup contestée. Encore plus tard, après la guerre, psychiatrie et criminologie se séparent définitivement. La dangerosité n'est plus prise en compte dans le discours psychiatrique, qui

abandonne cette réalité à d'autres disciplines : anthropologie, sociologie, philosophie, pourquoi pas biologie... Toutefois, les experts psychiatres acceptent de répondre aux questions concernant la dangerosité psychiatrique.

La criminologie, ainsi détachée de la psychiatrie pour intégrer d'autres disciplines tout en s'autonomisant, se définit alors de façon un peu floue mais à nos yeux surtout très liée au contexte socioculturel : « Nous appelons crime tout acte puni et nous faisons du crime ainsi défini l'objet d'une science spéciale : la criminologie » (Durkheim in [8]). Senninger [8] souligne aussi qu'après avoir connu un mouvement de scission en plusieurs sur-spécialités (biologique, psychologique, sociologique...), la criminologie s'est recentrée en une discipline synthétique ayant pour objet les causes, les manifestations et les conséquences du phénomène criminel. Mais l'étude individuelle du délinquant, dans ses volets médicopsychologique et social, nécessite une approche clinique, qui emprunte aux méthodes médicales classiques.

L'objet d'étude à l'origine de la criminologie a été « l'homme criminel » de Lombroso et de l'école positiviste, psychobiologiquement déterminé... et pour Senninger [8] créé pour servir de caution à la création de la science criminologique ! De Greef [9 in 8] a critiqué cette approche en affirmant que l'objet de la criminologie clinique était précisément de repérer les facteurs de dangerosité chez certains criminels, dangerosité ainsi tout à la fois relativisée et inscrite durablement dans le parcours du délinquant à travers la « pensée criminelle ». Un autre mouvement conceptuel a été celui qui a abouti au concept d'état dangereux, « état créant pour le sujet la possibilité de devenir l'auteur d'un méfait » [8]. Certes, cet état peut revêtir des formes permanentes (individu potentiellement dangereux), ou imminentes et critiques (comportement passagèrement dangereux) [ce qu'on résume habituellement par la formule : « On est dangereux par habitude (cas des récidivistes) ou par exception (cas des circonstances exceptionnelles) »]. Dublineau puis Kinberg [10 in 8] et Loudet [11 in 8] précisent peu à peu cette notion, en étudiant le rôle des facteurs d'environnement et leur interaction avec l'infacteur : l'état dangereux est ainsi la résultante d'un complexe d'indices d'ordre légal, médicopsychologique et social, auxquels on ajoutera plus tard les indices d'ordre victimologique.

Tous ces travaux, rappellent Senninger et Bénézech [7, 8], ne doivent pas faire oublier la faiblesse de la valeur prédictive de la notion de dangerosité, dont la valeur scientifique même se retrouve contestable, et avec elle jusqu'à celle de la criminologie. Du reste, si le terme « dangerosité » est encore largement utilisé en pratique, il l'est beaucoup moins désormais dans la littérature scientifique : aujourd'hui, on parle d'évaluation du risque, en termes probabilistes et statistiques, qui ne correspondent nullement à une prédiction individuelle.

## TENTATIVES DE DÉFINITION DE LA DANGÉROSITÉ

Bénézech et al. [12] proposent la définition suivante de la dangerosité : « état, situation ou action dans lesquels une personne ou un groupe de personnes font courir à autrui ou aux biens un risque important de violence, de dommage, ou de destruction ». Antérieurement, la définition classique de l'état dangereux en clinique médicolégal (Debuyst in [7]) se formulait ainsi : « phénomène psychosocial caractérisé par des indices révélateurs de la grande probabilité pour un individu de commettre une infraction contre les personnes ou contre les biens ». Ainsi comprise, la dangerosité peut se rencontrer dans toutes sortes de situations, pathologiques ou non. Elle est évolutive, durable ou fugace, fluctuant selon l'état du sujet et selon des

facteurs d'environnement échappant à tout contrôle ou mesure, de sorte que l'on peut dire que la valeur prédictive d'un tel concept est extrêmement faible : le passage à l'acte en effet survient dans un contexte situationnel donné, fruit d'une interaction subtile et à chaque fois unique et non reproductible entre des données pour la plupart non mesurables et en tout cas innombrables.

#### DANGÉROSITÉ PSYCHIATRIQUE, DANGÉROSITÉ CRIMINOLOGIQUE : UNE FRONTIÈRE À MAINTENIR ?

On distingue classiquement la dangerosité psychiatrique – phénomène clinique et manifestation symptomatique directe d'un trouble mental – de la dangerosité criminologique – phénomène psychosocial violent ou transgressif et défini comme la capacité à commettre une infraction de nature criminelle ou délictuelle, portant atteinte aux personnes et/ou aux biens.

Cette distinction, implicitement soulignée par la question posée par les magistrats dans les expertises psychiatriques (« Untel est-il dangereux au sens psychiatrique du terme ? »), et qui a le mérite de cantonner le psychiatre à son réel domaine de compétence, a pourtant été contestée récemment par certains [13, 14]. Il est en effet des configurations psychopathologiques particulières qui sont marquées par une forte propension au passage à l'acte, violent de surcroît : entre maladie mentale, troubles des conduites occasionnés par une réactivité caractérielle particulière, usage de toxiques et comorbidités, la limite n'est alors pas si nette qu'il faudrait. Ce sont finalement les contours même du champ d'exercice de la psychiatrie qu'il faut interroger, et ceux, pas moins flous, de la nosographie et de la notion de trouble mental, entre maladie proprement dite, troubles de l'adaptation et du caractère et troubles de personnalité. L'expert est légitime, parce qu'il s'appuie sur une méthodologie et une nosographie de référence, lorsqu'il établit un diagnostic psychiatrique (ou une absence de diagnostic) et qu'il met en relation ce diagnostic et le degré de responsabilité pénale. Il l'est moins, ou en tout cas pas de la même façon, lorsqu'il croit pouvoir étendre son champ de compétence jusqu'à proposer des lectures psychiatriques ou psychologiques de l'auteur à partir de l'acte posé. Le risque est alors d'en venir à une appréciation déterministe de la capacité de récidive, reposant moins sur l'observation sémiologique que sur l'interprétation, parfois psychanalytique.

Gravier [13, 14] décrit ainsi deux situations paradoxales exemplaires : celle du psychopathe « judiciairisé »... mais qui justifie de mesures thérapeutiques, et celle du psychotique dont la violence est clairement pathologique... mais chez qui l'on en vient à solliciter la judiciarisation. Pour Gravier, « l'espace d'indécision sociale » est tel que le maintien du *distinguo* rigide entre dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique pourrait aboutir à considérer la dangerosité comme seul « organisateur de la réponse sociale ».

Il faut tout de même rappeler que cette position volontairement un peu provocatrice a été contredite par les conclusions de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale des 25 et 26 janvier 2007 [15 in 16] : celle-ci recommande de maintenir la distinction entre dangerosité psychiatrique (« manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale ») et dangerosité criminologique (qui prend en compte « l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte »).

En fait, on pourrait dire que la dangerosité procède de trois champs qui se recourent sans se superposer [14] :

- médecine légale et criminologie, où la dangerosité renvoie principalement à la question de la récidive ;
- intervention sociale, où elle se réfère à l'idée d'un rapport de force entre deux individus et/ou groupes ;
- clinique psychiatrique, où il s'agit de repérer des configurations symptomatiques susceptibles de l'influencer.

## MODÈLE SCIENTIFIQUE, MODÈLE JUDICIAIRE, MODÈLE SOCIAL

On peut comme Bernard [17] distinguer aujourd'hui trois modèles de dangerosité : scientifique, judiciaire, ou social.

– L'approche positiviste née en Italie au XIX<sup>e</sup> siècle (Garofalo, à la suite des enseignements de Lombroso) voudrait que les infracteurs agissent, non pas en fonction de leur libre arbitre, mais selon une sorte de détermination psychobiologique (capacité criminelle, adaptabilité sociale), certes conjuguée à des facteurs environnementaux. Justifiant ainsi l'identification et la neutralisation (qu'elle soit pénale ou médicale) des individus dangereux (« l'homme criminel » de Lombroso), et considérant le dommage social plutôt que l'acte délictueux, cette approche ne veut pas envisager de causes d'exonération de la responsabilité telles qu'une abolition du discernement. On conçoit que la limite d'une telle conception « scientifique », c'est la dissociation entre dangerosité (supposée) et infraction proprement dite, et en conséquence la possibilité d'enfermements (incarcérations ou internements) très prolongés... à titre préventif. Cette limite essentielle, qui a pourtant conduit à développer d'autres approches entre-temps, ne semble manifestement pas rédhitoire au législateur actuel.

– L'approche que Bernard qualifie d'humaniste conduit à envisager la dangerosité sous son aspect judiciaire, privilégiant la défense des droits fondamentaux pour tous et notamment pour l'infracteur. Elle met l'accent sur la détermination de la volonté de celui-ci, n'envisageant de sanction que si le sujet peut être déclaré responsable. Cette sanction doit alors être adaptée individuellement, et favoriser la resocialisation.

– Le modèle social (ou criminologique) de la dangerosité, contrairement aux deux précédents, prend en compte la victime, épousant en cela une revendication politique particulièrement forte ces dernières années dans notre pays, autour de la prévention de la récidive. Comme la dangerosité scientifique, la dangerosité considérée d'un point de vue social aboutit à la mise en œuvre de moyens de neutralisation des futurs infracteurs, mais cette fois en considérant des actes virtuels, à venir, et non plus seulement des actes passés supposément appelés à se répéter.

Poursuivant sa réflexion, Bernard [17] affirme que la notion de dangerosité est elle-même empreinte de... dangerosité.

– D'abord par son caractère subjectif : au fait que la notion est variable au fil du temps en fonction des évolutions du droit pénal et des exigences de la protection de la société, s'ajoute la difficulté d'évaluer des infractions à venir. Différents niveaux de compréhension des phénomènes sont alors confondus : « Au nom de la prévention (sociale), une prévision (médicale) est demandée aux psychiatres pour justifier une répression (judiciaire). Il est demandé à l'expert plus qu'il ne peut : prédire la récidive. » En fin de compte, considérer que l'appréciation de la dangerosité est le préalable indispensable à l'exercice du droit revient à ce que le magistrat soumette sa

décision à une évaluation médicale soi-disant objective, et finalement à la mise de la médecine au service de l'ordre public dans ce que Bernard appelle une « utopie hygiéniste ».

– Par son potentiel totalitaire ensuite : la dangerosité sociale concerne des sujets encore innocents mais... futurs coupables, et considérés comme tels en raison de leurs conduites passées.

– Enfin, par son caractère idéologique et utilitaire : Bernard émet l'hypothèse que le concept de dangerosité sociale n'a pris de l'importance que pour compenser les défaillances du système pénal moderne.

## ÉVOLUTIONS RÉCENTES

La loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté et la philosophie qui l'anime [18], s'inscrivant en fait dans une évolution législative continue, suscitent beaucoup d'interrogations, notamment en ce qui concerne leur application aux malades mentaux. Elles aboutissent à une rupture du point d'équilibre antérieurement atteint entre les attributions respectives de la justice et de la psychiatrie et à un véritable brouillage des repères habituels entre soin, peine et mesures de sûreté, y compris pour le malade considéré comme irresponsable [19]. Si, en matière de dangerosité psychiatrique, le praticien peut traditionnellement s'appuyer sur des repères solides quoique incertains pour l'évaluation comme pour la prise en charge, il n'en va pas de même en matière de dangerosité criminologique. Pourtant, des mesures sanitaires sont désormais de plus en plus systématiquement proposées, sur des arguments criminologiques et non médicaux, à des délinquants « que la psychiatrie ne [...] reconnaît pas comme des malades mentaux » [18], tandis que des mesures d'ordre judiciaire pourront être appliquées aux malades mêmes irresponsables (comparution devant une juridiction, inscription de certains faits au casier judiciaire, judiciarisation vraie de certaines hospitalisations d'office...). En outre, la possibilité annoncée de prononcer des mesures de sûreté pour des personnes présentant « une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles présentent un trouble grave de la personnalité » renforce encore le glissement qui s'opère entre deux niveaux d'approche des phénomènes criminels : psychiatrique et criminologique. Gageons que les commissions interdisciplinaires et les centres socio-médico-judiciaires auront fort à faire pour se prononcer sur la dangerosité ainsi définie (et aussi pour caractériser un trouble grave de la personnalité), et que les psychiatres auront tout intérêt à rester vigilants pour ne pas être amenés à sortir de leur mission de soin telle qu'ils la conçoivent.

## CONCLUSION

Une définition de dictionnaire n'est habituellement pas si longue, et si l'on en croit Boileau, « ce qui se conçoit bien s'énonce clairement ». Pourtant la dangerosité, on le voit, ne se laisse pas résumer en quelques mots, et l'on est bien tenté de reprendre en guise de conclusion ce qu'en a dit Senninger [8] : « Comme pour nombre de concepts, chacun sait ce dont il s'agit sans pouvoir le définir. »

### Références

- 1 Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, vol. I, 8<sup>e</sup> éd. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005.
- 2 Guelfi JD, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. Masson, Paris, 2007.

- 3 Morasz L. Comprendre la violence en psychiatrie. Approche clinique et thérapeutique. Dunod, Paris, 2002.
- 4 Buss AH. The Psychology of Aggression. J. Wiley and Sons, New York, 1961.
- 5 Michaud Y. La violence. PUF, Paris, 1978.
- 6 Canguilhem G. Le normal et le pathologique. PUF « Quadrige », Paris, 1966.
- 7 Bénézech M. Introduction à l'étude de la dangerosité. In : Les dangerosités : de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie. John Libbey, Paris, 2004, p. 7-23.
- 8 Senninger JL. Dangerosité : étude historique. Information Psychiatrique 1990, 7 : 690-6.
- 9 De Greef E. Les indices de l'état dangereux. Premier cours international de criminologie, Paris, 1952.
- 10 Kinberg O. Les problèmes fondamentaux de la criminologie. Lujas, Paris, 1960.
- 11 Loudet O. Le diagnostic de l'état dangereux. Actes du II<sup>e</sup> congrès international de criminologie. PUF, Paris, 1950.
- 12 Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois ML. Criminologie et psychiatrie. Encycl Méd Chir (Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie, 37-906-A-10, 2002, 15 p.
- 13 Gravier B. Comment évaluer la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique et quelles sont les difficultés et les pièges de cette évaluation ? In : Expertise psychiatrique pénale : audition publique, 25 et 26 janvier 2007, organisée par la FFP, Fédération Française de Psychiatrie. John Libbey, Paris, 2007.
- 14 Gravier B. De la perception de la dangerosité à l'évaluation du risque de violence. In : Psycho-criminologie : clinique, expertise, prise en charge. Dunod, Paris, 2008, p. 51-64.
- 15 Haute Autorité de Santé (HAS), 2007. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/epp-recommandations\\_de\\_la\\_commission-version\\_finale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/epp-recommandations_de_la_commission-version_finale.pdf)
- 16 Senon JL, Lopez G, Cario R. Psycho-criminologie : clinique, expertise, prise en charge. Dunod, Paris, 2008.
- 17 Bernard G. Approche historique et philosophique de la dangerosité. In : Psycho-criminologie : clinique, expertise, prise en charge. Dunod, Paris, 2008, p. 45-9.
- 18 Dati R. Discours d'ouverture de Madame la Garde des Sceaux, Colloque « Neutraliser les grands criminels », Assemblée nationale, Paris, 17 octobre 2008.
- 19 Petitjean F, Gourevitch R. La dangerosité entre médecine et criminologie : questions soulevées par la loi du 25 février 2008 relative aux mesures de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Journée FMC, 13 novembre 2009, Hôpital Sainte-Anne, Paris.

# 2

## États dangereux et troubles mentaux : quelle clinique ?

### INTRODUCTION

L'interrogation sur un lien éventuel entre pathologie psychiatrique et acte criminel est ancienne, réactivée à chaque fait divers particulièrement violent ou incompréhensible, à chaque crime en série dans une société qui se veut plus sécuritaire. Les fondements de la loi sur l'internement de 1838 reposaient ainsi sur la notion de dangerosité du patient sur lui-même dans le cadre du placement volontaire, et sur autrui dans le cadre du placement d'office. Dans les années 1980, alors qu'on assistait au mouvement de désinstitutionnalisation des malades mentaux, il était admis dans le milieu psychiatrique que ces derniers n'étaient pas plus dangereux que la population générale du fait des résultats de travaux pour la plupart rétrospectifs et contradictoires [1]. En revanche, la perception de la population générale quant à la dangerosité des malades mentaux ne changeait pas [2, 3]. Depuis les années 1990, plusieurs études plus rigoureuses sont venues contredire les données de ces travaux, renforçant ainsi l'opinion publique sur la violence des malades mentaux [4, 5]. Ainsi, si la loi de 1990, en révisant la loi de 1838, consacre l'hospitalisation libre des malades mentaux et le droit des patients, elle conserve l'esprit de 1838 dans le maintien des hospitalisations sous contrainte en cas de dangerosité.

Le psychiatre est régulièrement mis en cause dans les passages à l'acte dramatiques des malades mentaux, alors qu'il lui est demandé conjointement d'éviter la stigmatisation et l'exclusion sociale de ses patients. La dangerosité qu'il doit pouvoir évaluer n'est pas toujours clairement définie entre celle criminologique, prédisposition du sujet à commettre un délit ou un crime, et celle psychiatrique, manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale [6]. La dangerosité n'est pas la violence qui se définit par les actes réels envers autrui, qui sont suscepti-

bles de porter atteinte à l'intégrité physique [7]. Les comportements violents résultent de différents facteurs sociaux, cliniques, et environnementaux dont l'importance varie en fonction des situations et du temps [8]. Ils peuvent témoigner d'une décompensation floride d'une pathologie mentale, mais peuvent aussi rendre compte d'un trouble de personnalité particulier, d'une réactivité caractérielle ou d'une comorbidité. En d'autres termes, tous les diagnostics psychiatriques ne sont pas concernés par la violence [9]. Il apparaît donc important de faire le point sur le lien entre trouble mental grave et violence, d'envisager les facteurs favorisant la violence afin d'améliorer les prises en charge cliniques des patients et de réduire le risque de passages à l'acte tant auto- qu'hétéroagressifs.

Nous nous proposons donc de faire le point bibliographique concernant les principales études relatives au sujet, en nous limitant à la violence exercée par les malades mentaux envers autrui. Nous envisagerons l'importance des comorbidités psychiatriques, d'autant qu'il est maintenant reconnu que certaines associations majorent le risque de passage à l'acte auto- ou hétéroagressif [10-13]. Nous insisterons plus spécifiquement sur les caractéristiques de certaines pathologies, en particulier délirantes ou dépressives, qui semblent plus intriquées aux comportements violents, le risque étant majoré par l'abus d'alcool et de toxiques, et d'autres facteurs environnementaux [14-17].

## REVUE DE LA LITTÉRATURE CONCERNANT LE LIEN ENTRE TROUBLES MENTAUX ET VIOLENCE

Les différentes études épidémiologiques confirment la fréquence plus importante de comportements violents parmi les personnes souffrant de troubles mentaux, ainsi que la prévalence élevée de ceux-ci chez les criminels. On parle dans ce cas du risque relatif, c'est-à-dire de la probabilité que les personnes souffrant de troubles mentaux graves commettent de tels actes. Le nombre absolu des agressions commises par les patients reste cependant faible, constituant ce que l'on appelle le risque attribuable [18, 19]. Une abondante littérature a été publiée depuis les années 1990, ne permettant pas de valider l'hypothèse selon laquelle il existe un lien fondamental entre troubles mentaux et criminalité du fait de nombreux biais méthodologiques. Selon les études, ce lien existe cependant. Le risque relatif semble être un indicateur plus fin pour l'étude de ce lien. Celui-ci apparaît complexe et multifactoriel, étant renforcé dès lors qu'il existe une comorbidité associée, ou des troubles des conduites dans l'enfance. Actuellement, les psychiatres ont un certain nombre d'instruments d'évaluation du risque de violence modérément efficaces pour évaluer les patients dont ils ne se servent pas en pratique clinique quotidienne, préférant se référer à leur jugement clinique [20, 21]. Ces instruments utilisés de façon systématique conduisent en effet à de nombreux faux positifs et négatifs, avec une sensibilité et une spécificité médiocres (voir le chapitre 3).

Asnis et al., et par la suite de nombreux auteurs, abordent le rapport entre pathologie psychiatrique et violence criminelle dans différentes populations suivant quatre axes [22] : les études épidémiologiques en population générale, les études longitudinales de cohorte avec suivi depuis la naissance, les études sur les mises en examen de patients sortant des hôpitaux psychiatriques et la prévalence des agressions criminelles chez les patients ambulatoires, et enfin les études de prévalence des pathologies psychiatriques chez les auteurs d'homicide.

## ENQUÊTES ÉPIDÉMIOLOGIQUES EN POPULATION GÉNÉRALE

Il s'agit d'études épidémiologiques psychiatriques réalisées dans la communauté, en dehors du système de soins psychiatriques et du système légal, concernant des populations de même âge et corrélant les prévalences de troubles mentaux et de comportements violents dans chacune des catégories psychiatriques [21, 23-25].

### **Les travaux de Swanson et al. (1994)**

L'étude Epidemiologic Catchment Area (ECA), portant sur 20 000 personnes environ, a donné lieu à un grand nombre d'analyses [24, 26]. Swanson et al. ont ainsi analysé le comportement violent l'année passée dans trois des six sites de l'étude : Baltimore, Raleigh-Durham et Los Angeles, chez 10 000 sujets. Les patients étaient évalués à l'aide du DIS (Diagnostic Interview Schedule selon les critères DSM-III). La violence était autodéclarée et définie comme la participation ou l'incitation aux bagarres ou l'utilisation contre autrui d'une arme (couteau, bâton, revolver). Le diagnostic de personnalité antisociale était exclu. Selon les résultats de cette étude, la présence d'un diagnostic psychiatrique sur l'axe I multiplie le risque de violence par 4. Le risque de comportements violents augmente avec le nombre de diagnostics retenus pour chaque individu. Les sujets violents sont plus souvent des hommes jeunes, avec une situation socioéconomique faible. La schizophrénie et les troubles schizophréniformes sont les pathologies les plus fréquemment associées à un risque de violence, celle-ci étant majorée par la prise de toxiques et d'alcool (8,4 % sans alcool et drogues versus 30,3 % avec alcool et drogues), suivis des troubles dépressifs sévères (11 %), des troubles bipolaires et de manies (11 %) et des troubles paniques (12 %). Les personnes toxicomanes présentent un risque 16 fois supérieur, et les alcooliques un risque 12 fois supérieur, même après contrôle des facteurs socio-démographiques quel que soit le diagnostic. La violence est plus souvent retrouvée chez des sujets en phase aiguë de leur maladie. Dès qu'il existe co-occurrence de deux ou plusieurs diagnostics, les pourcentages d'individus déclarant un comportement violent augmentent, mais ces résultats sont à interpréter avec prudence du fait d'un effectif des groupes de sujets également plus réduit.

### **Les travaux de Link et al. (1992)**

C'est la seconde enquête importante concernant le lien entre trouble mental et violence, réalisée chez 365 patients comparés aux résidents du voisinage sans admission en psychiatrie d'un quartier de New York. Environ 20 % des patients sont schizophrènes, les autres étant suivis pour troubles bipolaires et syndromes dépressifs majeurs. L'évaluation concerne le dernier mois ou la dernière année et s'effectue lors d'entretiens cliniques, des registres de police et à l'aide d'autoquestionnaires. Les diagnostics sont effectués à partir du DSM-III-R. La violence mesurée est l'agression d'une autre personne. Quatre groupes de patients sont identifiés : premier épisode, patients déjà suivis auparavant, patients en rupture de soins l'année précédente, et patients jamais traités. Les auteurs retrouvent un pourcentage de 12,3 % d'actes de violence contre 5,2 % chez les résidents du voisinage. Les patients déjà plusieurs fois traités et suivis sont les patients ayant le plus fort taux de violence. Cependant, les auteurs ne distinguent pas les différents troubles mentaux et ne tiennent pas compte de l'abus de substances [23].

## **Les travaux de Wallace et al. (2004)**

Les auteurs comparent les actes de violence de 3 000 patients schizophrènes (lors de leur première admission en psychiatrie) en Australie avec ceux de 3000 sujets appariés selon l'âge, le sexe et le lieu de résidence, sur une période de 1975 à 2000. Les patients ont un taux plus élevé de condamnations pour crime (9 791 versus 1 119) ou pour agression avec violence [27]. Bien que 99,97 % de patients schizophrènes ne commettent pas d'homicide, le risque annuel en Australie pour les patients masculins est de 1 pour 3 000 alors qu'il est compris entre 1 et 1,4 pour 100 000 dans la population générale. Le nombre de patients condamnés pour violence a considérablement augmenté entre 1975 et 1995, mais de façon similaire à la population générale. La consommation de toxiques a également beaucoup augmenté chez les malades mentaux comme dans la population générale. La proportion de sujets malades mentaux condamnés pour violence est plus importante chez les consommateurs de drogues par rapport à ceux qui ne consomment pas (68,1 % versus 11,7 %). Parmi les patients violents, 63,8 % ont leur première condamnation avant leur premier contact avec les soins. L'âge de survenue des condamnations est similaire entre le groupe des patients malades mentaux et les témoins. Des limites à cette étude sont les suivantes : diagnostics sur des critères cliniques et non sur des critères de recherche diagnostique, populations australiennes non comparables à d'autres populations, notamment les populations américaines où le taux de criminalité est beaucoup plus élevé, et malades mentaux plus souvent arrêtés que les témoins. L'âge de survenue de la première condamnation ne permet pas non plus de lier la violence à la maladie mentale, puisqu'il peut s'agir aussi d'un trouble des conduites lié à une personnalité antisociale [27].

## **Les travaux d'Elbogen**

Elbogen et al. étudient le lien entre violence et trouble mental à partir d'une analyse longitudinale d'une large cohorte épidémiologique réalisée en deux vagues (2001–2003 et 2004–2005) chez 34 653 sujets présentant un trouble mental sévère (schizophrénie, trouble bipolaire et dépression majeure) à partir d'une étude de veille sanitaire épidémiologique nationale sur l'alcool et les troubles associés (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions [NESARC]) aux États-Unis, en excluant les hôpitaux et les prisons. Les résultats de la vague 1 sont analysés pour éventuellement prédire les comportements violents lors de la vague 2, étudier les facteurs de risque de violence dont les troubles mentaux, et évaluer comment certains facteurs de risque peuvent prédire différents types de violence. Les diagnostics sont effectués à partir du DSM-IV et les facteurs de risque à partir de l'étude de l'évaluation des risques de violence de MacArthur. La violence est rapportée par des autoquestionnaires. Une analyse bivariée a d'abord été réalisée. Elle montre que l'incidence de la violence est légèrement plus élevée chez les personnes ayant une maladie mentale sévère. Cette augmentation n'est cependant significative que lorsqu'il y a abus de substances et/ou dépendance (alcool, marijuana, cocaïne, opioïdes...) et antécédent de violence. Ainsi, le risque de violence est 10 fois plus élevé chez les sujets présentant une comorbidité abus de substances, trouble mental et passé de violence. L'analyse multivariée des facteurs prédictifs du comportement violent entre les phases 1 et 2 révèle qu'une maladie mentale ne peut prédire à elle seule une dangerosité du sujet, quelle que soit la pathologie considérée. Mais que la violence future est associée à certains

facteurs historiques ou contextuels : une violence passée, une mise en détention à un âge juvénile, des antécédents de criminalité chez les parents. Les autres facteurs de risque sont retrouvés comme dans les autres études telles que l'étude de MacArthur : abus sexuel ou violence dans l'enfance, âge plus jeune (inférieur à 43 ans), revenu plus faible, divorce récent, chômage dans l'année écoulée, agression récente, victimisation. La plupart de ces facteurs de risque sont rencontrés plus fréquemment par les sujets présentant une maladie mentale. Les auteurs concluent à la nécessité pour les praticiens de prendre en considération de manière plus attentive l'histoire du patient comme sa vie actuelle et les toxiques consommés. Les patients sont par ailleurs plus vulnérables aux facteurs incidents de leur histoire et aux stressors de l'environnement [21].

## LES ÉTUDES DE COHORTES DE NAISSANCE

Il s'agit de la méthode de recherche présentant le moins de biais méthodologiques, effectuée à partir de registres centralisés, rassemblant l'ensemble des dossiers criminels et des dossiers d'hospitalisation psychiatrique [28]. Quatre études sont présentées.

### **L'étude de Hodgins (1992–1996)**

Hodgins et al. réalisent en 1992 en Suède une étude historique de cohorte de population de même âge portant sur 15 117 personnes, qui s'échelonne sur une période de 30 ans [29]. Ils analysent essentiellement tous les délits dans lesquels l'utilisation ou la menace de violence physique intervient, commis par : des sujets souffrant de trouble mental grave et ayant été hospitalisés ( $n = 603$ ), des sujets présentant des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et des déficients intellectuels (sujets orientés en classe spécialisée pour handicapé en secondaire). Le groupe témoin est composé de sujets n'ayant jamais été hospitalisés ou placés en école spécialisée. La criminalité est analysée à partir des registres de condamnation. Dans cette étude, les hommes ayant un trouble mental majeur (schizophrénie, trouble affectif majeur, autres psychoses) présentent un risque d'être reconnu coupable 4,6 fois plus élevé que les hommes sans trouble mental, et les femmes un risque 27,45 fois plus élevé. Les sujets commettent des actes de violence tout au long de leur vie. Fait remarquable, cette violence apparaît pour plus de la moitié des cas avant l'âge de 18 ans, et avant l'apparition du trouble mental. Les hommes handicapés ont un risque 3 fois plus important de délinquance et 5 fois plus important de commettre un acte violent, les femmes handicapées un risque 4 fois plus important. Les hommes toxicomanes ont un risque 15 fois plus élevé de commettre un acte violent que les hommes non toxicomanes, ce risque étant 54 fois plus élevé chez les femmes toxicomanes comparées aux femmes non toxicomanes. Les personnes atteintes d'un trouble mental sévère ont donc un risque plus élevé de violence que la population générale, mais moindre que les toxicomanes. Ce risque est accru en cas de prise de toxiques et d'alcool. Dans une seconde étude en 1996, portant sur 350 000 cas nés entre 1944 et 1947 suivis sur 43 ans, réalisée selon la même méthodologie que celle de 1992, les auteurs confirment les résultats de 1992 avec une augmentation du risque criminel pour tous les diagnostics psychiatriques majeurs, mais ne différencient pas les sujets avec prise de toxiques de ceux sans prise de toxiques [30].

### **L'étude de Tiihonen et al. (1997)**

L'objectif de cette étude portant sur une cohorte de naissance non sélectionnée de 12 000 sujets finlandais sur 26 ans (1966–1993) est d'étudier le risque quantitatif de comportement criminel associé à des troubles mentaux spécifiques selon le DSM-III-R. Les résultats retrouvent 23 % de sujets ayant un diagnostic psychiatrique parmi ceux ayant commis une infraction (116 sur 503) et un trouble mental majeur est recensé chez 5,4 % d'entre eux. Les *odds ratio* (OR) sont de 3,1 pour les patients schizophrènes, 5,1 pour les troubles schizoaffectifs, 6,3 pour les troubles de l'humeur avec symptômes psychotiques ou pour les paranoïas avec autres psychoses, 42,2 pour les troubles mentaux organiques. La comparaison des OR pour l'ensemble des infractions est en faveur d'une association de la schizophrénie, et des troubles de l'humeur avec symptômes psychotiques avec les infractions violentes. Sept pour cent des sujets ayant commis un crime violent sont atteints de psychose. Le risque est 4 fois plus élevé en cas d'abus d'alcool ou de substances, quel que soit le niveau socioéconomique dans l'enfance. Le risque est également plus élevé chez les hommes schizophrènes, même en l'absence de toxiques, mais ce résultat ne porte que sur trois patients [31].

### **L'étude de Brennan et al. (2000)**

Brennan et al. évaluent la relation entre différents troubles mentaux majeurs (schizophrénie, troubles de l'humeur et troubles psycho-organiques) et la violence criminelle, parmi 358 000 sujets d'une cohorte de naissance danoise, à partir des registres de police et des registres de naissance sur une période de 44 ans, la même que celle de Hodgins et al. de 1996, en utilisant des analyses de régression multiples. Les auteurs retrouvent un risque de violence 3 fois plus élevé chez les sujets schizophrènes et les sujets atteints de troubles psycho-organiques, indépendamment de la prise de toxiques et même après contrôle des facteurs sociodémographiques et des troubles de personnalité. En revanche, les hommes souffrant de trouble affectif n'ont pas plus de risque que ceux issus de la population générale, lorsqu'ils ne prennent pas de toxiques [32].

### **L'étude d'Arseneault et al. (2000)**

Le travail d'Arseneault et al. est effectué à partir du constat que les études de cohorte sont souvent réalisées à partir de sujets hospitalisés bien que la plupart des patients suivis ne le soient pas. De plus, la violence n'est pas forcément corrélée avec le trouble mental. Neuf cent soixante et un sujets jeunes sont donc inclus dans l'étude. La prévalence du trouble mental de l'année passée est évaluée de même que celle de la violence, à l'aide d'autoquestionnaires et de registres de police. Un lien éventuel entre prise de toxiques juste avant l'acte de violence, un passé de troubles des conduites dans l'enfance et un vécu de persécution avec le comportement violent est recherché. Les jeunes adultes souffrant de symptômes positifs de schizophrénie risquent 2,5 fois plus que les jeunes sans trouble mental de commettre un acte violent envers autrui, même après contrôle des facteurs socioéconomiques, abus de substances et troubles des conduites dans l'enfance. Parmi les sujets alcoolodépendants, le risque de passage à l'acte est 1,9 fois plus élevé, favorisé par la prise d'alcool juste avant. Chez les sujets consommateurs de cannabis, le risque de passage à l'acte est

3,8 fois plus élevé et souvent associé à un passé de troubles des conduites dans l'enfance [33].

### **Limites de ces études**

Des biais de sélection des patients sont possibles. En effet, les patients considérés dans ces études ont tous été hospitalisés pour violence, en dehors de l'étude d'Arse-neault qui porte sur un nombre plus faible de patients. Les sous-groupes analysés sont donc plus sévèrement atteints et plus enclins aux troubles du comportement [31]. La prévalence de la violence est sur la vie entière ; donc on ne peut pas conclure quant au lien entre violence et trouble mental [23]. Selon Hodgins, le risque de commettre un acte violent est plus élevé en cas d'abus de substances ou de trouble majeur de personnalité qu'en cas de trouble mental grave, ce dernier risque restant inférieur aux toxicomanes. Enfin, lorsque des sujets remplissent des questionnaires d'autoévaluation, ils peuvent sous-estimer leurs passages à l'acte violents, notamment ceux ayant précédé la prise en charge de la maladie mentale, et les troubles des conduites dans l'enfance.

### **ÉTUDES DE PRÉVALENCE DE LA VIOLENCE CHEZ LES PATIENTS SUIVIS**

Les travaux portent sur des malades mentaux hospitalisés et étudient la prévalence des comportements de violence après, avant ou pendant leur hospitalisation [22, 23]. Plus d'une dizaine d'études utilisent cette méthodologie, notamment aux États-Unis et dans les pays scandinaves. Elles confirment une augmentation du taux d'actes violents chez les patients atteints de schizophrénie, bien que le pourcentage d'actes violents dans cette population soit relativement faible comparé au pourcentage de criminalité global [34, 35]. L'évaluation des autres troubles psychiatriques donne des résultats disparates, Steadman et al. (1998) retrouvant davantage de violence chez les patients bipolaires ou dépressifs majeurs que chez les schizophrènes, alors que Stueve et al. (1997) ne retrouvent pas d'augmentation significative d'actes de violence parmi ces patients [36, 37]. Dans une autre étude réalisée sur 517 patients ambulatoires évalués par des questionnaires d'autoévaluation, Asnis et al. retrouvent une prévalence d'idées et de tentatives d'homicide respectivement de 22 % et de 4 %, cette prévalence n'étant pas associée de façon spécifique à des catégories diagnostiques particulières, l'abus d'alcool ou de substances et la schizophrénie étant cependant davantage représentés.

Le taux de violence commis par les patients dans les 2 semaines précédant leur hospitalisation varie de 10 à 40 % selon les études [38-41]. Généralement, les patients sont alors hospitalisés pour un premier épisode psychotique. On peut supposer que ce passage à l'acte révèle la pathologie chez la plupart des patients. L'usage de toxiques, la précarité sociale et le chômage, le milieu défavorisé, le quartier de résidence, l'absence de logement sont des facteurs aggravants du risque de violence chez les schizophrènes, comme le soulignent de nombreux travaux [21, 30, 42, 43], mais ces caractéristiques sont les mêmes qu'en population générale.

Link et al. montrent, dans une revue de la littérature portant sur 13 études (1965–1989), un risque d'arrestation 3 fois supérieur à celui de la population générale chez des malades mentaux suivis après une hospitalisation. Pour Klassen, le taux de violence est plus élevé dans l'année qui suit une sortie d'hôpital chez les patients

schizophrènes ayant été hospitalisés pour violence, concernant 25 à 30 % des cas [44]. Selon Steadman, 27 % des patients des deux sexes disent avoir commis au moins un acte de violence dans les 4 mois qui suivent leur sortie d'hôpital. Les auteurs concluent dans cette étude à la nécessité d'accentuer la prise en charge lors de cette période [36]. La non-observance du traitement médicamenteux chez les patients psychotiques augmente de façon significative le risque de violence [45]. Enfin, Kjelsberg réalise une étude de suivi de 15 à 33 ans après une première hospitalisation chez 1 072 patients norvégiens âgés de 11 à 30 ans. Il cherche à identifier un sous-groupe de patients plus enclins à la violence. Parmi les patients étudiés, 481 débutent leur carrière criminelle à l'adolescence, 351 d'entre eux continuent leur carrière criminelle après 21 ans. Les facteurs prédictifs de criminalité sont les troubles des conduites dans l'enfance, l'utilisation de substances psychoactives, le fait d'avoir fréquenté une école correctionnelle, et le fait d'avoir eu des problèmes de discipline à l'école et pendant l'hospitalisation. L'intensité des symptômes évaluée par la Symptom Checklist-90-R (SCL-90) est plus importante pour les patients à tendance homicide pour l'hostilité, l'idéation paranoïde et la sensibilité interpersonnelle [46, 47].

Cependant, le lien trouble mental-violence est remis en cause en 1998 par l'étude de MacArthur, réalisée entre 1992 et 1995, qui étudie la prévalence de la violence chez 951 patients âgés de 18 à 45 ans suivis en ambulatoire après la sortie de l'hôpital. La violence est évaluée à partir des registres d'hôpital, de police, les entretiens avec les patients et leur entourage. Parmi ces patients, les auteurs comparent les taux d'arrestation et de violence dans une enquête portant sur un groupe de 400 malades mentaux (schizophrénie, troubles de l'humeur) hospitalisés ou suivis en ambulatoire versus 400 sujets adultes sans antécédents psychiatriques résidant dans le voisinage à Pittsburgh. Les conclusions de l'étude apparaissent paradoxales : le groupe des patients n'est pas plus à risque de violence que le groupe contrôle lorsqu'il n'y a pas d'abus de substances, bien que 17,9 % de patients aient été violents au cours de l'année sans trouble d'abus de drogues ou d'alcool contre 3,3 % en population générale. La violence survient dans 60 % des cas dans les 20 premières semaines qui suivent la sortie d'hôpital. Très peu sont des actes violents majeurs, et ils ne sont pas perpétrés au moment d'une décompensation aiguë (moins de 10 % des cas). Comment expliquer ces résultats contradictoires entre un plus fort taux de violence global retrouvé et les conclusions des auteurs ? En fait, la violence englobe tous les actes. De plus, les auteurs ont conclu à partir des résultats de cinq entretiens réalisés chez un seul groupe de patients d'un quartier défavorisé à fort taux de criminalité, en segmentant l'année en périodes de 10 semaines, comparé certes à un groupe témoin du même quartier, mais interrogé une seule fois sur une période de 10 semaines. Ce n'est donc que sur une période de 10 semaines qu'il n'y a pas de différence significative, la proportion d'actes de violence de la part des patients étant à cette période de 4 à 6 % et de 3,3 % de la part de la population générale [1]. De plus, les patients étudiés ne concernent pas les patients en unité pour malades dangereux ni les patients incarcérés [34]. Les patients devaient accepter de participer à l'étude, et ainsi un certain nombre de schizophrènes ont refusé de remplir les questionnaires, ce qui rendait le groupe de malades mentaux biaisés (patients coopérants, dans la reconnaissance de leurs troubles, plus grande proportion de troubles thymiques). L'étude a été rediscutée récemment par Torrey qui a ainsi pointé un certain nombre de critiques de l'étude sur lesquelles les auteurs ont répondu que les facteurs de violence des malades mentaux sont plus semblables à ceux de la population générale que ce qui est avancé habituellement, et que le seul fait de maintenir le traitement

ne peut pas éliminer la violence [48]. Il faut pouvoir proposer d'autres approches à ce type de patients.

Swanson et al. évaluent la prévalence de la violence sur 6 mois dans une population de 1410 schizophrènes suivis à partir de la cohorte de l'étude National Institute Mental Health Clinical Antipsychotic Trial of Intervention Effectiveness (CATIE), en différenciant les violences majeures (agressions sexuelles, agression par armes) et les violences mineures (sans blessures secondaires, sans armes). La prévalence de la violence est de 19,1 % mais de 3,6 % lorsqu'il s'agit de violence grave. Les violences mineures sont associées aux abus de substances, les facteurs sociaux et interpersonnels. Les violences majeures sont associées aux symptômes psychotiques et dépressifs, aux troubles des conduites dans l'enfance. Les sujets qui vivent seuls sont moins violents que ceux qui vivent en famille ou en collectivité. Ce résultat rejoint les conclusions de l'étude MacArthur, dans laquelle les deux tiers des agressions se font dans un endroit privé, le plus souvent au cours des activités de la vie quotidienne et sans préméditation. Selon cette étude encore, les victimes sont en général connues des patients : famille (51 %), connaissance ou ami (35 %) et plus rarement un inconnu (14 %). Les symptômes positifs sont fortement corrélés à la violence majeure s'il y a peu de symptômes négatifs [49]. Les limites de cette étude sont l'exclusion des patients résistants et des patients présentant un premier épisode, ce qui peut biaiser les résultats [49].

#### ENQUÊTES SUR LES POPULATIONS HOMICIDES ET LES PERSONNES DÉTENUES

Dans les études de prévalence de troubles mentaux chez les détenus, Teplin montre que le risque relatif pour tous les troubles de l'axe 1 du DSM est multiplié par 3 chez les détenus, comparé aux non détenus, et par 10 à 15 pour tous les troubles de personnalité et les comportements addictifs, l'évaluation ayant été réalisée avec des instruments validés tels que le Diagnostic Interview Schedule du National Institute of Mental Health (DISC) [50, 51]. Ces chiffres sont même majorés chez d'autres auteurs tels que Lamb et Grant [52]. La population étudiée concerne les criminels détenus en milieu carcéral chez qui on détermine le taux de trouble mental.

Plus récemment, en France, une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) réalisée en juin 2001 sur l'activité des services de psychiatrie en milieu pénitentiaire retrouve un pourcentage de 50 % de détenus ayant recours aux soins psychiatriques, les principaux diagnostics retrouvés selon les critères CIM-10 étant : troubles de l'adaptation, troubles de personnalité, troubles de l'humeur, troubles délirants. Parmi cette population, 60 % ont un diagnostic de trouble addictif, et 40 % des antécédents psychiatriques [53]. Enfin, les résultats de la première étude épidémiologique française initiée par la Direction Générale de la Santé et le ministère de la Justice confirment la fréquence élevée des troubles psychiatriques chez les détenus, notamment des troubles de l'humeur [54].

Les données sur les troubles mentaux chez les meurtriers sont particulièrement précises dans les études scandinaves. Ainsi, selon les travaux d'Eronen sur les meurtriers en Finlande, la schizophrénie multiplie l'*odds ratio* (OR) par 8 chez l'homme et par 6,5 chez la femme. L'OR est 10 fois supérieur chez l'homme atteint de personnalité antisociale et il est de 12,9 en cas d'alcoolisme chez l'homme [55, 56]. Les auteurs comparent la pathologie mentale des meurtriers homicides avec la population générale en Finlande. La schizophrénie et les autres pathologies multiplient le risque de

commettre un homicide avec un facteur de 1 à 4. Le risque est multiplié par 40 à 50 chez la femme en cas d'alcoolisme et de personnalité antisociale. Le risque est nettement moindre pour la dépression et le retard mental. Gottlieb et al. retrouvent 25 % de psychotiques parmi un groupe de meurtriers au Danemark. La plupart des victimes étaient des membres de la famille, à la différence des crimes chez les meurtriers non psychotiques [57]. Erb et al. (2001) mettent eux aussi en évidence une surreprésentation de personnes atteintes de schizophrénie parmi celles qui ont tenté ou réalisé un homicide [58]. De nombreuses études ont par ailleurs été effectuées à partir de dossiers d'expertise constatant un diagnostic élevé de psychose parmi les cas d'homicide et de tentative d'homicide [59]. Ainsi, Touari et al., dans une analyse rétrospective portant sur 3 984 dossiers d'expertise, retrouvent un diagnostic de psychose dans 19,9 % des cas [60].

Il existe cependant un certain nombre de biais à ces études. Les malades mentaux délinquants se feraient plus facilement arrêter que les non-malades mentaux, selon un certain nombre d'auteurs. De même, les policiers seraient plus enclins à arrêter les malades mentaux, reflétant ainsi une « criminalisation des malades mentaux » [61]. Les personnes incarcérées peuvent développer les troubles mentaux après l'incarcération et avoir été indemnes de pathologie psychiatrique au moment du crime ou du délit. Enfin, les études sont réalisées chez des personnes présentant un fort taux de violence, ce qui n'est pas le cas de la plupart des patients hospitalisés ou traités et vivant dans la communauté [59]. Ainsi, dans les pays occidentaux comme en France, le taux d'homicide est de 1 à 5 pour 100 000 habitants alors que les troubles mentaux concernent 0,16 cas pour 100 000 habitants. Quatre-vingt-dix pour cent des malades mentaux ne commettent pas d'actes de violence [62].

## SYNTHÈSE DES ÉTUDES

Une littérature très nombreuse a été publiée et continue à l'être, quand on effectue une recherche bibliographique en utilisant Medline, concernant le lien entre trouble mental et violence [63-65]. Les résultats sont cependant controversés dans le champ de la santé mentale, sur la façon la plus pertinente d'interpréter ce lien [19, 48]. Ce lien existe, mais cette littérature n'est pas pour autant toujours concluante, pour différentes raisons [9, 24, 66, 67]. Les travaux sont souvent très hétérogènes dans la méthodologie, le repérage de la violence. La définition de l'homicide varie suivant les publications, comprenant soit les homicides volontaires, soit les tentatives d'homicide et les homicides involontaires et volontaires. L'absence de distinction entre les différents actes de violence laisse donc en suspens la question d'une violence spécifique à la maladie mentale [68]. La définition de la maladie mentale varie également d'une étude à l'autre, comme l'indique Richard-Devantoy et al. [69]. Les études scandinaves sont majoritairement prospectives. Elles répertorient et recourent ainsi les fichiers nationaux des données judiciaires et psychiatriques de tous les auteurs d'homicides. Au contraire, d'autres études sont rétrospectives, introduisant des biais de sélection, ou bien reposent uniquement sur l'expertise psychiatrique du meurtrier. En outre, certains auteurs font la distinction entre la prévalence des troubles psychiatriques vie entière, définis à partir des dossiers des services de soins en psychiatrie, et la prévalence instantanée, c'est-à-dire la présence de symptômes psychiatriques au moment des faits. Les échantillons étudiés dans les études longitudinales ne sont pas représentatifs de la population entière, mais concernent les patients suivis ou hospitalisés [70-72]. Ces différents travaux n'évoquent donc qu'un lien statistique. Ils permettent de comprendre l'influence de la maladie

mentale sur le risque de violence sans pour autant conclure à un lien de cause à effet [49]. Certains travaux soutiennent la notion que les facteurs de risque de violence sont l'alcool et l'abus de substances [73] et non la maladie psychiatrique en elle-même chez les patients présentant un trouble mental sévère, ainsi que des événements de vie stressants survenus récemment tels qu'une agression, un deuil, la perte de travail, une séparation ou un divorce dans l'année [21]. Enfin, les facteurs influençant le risque de violence dans la société tels que le statut socioéconomique précaire avec pauvreté, chômage, milieu défavorisé, affectent aussi les patients [27].

La prévalence de la violence est donc plus élevée chez les malades mentaux, notamment chez les sujets non traités, les schizophrènes et dans les pays à faible taux de criminalité. Le risque attribuable reste néanmoins faible, de 2,7 à 10 %, et il est encore inférieur si l'on décompte les troubles liés à l'abus d'alcool et de toxiques [19, 26]. Le fait que ce risque attribuable demeure nécessite une meilleure évaluation des patients afin d'améliorer la prise en charge et la sécurité publique [74]. Il est donc important de considérer les facteurs situationnels, sociodémographiques et cliniques lors de l'évaluation du risque de violence futur chez un individu, les antécédents éventuels de violence, l'abus d'alcool et de substances en s'aidant éventuellement d'outils d'évaluation longitudinale du risque de violence.

## ÉTAT DANGEREUX SUIVANT LES DIFFÉRENTS TROUBLES MENTAUX

Après cette revue de littérature, nous allons envisager les différents troubles mentaux. La schizophrénie est le trouble psychiatrique le plus étudié dans les liens maladie mentale-violence.

### ÉTAT DANGEREUX ET SCHIZOPHRÉNIE

Si la plupart des schizophrènes n'ont pas un comportement violent, un sous-groupe de patients présentant une dangerosité et une violence existe [75, 76]. En prison, les schizophrènes sont 2 à 3 fois plus nombreux que dans la population générale, ce fait étant lié d'une part à la précarisation des patients, à l'absence de soutien familial et social, mais aussi aux arrestations plus fréquentes de cette population. Selon Brennan et al., la schizophrénie est le seul trouble mental majeur associé à un risque de violence accru quels que soient le statut économique et les diagnostics secondaires, à partir d'une cohorte de 335 990 patients âgés jusqu'à 44 ans, résultats non retrouvés par un certain nombre d'études comme on a pu le voir précédemment [32].

Ainsi, s'il existe une augmentation du risque de violence lié à la schizophrénie, il semble que ce risque soit plurifactoriel. Parmi ces facteurs, on peut citer les facteurs psychotiques proprement dits, l'existence d'une atteinte cérébrale, la comorbidité avec les troubles de personnalité, les troubles thymiques, et les addictions, l'absence de compliance aux soins et enfin des données issues de la biographie et des événements de vie stressants. Des études récentes isolent un groupe de patients chez lesquels la violence est liée à des troubles neurologiques et où le passage à l'acte intervient en cas de trop grande proximité de l'équipe soignante auprès du patient [77, 78]. Pour certains auteurs, tels que Citrome et al., le personnel soignant en psychiatrie doit être attentif à certains signes précurseurs d'un passage à l'acte tel que

l'isolement de certains patients par rapport aux autres ou par rapport aux activités proposées, car ces contextes pourraient majorer le sentiment de persécution ou d'intrusion ou l'irritabilité. D'autres facteurs favoriseraient le passage à l'acte tels qu'un grand nombre de patients au sein d'un service, la présence d'autres patients violents ou intolérants aux frustrations, la promiscuité, l'impression d'enfermement et le manque de liberté dans les déplacements [79]. Plus l'analyse du passage à l'acte violent est étudiée avec profondeur, plus la dynamique de ce passage à l'acte devient compréhensible, celui-ci n'étant donc pas toujours directement en relation avec la pathologie psychotique. Grâce à cette analyse, une prise en charge appropriée peut être proposée au patient, afin de l'aider à reconnaître les situations de danger et trouver des solutions alternatives à l'acte violent.

## **Les symptômes psychotiques**

Deux périodes semblent plus impliquées dans le passage à l'acte violent de la maladie : lors de l'éclosion des troubles, où le passage à l'acte semble alors inaugural de la maladie, et dans les premières années d'évolution [80]. Foley et al. ont ainsi étudié le pourcentage de comportements violents et les facteurs corrélés à la violence chez les patients présentant un premier épisode psychotique, la semaine précédant l'admission en psychiatrie et après l'admission à l'hôpital : 33 % des patients ont présenté un comportement violent avant l'admission. Le comportement violent était fortement corrélé aux admissions sous contrainte et aux abus de substances [81]. Parallèlement aux abus de substances, on peut également citer le nombre croissant de patients dépendants aux jeux vidéo et à Internet, reclus au domicile, avec des comportements socialement embarrassants et des difficultés de communication non verbale, se montrant volontiers violents à l'égard de leur entourage et souvent très hostiles aux soins, ce qui favorise un retard à la prise en charge et une symptomatologie plus sévère et plus résistante au traitement. Quelques études ont également étudié le taux de comportements violents avant hospitalisation. Elles ont retrouvé un pourcentage de près de 20 % de patients dont le premier contact avec la psychiatrie s'était fait dans le cadre d'un comportement agressif et un taux de 50 % environ des hospitalisations dues à des comportements violents juste avant l'admission [43, 82, 83].

Le passage à l'acte violent apparaît être relié classiquement à des symptômes spécifiques : symptômes paranoïdes, idées de persécution, délires à dominante mysticoreligieuse, syndrome d'influence notamment lorsque le patient obéit à des voix identifiées [49]. Il faut donc également tenir compte du mécanisme hallucinatoire, du contenu des hallucinations, de la nature des voix hallucinatoires, du ton impératif ou meurtrier des hallucinations persécutrices. D'autres signes spécifiques sont recherchés avec attention, tels qu'un délire grandiose, des rêveries diurnes d'agresser autrui, une idéation et des pratiques perverses, une fascination pour les armes ou des menaces écrites ou verbales évoquant un scénario en cours d'élaboration [78, 84]. La dimension mégalomane d'une revanche équivalente à la souffrance délirante subie devient le dernier recours face à la menace de néantisation ou à la perte de contrôle interne [85]. L'association de cette symptomatologie avec des émotions négatives telles que la peur, l'anxiété, la colère, des troubles dépressifs sévères et un sentiment d'incapacité ou d'indignité, majore le risque. Cependant, ces éléments délirants seuls ne suffisent pas à expliquer le passage à l'acte et sont souvent associés à d'autres facteurs tels qu'un trouble de personnalité associé, une

impulsivité et une intolérance aux frustrations ou l'abus de substances, lorsque les patients ont été récemment hospitalisés [34, 36, 38]. Peu de travaux ont été effectués chez les patients dont la symptomatologie négative est prédominante. La violence serait alors intrafamiliale et inaugurale d'une pathologie psychotique méconnue. Dubreucq et al. insistent sur le potentiel criminogène de certains symptômes négatifs comme le retrait social et surtout l'émoussement affectif et émotionnel [1]. Dans ce sous-groupe de patients, la survenue d'événements de vie stressants est plus fréquente dans l'année précédant le passage à l'acte. Par ailleurs, la péjoration de l'état psychotique est pratiquement toujours présente avant le passage à l'acte [86, 87]. Enfin pour Krakowski et al., les violents « chroniques » auraient davantage de symptômes négatifs, des symptômes à type d'irritabilité, d'ennui, d'impatience et des troubles neurologiques que les violents « transitoires » [88].

### **Les troubles de l'humeur émaillant le cours de la schizophrénie**

La symptomatologie dépressive est un facteur de risque de violence, en particulier chez le patient présentant une schizophrénie paranoïde [89, 90]. Selon Swanson et al., d'après l'étude publiée en 1990 en population générale, le risque de passage à l'acte est de 21,1 % en cas de trouble de l'humeur associé, versus 8,4 % en cas de schizophrénie sans trouble de l'humeur [24]. Les éléments maniaques associés à une symptomatologie floride potentialiserait aussi le passage à l'acte [91]. Enfin, la clinique révèle souvent un lien étroit entre homicide et suicide, d'où la nécessité de repérer les idées de suicide chez les patients psychotiques. Selon Lorettu, le patient schizophrène peut se percevoir en danger dans son intégrité physique et psychique [92]. La tentative de suicide est le seul moyen de sortir d'une impasse, représenter une alternative à un passage à l'acte hétéroagressif, un éloignement de la situation de danger. L'intention suicidaire peut changer brutalement et devenir homicide. Dans une étude d'Asnis publiée en 1997 chez 517 patients suivis en ambulatoire, les corrélations entre idéation et comportements homicides d'une part et idéation et comportements suicidaires d'autre part sont très fortes : 91 % des tentatives d'homicide correspondent à des tentatives de suicide tandis que 86 % des idéations homicides sont associées à des idéations suicidaires [22]. Deux autres travaux témoignent de la dangerosité de l'association d'éléments dépressifs et délirants paranoïdes. Ainsi Millaud, dans une étude rétrospective sur 24 patients psychotiques meurtriers, distingue un groupe de patients à composante affective prédominante (épisode dépressif majeur, trouble bipolaire, trouble schizoaffectif) et un groupe à composante schizophrénique prédominante. Les patients du premier groupe avaient tous consulté dans le mois précédent à l'inverse des patients schizophrènes pour des symptômes dépressifs dans 66 % des cas. Des symptômes paranoïdes et dépressifs étaient associés dans 55 % des cas [93]. Senninger et al., dans une étude prospective sur 17 patients d'unité pour malades difficiles, retrouvent une corrélation forte entre les scores d'agressivité physique à l'échelle Overt Aggression Scale (OAS) et les scores de dépression à l'échelle Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) [94].

### **Les comorbidités avec l'abus de substances et les troubles de personnalité**

L'existence d'une personnalité antisociale sous-jacente, l'abus d'alcool ou de drogues sont des facteurs spécifiquement incriminés dans la violence chez les patients psychotiques, ainsi que le souligne l'ensemble des travaux portant sur le

sujet [95, 96]. La prévalence du trouble de personnalité antisociale est élevée chez le patient schizophrène comparé à la population générale. L'étude ECA a ainsi révélé une prévalence de schizophrénie 6,9 fois plus élevée chez les sujets présentant une personnalité antisociale que dans la population générale [97]. Hodgins, dans l'analyse d'une cohorte de naissance de plus de 320 000 personnes, a montré que le risque de délit violent est multiplié par 5,5 à 7 chez les hommes présentant une personnalité antisociale [30]. Selon Hodgins, la récurrence de la violence serait même liée à l'association à une personnalité antisociale sous-jacente dont les symptômes cardinaux sont caractérisés par les passages à l'acte répétitifs, l'impulsivité, l'auto- et l'hétéroagressivité, le besoin de satisfaction immédiate contrastant avec la passivité du sujet, le désœuvrement sur fond d'angoisse existentielle et de frustration affective permanente, les troubles de l'humeur avec épisodes dépressifs intenses et brusquement résolutifs, une défaillance narcissique avec sentiment de dévalorisation insoutenable, les troubles de l'identité et du comportement sexuel. L'histoire de la violence précède alors la maladie, le passage à l'acte n'est pas en rapport avec des idées délirantes et peut être réitéré alors que le patient est correctement traité pour la symptomatologie psychotique. La victime est généralement une personne inconnue du patient. La personnalité antisociale est souvent associée à des conduites addictives, notamment avec l'alcool, les stupéfiants, la cocaïne dans une quête de « défonce ». Cependant, se pose la question de la définition précise de la personnalité antisociale ou psychopathique souvent confondue dans les études avec les troubles des conduites avec comportement délictuel, d'autant que les patients présentant un trouble de personnalité antisociale ont des antécédents dans l'enfance et l'adolescence de troubles des conduites, d'échecs scolaires, de troubles de l'attention et de la concentration.

Les schizophrènes représenteraient donc un groupe hétérogène. Hodgins décrit ainsi deux types de schizophrènes délinquants :

- les schizophrènes avec un diagnostic secondaire de personnalité antisociale stable, présent avant le début de la maladie, qui présentent des antécédents délictueux et des placements judiciaires dans l'enfance, dont la carrière criminelle commence plus tôt (nombre de crimes plus important mais non violents). Les symptômes comportementaux pourraient être des manifestations prodromiques de la maladie ;

- les schizophrènes sans personnalité antisociale dont la violence est liée aux symptômes psychotiques [98]. Ces données sont reprises dans la littérature [99, 100]. Swanson et al., à partir de l'étude CATIE, retrouvent parmi 1 445 individus une violence 2 fois plus importante chez les patients ayant des antécédents de troubles des conduites dans l'enfance, indépendamment de l'abus d'alcool et de substances. Cette violence augmente avec l'abus des toxiques [20]. En France, les patients présentant une schizophrénie avec des comportements psychopathiques soulèvent la question de l'héboïdophrénie définie initialement par Kahlbaum, dont la prise en charge est discutée entre un abord psychiatrique pur si l'héboïdophrénie fait partie des schizophrénies, ou exclusivement social si ce groupe n'en fait pas partie, avec le risque de passer à côté d'un diagnostic de psychose et de ne pas traiter correctement un patient [101].

La consommation d'alcool et de drogues, qui est déjà un facteur de risque dans la population générale, devient donc un facteur de risque majoré chez les malades mentaux. Les sujets schizophrènes ont une comorbidité addictive élevée : 23,7 % pour l'alcool versus 12,3 % en population générale, et 14,2 % pour les drogues versus 12,3 % en population générale, avec une forte consommation de cannabis. Selon Senon et al., le risque de commettre un acte violent est 8 fois plus élevé si les

patients consomment des toxiques ou de l'alcool. Par ailleurs, chez les hommes, un double diagnostic de schizophrénie et d'abus de substances ou d'alcool multiplie par 17 le risque de commettre un homicide par rapport à la population générale [78]. De plus, certaines études rapportent que la criminalité des malades mentaux est à la fois plus grave et plus récidivante lorsqu'il y a abus de drogue et d'alcool, non pas parce que l'abus d'alcool et de drogues provoque la violence mais seulement en augmentant le niveau du risque [32, 33]. Ainsi, Rasänen et al. montrent que le risque de récidive du crime pour les malades mentaux est lié plus particulièrement à l'association schizophrénie-alcool. Ce risque est multiplié par 9 pour les schizophrènes alcooliques par rapport à la population générale et par 5 lors d'une psychose non schizophrénique alors que pour les schizophrènes non alcooliques, le risque de récidive est le même. Les troubles de personnalité sont fréquemment associés à l'abus d'alcool et de substances [96].

### **Les facteurs environnementaux, liés au suivi et victimologiques**

Selon les préjugés classiques, l'homicide du schizophrène survient de façon imprévisible et incompréhensible, sur des inconnus, de façon cruelle et brutale. La pathologie n'est pas connue avant le passage à l'acte. Le patient n'a pas de passé de violence. La victime ne reconnaît pas la maladie mentale et ne joue aucun rôle dans le passage à l'acte. Il est rare que le patient récidive. Loretto et al. remettent en cause ces préjugés dans une étude portant sur 52 sujets schizophrènes meurtriers. Selon les auteurs, le patient au contraire annonce de façon claire et non équivoque l'intention de tuer en cas d'homicide, et souvent peu de temps avant le passage à l'acte. La victime est souvent un parent de premier rang (père, mère, fratrie et enfants). Les crimes seraient davantage commis dans un lieu privé connu de l'auteur et de la victime plutôt que dans un lieu public. Lorsque la victime est inconnue, la violence est souvent le fait d'un trouble de personnalité associé de type psychopathique et non de la symptomatologie psychotique. Le patient a souvent eu des antécédents de soins ou il est suivi au moment du passage à l'acte, mais le diagnostic n'est parfois pas porté correctement ou le traitement psychotrope n'est pas adapté, souvent sous-dosé [92]. Le patient peut être également résistant au traitement. La violence pourrait encore s'expliquer par les effets secondaires de la médication tels que l'akathisie, qui eux-mêmes motiveraient une non-adhésion au traitement, autre facteur d'agressivité. La notion d'insuffisance du traitement est également retrouvée dans la littérature [49, 85], de même que la notion d'antécédent d'hospitalisation psychiatrique [30], d'antécédents de violence et de prévisibilité du passage à l'acte. Pour ce dernier point en effet, des auteurs anglais retrouvent une prédictibilité du passage à l'acte chez 27,5 % des patients, avec un taux de 65 % des passages à l'acte qui auraient pu être évités [102]. Enfin, la victime connaît la pathologie mentale de l'agresseur et sa dangerosité, et présente une agressivité répétée à l'égard du patient ou une attitude de rejet. Le passage à l'acte serait alors à rattacher à des difficultés relationnelles avec la victime, notamment une relation de dépendance [92].

### **ÉTAT DANGEREUX ET PARANOÏA**

Les troubles schizophréniques et paranoïaques étant confondus dans la littérature anglo-saxonne (dans le cadre de la schizophrénie paranoïde ou du trouble délirant persistant), il existe peu de données concernant le passage à l'acte violent du para-

noïaque et sa dangerosité. Pour certains, comme Schanda [103], les homicides paranoïaques seraient le fait d'hommes d'âge mûr, sans comorbidité, mais d'autres, comme Putkonen, nuancent cette affirmation, devant la forte comorbidité avec l'alcoolisme [94]. Le délirant paranoïaque aurait 1,3 à 6 fois plus de risque de commettre un acte homicide qu'un sujet issu de la population générale. La prévalence vie entière des meurtriers souffrant d'une psychose paranoïaque est variable selon les pays et les études, mais demeure faible de 0,3 à 1,4 % [69]. La notion d'une personnalité pathologique distincte du délire paranoïaque, mais ayant des rapports étroits avec lui, s'est progressivement imposée à la fin du siècle dernier, en même temps que le terme de paranoïa prenait son sens moderne, celui de délire chronique systématisé, non déficitaire, à mécanisme essentiellement interprétatif. Falret décrit ainsi les persécutés-persécuteurs, dont les traits de personnalité (sensibilité, orgueil, entêtement) préexistent au délire, puis Sérieux et Capgras décrivent le délire d'interprétation comme le développement de tendances préexistantes. Par la suite, Dupré en 1912 et Genil-Perrin en 1926 mettent l'accent sur la personnalité, celle-ci représentant « le centre de gravité » de la paranoïa. Pour les auteurs français, la personnalité paranoïaque est caractérisée par quatre éléments qui sont l'hypertrophie du moi (avec psychorigidité, obstination, mépris des autres et intolérance), la méfiance, la fausseté du jugement et l'inadaptation sociale responsable d'un isolement social et affectif. L'école allemande avec Kretschmer distingue trois types de personnalité paranoïaque : les personnalités de combat, les personnalités de souhait et les personnalités sensibles. L'ICD-10 et le DSM-IV mettent l'accent sur la méfiance soupçonneuse envahissante envers les autres et la froideur affective. Racamier [104] et Piera Aulagnier permettent un éclairage psychodynamique, le passage à l'acte représentant souvent le prolongement d'une histoire menée jusqu'à son issue paralogique, des traits de caractère à la construction délirante [85]. Selon Racamier, la paranoïa est organisée à partir de deux angoisses : l'angoisse de perte et de dissolution personnelle et l'angoisse dépressive de déflation narcissique. « Elle est dynamiquement placée sur un trajet qui va de psychose en perversion narcissique. » Le système paranoïaque a pour but de maintenir la cohésion du monde comme celle interne du sujet, et de sauvegarder un sens au rapport du Moi à ses objets. Le passage à l'acte surgit en cas de défaillance du système [85]. Ainsi, l'objet est tenu à distance fixe jusqu'au moment où il semble se dérober de sa fonction de « double spéculaire ou de complément narcissique inversé » et ne soutient plus l'illusion d'infaillibilité ou d'inaccessibilité du paranoïaque. Le paranoïaque est convaincu d'avoir été agressé par l'objet et il obéit à une réaction de légitime défense, suivant sa projection défensive. Il passe à l'acte dans un moment d'exaltation passionnelle et d'hyperthymie, mais peut également présenter d'authentiques moments dépressifs et suicidaires.

La pensée du paranoïaque est rigide, paralogique. Elle le pousse à une attirance particulière pour la justice et les procédures, mais aussi à une rivalité avec le système judiciaire qu'il juge souvent corrompu ou défaillant, le tout étant de lutter contre toute angoisse de destruction. Il a tendance à effectuer sa justice personnelle, et transgresse la loi dans son organisation délirante. Aussi, les délires de persécution et de préjudice sont les thèmes les plus fréquents, rencontrés dans les passages à l'acte violents. Bien que les mobiles pathologiques ne soient pas limités à ces thèmes, ils semblent cependant les plus criminogènes. Leyrie explique bien la justice personnelle du paranoïaque de la façon suivante. Les crimes ou délits s'inscrivent dans le système délirant dont ils portent la tonalité : délire d'interprétation, délire passionnel de jalousie ou érotomaniaque, délire de relation des sensitifs plus rarement, délire de préjudice des inventeurs méconnus. Effectués sans culpabilité, ils sont plutôt revendiqués

par le patient, parfois réalisés dans un climat émotionnel particulier fait d'angoisse, de peur, de rancœur ou d'autodéfense pathologique. Les conduites meurtrières sont donc loin d'être exceptionnelles. Elles sont souvent préméditées depuis longtemps, réalisées avec froideur et détermination, et destinées à anéantir la source de persécution éprouvée par la personne qui en souffre. Elles sont dans la plupart des cas générées par une activité délirante ancienne, qui est connue de l'entourage personnel et des soignants lorsque le patient est pris en charge. Mais la préméditation est régulièrement cachée, spécialement en cas d'hospitalisation où le patient simule sa guérison. L'absence de prise en compte ou la sous-estimation par l'entourage personnel et soignant des indicateurs psychopathologiques et de dangerosité est un facteur fréquent de facilitation des passages à l'acte. Ainsi, le type de meurtre suivi de suicide le plus commun aux États-Unis, représentant 50 à 70 % des meurtres suivis de suicide, est habituellement dû à la jalousie, morbide ou délirante. Il est le fait d'un homme dans plus de 90 % des cas, développant des idées de jalousie sur sa compagne et la tuant dans un accès de rage avant de se donner la mort. Le rival peut aussi être tué [105]. Les relations dans le couple avant le passage à l'acte sont souvent tendues, avec violence témoignant de l'impulsivité, de l'hostilité et de la tendance à la projection du meurtrier. Le passage à l'acte est provoqué par la rupture, la séparation ou le divorce qui sont vécus de façon intolérable [106] et ravivent des blessures narcissiques importantes anciennes. Les homicides-suicides extrafamiliaux sont souvent le fait de personnalités paranoïaques pouvant être déprimées mais se sentant surtout offensées, humiliées, non reconnues à leur juste valeur sans qu'il y ait nécessairement délire de persécution ou de revendication.

Les coups et blessures volontaires sont plutôt le fait de patients impulsifs, avec un moins bon contrôle intellectuel et émotionnel ou dans le cadre de circonstances sociales favorisantes (manque de moyens financiers entre autres). C'est leur répétition dans le temps contrastant avec l'image sociale de l'auteur qui va conduire à une évaluation psychiatrique permettant un diagnostic rétrospectif. Les menaces écrites, les persécutions par voie téléphonique sont utilisées pour éroder l'équilibre psychologique de leurs victimes. Enfin, certains paranoïaques commettent des délits sexuels, notamment dans le cadre d'inceste qu'ils rationalisent par l'aspect initiatique de l'acte pour leurs enfants. Plus souvent le fait des personnalités paranoïaques et non des délirants paranoïaques, ces délits sexuels sont aussi expliqués par les patients par leur rigueur morale à l'égard du mariage, avec rejet de l'adultère. Les vols sont rares, effectués dans un but altruiste ou pour récupérer un bien dont ils estiment avoir été dépourvus. Enfin, le suicide est effectué dans un contexte de revendication délirante, parfois très organisé comme dans le cadre de suicide par personnes interposées [107].

## ÉTAT DANGEREUX ET TROUBLES DE L'HUMEUR

### Les troubles bipolaires

Les troubles bipolaires regroupent plusieurs sous-groupes : type 1 (états d'excitation maniaque et épisodes dépressifs), type 2 (épisodes hypomaniaques et épisodes dépressifs majeurs) et type 3 (dépressions récurrentes avec antécédent familial de trouble bipolaire ou virage hypomaniaque sous antidépresseur). Le pronostic de la maladie est marqué par un taux de mortalité 2,5 fois supérieur à celui de la population générale du fait de suicides, de comportements à risque, et des comorbidités notamment avec l'alcoolisme et l'abus de substances. Le diagnostic du trouble bipo-

laire est fréquemment sous-évalué, et les comportements délictueux dont certains comme les vols, les bagarres, les agressions contre les biens, les infractions sexuelles, les incendies sont souvent mal connus des équipes, ou mal rattachés au diagnostic. Peu d'études analysent l'association entre troubles de l'humeur et comportement violent, comparées à l'abondante littérature concernant la schizophrénie et la violence. Celles précédemment citées, centrées sur les corrélations entre troubles mentaux et criminalité, retrouvent une élévation significative d'actes violents chez les patients atteints de troubles bipolaires et de troubles dépressifs majeurs, les états maniaques étant davantage à l'origine d'infractions contre les biens [22, 25, 29-31]. Celles focalisées sur la criminalité et les troubles bipolaires sont souvent contradictoires et hétérogènes sur le plan méthodologique, et réalisées dans la population carcérale, avec de plus une sous-estimation des troubles bipolaires en particulier en milieu pénitentiaire. Pour certains auteurs, le trouble de l'humeur augmenterait le risque de passage à l'acte homicide uniquement en cas d'abus d'alcool [103]. Dans une étude réalisée sur une population d'hommes hospitalisés, Modestin et al. montrent une augmentation de la criminalité 1,65 fois plus importante chez les patients atteints de troubles bipolaires et de troubles dépressifs mineurs (critères du Research Diagnostic Criteria), parmi 261 patients versus un groupe témoin apparié et randomisé appartenant à la population générale, et une augmentation du taux de récurrence chez les patients par rapport au groupe témoin. Les patients présentant un trouble dépressif mineur ont une comorbidité importante avec les troubles de personnalité [14]. Les crimes graves sont rares et souvent associés à un abus de substances. Dans une autre étude réalisée en 2005, Modestin et al. étudient le comportement violent chez 282 hommes schizophrènes et 261 hommes présentant un trouble de l'humeur, et l'impact de la comorbidité de l'abus de substances chez ces patients. Le risque de violence et de criminalité est augmenté parmi les deux groupes de patients comparés à la population générale, même sans abus de substances [108].

Selon ces résultats, la corrélation entre troubles de l'humeur et criminalité est particulièrement importante, y compris chez la femme. Un sujet souffrant de trouble bipolaire aurait, selon les études, un risque de commettre un homicide s'il présente une dépression, une dysthymie, et si s'associent des comorbidités (usage de toxiques et troubles de personnalité). Ainsi, il existe une fréquence élevée d'antécédents judiciaires chez les patients bipolaires : 3 % de crimes, 7 % d'infractions contre les biens, 24 % d'infractions contre les personnes [109]. En revanche, les crimes graves (meurtres et agressions sexuelles) sont rares. Le risque de violence persiste même après traitement, où il apparaît plus fréquent chez les patients ayant des antécédents de violence et les patients dans le déni des troubles, même lorsqu'ils sont correctement traités. Dans l'étude MacArthur, Appelbaum et al. estiment le taux de prévalence du comportement violent à 19 % chez les patients déprimés, 15 % chez les patients présentant un trouble bipolaire chez les patients évalués 20 semaines après la sortie de l'hôpital [33]. L'ensemble de la littérature souligne l'importance de la comorbidité, particulièrement les abus de substances et les troubles de personnalité de type antisocial. Graz et al., dans un travail récent publié en 2009, étudient les passages à l'acte violents de 1561 patients entre 1990 et 1995 à partir des registres nationaux. Les patients sont classés selon trois catégories : trouble bipolaire type 1, trouble maniaque, et syndrome dépressif majeur. Les résultats retrouvent 4,16 % des patients condamnés pendant la période, avec une plus grande fréquence des condamnations pour les patients maniaques, mais d'autres facteurs tels que le statut marital, l'abus de substances, le sexe masculin sont aussi incriminés, soulignant l'aspect multifactoriel du passage à l'acte chez les patients présentant un trouble de l'humeur [110].

Enfin, l'impulsivité est une caractéristique du trouble bipolaire, particulièrement importante au cours des épisodes maniaques, hypomaniaques et mixtes, pouvant expliquer l'abus de toxiques et d'alcool, les prises de risque et les passages à l'acte violents pouvant être davantage liés aux abus de substances associés [111]. Cette impulsivité est mal connue dans la manie et comprend probablement plusieurs dimensions qui font l'objet de travaux. Ainsi, Strakowski et al. ont étudié trois dimensions chez 70 patients bipolaires de type I au cours d'épisodes maniaques : la désinhibition, la capacité à attendre une gratification, et l'attention à l'aide de tests neuropsychologiques. Chez ces patients, les trois dimensions de l'impulsivité motrice, attentionnelle et non planifiée sont perturbées, les résultats n'étant pas corrélés entre eux, mais ils sont associés à un dysfonctionnement du cortex cingulaire antérieur, du striatum et du cortex préfrontal [112].

### **Dépression et passage à l'acte violent**

Le risque d'homicide est plus élevé en cas de syndrome dépressif, avec une forte relation entre dépression-crime-suicide. Ce syndrome dépressif ne rentre pas toujours dans le cadre d'un trouble bipolaire mais dans celui d'un syndrome dépressif mélancolique ou d'un trouble de personnalité [113]. Ainsi l'homicide altruiste, bien que rare, est-il classiquement décrit dans la littérature, souvent associé à une thématique délirante de ruine et de culpabilité ou à des préoccupations mystiques et hypochondriaques du sujet étendues à ses proches. Le suicide, ou la tentative de suicide de l'auteur des faits, fait classiquement suite à l'homicide dans un délai bref. Dans la plupart des cas, la perte est au centre des préoccupations : isolement social et familial, perte d'emploi, rupture affective, mort d'un être cher, difficultés financières, maladie. La faiblesse au niveau narcissique amène le sujet à ressentir honte et impuissance au moment de cette perte. Il doit vivre un deuil. Mais ce travail de deuil ne peut avoir lieu que s'il y a un lien. L'individu qui présente un rapport narcissique à l'autre n'arrive pas à faire ce travail, c'est-à-dire à désinvestir l'objet perdu pour réinvestir de nouveaux objets. Le passage à l'acte apparaît alors comme une solution psychique pour surmonter les affects dépressifs réveillés par la perte, ou pour conserver l'illusion de ne jamais perdre l'objet.

Le familicide se définit par l'homicide de la conjointe et d'au moins un enfant. Lorsque l'homicide touche les enfants, il s'agit d'un libéricide réalisé par une mère ou plus rarement un père dépressif. La crainte d'abandonner son enfant est liée à l'identification très forte à celui-ci et la conviction qu'il subira les mêmes déboires que lui. Le geste homicide représente alors la seule issue possible. Lorsqu'il touche l'épouse, il s'agit d'un uxoricide. Cette forme d'homicide-suicide touche des sujets déprimés, dont les épouses souffrent d'affections physiques ou psychiques invalidantes et douloureuses. Elle se rapproche des pactes suicidaires, définis comme un accord mutuel entre deux personnes décidant de mourir ensemble dans le même temps. D'après une revue de la littérature effectuée par Le Bihan en 2006, ces pactes suicidaires sont relativement rares. Dans les études occidentales, la plupart des pactes intéresse les couples mariés, âgés, atteints d'affections physiques invalidantes, socialement isolés et décrivant une perte d'espoir. L'âge moyen des couples se situe entre 51 ans et 56 ans. Les moyens utilisés sont des moyens non violents, intoxication par le monoxyde de carbone ou médicaments, suggérant préméditation et accord réciproque [114]. Comme le rapporte Le Bihan, d'après les données de la littérature concernant les observations de survivants de pacte suicidaire, l'instigateur du pacte

est souvent l'homme déprimé avec des antécédents suicidaires. La femme est souvent indemne de toute pathologie psychiatrique mais subit une pression, voire une emprise, de la part du conjoint pour consentir à cet acte. Il existe une menace réelle ou imaginaire de dissolution du couple [115].

Pour conclure, il apparaît plus clair maintenant que les homicides-suicides peuvent survenir dans des cadres nosologiques variés, et qu'une agressivité, parfois cachée sous des motivations pseudo-altruistes, est souvent retrouvée. La dépression homicide est régulièrement associée à un trouble de personnalité (limite, narcissique, paranoïaque et antisociale). Elle serait plutôt narcissique, liée à un vécu de honte, d'humiliation plutôt qu'anaclitique, liée à une perte d'objet réelle ou imaginaire. L'intolérance à la frustration, la péjoration de l'avenir, surtout lorsque ces symptômes sont associés à une crise existentielle, seraient des facteurs déterminants dans le passage à l'acte. Le risque serait d'ailleurs plus élevé dans le cas des dépressions unipolaires où l'agitation, l'agressivité et l'hyperesthésie sont plus fréquentes que dans les dépressions bipolaires [116]. Ces patients auraient des scores plus élevés au niveau de l'anxiété, des symptômes somatiques et de l'hostilité. L'hypothèse d'une dysrégulation sérotoninergique plus importante que dans les autres dépressions a pu être évoquée.

## ÉTAT DANGEREUX ET TROUBLES DE PERSONNALITÉ

L'état dangereux ou le risque de violence ont été jusqu'à présent abordés sous l'angle psychopathologique de la maladie mentale, que ce soit le trouble psychotique ou le trouble de l'humeur. La paranoïa fait exception dans la mesure où il existe très fréquemment un continuum entre trouble de personnalité et délire paranoïaque. Le trouble de personnalité multiplie par 10 le risque de commettre un homicide chez l'homme et par 10,5 chez la femme par rapport à la population générale, selon les résultats de l'étude d'Eronen [55, 56]. La personnalité antisociale aggrave considérablement le risque de passage à l'acte violent (15 fois chez l'homme et 75 fois chez la femme), bien que ces chiffres ne tiennent pas compte de l'abus d'alcool et de toxiques éventuel [55, 56]. Cependant, l'appréciation du risque violent chez un sujet présentant une personnalité pathologique est difficile, le sujet se montrant violent ou agressif dans ses relations avec les proches et les victimes. De plus, la personnalité pathologique est définie de façon catégorielle selon les classifications internationales, ce qui peut apparaître dans certains cas restrictif. Les personnalités du *cluster B* du DSM-IV (antisociale, borderline, histrionique et narcissique) semblent les plus impliquées dans les passages à l'acte violents, notamment la personnalité antisociale ou psychopathique [117, 118]. Selon Johnson et al., la présence de n'importe quel trouble du *cluster B* à l'adolescence prédit de façon significative des comportements violents à l'âge adulte, même après contrôle des pathologies comorbides [119]. La personnalité antisociale est celle qui a été initialement la plus étudiée avec les travaux de Hare, dans le but de prédire le risque de récidive dans les populations criminelles, et les types de comportement violent chez les patients hospitalisés [118]. Nous nous limiterons dans ce chapitre à la personnalité psychopathique et aux pathologies limites ou borderline, dans la mesure où les patients présentant ce trouble de personnalité sont hospitalisés de manière répétée, à la différence des autres troubles de personnalité, et mettent souvent l'institution en danger. Les sujets psychopathes et les états limites présentent en effet une difficulté dans tout processus de mentalisation. Le passage à l'acte devient le moyen préférentiel pour éviter toute angoisse de

néantisation ou pour l'évacuer. Les autres troubles de personnalité (personnalités histrionique, évitante, dépendante, obsessionnelle) se situent moins dans l'agir du fait d'une plus grande capacité de mentalisation et donc d'une meilleure adaptation sociale. Des processus pathologiques peuvent cependant entraîner ces derniers vers l'expression d'*acting out*, actes qui traduisent alors une demande d'aide, de relation à l'autre. Ces *acting out* sont souvent marqués par l'inhibition motrice et la passivité, mais sont parfois sous-tendus par une dimension agressive sous-jacente.

### Passage à l'acte violent et personnalité psychopathe

Si le psychopathe est bien repéré des institutions psychiatriques et carcérales, intéressant à la fois les champs judiciaire, sanitaire et social, la personnalité psychopathe a cependant disparu des classifications internationales où elle n'apparaît que de manière descriptive dans les troubles de l'axe 2 sous forme de « personnalité antisociale » dans le DSM-IV, de « personnalité dyssociale » (F 60.2) dans l'ICD-10. Les définitions du DSM-IV et de l'ICD-10 apparaissent assez restrictives dans la mesure où elles sont essentiellement limitées aux troubles des conduites et à l'instabilité sociale, professionnelle et familiale. Les symptômes constituant la personnalité psychopathe sont donc divers et non spécifiques. Dans le grand public, le mot « psychopathe » est passé dans le langage courant, qualifiant toute personne violente et délinquante qui fait peur et qu'on ne comprend pas. C'est en fait progressivement davantage la réactivité psychopathe qui soulève la question du risque et de la réciproque du comportement violent chez le patient [117].

#### Rappel historique

Du point de vue historique, la psychopathie a été maintes fois revisitée, passant de la personnalité psychopathe à l'héboïdophrénie, l'état limite, la névrose de caractère à la personnalité antisociale [120]. Son histoire se confond avec celle de la psychiatrie et de la criminologie. Issu de la théorie de la dégénérescence de Magnan, le psychopathe est selon l'auteur le déséquilibré psychique différent du débile par son évolution. Cependant Magnan critique la théorie de Lombroso qui propose une classification des criminels en fonction de leur crime. Au début du siècle, Dupré décrit la constitution psychopathe tandis que Kraepelin en 1933 introduit le terme de personnalité psychopathe, séparant ainsi la psychopathie des psychoses schizophréniques, et que Schneider la définit comme une déviation quantitative par rapport à une norme avec un impact sur la société. À partir de cette époque, le concept de psychopathie oscille entre déséquilibre mental et sociopathie avec Pritchard en Angleterre (1935 : la « *moral insanity* »). Siefert insiste sur l'instabilité comportementale et Delmas dans ses travaux de 1932 parle de « déséquilibre pervers », insistant sur la dimension perverse de certains passages à l'acte. Plus tard, les travaux de Kernberg ou de Kohut aux États-Unis, ainsi que ceux de Bergeret en France permettent de rapprocher la psychopathie des états limites. Une divergence dans la définition du psychopathe s'observe progressivement entre la conception nord-américaine et la conception française. Les psychopathes américains sont davantage des pervers à personnalité narcissique. Ces derniers « trouvent compensation de leur vécu de dévalorisation dans le dérapage violent où elles tirent jouissance de l'effroi de l'autre, de la transgression de la limite et du vécu de toute-puissance et d'impunité qu'elles ressentent à travers les passages à l'acte très brutaux et parfois meurtriers » [6]. La définition française les rapproche des états limites à problématique abandonnique. Toutefois, au

cours de ces dernières décennies, la définition opérationnelle la plus soutenue sur le plan empirique s'est appuyée sur les travaux de Hare avec la constitution de l'échelle de psychopathie de Hare (Psychopathy Checklist-Revised [PCL-R], 1991) initialement validée auprès des populations carcérales ou psychiatriques sécuritaires. La psychopathie selon Hare se distingue de la personnalité antisociale par le fait qu'elle ne comprend pas uniquement des comportements antisociaux, mais met l'accent sur un certain nombre de traits de personnalité associés à la description classique du psychopathe [121, 122]. Le risque de comportement violent est ainsi corrélé à une valence psychopathique et non à une entité clinique spécifique, déclinée autour des items de l'échelle et ce quel que soit le trouble identifié. Ces items sont les suivants : absence d'empathie, indifférence, dimension égocentrique, tendance au mensonge et à la manipulation [123]. Les sujets présentant un indice de psychopathie élevée commettent plus souvent des actes hétéroagressifs, autant lorsqu'ils vivent en société que lors des périodes d'incarcération ou de placements à l'hôpital [124]. Senon propose de modifier la terminologie pour parler « d'organisation de la personnalité à expression psychopathique ». Cette définition rend compte des déterminants du processus psychocomportemental en jeu, comprend l'idée d'un processus qui reste évolutif, et apparaît moins stigmatisante et péjorative pour le sujet [125].

### *Approche clinique*

Le diagnostic est clinique, fait de l'association d'un ensemble de symptômes, dont aucun n'est spécifique, et de l'analyse de la biographie. Ces symptômes sont dominés par le passage à l'acte souvent violent, imprévisible, répété, représentant un mode de réaction disproportionné aux conflits et aux situations vécues comme contraignantes par le sujet, sans aucune élaboration psychique. Paradoxalement, le sujet témoigne d'une forte dépendance à l'autre associée à une exigence mégalomaniacale sous forme de défi, de provocation. Il est la plupart du temps passif, désœuvré, avec un manque d'intérêt qui ne disparaît que lors des moments d'impulsivité. La recherche de sensations fortes, les conduites addictives, les accidents de la voie publique ne sont pas rares. Les abus de substances impliquent régulièrement la survenue de problèmes légaux en liaison avec l'usage des toxiques. Apparemment, la culpabilité est rejetée sur l'entourage ou absente. Les symptômes sont éclairés par la trajectoire du psychopathe : une histoire faite de cassures, de ruptures, d'ambivalence des premiers liens. On retrouve en effet des abandons, des violences physiques et sexuelles, des agressions et des accidents en nombre. L'existence d'un trouble des conduites (TC) et d'un trouble oppositionnel avec provocation (TOP) dans l'enfance est fréquente [126]. L'association du trouble des conduites à un syndrome hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) assombrit encore le pronostic [127]. Par son comportement, le psychopathe reproduit la cascade d'événements traumatiques subis. L'altération des images parentales identificatoires est généralement retrouvée entre un père absent ou inexistant sur le plan symbolique et une mère ayant oscillé entre des relations de fusion et de rupture vis-à-vis de l'enfant [128]. La clinique du passage à l'acte, du fait de son caractère bruyant, est celle qui retient le plus l'attention. On retrouve ainsi des passages à l'acte hétéroagressifs mais aussi autoagressifs, avec automutilations et tentatives de suicide, souvent sous-tendus par des troubles dépressifs et des troubles anxieux rapidement réversibles.

Sur le plan étiopathogénique, les perturbations semblent donc surtout se situer au niveau des carences narcissiques primaires que l'on met en rapport avec la propre carence narcissique de la mère. Ces carences laisseraient l'enfant incapable d'élaboration

fantasmatique, soumis à des mouvements pulsionnels et à une angoisse archaïque qui ne peuvent s'évacuer que dans l'agir. Ainsi, pour Claude Balier, le psychopathe présente donc une défaillance du narcissisme primaire, ce qui rend compte d'un vécu de vide intérieur intolérable et non communicable. Le passage à l'acte représenterait une ébauche d'emprise, de recherche de maîtrise explosive des limites, et assurerait une fonction de sauvetage du narcissisme défaillant [129]. De même, selon Marcelli, la personnalité psychopathique est caractérisée par trois types de défaillance : défaillance narcissique, défaut de maîtrise comportementale, défaillance du contrôle émotionnel [130]. Elle s'accompagne souvent de souffrance qui découle des carences décrites.

Les limites nosographiques sont donc assez floues, en raison de la diversité des troubles de personnalité où l'on peut observer des conduites antisociales. Les personnalités borderline illustrent bien ce problème, à tel point que les deux concepts se recouvrent en grande partie. Sur le plan purement symptomatique, une distinction est possible si on met l'accent sur les comportements antisociaux du côté des psychopathes, l'angoisse, les manifestations thymiques ou psychotiques du côté des personnalités borderline. Sur le plan de la structure sous-jacente, en revanche, on retrouve souvent les mêmes problématiques de carence narcissique primaire.

### **Passage à l'acte violent et personnalité « état-limite » ou « borderline »**

La personnalité borderline est un trouble psychiatrique grave, concernant 4 % de la population générale et 20 % de la population psychiatrique, et s'accompagnant d'une morbidité importante. Ses critères diagnostiques, thérapeutiques, épidémiologiques et pronostiques ont considérablement évolué depuis ces dernières décennies [131].

#### *Rappel historique*

La notion de personnalité borderline est une notion récente, ainsi que le rappelle Gunderson dans un article publié en 2009 sur l'ontogénie du diagnostic [132]. Les premières descriptions datent de 1938 avec Stern grâce à la diffusion des pratiques psychanalytiques. Initialement, les troubles borderline caractérisent certains patients, que l'on qualifie encore de « schizophrènes pseudo-névrotiques », qui présentent au cours de la cure des décompensations psychotiques que leurs symptômes névrotiques ne laissent pas prévoir [133]. Par la suite, Kernberg définit la personnalité borderline comme n'appartenant pas aux psychoses, malgré certaines expressions cliniques transitoires et certains mécanismes de défense révélés dans la cure. En effet, les patients borderline montrent des carences d'organisation du moi profondes, avec des mécanismes de défense de type projectif et de clivage, différentes du morcellement du moi observé chez les psychotiques. Bergeret, en gardant des conceptions proches de Kernberg, élargit le concept en se plaçant dans une optique de développement de la personnalité. Selon l'auteur, le mode d'organisation des états-limites est de type « anaclitique », avec des aménagements stables divers (caractériel, pervers, psychosomatique) et des décompensations dont les expressions rejoignent les descriptions habituelles [134]. Materson fait jouer un rôle essentiel aux processus d'attachement, retrouvant une grande fréquence de séparations et de placements dans l'enfance et de dépressions maternelles, à l'origine d'une angoisse d'abandon et d'une dépendance extrême à l'Objet [135, 136]. À partir des années 1970–1980, l'évolution d'une psychiatrie plus descriptive et plus psychopharmacologique modifie l'approche des états-limites avec l'introduction du concept de « syndrome borderline » intégré dans le DSM-III au niveau du *cluster B* de l'axe 2. Il est caractérisé par son instabilité géné-

rale avec une clinique dominée par l'impulsivité et l'excès dans les relations interpersonnelles, les accès de colère intenses, l'impulsivité dans des domaines préjudiciables pour le patient, les perturbations de l'identité, l'instabilité affective, l'intolérance à la solitude, les sentiments permanents de vide et d'ennui, les conduites nuisibles pour la santé physique. Les patients borderline sont des patients difficiles, parfois qualifiés d'« incurables », utilisant l'hôpital pour échapper à leurs responsabilités [137]. Selon Akiskal, le syndrome borderline correspond à un syndrome dépressif atypique et soulève la question de son appartenance à la bipolarité [138, 139]. À partir des années 1980, de nombreux travaux de recherche sont publiés, permettant non seulement sa différenciation de la schizophrénie et du trouble bipolaire mais encore du syndrome de stress post-traumatique, à qui il a été apparenté en raison de la grande fréquence des maltraitances physiques et des abus sexuels subis dans l'enfance. Les travaux insistent sur la réponse partielle aux différents traitements pharmacologiques et aux psychothérapies, et sur le caractère souvent familial et héréditaire. Dans les années 1990, Siever et Davis proposent deux théories psychobiologiques pouvant être à l'origine des troubles : une dysrégulation émotionnelle avec hypersensibilité du système noradrénergique, et une impulsivité comportementale avec une diminution de la modulation sérotoninergique, ces dysrégulations pouvant expliquer les comorbidités avec d'autres troubles psychiatriques, notamment le syndrome de stress post-traumatique (30 %), la personnalité antisociale, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur [140]. Depuis les années 2000, deux hypothèses neurobiologiques et psychologiques permettent un modèle explicatif de la personnalité borderline sans que le lien entre ces deux hypothèses soit totalement élucidé. Le trouble serait lié à un dysfonctionnement cérébral sous-tendu par des facteurs de risque héréditaires activés par des facteurs de stress environnementaux. Ainsi, d'un point de vue neurobiologique, il y aurait une hypersensibilité aux stimuli négatifs et une activation excessive des affectifs négatifs, sous-tendues par une hyperactivité de l'amygdale et du système limbique, avec parallèlement une défaillance de la capacité du contrôle affectif liée à une diminution du fonctionnement du cortex préfrontal et périorbital et de l'aire cingulaire antérieure. D'un point de vue plus psychodynamique, le trouble serait lié à un manque d'intégration du concept du Moi. La libido qui n'a pas subi la généralisation des pulsions est soumise à la loi du tout ou rien avec désir de posséder l'Objet, celui-ci transformé en être tout-puissant et idéalisé, garant du maintien de la structuration du moi du sujet. Le borderline ne peut pas se confondre avec lui et ne peut pas s'en séparer [131, 141]. C'est la menace d'abandon par l'Objet qui entraîne les décompensations du sujet. Il préfère alors renoncer à l'individuation ou la séparation et se défend par le clivage et le déni. Ce clivage laisse coexister deux secteurs distincts : l'un assez bien adapté au réel, l'autre fonctionnant sur un mode infantile et irréaliste. Les relations du sujet avec autrui sont donc marquées par l'idéalisation première puis par le rejet immédiat à la moindre déception, la dévalorisation voire l'angoisse persécutive. Le pronostic de la personnalité borderline apparaît moins péjoratif avec l'édition par l'American Psychiatric Association (APA) de guidelines concernant la prise en charge, avec le rôle majeur de la psychothérapie mais également de la psychoéducation, de la famille, et un algorithme sur les médicaments.

### *Approche clinique*

Nous n'abordons pas toute la clinique de la personnalité borderline, mais les liens avec la violence et l'hétéroagressivité. Les symptômes sont marqués par les troubles du jugement, de l'insight, du contrôle des impulsions à l'origine des troubles des

conduites, de la régulation des émotions et de la motivation. La vie des patients est marquée par l'instabilité, des perceptions inappropriées, des décompensations, des troubles psychotiques transitoires, et des comorbidités notamment avec les troubles de l'humeur et les addictions. Ces symptômes peuvent avoir des conséquences psychiatriques, sociales et médico-légales [142]. Si un certain nombre des borderline présentent des comportements dangereux pour autrui, beaucoup sont déjà victimes de violence dans l'enfance par le biais des maltraitements physiques et des abus sexuels, des abandons multiples et des prises de risque chez les patients consommateurs de toxiques. D'autres sont marqués par l'autoagressivité avec des tentatives de suicide fréquentes et répétées. Selon Bergeret, le passage à l'acte violent chez l'état-limite ou borderline le plus fréquemment rencontré « se rattache beaucoup plus à l'instinct violent et primitif de conservation qu'à un plaisir qui sera retiré d'une attaque préméditée ou au moins plus personnellement organisée à l'encontre de l'autre » [143].

Les personnalités borderline sont la plupart du temps suffisamment insérées dans la société pour avoir un emploi, des relations interpersonnelles, vivre en couple et avoir des enfants. Du fait de leurs troubles et de leur absence d'empathie, les sujets sont souvent jugés pour violences conjugales, maltraitance ou défauts de soins par rapport aux enfants, problèmes d'abus de substances ou violences à l'égard d'autrui. Ils sont déclarés responsables au moment des faits, et incarcérés même s'ils bénéficient parfois d'une responsabilité atténuée [144]. La responsabilisation est liée à plusieurs éléments dont nous pouvons citer les plus importants tels que l'état psychique au moment des faits, la pseudo-rationalisation des patients concernant leurs actes et la volonté de ne pas hospitaliser en psychiatrie des patients souvent décrits comme difficiles au sein des institutions psychiatriques, manipulateurs et échappant aux soins [142]. Ces patients sont décrits dans la littérature comme des personnalités borderline à expression psychopathique [145] ou comme des sujets ayant une co-occurrence de troubles de personnalité borderline et antisociale qui sont alors particulièrement dangereux, avec de hauts niveaux de criminalité et de violence. Pour De Barros et al., les troubles de personnalité de type antisocial et borderline sont de forts prédicteurs de violence, mais les passages à l'acte des borderline sont plus souvent des passages à l'acte physiquement violents dirigés contre des personnes et non contre des biens, et réalisés sans préméditation, de façon impulsive [146]. Il s'agit pour les auteurs de violence « émotionnelle » différenciée de la violence antisociale « instrumentale », donnée retrouvée chez d'autres auteurs dans la littérature. Selon Liettu et al., effectuant une étude sur les parricides (86 matricides et 106 parricides) de patients hospitalisés entre 1973 et 2004 dans une unité de psychiatrie médico-légale en Finlande, les parricides présentent souvent un trouble de personnalité, essentiellement borderline, sans pathologie mentale avérée, alors que la maladie mentale est plus souvent retrouvée chez les matricides. Parmi les parricides, un certain nombre sont le fait d'adolescents sans antécédent de traitement psychiatrique [147].

## ÉTAT DANGEREUX ET TROUBLES PSYCHO-ORGANIQUES

Les études concernant la violence chez les patients psychiatriques et les détenus atteints de troubles mentaux mettent en évidence une association significative entre maladie mentale et criminalité. En revanche, peu de littérature concerne le lien entre trouble psycho-organique et violence, excepté celle concernant épilepsie et violence. Nous abordons ici le lien entre violence et retard mental, violence et trouble mental lié à l'épilepsie et à la démence, situations rencontrées en institution psychiatrique.

## État dangereux et retard mental

La pathologie psychiatrique chez les déficients mentaux est plus fréquente et moins bien identifiée que dans le reste de la population. Cependant, le psychiatre d'adulte est davantage confronté aux problèmes de cet ordre du fait de la longévité accrue de ces sujets, de leur désinstitutionnalisation avec ses exigences de relative adaptation sociale, et de l'évolution du tissu familial. L'arriération mentale est définie par un quotient intellectuel (QI) égal ou inférieur à 70, des déficits du comportement adaptatif avant l'âge de 18 ans, à distinguer des troubles francs du comportement indicateurs de l'existence d'un trouble mental surajouté. Les sujets de « niveau limite » ont un quotient compris entre 70 et 80. Les étiologies sont variées : liées à des agressions pré-, péri- et postnatales infectieuses, toxiques, métaboliques, liées à des aberrations chromosomiques ou inconnues. Une seule étude spécifique sur le sujet violence-retard mental est retrouvée, celle de Hodgins de 1992. L'auteur étudie le lien entre retard mental et criminalité sur une cohorte de naissance suédoise concernant 15 117 personnes sur 30 ans. Le handicap mental est défini par le fait d'avoir été scolarisé dans les écoles spécialisées pour déficients intellectuels et de n'avoir jamais été hospitalisé en psychiatrie. Dans la cohorte, 1,5 % des hommes et 1,1 % des femmes répondent à ces critères. Les hommes déficients mentaux ont 3 fois plus de risque de commettre une infraction et 5 fois plus de risque de commettre une infraction avec violence que les hommes sans retard mental, ni trouble mental. Les femmes ont 4 fois plus de risque de commettre une infraction et 25 fois plus de risque de commettre une infraction avec violence que les femmes sans trouble ni déficience mentale. Les infractions sont en général multiples. Le retard mental est cependant peu représenté chez les auteurs de crime, comme en témoignent les proportions situées entre 0,6 et 6,3 % selon les résultats retrouvés dans les différentes études épidémiologiques [16, 55-57, 148]. Un certain nombre d'études plus anciennes avait retrouvé un quotient intellectuel plus faible chez les criminels par rapport à la population générale. Des études longitudinales prospectives ont par ailleurs démontré que les enfants avec un QI plus faible étaient à risque plus élevé de délinquance, indépendamment de la classe sociale. En fait, selon la littérature récente concernant les arriérés mentaux adultes, il semble que les déficients légers (QI entre 50 et 70) n'aient pas plus de comportements délinquants que les autres. Ainsi, Tenneij et al. ont recherché des marqueurs spécifiques d'agression parmi une population de patients déficients mentaux légers hospitalisés (QI moyen de 65,6). Les patients étaient évalués par la Staff Observation Aggression Scale Revised (SOAS-R) et classés en trois groupes en fonction de leurs comportements agressifs des 10 derniers mois. Les groupes étaient comparés en fonction de leurs antécédents, leurs caractéristiques à l'admission, la pathologie psychiatrique comorbide, les problèmes émotionnels et de comportement. Ces groupes ne présentaient pas de différence significative concernant les facteurs de violence, comparés aux sujets au QI normal. Le seul facteur prédictif d'un comportement violent était un antécédent d'autoagressivité [149]. En revanche, les sujets de « niveau limite » (QI entre 70 et 80) sont surreprésentés dans les institutions pénitentiaires. Cependant, ces sujets souffrent pour la plupart du poids de bien d'autres facteurs criminogènes. Les troubles et les conduites pathologiques tels que les comportements agressifs, les troubles du contrôle des impulsions, les addictions, les conduites sexuelles inappropriées sont à considérer en fonction des interactions du sujet avec l'entourage. Tous les auteurs insistent sur la fragilité de ces derniers aux modifications de leur environnement, et sur la fréquence de la pathologie réactionnelle (brusque désorganisation de la personnalité, réaction

dépressive ou caractérielle lors de l'accentuation d'un sentiment d'infériorité et d'échec). Peu aptes à mentaliser leurs conflits et à différer la réalisation de leurs désirs, ces sujets sont souvent utilisés par d'autres délinquants pour effectuer des missions à risque. Victimes potentielles, ils sont souvent récidivistes, mesurant mal les conséquences de leurs actes à long terme, et avec un passé psychiatrique hospitalier chargé.

## **États dangereux et épilepsie**

L'épilepsie est une affection fréquente, dont la prévalence est estimée à 0,5 % de la population générale. La majeure partie des épileptiques a une adaptation normale. Un certain nombre présente des troubles psychiques passagers ou durables, motivant l'admission en hôpital psychiatrique. L'étiologie de l'épilepsie est complexe, multifactorielle, impliquant aussi des facteurs psychologiques et d'environnement. Chez une minorité de patients, des troubles caractériels sévères existent et compromettent l'adaptation familiale et sociale. Ils sont marqués par une irritabilité excessive, une impulsivité, une méfiance, et des colères explosives. Cette réactivité explosive souvent en période interictale est parfois à l'origine de conduites agressives. Cependant, les actes d'agression sont alors non dirigés, non persistants, stéréotypés et ils apparaissent soudainement. La dangerosité des épileptiques a été beaucoup exagérée, conduisant à leur stigmatisation sociale [150]. En prison, la prévalence de l'épilepsie est 2 à 4 fois supérieure à sa prévalence dans la population générale, mais il n'y a pas de différence entre épileptiques et non-épileptiques quant à la prévalence de la criminalité avec violence sur les personnes et les biens. La violence est corrélée à d'autres facteurs tels que : le sexe masculin, l'âge inférieur à 40 ans, le faible niveau socio-économique, le QI limite ou faible, les antécédents de maltraitance dans l'enfance, les facteurs liés à la maladie elle-même (début précoce des crises, existence de lésions cérébrales, présence de multiples crises partielles ou généralisées), les troubles psychiques associés (états confusionnels, états dépressifs, états pseudo-psychotiques épileptiques, troubles intellectuels variés). Les violences directement liées aux crises sont exceptionnelles [74, 151]. En période confusionnelle postictale, certains épileptiques peuvent cependant réagir violemment lorsqu'on entrave leurs activités automatiques.

## **États dangereux et démence**

Les démences constituent un groupe hétérogène, regroupant à la fois les détériorations mentales liées à l'âge et les démences d'origine infectieuse, toxique et métabolique. Le diagnostic positif d'un état démentiel débutant peut être difficile. Soit les troubles évoluent souvent à bas bruit pendant plusieurs mois voire plusieurs années dans les processus démentiels séniles, soit les troubles surviennent chez un sujet jeune apparemment sans antécédent dans le cas des étiologies infectieuses ou toxiques. C'est le contexte clinique, la symptomatologie associée et surtout les examens complémentaires qui conduisent au diagnostic, précisent la nature du processus en cause et guident la thérapeutique éventuelle.

### *Démence sénile et présénile*

Les institutions psychiatriques sont souvent confrontées aux pathologies démentielles, soit à l'occasion de la prise en charge d'un épisode dépressif résistant auquel s'associent une baisse d'intérêt et de mémoire, soit lors de la survenue de troubles du

caractère et du comportement, à type d'irritabilité, d'impulsivité, de colère, de modifications profondes du comportement par rapport au caractère antérieur du sujet, sans raison apparente. Le patient est alors agressif, violent et potentiellement dangereux, notamment à l'égard de son entourage proche, le plus souvent sa conjointe. Dans d'autres cas, c'est la survenue d'idées de préjudice axées sur l'entourage immédiat qui rend le sujet potentiellement dangereux pour son entourage. Enfin, l'hospitalisation en milieu psychiatrique peut être motivée par un état aigu inaugural, se manifestant par un état confusionnel ou un incident médico-légal à type de fugue, d'exhibitionnisme ou d'agression sexuelle. Historiquement, le pourcentage de crimes attribués aux sujets âgés est faible, mais le nombre de sujets de plus de 60 ans augmente au sein des institutions pénitentiaires, du fait d'un allongement de la durée de vie et du vieillissement de la population. Lewis et al. étudient les sujets âgés incarcérés en Colombie et retrouvent parmi 99 détenus incarcérés âgés de 60 ans et plus : 67,7 % de sujets dépendants à l'alcool, 44,4 % de sujets déments, et 32,3 % de sujets présentant une personnalité antisociale. Parmi les sujets, 60,6 % sont incarcérés pour violence, la plupart étant récidivistes. Les violences sont réalisées à l'encontre de l'entourage et plus spécifiquement de l'épouse. Les auteurs décrivent parmi les dépendants à l'alcool deux types de population : ceux ayant une personnalité antisociale et une dépendance à l'alcool, et ceux présentant une démence secondaire à un éthylisme chronique. Ils évoquent une insuffisance de dépistage et donc de prise en charge des troubles du comportement des sujets déments à domicile, et la grande difficulté à élaborer un projet de prise en charge spécialisée après l'incarcération du fait de leur passé de violence [152]. Fazel et al. comparent la prévalence des troubles de personnalité et des pathologies mentales chez 101 agresseurs sexuels de plus de 59 ans avec 102 sujets de plus de 59 ans non agresseurs sexuels incarcérés, dans une étude publiée en 2002 [153]. Les deux populations évaluées au moyen d'entretiens standardisés ne diffèrent pas, excepté en ce qui concerne les troubles de personnalité. Ainsi, les agresseurs sexuels présentent plus de troubles de personnalité de type schizoïde, obsessionnelle et évitante que les non-agresseurs. Le pourcentage de démence est en revanche similaire, de l'ordre de 1 %.

### *Les démences d'origine infectieuse*

On ne peut aborder les démences d'origine infectieuse sans évoquer la paralysie générale syphilitique, due à une méningoencéphalite et survenant environ 15 ans après l'infestation primaire par le *Treponema pallidum* [154]. Celle-ci est devenue exceptionnelle depuis l'avènement de la pénicilline. Le début est progressif, souvent marqué par des troubles du comportement ayant un caractère médico-légal à type de vols absurdes, d'exhibitionnisme puis par l'installation d'un syndrome frontal avec idées délirantes mégalomaniaques, projets grandioses, thèmes de filiation, de transformation corporelle ou mélancoliques. Le tableau psychiatrique associe des symptômes neurologiques (tremblements fins des extrémités et de la région labiolinguale). Le diagnostic est confirmé par l'analyse du liquide céphalorachidien et la positivité du test de Nelson.

Les troubles neuropsychiques liés à l'infection par le virus VIH sont parfois précoces, lors de la période de séroconversion. À type de bradypsychie, d'irritabilité, de modification du caractère, ils peuvent inaugurer la maladie et rester longtemps prédominants, isolés ou associés à des troubles neurologiques. La localisation cérébrale de la maladie peut aussi entraîner des états délirants hallucinatoires, des comportements hypomaniaques et plus souvent anxiodépressifs. Un tableau démentiel

peut aussi s'observer soit du fait des différentes infections opportunistes (toxoplasmose, cryptococcose, tuberculose neuroméningée...) ou d'une pathologie tumorale, soit plus directement par encéphalite subaiguë à VIH avec atteinte prédominante de la substance blanche. Le diagnostic est effectué sur le contexte clinique, la symptomatologie associée et les examens complémentaires. Il est parfois difficile de faire la part entre les symptômes liés au VIH, la personnalité du patient sous-jacente et sa réaction face à la maladie, notamment dans les troubles thymiques. Ainsi, la dangerosité peut se manifester de façon classique ou par le biais de contaminations volontaires qu'il faut comprendre en fonction de la personnalité du sujet, de son vécu de la maladie et de son état thymique.

Les encéphalites herpétiques touchent préférentiellement les lobes frontaux et temporaux, à l'origine de comportements violents, de vols et de conduites sexuelles inappropriées à la phase aiguë ou à la période séquellaire, où ces troubles s'associent alors à un syndrome de Korsakoff avec troubles mnésiques importants, associé à un degré variable de détérioration intellectuelle [154].

## CONCLUSION

La tendance sécuritaire actuelle nous invite à être encore plus attentifs en ce qui concerne l'évaluation clinique et la prise en charge thérapeutique des patients hospitalisés en psychiatrie. La clinique de la dangerosité évolue, stigmatisée par les récentes affaires de délinquants sexuels et de crimes perpétrés par des patients. Il s'agit maintenant pour le psychiatre de repérer des profils symptomatiques susceptibles d'influencer la dangerosité du patient, quelle que soit la définition de la dangerosité. Il s'agit également de différencier un symptôme passager, réalisé par un individu à un moment donné de son histoire ou de sa pathologie, de sa dangerosité qui traduit un état ou une potentialité permanents. La délimitation clinique permettant d'évoquer l'association entre maladie mentale et violence n'est pas si simple. Les difficultés auxquelles sont confrontés les psychiatres ne sont pas tant le diagnostic et la prise en charge d'une décompensation aiguë d'une pathologie mentale avérée mais bien davantage ceux des troubles de personnalité, des comorbidités en particulier avec les addictions, des masques psychiatriques des affections organiques [155]. Si l'on reprend l'ensemble de la littérature, il apparaît clairement que le risque de violence des malades mentaux est indéniable, mais que ce risque reste modéré et plurifactoriel. Encore faut-il pouvoir repérer de façon rigoureuse les indices qui signent cette violence potentielle afin de proposer une démarche thérapeutique appropriée et permettre de limiter le risque de violence, tout en tenant compte des conditions environnementales dans lesquelles le sujet évolue. Ce repérage est tout aussi essentiel que la possibilité de maintenir des soins continus sur la durée. De plus, il ne faut pas oublier le fait que les malades mentaux sont plus souvent victimes de violences. On peut citer B. Gravier pour conclure sur la dangerosité des patients. Celle-ci est souvent « la conjonction entre une trajectoire individuelle violente, et une vulnérabilité familiale, personnelle et sociale qui lui fait écho. Si elle est portée par un sujet auteur des actes qui lui sont imputés, elle ne peut être comprise donc anticipée qu'au prix d'un patient travail de déconstruction et d'identification des paramètres en jeu, qui resitue le patient dans son vécu pathologique et le met en perspective avec la menace qu'il fait vivre à son entourage, le contexte affectif, professionnel et addictif dans lequel il évolue » [6].

**Références**

- 1 Dubreucq JL, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Med Psychol* 2005, 163 : 852-865.
- 2 Angermeyer MC, Matschinger H. The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Soc Sci Med* 1996, 43 : 1721-1728.
- 3 Link BG, Phelan JC, Bresnalan M, et al. Public conceptions of mental illness : labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health* 1999, 89, 9 : 1339-45.
- 4 Roberts JV. La peur du crime et les attitudes à l'égard de la justice pénale au Canada : bilan des dernières tendances. Rapport préparé pour le Ministère du Solliciteur Général du Canada, Novembre 2001.
- 5 Appelbaum PS, et al. Violence and mental disorders : Data and Public Policy. *Am J Psychiatry* 2006, 163, 8 : 1319-1321.
- 6 Gravier B. Psychiatrie et Violence, un espace d'échange actuel et indispensable. *Psychiatrie et Violence* 2008, 8, 1.
- 7 Millaud F, et al. Un inventaire pour l'évaluation de la dangerosité psychiatrique. *Revue Canadienne de Psychiatrie* 1992, 37, 9 : 608-615.
- 8 Widiger T, Trull T. Personality disorders and violence. In : *Violence and mental disorder*. Chicago : University of Chicago Press 1994, p. 203-226.
- 9 Krakowski MI, Czobor P. Clinical symptoms, neurological impairment and prediction of violence in psychiatric inpatients. *Hosp Community Psychiatry* 1994, 45,7 : 700-705.
- 10 Modestin J, et al. Mental disorders and criminal behaviour. *Br J Psychiatry* 1995, 166 : 667-675.
- 11 Modestin J, et al. Mental disorder and criminality. Male alcoholism. *J Nerv Ment Dis* 1996, 184 : 393-402.
- 12 Modestin J, et al. Mental disorder and criminality. Male schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996, 22, 1 : 69-82.
- 13 Modestin J, et al. Dissociative experiences and dissociative disorders in acute psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry* 1996, 37, 5 : 355-361.
- 14 Modestin J, et al. Criminal behaviour in male with affective disorders. *J Affect Disord* 1997, 42 : 29-38.
- 15 Hodgins S, et al. Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia : a 2-year follow-up. *J Affect Disord* 1999, 55 : 187-202.
- 16 Koh KGWW, et al. Psychiatric aspects of homicide in Singapore : a five-year review (1997-2001). *Singapore Med J* 2006 ; 47 : 297-304.
- 17 Shaw J, Hunt I, Flynn S, et al. Rats of mental disorder in people convicted of homicide. *Br J Psychiatry* 2006 ; 188 : 143-7.
- 18 Senon JL, Manzarena C, Dubreucq JL, et al. Violence et troubles mentaux. In : *Psychocriminologie clinique, prise en charge et expertise*. Dunod, Paris, 2008, p. 133-146.
- 19 Buchanan A. Risk of violence by psychiatric patients : Beyond the "Actuarial Versus Clinical" assessment debate. *Psychiatr Serv* 2008, 59 : 184-190.
- 20 Swanson JW, Van Dorn R, Swartz M, Smith A, et al. Alternative pathways to violence in persons with schizophrenia : The role of childhood antisocial behavior problems. *Law Hum Behav* 2008, 32 : 228-240.
- 21 Elbogen EB, Johnson S. The intricate link between violence and mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2009, 66, 2 : 152-161.
- 22 Asnis GM, Kaplan L, et al. Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. Anger, Agression and Violence. *Psychiatric Clinics of North America* 1997, 20, 2.
- 23 Link BG, Andrews H, Cullen FT. The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *Am Social Rev* 1992, 57 : 275-292.

- 24 Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono R. Violence and psychiatric disorder in the community : evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990, 41 : 761-70.
- 25 Wallace C, et al. Serious criminal offending and mental disorder : case linkage study. *Br J Psychiatry* 1998, 172 : 477-84.
- 26 Swanson JW. Mental disorder, substance abuse, and community violence : an epidemiologic approach. In : *Violence and mental disorder : developments in risk assessment*. University of Chicago Press, Chicago, 1994, p. 101-136.
- 27 Wallace C, Mullen P, 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 : 716-727
- 28 Bourgeois ML, Bénézech M. Dangerosité criminologique, psychopathologie et comorbidité psychiatrique. *Ann Med Psychol* 2001, 159 : 475-86.
- 29 Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992, 49 : 476-83.
- 30 Hodgins S, Mednick S, Brennan P, et al. Mental disorder and crime. *Arch Gen Psychiatry* 1996, 53 : 489-96.
- 31 Tiihonen J, Isohalmi M, Rasänen P, et al. Specific major mental disorders and criminality : a 26-year prospective study of the 1966 Northern Finland Birth Cohort. *Am J Psychiatry* 1997, 154 : 840-45.
- 32 Brennan P, Mednick S, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57 : 494-500.
- 33 Arseneault L, Moffitt T, Caspi A, et al. Mental disorders and violence in a total birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57 : 979-86.
- 34 Appelbaum PS, Robbins P, Monahan J. Violence and delusions : data from the MacArthur violence risk assessment study. *Am J Psychiatry* 2000, 157 : 566-72.
- 35 Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behavior. *Br J Psychiatry* 2000, 176 : 345-50.
- 36 Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998, 55 : 393-404.
- 37 Stueve A, Link BG. Violence and psychiatric disorders : results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatric Quarterly* 1997, 68 : 327-42.
- 38 Monahan J. Mental disorder and violent behavior : perception and evidence. *Am Psychol* 1992, 47 : 511-2.
- 39 Davis S. Violence by psychiatric inpatients : a review. *Hosp Community Psychiatry* 1991, 42 : 585-90.
- 40 Wessely S, Taylor R. Madness and crime. *Criminology versus psychiatry*. *Crim Behav Ment Health* 1991, 1 (1) : 193-228.
- 41 Otto R. The prediction of dangerous behavior. A review and analysis of "second generation" research. *Forensic Rep* 1992, 5 : 103-133.
- 42 Volavka J, Laska E, Baker S, et al. History of violent behavior and schizophrenia in different cultures. Analyses based on the WHO study on determinants of outcomes of severe mental disorders. *Br J Psychiatry* 1997, 171 : 9-14.
- 43 Volavka J, et al. History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. *Br J Psychiatry* 1997 ; 171 : 9-14.
- 44 Klassen D, O'Connor WA. Assessing the risk of violence in released mental patients : a cross-validation study. *Psychol Assess J Consult Clin Psychol* 1990, 1 : 75-81.
- 45 Bartels J, et al. Characteristic hostility in schizophrenic outpatients. *Schizophr Bull* 1991, 17, 1 : 163-71.

- 46 Kjelsberg E. Adolescents-limited versus life-course-persistent criminal behaviour in adolescent psychiatric inpatients. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1999, 8, 4 : 276-82.
- 47 Kjelsberg E, Dahl A. A long-term follow-up study of adolescent psychiatric inpatients. Part II. Predictors of delinquency. *Acta Psychiatr Scand* 1999, 99 : 237-42.
- 48 Torrey EF, Stanley J. The MacArthur violence risk assessment study revisited : Two views ten years after its initial publication. *Psychiatr Serv* 2008, 59 : 147-152.
- 49 Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen E, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006, 63 : 490-499.
- 50 Teplin LA. Psychiatric and substance abuse disorders among male urban jail detainees. *Am J Public Health* 1994, 84 : 290-3.
- 51 Teplin LA, Abram KM, McClelland GM. Prevalence of psychiatric disorder among incarcerated women. *Arch Gen Psychiatry* 1996, 53 : 505-12.
- 52 Lamb HR, Grant RW. The mentally ill in an urban county jail. *Arch Gen Psychiatry* 1982, 39 : 17-22.
- 53 Coldefy M, Faure P, Prieto N. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médicopsychologiques régionaux. *Études et Résultats. DREES* 2002, n° 181 : 1-8.
- 54 Falissard B, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006, 6 : 33.
- 55 Eronen M, et al. Mental behaviour and homicidal behaviour in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1996, 53 : 497-501.
- 56 Eronen M, et al. Schizophrenia and homicide behaviour. *Schizophr Bull* 1996, 22, 1 : 83-89.
- 57 Gottlieb P, et al. Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatr Scand* 1987, 76 : 285-92.
- 58 Erb M, et al. Homicide and schizophrenia : maybe treatment does have a preventive effect. *Crim Behav Ment Health* 2001, 11 : 6-26.
- 59 Combalbert N, et al. Trouble mental et criminalité : revue critique des recherches épidémiologiques. *Ann Med Psychol* 2001, 159 : 487-95.
- 60 Touari M, et al. Association between criminality and psychosis : a retrospective study of 3 984 expert psychiatric evaluations. *Rev Épidemiol Santé Publique* 1993, 41 : 218-27.
- 61 Steadman H, et al. A survey of mental disability among state prison inmates. *Hosp Community Psychiatry* 1987, 38 : 1086-90.
- 62 Vidon G. Suicide et dangerosité au cours des schizophrénies. In : *Séminaire de psychiatrie biologique n° 37, « Des signes précurseurs aux symptômes résiduels des psychoses », 2006-2007, p. 57-78.*
- 63 Lidz CW, Banks S, Simon L, et al. Violence and mental illness : a new analytic approach. *Law Hum Behav* 2007, 31, 1 : 23-31.
- 64 Silver E. Extending social disorganization theory : a multilevel approach to the study of violence among persons with mental illnesses. *Criminology* 2000, 38 : 1043-1074.
- 65 Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry* 2006, 163, 8 : 1397-1403.
- 66 Link BG, et al. Psychotic symptoms and the violent illegal behavior of mental patients compared to community controls. In : *Violence and Mental Disorder : Developments in risk assessment. University of Chicago Press, Chicago, 1994, p. 137-159.*
- 67 Swanson JW, Swartz MS, Essock SM, et al. The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *Br J Psychiatry* 2000, 176 : 324-31.
- 68 Elbogen EB, Van Dorn R, Swanson JW, et al. Treatment engagement and violent risk in mental disorders. *Br J Psychiatry* 2006, 189 : 354-60.
- 69 Richard-Devantoy S, Olie JP, Gourevitch R. Risque d'homicide et troubles mentaux graves : revue critique de la littérature. *Encéphale* 2009, 35 : 521-30.

- 70 Harris GT, Rice ME. Risk appraisal and management of violent behavior. *Psychiatr Serv* 1997, 48, 9 : 1168-76.
- 71 Monahan J, Steadman HJ, Robbins PC, et al. An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders. *Psychiatr Serv* 2005, 56, 7 : 810-815.
- 72 Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, et al. Insight and relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004, 161, 9 : 1712-14.
- 73 Volavka J. The neurobiology of violence : an update. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1999, 11, 3 : 307-14.
- 74 Fazel S, Philipson J, Gardiner L, et al. 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.
- 75 Lindqvist P, et al. Schizophrenia and crime : a longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry* 1990, 157 : 345-50.
- 76 Mullen P. Schizophrenia and violence : from correlations to preventive strategies. *Adv Psychiatr Treat* 2006, 12 : 239-48.
- 77 Krakowski MI, Convit A, Jaeger J, et al. Neurological impairment in violent schizophrenic inpatients. *Am J Psychiatry* 1989, 146 : 849-53.
- 78 Senon JL, Manzarena C, Humeau M, et al. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? *Information Psychiatrique* 2006, 82, 8 : 645-52.
- 79 Citrome L, Volavka J. Management of violence in schizophrenia. *Psychiatr Ann* 2000, 30 : 41-52.
- 80 Niellssen OB, Westmore BD, Large MMB, et al. Homicide during psychotic illness in New South Wales between 1993 and 2002. *Med J Aust* 2007, 186 : 301-4.
- 81 Foley SR, Kelly BD, Clarke M, et al. Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis. *Schizophr Res* 2005, 72 : 161-8.
- 82 Ash DH, Galletly C, Haynes J, et al. Violence self-harm, victimization and homelessness in patients admitted to an acute inpatients unit in South Australia. *Int J Soc Psychiatry* 2003, 48 : 45-7.
- 83 Humphrey MS, Johnstone EC, Macmillan JF, et al. Dangerous behavior preceding first admissions for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992, 161 : 501-5.
- 84 Vandamme MJ. Schizophrénie et violence : facteurs cliniques, infracliniques et sociaux. *Ann Méd Psychol* 2009, 167 : 629-37.
- 85 Zagury D, Saint-James G. Le passage à l'acte criminel du paranoïaque. *Perspectives Psychiatriques* 1990, 21, 1 : 32-39.
- 86 Gravier B, Lustenberger Y. L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question. *Ann Med Psychol* 2005, 163 : 668-80.
- 87 Millaud F, Dubreucq JL. Évaluation de la dangerosité du malade psychotique. Introduction. *Ann Med Psychol* 2005, 163 : 846-51.
- 88 Krakowski MI, Volavka J, Brizer D. Course of violence in patients with schizophrenia : relationship to clinical symptoms. *Schizophr Bull* 1999 ; 25 : 505-17.
- 89 Joyal CC, Putkonen P, Paavola P, et al. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med* 2004, 34 : 433-42.
- 90 Bénézech M, Bourgois M. L'homicide est fortement corrélé à la dépression et pas à la manie. *Encéphale* 1992, 18 : 89-90.
- 91 Schwartz R, Reynolds C, Austin JF. Homicidity in schizophrenia : a replication study. *Am J Orthopsychiatry* 2003, 73,1 : 74-77.
- 92 Loretto L, Sanna NM, Nivoli G. Le passage à l'acte du schizophrène. In : *Le passage à l'acte*. Masson, Paris, 2009, p. 71-87.

- 93 Millaud F. L'homicide chez le patient psychotique : une étude de 24 cas en vue d'une prédiction à court terme. *Revue Canadienne de Psychiatrie* 1989, 34 : 340-6.
- 94 Senninger JL, et al. Corrélations entre symptomatologie dépressive et agressivité pathologique. *Ann Med Psychol* 1996, 155 : 203-7.
- 95 Putkonen A, Kotilainen I, Joyal CC, et al. Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill offenders : a structured clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophr Bull* 2004, 30 : 59-72.
- 96 Rasänen P, Tähönen J, Isohanni M, et al. Schizophrenia, alcohol abuse and violent behavior : a 26-year follow-up study of an unselected birth cohort. *Schizophr Bull* 1998, 24 : 437-41.
- 97 Moran P, Hodgins S. The correlates of co-morbid antisocial personality disorder in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2004, 30, 4 : 791-802.
- 98 Hodgins S, Côté G. Major mental disorder and antisocial personality disorder : a criminal combination. *Bull Am Acad of Psychiatry and Law* 1993, 21 (2) : 155-160.
- 99 Nolan KA, Volavka J, Mohr P, et al. Psychopathy and violent behaviour among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatr Serv* 1999, 50 : 787-92.
- 100 Moran P, Walsh E, Tyrer P, Burns T, Creed F, Fahy T. The impact of co-morbid personality disorder on violence in psychosis – data from the UK700 trial. *Br J Psychiatry* 2003, 182 : 129-134.
- 101 Foullu S, Estingoy P. De l'intérêt clinique du concept d'héboïdophrénie. À propos de deux cas de schizophrénie criminelle. *Ann Méd Psychol* 2006, 164 : 756-63.
- 102 Munro E, Runggay J. Role of risk assessment in reducing homicides by people with mental illness. *Br J Psychiatry* 2000, 176 : 116-20.
- 103 Schanda H, Knecht G, Schreinzer D, et al. Homicide and major mental disorder : a 25-year study. *Acta Psychiatr Scand* 2004, 110, 2 : 98-107.
- 104 Racamier PC. La paranoïa revisitée. *Perspectives Psychiatriques* 1990, 21,1 : 8-21.
- 105 Felthous AR, Hempel A. Combined homicides-suicides : a review. *J Forensic Sci* 1995, 40, 5 : 846-57.
- 106 Lecomte D, Fornes P. Homicide followed by suicide : Paris and its suburbs, 1991–1996. *J Forensic Sci* 1998, 43, 4 : 760-4.
- 107 Leyrie J. Le paranoïaque et la justice. *La Revue de Médecine* 1979, 20, 5 : 195-198.
- 108 Modestin J, et al. Criminality in men with major mental disorder with and without comorbid substance abuse. *Psy Clin Neurosciences* 2005, 59 (1) : 25-29.
- 109 Grossman LS, Haywood TW, Cavanaugh JL, et al. State psychiatric hospital patients with past arrests for violent crimes. *Psychiatr Serv* 1995, 46, 8 : 790-5.
- 110 Graz C, et al. Criminal behavior and violent crimes in former inpatients with affective disorder. *J Affect Disord* 2009, 117 (1-2) : 98-103.
- 111 Holmes MK, et al. Conceptualizing impulsivity and risk taking in bipolar disorder : importance of history of alcohol abuse. *Bipolar Disorders* 2009 ; 11 : 33-40.
- 112 Strakowski SM, et al. Characterizing impulsivity in mania. *Bipolar Disorders* 2009, 11 (1) : 41-51.
- 113 Léveillé S, Lefebvre J, Marleau JD. Profil psychosocial des familicides commis au Québec de 1986 à 2000. *Ann Méd Psychol* 2009, 167 : 591-96.
- 114 Le Bihan P, Bénézech M. Pactes suicidaires : une revue de la littérature. *Ann Med Psychol* 2006, 164, 4 : 292-303.
- 115 Rosenbaum M. The role of depression in couples involved in murder-suicide and homicide. *Am J Psychiatry* 1990, 147 : 1036-1039.
- 116 Fava M. Crises de colère dans les troubles dépressifs unipolaires. *Encéphale* 1997, 23, S3 : 39-42.

- 117 Blackburn R, Logan C, Donnelly JP, Renwick SJ. Identifying psychopathic subtypes : combining an empirical personality classification of offenders with the psychopathy checklist-revised. *J Pers Disord* 2008, 22, 6 : 604-22.
- 118 Warren JL, South SC. A symptom level examination of the relationship between Cluster B personality disorders and patterns of criminality and violence in women. *Int J Law Psychiatry* 2009, 32 (1) : 10-7.
- 119 Johnson JG, Cohen P, Smailes E, et al. Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. *Am J Psychiatry* 2000, 157 : 1406-12.
- 120 Caroli F. Psychopathie : genèse et évolution clinique. In : Rapport de la HAS, « Prise en charge de la psychopathie », 2005, p. 14-15.
- 121 Hare RD, Clark D, Grann M, Thornton D. Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R : an international perspective. *Behav Sci Law* 2000, 18 : 623-43.
- 122 Hare RD. Psychopathy : a clinical and forensic overview. *Psychiatr Clin North Am* 2006, 29, 3 : 709-24.
- 123 Skeem J, Johansson P, Andershed H, Kerr M, et al. Two subtypes of psychopathic violent offenders that parallel primary and secondary variants. *J Abnorm Psychol* 2007, 116,2 : 395-409.
- 124 Pham T, Remy S, Daillet A, et al. Psychopathie et évaluation des comportements violents en milieu psychiatrique de sécurité. *Encéphale* 1998, 24 : 173-9.
- 125 Senon JL, Fahs H, Périer E. Les états limites à expression psychopathique : une entité à revisiter sur le plan clinique et thérapeutique. *Ann Psychiatrie* 1998, 13, 1 : 57-64.
- 126 Hill J. Early identification of individuals at risk for antisocial personality disorder. *Br J Psychiatry Suppl* 2003, 44 : S11-14.
- 127 Lynam DR. Early identification of individuals of chronic offenders : who is the fledgling psychopath ? *Psychol Bull* 1996, 120, 2 : 209-34.
- 128 Flavigny H. De la notion de psychopathie. *Revue de neuropsychiatrie infantile* 1977, 25, 1 : 19-75.
- 129 Balier C. *Psychanalyse des comportements violents*. Fil Rouge, PUF, 1988.
- 130 Marcelli D, Cohen D. Outils d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent. In : Rapport de la HAS, « Prise en charge de la psychopathie », 2005, p. 14-15.
- 131 Kernberg OF, Michels R. Borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009, 166, 5 : 505-508.
- 132 Gunderson JG. Borderline personality : ontogeny of a diagnosis. *Am J Psychiatry* 2009, 166, 5 : 530-39.
- 133 Allilaire JF. Les états-limites. *Encycl Méd Chir Paris : Psychiatrie* 1985, 37395, A10.
- 134 Bergeret J. *La personnalité normale et pathologique*. Dunod, Paris, 1985.
- 135 Materson JF. Treatment of the adolescent with borderline syndrome. A problem of separation-individuation. *Bull Menninger Clin* 1971, 53, 1 : 5-18.
- 136 Rinsley DB. Borderline psychopathology : the concepts of Materson and Rinsley and beyond. *Adolesc Psychiatry* 1981, 9 : 259-74.
- 137 Oldham JM. Borderline personality disorder come of age. *Am J Psychiatry* 2009, 166, 5 : 509-11.
- 138 Akiskal HS. Subaffective disorders : dysthymic, cyclothymic, and bipolar II disorders in the borderline realm. *Psychiatr Clin North Am* 1981, 4 : 577-594.
- 139 Gunderson JG, Elliot GR. The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *Am J Psychiatry* 1985, 142 : 277-288.
- 140 Siever LJ, Torgersen S, Gunderson JG, et al. The borderline diagnosis III : identifying endophenotypes for genetic studies. *Biol Psychiatry* 2002, 51 : 964-68.

- 141 Kernberg OF. Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc* 1967, 15 (3) : 641-685.
- 142 Reid WH. Borderline Personality Disorder and related traits in forensic psychiatry. *J Psy Practice* 2009, 15, 3 : 216-20.
- 143 Bergeret J. Les états limites et leurs aménagements. In : *Psychologie pathologique*. Masson (10<sup>e</sup> éd.), Paris, 2008, p. 217-228.
- 144 Black DW, Gunter T, Allen J, et al. Borderline personality disorder in male and female offenders newly committed to prison. *Compr Psychiatry* 2007, 48 : 400-5.
- 145 Howard RC, et al. Exploring the link between personality disorder and criminality in a community sample. *J Pers Disorders* 2008, 22 (6) : 589-603.
- 146 De Barros DM, De Padua Seraphin A. Association between personality disorders and violent behavior pattern. *J Forscient* 2008, 179 : 19-22.
- 147 Liettu A, Säävälä H, Hakko H, et al. Mental disorders of male parricidal offenders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009, 44 : 96-105.
- 148 Fazel S, et al. Psychiatric comorbidity among homicide offenders : a Swedish population study. *Am J Psychiatry* 2004 ; 161 : 2129-31.
- 149 Tenneij NH, Didden R, Stolker JJ, Koot HM. Markers for aggression in inpatient treatment facilities for adult with mild to borderline intellectual disability. *Res Dev Disabil* 2009, 30 (6) : 1248-57.
- 150 Collins TBK, Camfield PR, Camfield CS, Lee K. People with epilepsy are often perceived as violent. *Epilepsy and behavior* 2007, 10 : 69-76.
- 151 Reuber M, Mackay R. Epileptic automatism in the criminal courts : 13 cases tried in England and Wales between 1975 and 2001. *Epilepsia* 2008, 49, 1 : 138-45.
- 152 Lewis CF, Fields C, Rainey E. A study of geriatric forensic evaluates : who are the violent elderly ? *J Am Acad Psychiatry Law* 2006, 34 : 324-32.
- 153 Fazel S, Hope T, O'Donnel I, Jacoby R. Demographic and personality characteristics of elderly sex offenders. *Psychol Med* 2002, 32 : 219-26.
- 154 Tselis A, Booss J. Behavioral consequences of infections of the central nervous system : With emphasis on viral infection. *J Am Acad Psychiatry Law* 2003, 31 : 289-98.
- 155 Voyer M, Senon JL, Paillard C, et al. Dangerosité psychiatrique et prédictivité. *Information Psychiatrique* 2009 ; 8 : 745-52.

# 3

## Critères d'évaluation

### INTRODUCTION

L'actualité, la démagogie parfois aussi, conduisent la société à exiger des « professionnels » une capacité de prédiction infaillible, autant dire un véritable pouvoir de divination appliqué aux comportements antisociaux. La question n'est même plus de savoir si tel individu est dangereux ou pas, ou s'il présente un état dangereux, avec ce que cela peut comporter d'incertitudes, mais bel et bien la suivante : tel individu, malade ou pas (mais les criminels ne le sont-ils pas tous quelque part ? s'interroge l'opinion), responsable ou pas (c'est secondaire, de toute façon il faut tous les juger ou du moins les confronter à la justice), va-t-il commettre un acte violent ? Il convient certainement de mettre les choses au point : c'est dans bien peu de domaines, et en tout cas certainement pas dans ceux qui concernent l'étude des comportements humains, que la science est capable de prédire l'avenir. Tout au plus peut-elle aider à recenser, systématiser et hiérarchiser des facteurs de risque. De l'évaluation d'un risque à la prédiction d'un comportement, il n'y a qu'un pas qu'une demande sociétale pressante voudrait ainsi voir franchi sans discussion. Pourtant la probabilité statistique, théorique, ne peut se superposer au risque individuel, qui résulte d'une impondérable interaction entre facteurs de risque et contexte humain, clinique et situationnel.

### ÉVALUATION, PRÉDICTION, DIVINATION

Le dictionnaire *Robert* nous apprend que le risque est un « danger éventuel plus ou moins prévisible » ou bien « l'éventualité d'un événement ne dépendant pas exclusivement de la volonté des parties et pouvant causer la perte d'un objet ou tout autre dommage ». « Plus ou moins prévisible », « pas exclusivement »... voilà qui résume bien la difficulté à laquelle il faut faire face.

Autant donc souligner d'emblée une évidence qui mérite de l'être : le clinicien de qui l'on exige une évaluation de la dangerosité ne doit pas oublier que son avis ne peut en aucun cas avoir valeur de certitude. Qu'elle soit faite à l'occasion d'une expertise ou dans toute autre circonstance, cette évaluation est le résultat d'une interaction singulière entre évalué et évaluateur, en fonction de l'expérience et des connaissances de ce dernier [1, 2]. Elle n'a en aucun cas valeur de prédiction. Pourtant elle devient désormais le point crucial qui justifiera dans certains cas une rétention « pour une durée indéfinie, sinon infinie ». Et c'est bien au-delà du champ strictement médical qu'on sollicite l'évaluation des psychiatres ou des psychologues en matière de risques sociaux, au risque de donner raison à Foucault et de transformer, pour de bon cette fois, les psychiatres en « fonctionnaires de l'hygiène publique [...] chargés de contrôler tout ce qui est désordre, ce qui est danger ». Et cela ne se limite pas à la France, comme l'illustre un arrêt de 1997 de la Cour suprême aux États-Unis (Kansas vs Hendricks, 117 S Ct 2072 in [3]).

Pour autant, il serait malhonnête de nier toute relation entre exercice psychiatrique et maintien de l'ordre : depuis la loi de 1838, ne sommes-nous pas chargés de prendre en charge les malades mentaux menaçant la sécurité des personnes ou troublant l'ordre public ?

Mais ce qui apparaît ainsi d'emblée, c'est que les conditions dans lesquelles nous accomplissons une telle évaluation, l'autorité à laquelle nous en rendons compte le cas échéant et l'enjeu qui se trouve alors posé, sont autant de questions déontologiques qu'il faut savoir aborder.

## QUI EST COMPÉTENT ?

En outre, la pratique psychiatrique rend-elle ipso facto compétent pour répondre à cette mission ? L'entretien clinique « standard » est-il suffisamment informatif ? Quelles méthodes proposer pour affiner, voire corriger les conclusions de la démarche sémiologique classique ? Comment éviter la sous-évaluation du danger à laquelle pourrait aboutir l'optimisme souvent requis pour prétendre exercer un rôle thérapeutique ? Ou au contraire une surestimation systématique induite par le fameux « principe de précaution », dans un contexte d'émotion générale et très médiatisée autour de certains crimes récents ? « Qui a bu, boira » dit l'adage, qu'on pourrait ainsi paraphraser : « Qui a cogné, cognera » : comment aller au-delà de ce principe simple que nous gardons en tête ?

Sur le point de la légitimité des psychiatres dans ce domaine, la position de l'American Psychiatric Association (APA) a évolué au cours du dernier quart de siècle : en 1973 et 1982 [4], les membres de l'association se disaient « [non compétents] pour porter un jugement valide ou utile sur le risque de violence d'un individu ». Cette position était contemporaine du dogme alors répandu selon lequel violence et trouble mental n'avaient pour ainsi dire rien à voir. En 2001, l'APA nuance fortement son positionnement : « les psychiatres ne peuvent pas prédire avec une précision complète, mais peuvent souvent identifier des facteurs de risque associés avec une probabilité augmentée de comportements violents » [4]. On se rapproche alors d'une réponse à la demande pressante de la société.

Plutôt que de s'enfermer dans une position intenable qui consisterait à refuser absolument tout concours à de telles évaluations, il convient donc de préciser ce qui

ressort de la démarche clinique dans ce domaine. Rappelons que cette question de l'évaluation de la dangerosité n'est posée à l'expert que depuis peu (1958), dans un cadre particulier, en même temps que celle de l'irresponsabilité. Aujourd'hui, le consensus semble admis dans l'opinion selon lequel le psychiatre, quelle que soit sa fonction, expertale ou soignante, peut mieux qu'un autre exprimer un avis autorisé sur tout fait social, intime ou public. Sur la dangerosité, il devrait s'en faire un devoir, même en position de thérapeute. Comment alors améliorer la démarche intuitive, revendiquée le plus souvent par les psychiatres, mais dont la fiabilité est difficile à apprécier ? L'entretien clinique, aussi rigoureux soit-il, relève les différents éléments sémiologiques sans les hiérarchiser ni les pondérer, et en matière de dangerosité, aboutit à un jugement qui tient moins de l'évaluation objective que de la contre-attitude, éventuellement colorée par les expériences antérieures du professionnel.

## ÉVALUATION INTUITIVE, AIDE À L'ÉVALUATION

Il existe des instruments d'aide à l'évaluation, en contexte pathologique ou non pathologique, mais les cliniciens se montrent souvent franchement réticents lorsque ces instruments leur sont proposés. Pourtant, une démarche uniquement intuitive, même bien argumentée, n'évite pas les nombreux points aveugles occasionnés par la banalisation, la minimisation ou les capacités de séduction des patients [1, 5], et par une attention exclusivement centrée sur la symptomatologie clinique (au détriment de la prise en compte des facteurs contextuels, par exemple). Ce sont finalement de nombreux écarts qui sont relevés entre ce que les cliniciens devraient considérer pour apprécier le risque de violence, et ce qu'ils font en réalité [6, 7].

Pour Gravier [1], toute évaluation devrait être assortie de trois questions autour desquelles elle devrait se construire : comment le sujet peut-il se connaître ? Comment peut-il anticiper sa violence et un éventuel passage à l'acte ? Comment identifie-t-il sa propre prise de risque ? Gravier signale encore deux pièges à éviter : croire qu'un individu peut modifier radicalement sa structure psychique à la faveur de la sanction ou de l'intervention thérapeutique ; et croire que l'immuabilité de la structure psychique entraîne nécessairement l'inamendabilité.

Alors, dans quelle mesure peut-on envisager de proposer sérieusement une évaluation rigoureuse, pourquoi pas psychométrique, de la dangerosité ? Le but essentiel d'une telle démarche est évidemment la prévention, que celle-ci s'appuie sur une intervention médicale, sociale, administrative ou judiciaire. Bien sûr, en contexte clinique, l'évaluation du risque auto- ou hétéroagressif fait partie intégrante de l'évaluation générale, le plus souvent sans qu'il y ait recours à un instrument de mesure formalisé. De même, en contexte médico-légal et expertal, le praticien interrogé en cours d'instruction ou plus tard quant à la dangerosité du sujet examiné répond le plus souvent sans s'appuyer sur une échelle psychométrique. Et à l'extrême, on pourrait dire que l'évaluation de la dangerosité, hors contexte médical, devrait être l'affaire des seuls magistrats ! Ceux-ci disposent de nombreux éléments d'appréciation empirique : interrogatoire du prévenu ou du condamné et des témoins, consultation du casier judiciaire, avis de l'enquêteur de personnalité et données de l'enquête sociale ; plus tard, prise en compte du comportement vis-à-vis du Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), avis divers... lesquels ne devraient pas aller jusqu'à solliciter les soignants. On sait que cette appréciation pourra dorénavant aboutir à l'application de mesures de sûreté, fondées non plus sur des actes commis, mais sur une probabilité d'actes à venir.

## ÉVALUATION CLINIQUE CLASSIQUE

L'appréciation du risque hétéroagressif, celle du risque autoagressif aussi du reste, font partie intégrante d'une évaluation psychiatrique un tant soit peu complète. Elles s'appuient sur la prise en compte de différents éléments, mais en général sans les hiérarchiser ni les chiffrer. Comme dans toute approche sémiologique, elles doivent pourtant être aussi systématiques que possible, au risque sinon de négliger des données essentielles.

### ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE

Dans le but de faciliter ce volet de la démarche clinique, Gravier, citant Reid [2, 8], propose donc une méthode, sinon de prédiction, du moins de limitation du risque de violence, en prenant en compte les éléments suivants qu'il aura fallu rechercher et évaluer :

- diagnostic posé, sévérité de la pathologie ;
- données corollaires en termes comportementaux ou d'habitus (instabilité, mauvaise compliance...) ;
- antécédents de violence ;
- sensibilité au traitement ;
- facteurs psychologiques associés à l'impulsivité et à l'agressivité ;
- conditions de vie hors de l'institution (soutien social et familial...) ;
- capacité de gestion des situations stressantes ou à risque (séparations, intoxications...) ;
- capacité à s'engager durablement dans une prise en charge adaptée.

À l'inverse, le même auteur [1] cite les facteurs de protection qu'il faut aussi savoir rechercher :

- importance du support social ;
- existence de liens relationnels forts ;
- investissement des figures d'autorité ;
- traits de personnalité résiliente ;
- existence d'un lien thérapeutique ;
- bonne qualité de l'observance médicamenteuse ;
- environnement familial et/ou soignant adapté.

L'évaluation du risque de comportement violent repose donc sur une évaluation aussi fine et exhaustive que possible des facteurs de risque. On ne les détaillera pas ici, ils le sont ailleurs dans cet ouvrage ; retenons toutefois que ces facteurs peuvent être distingués selon qu'ils sont « statiques » (fixés une fois pour toutes et en tout cas peu modifiables par une intervention de quelque ordre que ce soit : âge, sexe, type de personnalité...) ou « dynamiques » (susceptibles d'évolution : prise de toxiques, état symptomatique...).

Voyer et al. [9] identifient ainsi quatre domaines de facteurs de risque :

- domaine individuel : sexe, âge, niveau socioéconomique, niveau d'études...
- domaine historique : violence antérieurement subie ou agie, précocité de comportements délinquants et d'actes violents, maltraitements physiques et psychiques subies dans l'enfance, trouble mental...
- domaine clinique : pathologie psychiatrique (schizophrénie, troubles de l'humeur...), troubles de personnalité (dimension psychopathique notamment), abus

de substances ou d'alcool, capacité d'insight et de gestion de la colère, adhésion aux soins et observance thérapeutique...

– domaine contextuel : lié à l'environnement, aux conditions sociales et aux autres circonstances qui composent le cadre de vie d'une personne. Il s'agit d'un domaine essentiel pour une appréciation valable du risque... mais c'est probablement aussi l'un des plus difficiles à évaluer. Retenons dans ce domaine l'importance des stress non spécifiques (cadre de vie, conflits, difficultés diverses...)

Voyer et al. [9] recommandent donc, pour une évaluation sérieuse du risque de comportement violent chez un malade mental, d'étudier ces différentes données :

- recherche d'antécédents d'actes violents et d'infractions, en précisant le contexte et la qualité de la (des) victime(s) ;
- évaluation symptomatique et notamment recherche d'idées de persécution ou d'arguments en faveur d'un trouble de la personnalité antisociale ;
- évaluation de la consommation d'alcool, de cannabis et de stupéfiants ;
- prise en compte des capacités d'insight et de l'adhésion aux soins, mais aussi du programme de soins proposés et notamment du rythme du suivi, qui paraît être un facteur pronostique important.

## UNE ÉVALUATION QUI ÉPOUSE LA DÉMARCHE CLINIQUE

Bénézech et al. [10] dressent une liste de facteurs qu'ils qualifient de pronostiques (puis de prédictifs) en termes de violence. Il s'agit en fait de facteurs de risque bien identifiés comme statistiquement associés aux phénomènes violents, mais qu'il est utile de rappeler dans l'ordre proposé par ces auteurs car le recueil de ces données, épousant le classique recueil anamnestique et sémiologique, permet une première évaluation lors d'un entretien psychiatrique « standard ». Outre l'âge (15 à 30 ans) et le sexe masculin, ces facteurs de risque sont les suivants (voir le chapitre 4).

– *Prédicteurs liés à l'enfance du sujet* : milieu familial brisé et abusif ; brutalités parentales, événements traumatiques ; perte précoce d'un parent ; éducation froide, hostile, permissive ; manque de supervision des parents ; placements familiaux ou institutionnels ; tendances incendiaires, énurésie et cruauté envers les animaux ; échec scolaire.

– *Prédicteurs liés aux antécédents criminels* : précocité de la délinquance violente ; multiplicité et gravité des infractions ; condamnations pour violences physiques ou sexuelles ; non-lieux pour troubles mentaux.

– *Prédicteurs liés à l'état mental* : immaturité psychologique, intellectuelle et morale ; mentalisation et verbalisation déficientes ; introspection difficile ; incapacité à communiquer avec autrui ; caractère extraverti avec anxiété ; personnalité psychopathe-limite ; troubles psychotiques ; conduites addictives ; impulsivité pathologique, perte de contrôle ; automutilations ; fantasmes déviants agressifs, sexuels, incendiaires, sadiques ; comportement imprévisible, irrationnel ; colère, hostilité ou ressentiment chroniques ; égoïsme, absence de compassion, inaffectivité ; hyperémotivité, instabilité émotionnelle ; fanatisme politique, religieux.

– *Prédicteurs liés au mode de vie et aux attitudes sociales* : inadaptation sociofamiliale ; absence d'emploi ; marginalité, toxicomanie, prostitution ; port d'arme, accès à des instruments de violence ; conduite automobile dangereuse, autres conduites à risque ; fréquentation des délinquants ; attitude de victime, vécu d'injustice, critique de la société ; négation ou minimisation des actes violents passés.

– *Prédicteurs liés à la situation précriminelle* : situation de crise ; état de stress ; apparition d'un état dépressif ; idées de suicide ou d'homicide ; abus d'alcool et de stupéfiants ; activité et intensité des symptômes psychiatriques ; épisode fécond délirant ; forte intentionnalité de faire mal ; plan concret d'agression.

– *Prédicteurs liés à la victime virtuelle* : proximité affective et géographique de la victime ; menaces de mort à l'endroit de la victime ; désignation nominale d'un persécuteur ; victime hostile, provocatrice, dépendante, imprudente, jeune, de sexe féminin, handicapée, malade mentale, privée de liberté.

– *Prédicteurs liés à la prise en charge* : échec répété des tentatives de réinsertion ; absence de projets d'avenir réalistes ; attitude négative à l'égard des interventions ; manque de référents médical et social ; mauvaises relations avec l'entourage personnel et soignant ; absence, refus, inefficacité du traitement psychiatrique.

Le recueil de ces éléments donne une première idée du risque statistique théorique de violence ; mais le reste, disent Bénézec et al. [10], « est affaire d'éléments circonstanciels, situationnels, ou tenant à la nature et à l'attitude de la future victime ». Ils insistent donc sur l'incertitude du pronostic d'un passage à l'acte, les prévisions devant s'effacer devant l'inattendu et les circonstances conjoncturelles, qualifiées de « variables aléatoires ». Pour ces auteurs, les échelles proposées par de nombreuses équipes (voir plus bas) ont pour vertu principale non de permettre un pronostic de toute façon impossible, mais d'aider le clinicien à faire un recueil aussi complet que possible en lui évitant d'oublier des données essentielles à une évaluation sérieuse.

## FACTEURS PROPRES AUX DIVERS TROUBLES MENTAUX

Les mêmes auteurs [10] proposent également une revue assez exhaustive des facteurs de dangerosité propres aux différents troubles mentaux. Il est difficile de la résumer, car c'est presque toute la sémiologie psychiatrique qui pourrait être citée. On peut tout de même, à leur suite, retenir les éléments suivants comme facteurs criminogènes et qu'il faut donc rechercher lors d'une évaluation soigneuse (voir le chapitre 2).

– *Schizophrénies* : les formes paranoïdes et héboïdophréniques sont les plus souvent en cause. Les thèmes délirants mystiques, de persécution et d'influence sont les plus criminogènes. La concomitance d'un trouble de l'humeur, d'une intolérance à la frustration, d'effets iatrogènes tels que l'akathisie ou surtout d'un abus de substances doit également être regardée comme majorant le risque. Enfin, la présence de fantasmes agressifs ou pervers est à rechercher.

– *Psychoses paranoïques* : la dangerosité est fonction de l'hyperthymie, de l'exaltation passionnelle, mais également de la dépression. Les réactions de l'entourage, empreintes parfois de dérision ou d'hostilité, majorent le risque. La précession par des agressions verbales ou physiques doit faire redouter une escalade vers un passage à l'acte plus grave encore. Les épisodes féconds du délire, les périodes d'alcoolisation et de dépression sont des périodes particulièrement à risque. Enfin, il faut rechercher au plan sémiologique l'intensité de la conviction délirante et la classique désignation du persécuteur.

– *Personnalités pathologiques* : les personnalités antisociales et borderline sont les plus fréquemment représentées parmi les auteurs de comportements déviants et antisociaux, la survenue de ceux-ci étant favorisée par l'abus d'alcool ou de substances souvent associé. Il n'est pas rare non plus que les comportements agressifs

émaillent l'évolution d'une complication psychiatrique proprement dite des troubles de personnalité : épisode délirant ou dépressif notamment. Des traits de personnalité paranoïaque et/ou narcissique peuvent aussi favoriser la survenue de comportements violents.

– *Déficiences intellectuelles* : trouble du jugement et surtout perturbations affectives en rapport avec le retard mental peuvent favoriser les troubles des conduites. Il faut aussi rechercher les autres troubles volontiers associés à la déficience : perceptions délirantes, personnalité antisociale avec impulsivité, perversité, psychose infantile... Comme dans d'autres circonstances, la co-occurrence d'une alcoolisation est aussi un facteur à rechercher.

– *Troubles dépressifs* : dans la mélancolie, il faut savoir rechercher des thèmes délirants à type de ruine, de culpabilité, de persécution, mystiques ou hypocondriaques, qui peuvent quoique rarement en pratique être associés à des projets d'homicide « altruiste » (enfants, conjoint). L'affect dépressif chez le délirant paranoïde semble également être de nature à favoriser le passage à l'acte agressif. En fait, le potentiel criminogène de la dépression, longtemps sous-estimé, est maintenant mieux connu [11], et pas seulement dans le meurtre-suicide. Les mouvements dépressifs et suicidaires figureraient parmi les meilleurs prédicteurs de dangerosité à court terme, et tout particulièrement dans un contexte de crise existentielle (séparation de couple, épisode passionnel), ou lorsqu'ils s'associent à une pathologie psychotique, à un trouble de personnalité, à un abus d'alcool ou de substances.

– *Épisodes maniaques* : contrairement à une idée reçue, le potentiel criminogène de la manie est relativement faible, si ce n'est en cas de manie furieuse. Moins que des atteintes aux personnes, les troubles des conduites consistent surtout en divers outrages, vols, et autres faits de grivèlerie, parfois exhibitionnisme. Pourtant, la violence hétéroagressive est bien sûr possible si le patient ressent une opposition trop brutalement exprimée ou une humiliation. En somme, les accès hypomaniaques ou mixtes paraissent être des situations plus à risque de violence un tant soit peu préméditée. Dans ce cas comme dans d'autres, la co-occurrence d'un abus d'alcool augmente considérablement le risque.

– *Épisodes psychotiques aigus* : hallucinations auditives impérieuses, syndrome d'influence, vécu délirant intense avec bouleversement émotionnel en rapport sont autant de facteurs de dangerosité potentielle et qu'il faut savoir apprécier.

– *Troubles du contrôle des impulsions* : trouble explosif intermittent, pyromanie, jeu pathologique, kleptomanie, trouble du contrôle des impulsions non spécifié ; il y a quelque chose de tautologique à vouloir évaluer le potentiel de dangerosité de ces troubles tels qu'ils sont ainsi recensés par le DSM. Là encore, la détection d'une éventuelle comorbidité autour d'un problème d'alcool est un élément fondamental d'évaluation de la dangerosité.

– *Démence* : la violence liée à la démence l'est par le biais de la détérioration intellectuelle, de la perte du jugement, de l'agressivité, des troubles du caractère, ou d'une complication psychiatrique (notamment idées délirantes de préjudice, de persécution et de jalousie).

– *Épilepsie* : c'est surtout dans sa forme temporale que l'épilepsie semble plus fréquemment associée à des comportements violents [12]. Il faut savoir relever les perturbations caractérielles intercritiques et une éventuelle détérioration intellectuelle associées, et noter les éventuels abus d'alcool ou de substances.

– *Dyssomnies et parasomnies* : la situation n'est pas fréquente, mais il a été relevé des conduites violentes au décours de réveils soudains, au cours d'épisodes de

somnambulisme ou en relation avec le contenu d'un rêve angoissant. Il existe aussi des actes de violence accomplis en pleine conscience après une longue rumination au cours d'une insomnie nocturne favorisant angoisse et désinhibition.

– *Troubles anxieux* : le passage à l'acte en rapport avec des obsessions impulsives est rarissime.

– *Conduites addictives* : on ne détaillera pas le rôle de l'alcool et de l'usage ou l'abus d'autres substances psychoactives comme facteur de risque de comportements agressifs chez les malades mentaux comme dans la population générale. Lors d'un examen, il faut essayer de repérer la désinhibition, l'impulsivité, la perte de contrôle en rapport avec l'ivresse et les diverses variétés cliniques d'ivresses pathologiques (excitomotrices notamment). Dans l'alcoolisme chronique, ce sont les troubles du caractère ou la détérioration intellectuelle qu'il faut savoir noter, voire les psychoses délirantes chroniques à thèmes de persécution ou de jalousie, ou même le delirium tremens. Il faut aussi se rappeler que l'alcool est parfois consommé volontairement dans un but désinhibiteur avant un passage à l'acte. Les autres substances psychoactives sont fortement associées à la criminalité, y compris dans le cadre d'une délinquance nullement pathologique, mais économique ou utilitaire (dans le but de se procurer le ou les produits). Mais c'est parfois concomitamment à des complications psychiatriques qu'il y a violence : épisodes délirants paranoïdes, confusion, désinhibition sous alcool, cannabis ou tranquillisants type benzodiazépines, ou lors de manifestations de sevrage (alcool, héroïne, crack).

## VIOLENCE SEXUELLE

Dans le cas particulier de la délinquance sexuelle, Bénézech et al. [10], citant d'autres travaux [13], listent les variables suivantes, décrites comme des indicateurs d'un risque prévisible de récurrence :

- syndrome d'alcoolisme fœtal ;
- antécédents de sévices sexuels dans l'enfance ;
- jeunesse de l'agresseur ;
- personnalité antisociale, sadisme ;
- importance de la comorbidité psychiatrique ;
- nombre et gravité des infractions sexuelles antérieures ;
- antécédents de comportements violents et d'incarcérations ;
- adhésion à des croyances sexuelles déviantes ;
- préférences sexuelles déviantes, enfants prépubères victimes ;
- alcoolisation avant les faits ;
- agression sexuelle avec violence physique, viol ;
- agression sexuelle extrafamiliale ;
- multiplicité des victimes ;
- agression des fillettes avec coït ;
- pédophilie primaire (d'élection ou chronique) ;
- pédophilie homosexuelle ;
- conduite exhibitionniste ;
- usage de la pornographie ;
- traitement absent ou incomplet d'un agresseur sexuel à risque élevé.

On le voit, les données recensées par les différents auteurs comme ayant valeur prédictive sont très nombreuses, et pas toujours absolument superposables. Leur recueil, même s'il est systématique et consciencieusement effectué, laisse le praticien dans l'embarras : que faire de tant d'éléments ? Comment les hiérarchiser ? Quelle interprétation leur donner ? En somme, comment mieux utiliser, de façon plus systématique encore et mieux ordonnée, des indices aussi nombreux et aussi disparates, fournis à la fois par l'histoire passée, les facteurs de risque, le contexte et l'état clinique ? Peut-on même en attendre une valeur véritablement prédictive ? C'est tout l'intérêt des instruments d'aide à l'évaluation que nous allons étudier.

## ÉVALUATION STANDARDISÉE

### GÉNÉRALITÉS

Il apparaît nécessaire de rappeler ici quelques généralités concernant l'évaluation standardisée en psychiatrie et plus largement en matière d'évaluation des comportements.

### Divers types d'instruments pour des objectifs divers

La psychométrie, discipline somme toute moins récente qu'on ne croit, consiste à évaluer les phénomènes psychiques à l'aide d'instruments standardisés. Son objet a été défini par Galton dès 1879 [in 14] comme « l'art d'imposer aux opérations de l'esprit la mesure et le nombre », et sa première application pratique fut proposée par Binet et Simon en 1905 dans le but de « mesurer l'intelligence ». Ses instruments se distinguent en tests mentaux, échelles d'évaluation et listes de critères diagnostiques.

Les *tests mentaux* supposent l'application d'un stimulus standardisé à un sujet, la mesure de la réponse à ce stimulus, puis la comparaison de cette réponse par rapport à une population d'étalonnage de référence et ainsi un classement typologique ou quantitatif. On rapproche habituellement des tests mentaux les « *autoquestionnaires* » (ou « *inventories* » dans la littérature de langue anglaise) dont les réponses sont données (également dans des conditions standardisées) par le sujet lui-même : celui-ci peut habituellement répondre aux différentes questions ou propositions par « oui/non », « vrai/faux », « je ne sais pas », parfois par des réponses à choix multiples. D'emploi facile et peu chronophages (pour l'examinateur !), faciles à répéter, sans distorsion des réponses dues au jugement d'un tiers comme dans les échelles par hétéroévaluation, les résultats des questionnaires sont interprétés, on l'a vu, par comparaison avec une population de référence : ils permettent d'explorer notamment des traits de personnalité, ou un état actuel. Ils peuvent aussi avoir pour objet des symptômes ou des syndromes (phobies, obsessions, anxiété, syndromes dépressifs...). Bien sûr, la mesure des comportements agressifs par questionnaires se heurte fréquemment à l'opposition, à la réticence voire à l'incompréhension de patients hostiles ou limités intellectuellement.

Les *échelles d'évaluation* (« *rating scales* » dans la littérature anglophone) s'appuient sur l'examen du sujet dans une situation standardisée ou non, les divers symptômes ou comportements étant alors appréciés et mesurés (absence/présence, intensité...) par un observateur externe, que ce dernier soit médecin, infirmier, psychologue ou tout autre intervenant... En fait, ces échelles aboutissent à une moda-

lité particulière, codifiée, de l'appréciation clinique : la cotation de chaque item est le plus souvent graduée par une série d'adverbes ou de qualificatifs (« absent, léger, modéré, sévère... ») ; elle est parfois résumée par un choix dichotomique (« oui/non », « présent/absent »... »). On peut ainsi évaluer des pathologies ou des comportements spécifiques (échelles d'anxiété ou de dépression par exemple) ou des questions plus générales (« psychopathologie générale » – terme impropre à nos yeux, inventaires généraux...).

Les *check-lists* peuvent être remplies par les sujets examinés (comme dans un questionnaire) ou par un observateur externe, correspondant alors à des listes de critères.

En matière de comportements agressifs, l'autoévaluation se heurte inévitablement à l'image sociale que voudrait donner le sujet aussi bien qu'à des capacités verbales ou introspectives parfois altérées (cas du dément ou de l'arriéré violent). L'hétéroévaluation paraît donc plus pertinente. Dans ce cas, il faut alors distinguer les mesures qui se fondent sur l'observation directe dans un cadre institutionnel et dans une période de temps donnés de celles, indirectes, basées sur les observations rapportées par la famille ou d'autres intervenants. Il n'existe cependant pas d'instrument de mesure spécifiquement destiné à l'utilisation par les proches... dont l'objectivité du reste n'est pas plus assurée qu'en cas d'autoévaluation !

## Propriétés métrologiques

L'utilisation de ces instruments suppose en outre d'en avoir au préalable vérifié les qualités de mesure ou qualités métrologiques.

La sensibilité est la capacité à distinguer un nombre suffisant de degrés d'une même variable. En général, la sensibilité croît avec le nombre d'items de l'instrument.

La fidélité se décline en fidélité temporelle (ou fidélité test-retest : capacité de l'instrument à aboutir à la même mesure lors de deux passations successives pour peu que l'état ne se soit pas modifié entre-temps) et fidélité interjuges (capacité de l'instrument à aboutir à des mesures identiques lorsqu'il est utilisé par deux examinateurs différents à propos du même sujet : elle suppose que l'intitulé des items soit dépourvu de toute ambiguïté, et que les cotateurs respectent strictement les consignes accompagnant les intitulés. La fidélité interjuges s'améliore en général à l'issue de séances de cotation « d'entraînement »).

La validité est la capacité de l'instrument à mesurer effectivement ce qu'il est supposé mesurer. En psychiatrie, comparativement à d'autres disciplines, et compte tenu de l'inadéquation, en général, du modèle anatomo-clinique, la question de la validité pose des problèmes particuliers. La validité apparente (ou « *face validity* » dans les publications anglophones) s'appuie sur la formulation même des différentes variables. Mais la nécessaire validation d'une échelle par un critère externe, ne pouvant rien espérer d'un paramètre biologique ou d'une autre quelconque mesure objective incontestable, doit se faire par référence à des jugements cliniques consensuels... mais subjectifs, ou par comparaison avec d'autres instruments ayant pour principal mérite... leur antériorité. On voit d'emblée avec Millaud et al. [15] que cette question de la validité, cruciale en « psychométrie générale », l'est encore plus en matière d'évaluation de la dangerosité (donc d'une potentialité). En outre, les populations au sein desquelles les études de validation des différents instruments ont été menées possèdent des caractéristiques (milieu social ou culturel, populations spécifiques...) qui devraient en principe interdire d'en étendre l'usage à des populations

qui ne soient pas rigoureusement comparables. La traduction de ces instruments, souvent initialement rédigés en anglais, pose également des problèmes d'adaptation [16].

D'autres critères permettent de valider une échelle de mesure : la consistance interne peut se définir par l'homogénéité des divers items constitutifs de l'instrument (appréciée par l'étude des corrélations entre les différents items et entre ces items et la note globale). La structure d'un instrument se décrit au terme de l'analyse factorielle de celui-ci, qui permet de regrouper les différents items en sous-ensembles homogènes et cohérents, appelés facteurs ou dimensions, sans perte d'information.

### **Champs d'application**

Le champ d'application classique des échelles d'évaluation et des questionnaires peut être ainsi résumé :

- aide au diagnostic : c'est le cas pour certaines échelles et pour de nombreux questionnaires au moyen de l'utilisation de notes-seuils. C'est aussi dans ce but qu'ont été élaborées des listes de critères (par exemple, dans les DSM, les formulations du type : « au moins  $x$  des  $y$  critères suivants doivent être réunis pour établir le diagnostic de... ») ;
- évaluation du changement sous traitement, notamment en mesurant les différences de notes entre les mesures réalisées avant et après telle ou telle intervention (médicamenteuse ou autre) ;
- amélioration de l'homogénéité des groupes de patients en recherche clinique, soit par élaboration d'un stéréotype diagnostique, soit par identification de types syndromiques empiriques.

### **Trait et état, épisode et niveau de base**

Ce qui différencie ces échelles, c'est aussi la source d'information et la période considérée (qui peut aller de la symptomatologie à l'instant  $t$  jusqu'à la vie entière). On différencie donc (cette différenciation étant bien documentée depuis longtemps [17-19]) les comportements agressifs en tant que trait (permanent) et ceux qui expriment un état (transitoire). Une distinction corollaire de celle-ci est celle qui porte sur les différences entre personnalité et syndrome clinique, autrement dit, en termes DSM, entre axes I et II.

### **L'évaluation psychométrique des échelles d'agressivité**

Différents paramètres doivent être pris en compte selon le cadre dans lequel on se situe [20] :

- il est essentiel de sélectionner des critères spécifiquement appropriés à l'objet de l'étude plutôt que des critères aspécifiques (en général : fréquence, intensité) ;
- la « distance » entre les niveaux d'un critère quantitatif n'est pas toujours constante d'un niveau à l'autre (par exemple la « distance » entre « faible » et « modéré » comparativement à celle entre « modéré » et « sévère »), ce qui peut affecter l'interprétation d'un changement « moyen » de tel ou tel résultat ;
- les échelles utilisant des réponses dichotomiques (par exemple « vrai/faux » ou « présent/absent ») ne fournissent pas de résultat sous forme de score moyen, ce qui

les rend souvent insatisfaisantes à l'usage, et peu sensibles au changement pour ce qui concerne les états agressifs ;

– les résultats se basant sur le « degré de problème » sont souvent très variables en fonction de l'état actuel et du cotateur ; mais ils complètent utilement des résultats plus naturalistiques évalués sur la fréquence ou l'intensité du comportement étudié.

## MESURE DES CONDUITES AGRESSIVES

### Dans les échelles dites de psychopathologie générale

Les études qui utilisent des échelles de symptomatologie psychocomportementale globale (terme préférable selon nous à celui trop souvent employé de psychopathologie générale) ont montré [21] que les comportements agressifs se regroupent préférentiellement avec d'autres symptômes (par exemple méfiance et manque d'insight [22]).

D'autres échelles moins exhaustives mais très utilisées, telles que la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS [23], qui comprend deux items relatifs à l'agressivité : « manque de coopération » et « hostilité »), montrent la corrélation entre ces signes et les symptômes schizophréniques cardinaux [24]. Du reste, l'item « hostilité » de la BPRS a été inclus dans la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS [25]) comme constitutif de sa dimension positive ou productive (voir aussi l'item 23 : « comportement agressif ou agité » de la Scale for the Assessment of Positive Symptoms, SAPS [26]). De même, les échelles de manie incluent des items d'agressivité verbale et physique (par exemple la Mania Scale de Bech et al. [27] : item V, « hostilité, destructivité »).

Parmi les échelles d'autoévaluation, l'une des plus utilisées est la Hopkins Symptom Checklist, plus connue sous le nom de SCL-90 et 90-R [28, 29] (voir l'item 62 : « J'ai envie de battre, de blesser ou de faire du mal aux gens »). Les analyses factorielles de cette échelle ont permis d'identifier un syndrome « colère-hostilité », qui inclut des items tels que : impulsivité, irritabilité, agressivité, mais pas l'item concernant l'agressivité agie.

En fait, alors que les échelles du type BPRS s'appliquent aux patients psychotiques et que leurs éléments dits « d'hostilité » font référence à des attitudes d'animosité, de mépris, de dédain ou de franche agressivité, une échelle comme la SCL-90 s'utilise plus volontiers en population générale ou névrotique et ses facteurs « d'hostilité » mesurent plutôt la propension à la colère et l'impulsivité.

Au total, l'examen des sous-échelles d'agressivité au sein des échelles de symptomatologie psychocomportementale globale montre d'une part que le même terme (« hostilité ») fait référence à différents aspects bien distincts de l'agressivité, et d'autre part que ces sous-échelles sont trop réduites pour appréhender la description clinique de ce phénomène dans son ensemble. En cas de recours à une mesure spécifique de l'agressivité, celle-ci devrait être couplée à l'évaluation de l'état clinique concomitant (par exemple en cas d'état maniaque [30]).

### Instruments spécifiques

Traditionnellement, les échelles se distinguent selon deux types : échelles diagnostiques (catégorielles), et échelles (dimensionnelles) de mesure de la sévérité d'un symptôme, d'un syndrome ou d'un comportement. Cette deuxième catégorie est

la plus utilisée pour mesurer l'effet d'un traitement ou d'une intervention. Toutefois, ces échelles de mesure peuvent aussi indiquer quand un diagnostic est requis, à l'aide d'une note-seuil [31, 32].

En matière de dangerosité, on est plus souvent dans le deuxième cas de figure : il n'y a pas de diagnostic « dangerosité ». Les échelles de mesure des comportements agressifs ou impulsifs s'appliquent à des dimensions de personnalité ou à des syndromes cliniques. Ces échelles ont pour but le pronostic (pour aider l'intervenant à mettre en place des mesures appropriées au moment opportun) ou la mesure de l'effet d'une intervention.

### *Les échelles indiquant quand une intervention et/ou un traitement sont nécessaires*

On répertorie peu d'échelles diagnostiques exhaustives en matière de dangerosité ou d'agressivité. Retenons la Carolina Nosology of Destructive Behavior (CNDB [33]), composée de deux parties : la première, descriptive, codant le type de comportements agressifs répertoriés, et la deuxième comportant quatre axes en relation : diagnostic médical, dimensions psychologiques, données biologiques, terrain moral et culturel du sujet. La validité psychométrique de cette échelle reste à démontrer.

Les échelles destinées à indiquer quand une intervention est requise (renforcement de la surveillance, administration d'un traitement médicamenteux, isolement voire contention) sont en fait des échelles de mesure symptomatique ou comportementale et peuvent être utilisées pour mesurer l'évolution.

Traditionnellement, l'échelle Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE [34, 35]) a été largement utilisée dans ce but. Elle compte 30 items, lesquels ont été regroupés en 7 facteurs qui forment autant de sous-échelles définissant le profil du sujet étudié : compétence sociale, intérêts sociaux, soin personnel, irritabilité, psychose manifeste, retard mental, dépression. Définir le profil du patient revient à récapituler les facteurs positifs (compétence sociale, soin personnel, intérêt social) et négatifs (irritabilité, psychose manifeste, retard mental et dépression).

Chez les patients souffrant d'un retard mental, une échelle classiquement utilisée est la Handicaps Behavior and Skills Scale (HBS [36]). Bien que la structure psychométrique de cette échelle ait été validée [37], sa standardisation en termes d'intervention ne l'est pas. Une autre échelle, la Disability Assessment Scale (DAS), a été proposée à partir de la HBS [38] mais n'a guère été développée.

### *Les échelles mesurant l'effet d'une intervention*

- Par hétéroévaluation

Les échelles mesurant l'effet de telle ou telle intervention doivent indiquer le symptôme ou le syndrome cible. Les plus communes de ces échelles mesurant les comportements agressifs survenant par pics ou épisodes sont à peu près contemporaines les unes des autres. Ce sont respectivement l'Overt Aggression Scale (OAS [39]), la Staff Observation Aggression Scale (SOAS [40]), et la Scale for Assessment of Agitated and Aggressive Behavior (SAAB [41]). L'utilisation de ces échelles repose sur la description d'« événements » agressifs distincts, qu'ils soient verbaux ou physiques. Les différences entre elles sont liées pour partie aux populations dans lesquelles elles ont été développées (la SOAS chez des sujets âgés, l'OAS chez des enfants et adultes dans des unités de soins aigus, la SAAB chez des délinquants agressifs).

L'échelle d'agressivité manifeste de Yudofsky (OAS [39] ; adaptation française par Verlaeten et al. [42], révisée par Cialdella) est remplie par le personnel infirmier et s'applique à des patients hospitalisés. Elle évalue ainsi l'agressivité tournée vers l'extérieur et celle dirigée contre soi-même, dans quatre domaines observables et quantifiables par l'équipe soignante :

1. agressivité verbale ;
2. agressivité physique envers les objets ;
3. agression physique envers soi-même ;
4. agression physique envers autrui ;
5. elle explore aussi la nature des interventions nécessaires de la part du personnel soignant.

En fait cette échelle, de maniement facile et bien acceptée par les équipes, a surtout permis de démontrer l'insuffisance des observations recueillies « spontanément » dans les dossiers et cahiers de transmission, et ainsi la sous-estimation des comportements agressifs dans les services. L'équipe doit noter la date, l'heure et la durée de chaque épisode considéré comme agressif, et cocher chacun des cinq items cités plus haut. Une autre façon de faire consiste à évaluer rétrospectivement ces comportements sur la semaine écoulée (Modified Overt Aggression Scale, MOAS [43]). Une variante un peu différente a encore été proposée par Coccaro et al. [44], qui inclut dans l'évaluation celle de l'irritabilité et des idéations suicidaires. Dans la version princeps [39], la cotation est pondérée en fonction de la gravité du comportement considéré ou de l'importance de l'intervention rendue nécessaire : l'agressivité verbale est cotée de 1 à 4, l'agression contre les objets de 2 à 5, l'agression physique (envers soi-même ou envers autrui) de 3 à 6 ; les interventions du personnel sont cotées de 1 (parler au patient) à 5 (enfermement, contention, voire nécessité d'intervention médicochirurgicale après blessure). On peut alors utiliser le score total (TAS [Total Aggression Score], maximum 26), la note totale d'agression (quatre premiers items), l'agressivité tournée vers l'extérieur (items 1, 2, 4) ou celle dirigée envers soi-même (item 3). La pertinence de l'utilisation de tel ou tel sous-score selon la population considérée et leur sensibilité respective au changement sont discutées et doivent faire l'objet de travaux complémentaires [43].

Bien que chacune de ces échelles paraisse simple d'utilisation et fiable pour la mesure d'agression verbale ou physique, elles présentent un certain nombre de limitations. À savoir, pour des patients sévèrement agressifs, auteurs de plusieurs « événements » chaque jour, remplir un formulaire pour chacun de ces actes est une procédure assez rébarbative dont l'équipe infirmière se lasse vite, ce qui aboutit in fine à la sous-évaluation du phénomène qui fait l'objet de la mesure. En outre et surtout, la fidélité interjuges de ces trois échelles ne semble pas très bonne, même lorsqu'elles sont utilisées par du personnel entraîné et formé. Cela est particulièrement vrai pour les agressions verbales. Enfin, la méthode utilisée pour formaliser les résultats prête à discussion : faut-il utiliser un score total ou pondéré ? ou plutôt un profil ? Les auteurs et utilisateurs de l'OAS ont voulu répondre à ces interrogations et ont modifié cet instrument : ainsi, on a pu proposer l'utilisation d'un score rétrospectif hebdomadaire plutôt que celle d'un score prospectif par épisode [45, 46], ou des modifications pour coter la sévérité des épisodes [46]. Il a également été proposé d'élargir le champ de l'OAS pour inclure l'irritabilité et l'intentionnalité suicidaire, ce qui a abouti à la rédaction de l'OAS-M (OAS-Modified for out-patients [44], lequel instrument semble sensible au changement au cours d'un traitement pharmacologique). Les variations des scores à l'OAS sont grandes au fil du temps, et il est intéressant de mettre en parallèle ces variations avec l'horaire, le jour, la saison des différentes mesures ou bien encore avec la composition ou la disponibilité de l'équipe.

La Social Dysfunction and Aggression Scale (SDAS [19, 47] ; traduction française par Guelfi, Cialdella et Noël) a été développée pour répondre à certaines des limites citées plus haut. Il s'agit aussi d'une échelle par hétéroévaluation, remplie par le psychiatre d'après les données de l'entretien et les informations fournies par l'entourage et le personnel soignant. La première version, publiée en 1990, comporte 11 items dont 9, bien homogènes, consacrés à l'hétéroagressivité et deux à l'autoagressivité (impulsions suicidaires et automutilations). Une version plus détaillée existe, longue de 21 items et plus précise, notamment en matière d'autoagressivité. Des analyses en composantes principales ont permis de mettre en évidence les limites des deux dimensions élaborées a priori (auto- et hétéroagressivité), de sorte qu'on préconise en fait l'emploi de trois scores : évaluation générale, évaluation des épisodes aigus (hétéroagressivité, SDAS-9), évaluation générale de l'agressivité tournée contre soi-même (SDAS-6), ces deux dernières sous-échelles n'étant pas corrélées entre elles. Ces échelles doivent être remplies à l'issue d'un entretien non structuré, portant sur la semaine écoulée et permettant deux types de cotation : niveau moyen et niveau maximal (« *peak episode* ») au cours de la semaine écoulée. Chaque item peut être coté de 0 (absent) à 4 (sévère ou extrême) en passant par 1 (doute ou caractère très léger de la manifestation), 2 (léger à modéré), ou 3 (modéré à marqué), chacun de ces niveaux étant plus précisément explicités pour chaque intitulé.

Les 21 items de la SDAS-21 sont les suivants :

1. irritabilité ;
2. négativisme ;
3. humeur dysphorique ;
4. agitation ;
5. anxiété somatique ;
6. perturbation des conduites sociales ;
7. agression verbale non orientée ;
8. agression verbale orientée ;
9. violence physique envers des objets ;
10. violence physique envers le personnel ;
11. violence physique envers d'autres personnes que des membres du personnel ;
12. automutilation ;
13. quête ou demande d'attention ;
14. retrait social ;
15. comportement d'addiction ;
16. méfiance ;
17. anxiété psychique ;
18. humeur dépressive ;
19. impulsions suicidaires ;
20. dégoût de soi-même ;
21. hypocondrie.

Les items 16 à 21 ne sont à considérer que si le sujet peut s'exprimer oralement.

La note de la sous-échelle SDAS-9 (hétéroagressivité) s'obtient en sommant les notes obtenues aux items 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10 et 11. Elle s'applique à l'évaluation moyenne sur la semaine aussi bien qu'à l'évaluation des épisodes aigus.

La sous-échelle SDAS-6 (autoagressivité, mais qualifiée aussi de « facteur mélancolique » étant donné sa composition – et cela renvoie à des questions psychopathologiques) correspond à la somme des items 5, 14, 17, 18, 19, 20. Elle n'a de sens clinique qu'en termes d'évaluation moyenne sur la semaine.

Alors que la SDAS et l'OAS sont transnosographiques, d'autres instruments sont spécifiquement adaptés à certains diagnostics ou populations, comme la Rating Scale for Aggression in the Elderly (RAGE [48]), qui comprend 21 items et est particulièrement adaptée aux patients déments institutionnalisés.

- Par autoévaluation

Parmi de telles échelles, certaines sont très anciennes : l'Hostility Scale [49] ; la classique Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI), qui couvre quatre domaines de niveau différent (agression verbale et physique, colère, hostilité [50, 51]) ; l'Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ [52]). Elles ont été développées comme instruments de mesure de l'agressivité dans diverses populations, souvent non cliniques. L'HDHQ et la BDHI se présentent sous le même format (types d'items, réponses dichotomiques), mais l'HDHQ distingue mieux agressivité auto- et hétérodirigée, ces deux dimensions ayant été clairement différenciées par divers travaux [53, 54]. La première (agressivité autodirigée) montre des scores élevés dans les épisodes dépressifs et certaines phases des schizophrénies, tandis que la deuxième (agressivité hétérodirigée) est associée aux épisodes maniaques. Ces différentes dimensions de l'HDHQ sont sensibles au changement [55, 56] et semblent ainsi devoir être de bons instruments de mesure des effets des traitements, même lorsque la sémiologie relevée par un évaluateur externe est pauvre.

Bien sûr, les instruments de mesure de l'agressivité par autoévaluation ont leurs limites (voir plus haut) : elles ne mesurent pas la violence agie, et se heurtent à la « désidérabilité sociale » des sujets qui s'y soumettent. En outre, ces derniers ne sont pas toujours en état de remplir les questionnaires (niveau intellectuel, état clinique...).

### **Au total, comment choisir l'instrument de mesure des conduites agressives ?**

Les échelles par autoévaluation comme le questionnaire de Buss & Durkee trouvent leur domaine d'application principal dans les formes mineures d'agressivité, et peuvent être adaptées à la mesure de l'agressivité-trait (permanente) comme à celle de l'agressivité-état (transitoire). Les échelles mesurant les « pics » de violence agie (comme l'OAS) sont en général remplies par l'équipe soignante. Des instruments comme le SDAS couvrent des degrés très larges de violence, de la plus minime aux passages à l'acte plus graves. Lorsqu'il existe un diagnostic de maladie mentale (axe I du DSM), il est recommandé d'associer à l'échelle de mesure des conduites agressives une échelle spécifique de mesure des symptômes (PANSS, BPRS, échelle de manie...). Lorsque c'est l'axe II du DSM qui est en cause, l'échelle de Hare (mesure des conduites antisociales) peut être associée (cf. infra).

Mais aujourd'hui, la demande sociétale va au-delà de la mesure statique. Elle consiste désormais en celle d'un pronostic : d'une volonté initiale, sinon d'objectivation, en tout cas de standardisation de la mesure des phénomènes psychiques et comportementaux, l'objectif d'un instrument de mesure psychométrique devrait dorénavant être de prédire tel ou tel comportement. Mission impossible ?

### **ÉVALUATION DU RISQUE : PRÉDIRE L'AVENIR ?**

Ainsi, depuis une vingtaine d'années, des travaux principalement nord-américains ont concentré leur objet sur l'évaluation du risque de comportement violent. Les

capacités de prédiction des psychiatres ayant assez vite montré leurs limites (Monahan puis Bénézech et al. [10, 57] citent même le chiffre de 65 à 86 % [sic] comme celui des faux positifs en matière de prédiction de la violence par les cliniciens), des instruments d'aide au pronostic et à la décision ont été élaborés.

Gravier [1], citant Hall et l'étude MacArthur, pointe que tous les instruments d'évaluation et autres arbres décisionnels se basent en fin de compte sur les mêmes indices, qu'il résume ainsi :

- facteurs historiques : violences agies, violences subies, précocité et sévérité de celles-ci ; histoire traumatique, séparations, placements ; et surtout antécédents de violences sont les prédicteurs les plus fréquemment cités parce que les plus sûrs de comportements violents à l'avenir ;

- facteurs prédisposants : on entend par là les modes de vie (marginiaux, sectaires...) ou les façons d'être et d'interagir (impulsivité, usage de drogues et d'alcool) associés à la rupture de soins et au passage à l'acte violent ;

- facteurs contextuels : il s'agit des facteurs facilitant (accès à une arme, proximité de la victime), induisant (atteinte à l'estime de soi, événements de vie négatifs, prise aiguë d'alcool ou d'autres toxiques) et finalement déclenchant le passage à l'acte ;

- facteurs cliniques enfin : les éléments pathologiques stricto sensu sont très documentés [58] mais, ainsi que nous l'avons vu, ils ne représentent qu'un axe d'évaluation du risque parmi d'autres avec lesquels ils interagissent.

## **Approche actuarielle, approche clinique**

Dans la littérature psychiatrique est apparu un terme emprunté au monde économique et à celui de l'assurance. Venant compléter l'approche clinique, on peut parler d'évaluation faite selon des méthodes « actuarielles », c'est-à-dire selon une méthodologie qui emprunte aux statistiques et aux calculs mathématiques de probabilité. Millaud et al. [15] parlent d'approche « objectiviste » en ceci que la réalité est alors considérée comme observable, mesurable et vérifiable, et les comportements humains prédits sur une base purement probabiliste. Une série de facteurs ou variables, anamnestiques ou sociodémographiques notamment, sont répertoriés, quantifiés et, selon des règles bien définies à l'avance, mis en relation avec un risque de comportement violent, s'appliquant alors à des circonstances et dans une période de temps également définies à l'avance. On peut ainsi, à partir d'un test psychologique appliqué à telle ou telle variable dont l'association avec la violence est démontrée (trait de caractère par exemple), définir un score seuil lui-même corollaire d'un risque accru. Bien sûr, le choix du test et/ou de la dimension explorée reste arbitraire et ne peut prétendre à une évaluation complète qui tienne compte de la situation considérée dans sa globalité. En toute rigueur, le risque calculé à partir d'une telle méthode (exprimé en %) n'est valable que s'il est calculé dans une population exactement comparable à celle où l'instrument aura été validé. Gravier [1] souligne que les variables prises en compte dans ces instruments sont statiques, inscrites dans l'histoire passée du sujet, et donc peu susceptibles d'évolution : elles figent le pronostic en fonction des données biographiques.

S'opposant en cela aux méthodes dites actuarielles, d'autres types d'évaluation, plus proches de la démarche clinique classique, reposent de façon prépondérante sur le jugement clinique, que l'on sait, particulièrement en psychiatrie, non pas véritablement subjectif, mais en tout cas partiel et orienté. Millaud et al. [15] parlent d'approche « subjectiviste » puisque, dans ce cas, la réalité est considérée comme

dépendante de la conscience humaine, et le risque évalué pour un individu particulier. Cette évaluation peut être structurée ou non : élaborée à partir d'un entretien non structuré et donc adaptable à chaque type de situation, rédigée sans format prédéfini, plus qualitative que quantitative, elle prend en compte les éléments contextuels (passés, présents, à venir) que la méthode actuarielle doit ignorer : en plus des variables statiques déjà citées, elle intègre des facteurs dynamiques, c'est-à-dire pouvant conduire à une intervention, sur le court (variations symptomatiques, par exemple, dans le champ thymique ou anxieux) ou sur le long terme (dépendance à l'alcool ou à d'autres substances). Mais les méthodes cliniques seront vite qualifiées d'intuitives, voire d'arbitraires, et ne tireront leur légitimité que de l'expérience affichée par l'évaluateur. Cette méthode dite clinique est peu discutable cependant dès lors qu'il est question de trouble mental, maladie mentale avérée ou trouble de personnalité, et pour peu que le psychiatre qui la pratique se limite à son domaine de spécialité : la dangerosité psychiatrique, c'est-à-dire la dangerosité directement en lien avec le trouble mental identifié. Parfois, il est fait recours à des entretiens plus structurés, et ainsi plus facilement reproductibles : ces entretiens gagnent en crédibilité ce qu'ils perdent en souplesse. Toutefois, en dehors d'un contexte de recherche, les cliniciens se montrent souvent assez réticents à l'emploi de tels instruments.

## Historique de l'évaluation du risque

Norko et Baranoski [3] dressent un bref rappel historique de la littérature dans le domaine de l'évaluation du risque et de la prédictivité. Ils rappellent que depuis les années 1990, après donc la démonstration par Monahan [57] des piètres performances des cliniciens en matière de prédiction de la dangerosité (erreurs dans deux tiers des cas, le chiffre mérite d'être rappelé !), la recherche ne porte plus sur la prédiction de la violence mais sur l'évaluation du risque de violence [59, 60]. Ces auteurs retracent tout de même une évolution positive et fort intéressante depuis le constat de Monahan.

– En 1993, Lidz et al. [61] rapportent une étude portant sur 2000 patients chez qui l'équipe médicale a cherché à prédire les comportements violents sur une période de 6 mois. Le résultat n'était pas si mauvais : sensibilité égale à 60 % (pourcentage de patients identifiés comme « futurs violents » qui se sont révélés tels), spécificité à 58 % (pourcentage de patients identifiés comme « non violents » qui se sont révélés tels). Il était remarquable d'une part que chez les femmes le risque était nettement sous-estimé ; et d'autre part et surtout que si les données « historiques » (relatives à l'histoire du patient) avaient été utilisées comme seul facteur prédictif, sans prendre en considération l'état clinique actuel, la sensibilité aurait été meilleure (69 %) et la spécificité plus faible (48 %). On peut voir dans ce résultat une amorce du débat qui a suivi entre méthode actuarielle et méthode clinique d'évaluation du risque.

– Les mêmes auteurs citent ensuite une méta-analyse de Mossman [62] selon laquelle d'une part, et contrairement à une idée reçue, les prévisions à long terme en matière de violence ne sont pas pires que celles faites à court terme ; et d'autre part l'histoire comportementale passée est un meilleur indicateur de violence à venir que le jugement clinique.

– Encore quelques années plus tard, Mulvey et Lidz [63] étudient la capacité des cliniciens à prédire quand, dans quelles conditions et lesquels parmi leurs patients pouvaient se montrer violents. Une fois encore le résultat n'est pas si mauvais, mais ce qui apparaît, c'est l'intérêt prépondérant qu'accordent les cliniciens à l'état

clinique, à l'inobservance médicamenteuse et à l'alcool comme facteurs prédictifs, au détriment des facteurs socioenvironnementaux : autant dire que les professionnels en charge des patients accordent de l'importance avant tout... aux conditions qu'ils estiment être en mesure d'influencer !

– Sont cités également des travaux de McNeil et Binder [64, 65], à propos des capacités de prédiction respectives des infirmiers et des médecins chez des patients hospitalisés ; mais surtout ces travaux ont abouti à la création d'un instrument actuariel permettant, au moyen d'un résultat simple à calculer (présence de 3 items sur les 5 mentionnés dans l'instrument), d'obtenir une sensibilité de 57 % et une spécificité de 70 % et ainsi de distinguer avec une fiabilité assez satisfaisante les patients à risque de violence des patients à risque plus faible.

– Une équipe madrilène travaillant également sur un échantillon de patients hospitalisés [66] propose en 1999 un modèle actuariel prédictif de violence pendant le séjour à l'hôpital, lequel instrument peut revendiquer 84 % de sensibilité et 80 % de valeur prédictive positive, en prenant en considération trois domaines : violence avérée pendant la semaine précédant l'hospitalisation ; score de psychopathologie générale à la PANSS [25] ; faiblesse de l'insight à l'endroit des symptômes psychotiques (ce dernier facteur étant in fine le meilleur facteur prédictif).

– La même année, Hoptman et al. [67] rapportent les résultats d'une approche clinique de prédiction de la violence chez des patients admis dans l'équivalent d'une unité pour malades difficiles : les cliniciens identifient somme toute assez bien les patients ultérieurement violents (71 %), mais sur des arguments surprenants et en tout cas, pour certains d'entre eux, sans rapport avec les facteurs faisant ensuite la preuve de leur valeur prédictive : la race, par exemple ! Les voies du jugement clinique sont donc impénétrables, mais pas forcément dénuées de pertinence en fin de compte.

– Enfin, une étude israélienne [68] porte sur les capacités respectives de médecins et d'infirmiers en matière de prédiction clinique de la violence sur un échantillon de 308 patients : les médecins classent certes correctement 82 % des patients... mais ce chiffre cache, derrière une excellente spécificité à 88 %, une sensibilité de 37 % seulement : il semble donc que nous préférerions de beaucoup prédire chez nos patients la non-violence que la violence !

## **Avantages et inconvénients**

D'innombrables publications ont traité aux avantages et inconvénients comparés de ces deux types d'instruments, actuariels et cliniques [69, 70]. Il en ressort globalement et depuis longtemps [15, 71-73] que la validité prédictive est bien meilleure pour les instruments actuariels, mais que les instruments cliniques sont plus adaptés à la démarche quotidienne ; ces derniers, en intégrant des variables dynamiques, et notamment celles en rapport avec les interventions possibles, permettent en outre une véritable réflexion et, in fine, une véritable amélioration des pratiques individuelles en mobilisant les équipes.

De tout cela, que retenir ? Le seul jugement clinique donne des résultats insatisfaisants en matière de prédiction de la dangerosité, tout au plus peut-il se targuer de faire... mieux que le hasard. Et les cliniciens, même quand ils font des prédictions valables... ont du mal à identifier les arguments sur lesquels ils se fondent. Les échelles actuarielles permettent d'améliorer notablement la prédictivité à long terme, grâce à l'utilisation de facteurs de risque « historiques » fiables, mais si stables... que les échelles actuarielles sont par essence peu sensibles au changement et peu informatives quant aux progrès sous traitement.

## Méthode actuarielle : en pratique

Pour mémoire, citons la Psychopathy Checklist Revised (PCL-R [74], [75] pour la traduction française) : cette échelle très documentée ([76, 77] par exemple pour la version francophone) « mesure » la psychopathie et non directement un risque de violence.

Les 20 items retenus dans la version définitive de la PCL-R évaluent les comportements et les traits de personnalité essentiels au diagnostic de psychopathie. Ce sont les suivants :

1. loquacité et charme superficiel ;
2. sens grandiose du moi ;
3. besoin de stimulation et tendance à l'ennui ;
4. mensonge pathologique ;
5. manipulation ;
6. manque de remords et de culpabilité ;
7. étroitesse émotionnelle ;
8. manque d'empathie ;
9. tendance au parasitisme ;
10. mauvais contrôle comportemental ;
11. promiscuité du comportement sexuel ;
12. problèmes précoces de comportement ;
13. manque de buts à long terme ;
14. impulsivité ;
15. irresponsabilité ;
16. incapacité à accepter la responsabilité de ses propres actes ;
17. brèves et multiples relations conjugales ;
18. délinquance juvénile ;
19. révocation de libération conditionnelle ;
20. multiplicité des types de délits commis par le sujet.

Ces items se regrouperaient en deux facteurs, l'un décrivant les caractéristiques affectives et interpersonnelles du sujet, le second reflétant le style de vie et les comportements impulsifs, antisociaux et instables [78, 79]. Chaque item est évalué par un score variant de 0 à 2 : 0 indique que l'item ne s'applique pas au sujet, 1 qu'il s'applique dans une certaine mesure ou dans un sens limité, 2 qu'il s'applique entièrement. Le score maximal total est de 40, et quoique le diagnostic de psychopathie défini selon la PCL-R ne puisse s'évaluer de façon dichotomique, on considère généralement qu'un *cut-off* (point de coupure) est fixé pour un score de 30 (au-delà de 30, le sujet évalué est considéré comme psychopathe) ; mais dans ce cas la concordance avec le diagnostic de personnalité antisociale selon les critères DSM-III-R n'est pas satisfaisante [77]. Si la PCL-R n'a pas été développée initialement comme un instrument prédictif, on sait cependant combien les corrélations sont nombreuses avec la propension à la récidive criminelle (vols, violences, violences sexuelles dans certains cas... mais pas homicide) et bien souvent, par approximation, le score à la PCL-R est utilisé comme échelle de risque de violence, avec du reste des résultats très satisfaisants [70, 77, 80], y compris chez des délinquants malades mentaux [76, 81]. Comme les autres instruments actuariels, la PCL-R utilise des « items-traites », stables et non variables dans le temps, ce qui lui confère une bonne valeur prédictive à l'échelle de la vie entière mais guère à court terme (risque imminent), et ce qui ne lui permet pas de mesurer d'éventuels changements sous traitement.

Un exemple typique d'évaluation actuarielle « pure » est représenté par le Violence Risk Appraisal Guide (VRAG [82]). Élaboré à partir d'un échantillon d'hommes admis dans un établissement pénitentiaire de haute sécurité, le VRAG est constitué d'une douzaine d'items historiques (les plus nombreux) ou diagnostiques, sélectionnés rétrospectivement pour leur valeur prédictive quant à la récurrence de comportements violents. Le score total calculé à partir d'une pondération positive ou négative des différents items (au sein desquels le score PCL-R est une donnée prépondérante) aboutit à l'attribution d'un risque de violence, entre 0 et 100 %, sur une période à venir de 10 ans. Exclusivement « actuariel », le VRAG ne s'embarrasse d'aucune donnée qui ne soit prédéfinie ni d'aucun élément du contexte, et notamment pas de la prise en compte des stratégies de gestion du risque mises en place.

Les items cliniques ou anamnestiques du VRAG sont les suivants :

- score de psychopathie à la PCL-R ;
- problèmes scolaires pendant la période élémentaire ;
- trouble de personnalité ;
- âge au moment du délit ;
- séparation de l'un ou l'autre des parents avant l'âge de 16 ans ;
- manquement antérieur à une libération sur parole (échec d'une période probatoire) ;
- histoire de délits non violents ;
- célibat (n'a jamais été marié) ;
- schizophrénie ;
- blessure sérieuse infligée à la victime (délit actuel) ;
- histoire d'abus d'alcool ;
- victime actuelle de sexe féminin.

Ainsi que nous l'avons suggéré plus haut, aussi convaincante que soit sa validation théorique, les limites d'un tel instrument sont nombreuses : le sujet évalué provient-il d'une population comparable à l'échantillon ayant permis la validation ? En principe, il n'est pas possible de généraliser à la population générale des données issues d'un échantillon particulier, et encore moins de les appliquer à une population spécifique mais différente de l'échantillon d'origine. L'utilisation qui est faite par l'évaluateur actuel est-elle conforme à celle proposée par les concepteurs de l'instrument ? On a vu aussi que le contexte (celui des faits passés, celui à venir) n'était pas pris en compte par le VRAG (même si la pertinence de cette position a été remise en question [83, 84]), lequel en outre n'apporte aucun élément explicatif aux comportements étudiés.

Une autre approche actuarielle est signalée par Norko et Baranoski [3], celle du MacArthur Study Group : le but était d'incorporer autant de variables que possible dans un instrument d'évaluation du risque tendant à l'exhaustivité (Iterative Classification Tree, ICT [59, 60, 85]), à partir de 134 facteurs de risque relevés dans la littérature et étudiés dans un échantillon de 939 patients. Dans une version ultérieure, l'instrument a été réduit à 106 items généralement disponibles en pratique clinique et répartis en quatre catégories : personnelle, historique, contextuelle et clinique ; 72,6 % des sujets ont ainsi pu être catégorisés selon leur risque faible ou élevé. L'analyse empirique a démontré que les éléments les plus informatifs étaient par ordre décroissant : dimension psychopathique, problèmes judiciaires antérieurs, abus de substances, colère, puis usage de drogues et problèmes judiciaires... chez le père. Fait remarquable, les autres variables cliniques n'ont pas montré de corrélation avec le risque de violence, et les variables « dynamiques » (c'est-à-dire susceptibles de se modifier avec l'évolution) n'ont pas non plus montré empiriquement d'utilité pour la catégorisation des sujets

concernés. L'ICT, malgré son recueil de données très exhaustif, semble donc être un instrument aussi « statique » que les autres instruments actuariels.

Gravier, citant Weiss et al. [1, 86], met en garde contre l'utilisation parfois abusive de ces instruments et la lecture trompeuse de leurs résultats. Sa réflexion, née de sa pratique expertale, s'applique aussi à la démarche thérapeutique. Ainsi, il ne faut jamais perdre de vue que le score chiffré qui peut être donné pour résumer l'ensemble des variables prises en compte n'est rien de plus qu'une probabilité statistique dont le calcul pourrait être, « une fois rassemblées les données [...], confié à un employé de bureau » [15], et en aucun cas une « prédictibilité singulière ». La dangerosité est une caractéristique moins figée que ne le laisse croire une lecture purement « actuarielle », ou biographique, du parcours des sujets évalués, et son évaluation vraiment rigoureuse devrait prendre en compte toutes les fluctuations de l'état mental, tous les facteurs environnementaux (fragilisants ou protecteurs), toutes les interventions thérapeutiques susceptibles de modifier la réactivité et les comportements... et toutes les données imprévisibles du contexte ! En situation d'expertise, rappelle Gravier, l'utilisation des instruments d'évaluation ne saurait se substituer à une mise en perspective clinique globale. Celle-ci doit pourtant se garder de deux écueils : l'obnubilation sur les violences passées, argumentée par leur indiscutable valeur statistique mais figeant le pronostic une fois pour toutes ; ou au contraire ce que Gravier appelle les « points aveugles de l'évaluation ».

Du reste, en France, ces méthodes restent rares, en pratique courante et même expertale. Les réticences s'expliquent entre autres par le risque ressenti par les cliniciens de catégoriser les patients en « dangereux » ou « non dangereux » en fonction d'un score seuil qui resterait encore à définir. En fait, on s'accorde à dire que l'utilisation de ces échelles doit être faite à la lumière de l'évaluation clinique, et que la divulgation d'un score chiffré isolé n'est pas acceptable, fût-ce d'expert à magistrat. Mais cette autre « exception française » ne devrait pas durer, compte tenu de l'évolution sociopolitique en cours (ainsi la loi relative à la rétention de sûreté de février 2008 requiert-elle en fin de peine d'emprisonnement deux expertises psychiatriques et une observation pluridisciplinaire prolongée de 6 semaines en centre national d'observation). L'utilisation des méthodes actuarielles devrait devenir « incontournable », quitte à réserver l'exploitation de leurs résultats aux équipes cliniques impliquées. Une alternative serait de déléguer entièrement son utilisation à un nouveau corps de métier, celui des criminologues ; mais cela serait contraire à la tradition française, selon laquelle psychiatres et psychologues cliniciens ont toujours été intimement associés au développement de la criminologie clinique. À charge pour eux d'accepter de se soumettre à des formations complémentaires de criminologie pour aboutir au développement d'une psychocriminologie au plus près de la clinique [87].

### **Méthode clinique semi-structurée : en pratique**

Un exemple d'instrument clinique d'évaluation du risque est constitué par le Historical Clinical Risk Management 20 Item Scale (HCR-20 [88]). Son élaboration emprunte certes aux méthodes actuarielles (sélection de 20 facteurs pertinents parce que statistiquement associés à un risque de violence, dans trois rubriques : données historiques, données cliniques actuelles, données prospectives telles que mesures envisagées ou adaptation prévisible du sujet). Cependant, l'utilisation qui en est faite est bel et bien clinique, puisque c'est le cotateur qui choisit sa propre méthode de pondération avant d'émettre un jugement catégoriel (risque bas, modéré, élevé).

Les données recueillies de façon systématique dans le HCR-20 sont les suivantes.

- Données historiques (le passé) : on remarquera que ces données sont pour certaines d'entre elles assez similaires à celles recueillies dans un instrument purement actuariel comme le VRAG, mais aussi qu'il s'agit de données évolutives et non de type purement sociodémographique, inscrites une fois pour toutes dans le « patrimoine » du sujet évalué :

H1. antécédents de violence : c'est évidemment le facteur le plus documenté, et le plus indiscutable. Il s'agit ici de considérer toutes les formes de violence antérieure et en cours, en tenant compte de leur fréquence et de leur gravité ;

H2. jeune âge lors du premier acte de violence : il s'agit d'un facteur pronostique de récurrence ; par convention on distingue trois classes d'âge (avant 20 ans, entre 20 et 40 ans, après 40 ans) ;

H3. instabilité relationnelle : il s'agit ici d'évaluer la (l'in-) capacité à initier et à maintenir des relations intimes et/ou sociales stables dans le temps ; on tiendra compte a contrario d'une multiplication de relations brèves ou de conflits émaillant des relations plus longues, et bien sûr d'un isolement social et affectif ;

H4. problèmes d'emploi : chômage, bas revenus, instabilité professionnelle, licenciements ou démissions à répétition sont autant de facteurs associés à un risque de violence et pris en compte dans la cotation de cet item ;

H5. toxicomanie, abus de substances : un autre facteur pronostique majeur, plus important en soi que l'existence d'autres troubles psychiques. On cote ici tous les abus de substances, y compris alcool et médicaments, et en tenant compte des répercussions sanitaires, sociales et judiciaires de ces abus ;

H6. trouble mental majeur : on ne revient pas sur les relations longtemps débattues et pourtant peu discutables entre maladie mentale et risque de violence (voir le chapitre 4). Il s'agit de coter ici les antécédents diagnostiques de trouble dit majeur (troubles de l'humeur, troubles psychotiques et non troubles anxieux ou névrotiques), sans tenir compte de l'état actuel ;

H7. psychopathie telle qu'évaluée par le score PCL-R : il s'agit en fait de coter un score de psychopathie (score PCL-R ou PCL-SV, en contexte pénal ou psychiatrique), avec son lot d'impulsivité, de récurrences délictuelles, de cruauté, d'absence de remords ou de sentiment de culpabilité ;

H8. victimisation et inadaptation dans l'enfance (avant l'âge de 17 ans) : il convient de coter ici en fonction de l'étendue des domaines (scolaire, familial, social) dans lesquels le sujet a commis des violences, ou en a été victime ou simple spectateur ;

H9. trouble de personnalité : les dimensions de colère, d'impulsivité, d'hostilité, rencontrées notamment dans les personnalités limites et antisociales, sont évidemment des facteurs de risque. On cote ici les diagnostics de troubles de personnalité établis selon les classifications internationales, avec possibilité de score intermédiaire pour les cas où de simples traits de personnalité pathologique sont mis en évidence, sans tableau complet ;

H10. échec d'une probation antérieure : on évalue ici la capacité à modifier son comportement à la faveur d'une période probatoire (sursis, mise à l'épreuve) et à respecter les modalités de celle-ci.

- Données cliniques actuelles (le présent) :

C1. absence d'introspection ;

C2. attitudes négatives (antisociales) ;

C3. phase aiguë symptomatique d'un trouble psychique majeur ;

C4. impulsivité ;

C5. absence d'adhésion au traitement ou traitement inefficace.

- Gestion du risque (le futur) :

R1. plans irréalisables projetés par l'individu ;

R2. exposition prévisible à des facteurs déstabilisants (victimes, substances) ;

R3. absence ou refus de soutien personnel ;

R4. compliance improbable vis-à-vis des mesures probatoires ou curatives envisagées ;

R5. probabilité de stress non spécifiques.

Chaque item est coté de 0 (pas d'information indiquant la présence du facteur de risque) à 2 (présence claire de ce facteur de risque), et le score total peut être calculé entre 0 et 40. Toutefois, en dehors d'un contexte de recherche, il n'est pas conseillé par les auteurs de recourir ensuite à la sommation des items pour aboutir à un score total puis à un « seuil » chiffré, mais plutôt d'émettre un « jugement clinique structuré » tenant compte du nombre de facteurs de risque recensés, de leur combinaison et de leur rapport avec l'acte que l'on cherche à prévenir. Selon qu'il sera conclu à un risque faible, modéré ou élevé, des mesures préventives plus ou moins interventionnistes peuvent être proposées. On comprend que selon le contexte, la nature de ces mesures diffère totalement. Dans le domaine pénal, c'est avant tout en contexte d'expertise qu'une telle évaluation peut être utile, en structurant le recueil des informations nécessaires et la rédaction des conclusions. Au cours d'une incarcération, elle peut aussi permettre de réaliser une évaluation longitudinale, et plus tard d'argumenter une adaptation du régime (libération, assouplissement, peut-être un jour... rétention de sûreté ?). Dans le domaine médical, le but est évidemment l'évaluation du risque de violence à venir, pendant un séjour hospitalier ou à l'issue de celui-ci ; dans ce cas précis, les items « cliniques actuels » auraient plus de valeur que les items « historiques » [89].

La valeur prédictive de cet instrument, surtout à court et moyen terme, s'est avérée satisfaisante, chez les patients ambulatoires et chez ceux aux antécédents de violence [89-94]. En fait, le HCR-20 sert surtout à faciliter et systématiser le recueil de données cliniques. Du reste, il a été démontré [92] que le jugement clinique structuré par le HCR-20 avait une meilleure qualité prédictive que les scores HCR utilisés seuls dans une perspective purement actuarielle. On le conçoit facilement : laissant une grande part au jugement clinique, l'utilisation du HCR requiert une formation approfondie et une solide expérience de l'évaluateur. Son utilisation peut être répétée, les items cliniques et prospectifs étant sensibles au changement, ce qui permet de moduler l'évaluation du risque en fonction de l'évolution [70, 73] et ainsi d'optimiser d'éventuelles mesures préventives : mesures psychosociales et action sur les stressors environnementaux qui peuvent aller jusqu'à des mesures de sûreté ou d'interdiction, protection des victimes désignées, intervention thérapeutique quand il y a lieu. En contexte carcéral comme en contexte psychiatrique, il est acquis que les items « cliniques » et surtout les items « historiques » sont fortement corrélés avec les antécédents de violence : c'est un peu tautologique ! Mais il semble que leur valeur prédictive de récurrence soit également satisfaisante, et c'est là ce qu'on en attend en premier lieu.

Un autre exemple d'instrument clinique semi-structuré considéré comme intéressant par l'équipe de Senon [9] est l'Instrument de mesure des progrès cliniques (IMPC [95]), développé par une équipe particulièrement impliquée dans l'évaluation et la prise en charge de la dangerosité, celle de l'Institut Pinel à Montréal. Comme son nom l'indique, cet instrument est avant tout destiné à mesurer l'évolution des comportements violents (chez des patients psychotiques – et pour l'instant cette échelle n'a été validée que dans ce type de population), au fil de la prise en charge. Chaque item est résumé par un score entre 1 (pas d'acceptation du traitement) et 5 (accepte totalement le traitement). Les items pris en compte sont les suivants : état mental et manifestation de symptômes psychotiques, gestion et contrôle de la colère et de l'impulsivité, prise en compte de l'autre (empathie), reconnaissance de la violence, reconnaissance de la maladie mentale, connaissance des symptômes de la maladie, observance pharmacologique, alliance thérapeutique et capacité à demander de l'aide, adhésion au code de vie

de l'unité de traitement, hygiène et capacités de socialisation. On obtient alors, au moyen d'évaluations répétées mensuellement par divers intervenants, une estimation de l'évolution du patient sur chaque critère considéré isolément, et une grille de lecture concernant les objectifs thérapeutiques à considérer comme prioritaires. Le patient doit être associé à la réflexion portant sur les moyens à mettre en œuvre.

## **Autres instruments**

Millaud et al., Bénézech et al., Senon et al. [10, 15, 87] citent d'autres instruments d'évaluation moins utilisés, mais qui peuvent intéresser certaines populations spécifiques. Nous retenons les suivants :

- le Short-Term Assessment Risk and Treatability (START [96]) permet de prendre en compte les facteurs de protection. Il est présenté par ses auteurs comme un complément au HCR-20, plus intégré à la clinique et nécessairement plus complexe ;
- le Sexual Violence Risk (SVR-20 [97]) est destiné à l'évaluation des délinquants sexuels, comme le Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG [82]) ;
- il n'existe pas selon Millaud et al. [15] d'instruments spécifiquement destinés à l'évaluation des femmes ;
- alors que le Structured Assessment of Violent Risk in Youth (SAVRY [98]) est spécifiquement adapté à l'évaluation des mineurs.

Millaud et al. [15] retiennent également parmi les instruments pouvant contribuer à l'évaluation de la dangerosité des outils en fait initialement destinés à un tout autre usage, d'aide au diagnostic surtout, et dont certains sont bien connus :

- le Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI, voir [99] pour la traduction française de la version 2) permet aussi d'identifier des profils à risque de passage à l'acte – c'est en tout cas une utilisation qui en est faite parfois. En fait, le passage à l'acte est considéré comme plus ou moins vraisemblable selon les scores obtenus aux différentes échelles (scores élevés aux échelles de paranoïa, de psychopathie ou de manie, score bas à l'échelle d'introversion sociale) ;
- le Millon (ou plutôt les Millon dans leurs différentes versions [100]) permet également de repérer des combinaisons à risque, par exemple celles comprenant des scores élevés aux échelles narcissique, antisociale, sadique, borderline, paranoïde et celles relatives au trouble bipolaire et à la dépendance à l'alcool ou à d'autres substances ;
- le Rorschach [101] peut également permettre la mise en évidence des dimensions de narcissisme ou de sadisme, mais aussi des profils caractérisés par le peu d'anxiété et la pauvreté des capacités d'attachement que Millaud retient comme particulièrement susceptibles de passer à l'acte. Il cite en outre les organisations de personnalité s'orientant autour de défenses primitives (clivage, déni massif, identification projective, omnipotence).

## **Au total**

Au total, de ces différentes méthodes, on peut retenir les avantages et inconvénients énumérés au tableau 3.1 [102].

**Tableau 3.1. Avantages et inconvénients des méthodes d'évaluation de la dangerosité.**

	Méthodes actuarielles	Évaluation (semi-) structurée	Entretien clinique
Transparence, reproductibilité	+++	++	+
Pertinence clinique	+	+++	++
Fiabilité	+ (non-prise en compte du contexte) + (généralisation délicate de la statistique vers l'individu)	+++ (exploration clinique systématisée)	++

D'après Senon [102].

## CAS PARTICULIER DE LA PRATIQUE EXPERTALE

Il serait difficile de traiter de l'évaluation de la dangerosité du seul point de vue du psychiatre traitant, il faut aussi se référer à la pratique expertale [103] (voir le chapitre 5). L'expertise pénale peut être ordonnée dans des circonstances très diverses, et à tout moment du processus judiciaire, par les juridictions d'instruction aussi bien que de jugement. Arrêtons-nous un instant sur les expertises ayant pour but l'évaluation de la dangerosité, ordonnées désormais notamment mais non exclusivement en phase prélibératoire.

### DIFFÉRENTES SITUATIONS D'EXPERTISE

– L'expertise psychiatrique présentencielle détermine l'existence éventuelle d'un trouble mental, et celle d'une abolition ou d'une altération du discernement qui serait en rapport, mais dans ce cas elle doit alors aussi se prononcer sur la dangerosité psychiatrique.

– L'examen médicopsychologique éclaire sur le profil de personnalité de l'auteur, et replace l'acte qui lui est reproché dans un parcours singulier, mais il n'est pas demandé explicitement de se prononcer sur la dangerosité.

– De plus en plus souvent, psychiatres et psychologues doivent se prononcer sur le risque de récidive et sur la dangerosité du sujet. Il ne s'agit plus alors de se cantonner à la seule évaluation de la dangerosité psychiatrique, celle en rapport avec l'évolution de la maladie mentale et de ses traitements, mais bel et bien de prendre en compte des données psychocriminologiques (facteurs sociaux, relationnels, éducatifs, environnementaux, rapport à la loi, reconnaissance des faits, capacité de prise en compte du point de vue de la victime). Les praticiens interrogés sont-ils plus compétents qu'un magistrat ou un autre professionnel pour apprécier ces données ? En l'absence de formation criminologique spécifique, rien n'est moins sûr. Mais tout se passe comme si tout comportement humain était laissé à l'appréciation du « psy », dans un renoncement flou de la part de l'institution judiciaire qui pourrait pourtant estimer être au moins aussi autorisée qu'une autre à se prononcer sur un tel sujet.

Manzanera et Senon [103] distinguent ainsi trois niveaux d'expertise :

- niveau 1, analyse psychiatrique dans ses missions « cardinales » ;
- niveau 2, analyse psychopathologique du passage à l'acte ;

– niveau 3, analyse psychocriminologique censée évaluer la dangerosité et le risque de récidive, à partir de données multidisciplinaires : psychiatriques, mais aussi psychologiques, sociologiques ou éducatives. En France, à l’heure actuelle, tous les experts ne s’estiment pas compétents pour effectuer ce type de travail.

Il faut citer encore les expertises sollicitées dans le cadre de la loi du 17 juin 1998, qui doivent déterminer si un délinquant sexuel peut bénéficier d’un suivi sociojudiciaire avec injonction de soins. Le rôle du médecin coordonnateur prévu par cette même loi est aussi d’évaluer de façon longitudinale l’investissement du délinquant dans le processus de soins mis en place. Indirectement, il est ainsi question, sinon de dangerosité proprement dite, en tout cas d’évaluer les facteurs de protection mis en place face au risque de récidive.

Enfin, en matière d’expertise, il faut mentionner les effets inattendus qu’aura eus l’introduction de la notion d’altération du discernement dans le nouveau code pénal en 1994 (alinéa 2 de l’article 122.1) : il s’avère que le fait d’être porteur d’un « trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré [le] discernement ou entravé le contrôle [des] actes » est généralement considéré, et notamment en cour d’assises, comme un facteur prédictif d’inamendable dangerosité ; il aboutit en tout cas le plus souvent à une majoration de la peine.

## ENJEUX DE L’ÉVALUATION DANS LE CADRE DE L’EXPERTISE

Bénézech et al. [10] soulignent les limites de l’expertise psychiatrique en matière d’appréciation de la dangerosité et de la stratégie thérapeutique (liées à la durée et au moment d’un examen en général unique, à l’impossibilité d’obtenir des informations de l’entourage ou du médecin traitant, et bien sûr à l’orientation donnée à l’entretien par le sujet examiné, que ce soit dans le sens de la dissimulation ou dans celui de la simulation). Bénézech [104] parle même de « faillite » à propos de l’expertise et préconise la création dans chaque région de centres pluridisciplinaires d’évaluation et d’expertise criminologiques pour les personnes ayant commis des infractions graves, complexes ou répétitives. Il insiste aussi sur la nécessité d’une stratégie nationale pour la gestion des criminels. Il rappelle toutefois qu’en aucun cas la prédiction émise ne doit être comprise comme une certitude : le comportement humain, soumis à des impondérables liés à l’état du sujet comme aux circonstances extérieures, souvent aléatoires, ne peut être superposable à ce qu’en laisseraient penser les calculs de probabilité statistique.

En 2005, le rapport Burgelin [105], reprenant un discours déjà répandu, plaide pour une meilleure formation en psychiatrie médicolégale et pour la mise en œuvre de stratégies plus efficaces d’évaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique et de ses facteurs, à travers le développement de la psychocriminologie et la mise en place de centres régionaux d’observation. Un an plus tard, le rapport Garraud [106], repris par la garde des Sceaux, insiste sur la nécessité du développement d’une activité de recherche dans le domaine de l’évaluation de la dangerosité, tout en maintenant le distinguo entre dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique. En 2008, le rapport Lamanda souligne aussi la nécessité de la création d’un enseignement de criminologie en France [107].

Manzanera et Senon [103] rappellent les leçons tirées de l’audition publique sur l’expertise psychiatrique pénale des 25 et 26 janvier 2007 [108, 109] : celle-ci recommande de recentrer les missions de l’expertise psychiatrique sur ses objectifs cardinaux

(diagnostique surtout), au détriment donc des missions d'évaluation de la dangerosité trop souvent ordonnées dorénavant. Elle souligne en outre la grande difficulté d'une telle évaluation, et recommande, en cas d'utilisation d'une échelle standardisée, de confronter systématiquement le résultat de celle-ci aux données de l'examen clinique « classique ». Au passage, elle propose le maintien de la distinction entre dangerosité psychiatrique (« manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale ») et dangerosité criminologique (qui prend en compte « l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte »).

Senon et al. [87] citent un discours récent de la garde des Sceaux exigeant des experts psychiatres qu'ils répondent à leur « mission médico-légale [d'évaluation de la dangerosité criminologique] » : voilà les psychiatres dans une situation paradoxale, soumis à obligation de résultat dans leur rôle de médecin traitant lorsqu'ils participent à l'accompagnement socio-médico-psychologique des délinquants comme dans leur rôle d'expert lorsqu'ils apprécient le potentiel de dangerosité ou de récidence des mêmes sujets, dont tout le monde du reste s'accorde à dire que « la psychiatrie ne les reconnaît pas comme des malades mentaux » [110], et qui pourtant relèvent de plus en plus souvent d'une obligation de soins !

## ÉVALUATION INDIVIDUELLE, ÉVALUATION PROBABILISTE

Senon et al. [87] soulignent que la tendance actuelle des stratégies pénologiques dans nos sociétés est de se désintéresser du niveau individuel (éducatif, moral ou clinique) pouvant expliquer les actes délictueux, pour se recentrer sur la gestion du niveau de risque de récidence : cette gestion passe par une approche actuarielle, probabiliste appliquée à un groupe et non plus à un individu. On a vu plus haut la défaillance des experts psychiatres et psychologues dans la mission qui leur avait été assignée de prédire la dangerosité au niveau individuel : Monahan l'avait démontrée dès 1981 [57] ; il citait le chiffre d'un tiers seulement pour ce qui concerne la fiabilité de telles expertises, et dénonçait une tendance à la surévaluation systématique aboutissant à des rétentions injustifiées. Plus fiables et plus indiscutables semblent les travaux de recherche autour des calculs probabilistes et des distributions statistiques appliqués à des populations spécifiques. Dans la plupart des pays anglo-saxons d'abord, ailleurs en Europe ensuite, l'expertise psychologique d'évaluation individuelle de la dangerosité a ainsi été délaissée au profit de l'évaluation probabiliste du risque de violence. Conséquent, la criminologie passe ainsi du concept d'individu dangereux à celui d'individu à risque. La dangerosité devient ainsi moins intrinsèquement liée à l'individu et à sa psychopathologie qu'à une subtile interaction entre les conduites passées, l'état actuel et la capacité prévisible de contrôle. Paradoxalement à nos yeux, et même abusivement, c'est ainsi une nouvelle entité clinique qui a alors été introduite en Grande-Bretagne : les Dangerous and Severe Personality Disorders (DSPD [111]), définis essentiellement par leur profil statistique.

## CONCLUSION

Les connaissances épidémiologiques sont considérables en termes de facteurs de risque. Mais en quoi ces connaissances peuvent-elles utilement s'appliquer à des situations individuelles ? La réponse est d'autant plus difficile que les recherches

concernant les relations unissant facteurs cliniques et violence n'ont pas toujours donné des résultats très concordants – la question des abus de substances mise à part, ce dernier facteur étant universellement identifié, seul ou en comorbidité, comme très fortement associé avec les conduites agressives, et méritant tous les efforts de prévention dans ce domaine. Les autres variables cliniques ne contribuent que modérément à l'identification de la dangerosité, moins en tout cas que bon nombre de variables « générales » : en effet l'âge (jeune), le sexe (masculin), le statut socioéconomique (bas) ou bien encore la qualité de l'environnement (voisinage défavorisé) sont des indicateurs bien plus sûrs en matière de dangerosité. Ces variables générales, en outre, par l'ampleur de leur relation statistique avec les comportements antisociaux, peuvent masquer l'effet éventuel des éléments cliniques que les analyses épidémiologiques pourraient chercher à mettre en évidence. Par ailleurs, la forte valeur prédictive, dans les méthodes actuarielles, des facteurs « historiques », peu susceptibles d'évolution, risque de figer une fois pour toutes le patient évalué dans son statut « dangereux », laissant peu de champ à ses thérapeutes pour modifier cette image, quels que soient les efforts déployés en vue de sa prise en charge. L'évaluation du risque, si l'on se place en position soignante et non sécuritaire, devrait servir aussi à constamment remettre en question les stratégies mises en œuvre pour améliorer l'état clinique et la situation socioenvironnementale de nos patients [112, 113].

Le choix de la méthode d'évaluation dépend donc certes de la position théorique de l'évaluateur, mais aussi du type de population étudiée, des ressources et du contexte (clinique, carcéral...), du milieu dans lequel on travaille, de l'objectif de l'évaluation ou du mandat prescrit à l'évaluateur... Il faut comprendre que la méthode retenue en vue de l'évaluation du risque de violence, intuitive ou standardisée, s'appuie nécessairement sur l'existence de facteurs de risque statistiques, qui au niveau individuel n'ont pas le même sens qu'au niveau de la population dans laquelle ils ont été mis en évidence. Nécessairement pluridisciplinaire, l'évaluation de la dangerosité aboutit à celle d'un risque et non à une prédiction. Sa mise en œuvre est réservée à des professionnels entraînés et expérimentés. Une évaluation aveuglément basée sur l'existence ou l'absence de tels facteurs de risque anamnestiques aboutit inmanquablement à une erreur soit par excès, soit par défaut, par méconnaissance du contexte (fragilisant ou au contraire protecteur) et des mesures prises (par le sujet lui-même ou par son entourage). La gestion du risque telle qu'elle est projetée à l'échelon individuel, en tenant compte de l'état et de la situation du sujet, ainsi que des possibilités locales, ne peut être intégrée à aucun instrument standardisé.

Pour autant, la formalisation des méthodes d'évaluation de la dangerosité n'a certainement rien de superflu : plus transparentes, plus facilement reproductibles, les évaluations structurées permettent d'améliorer en la systématisant la méthode clinique « intuitive » pratiquée au quotidien. Elles confèrent plus de légitimité au jugement clinique et facilitent le dialogue et la confrontation entre différents intervenants (cliniciens et thérapeutes, experts, magistrats)... à condition d'être expliquées : le risque serait de résumer la situation d'un individu à l'attribution d'un score ou d'un pourcentage. Si des chiffres sont communiqués, au magistrat par exemple, ils doivent l'être avec force explications et réserves.

Certains estiment qu'en France, l'évaluation de la dangerosité, trop souvent réalisée à partir d'un entretien libre réputé subjectif, n'est pas fiable. Les pays anglosaxons, tout particulièrement le Canada, sont à l'inverse souvent cités en exemple pour la protocolisation de l'évaluation pratiquée dans ce domaine : ce sont dans ces pays de véritables échelles « scientifiquement validées » qui sont utilisées, aboutis-

sant à une évaluation rigoureuse, parfois chiffrée, de la dangerosité. Ces instruments de mesure en outre sont là-bas utilisés par des professionnels spécialisés, dans un environnement pluridisciplinaire également spécialisé : du reste, pourquoi de telles unités n'existent-elles pas en France, s'interrogent Bénézech et al. [114] ? Selon ces auteurs, leur création permettrait de se passer de expertises mentales telles qu'elles sont actuellement réalisées, et réputées insuffisantes : de véritables évaluations criminologiques, appréciant le risque de récidive, seraient alors confiées à des psychologues spécialement formés.

Plusieurs stratégies de gestion du risque ont été formalisées et proposées pour réduire celui-ci [73, 113]. Elles ont en commun de ne pas négliger les données fournies par les évaluations actuarielles, mais d'y ajouter une évaluation fine des facteurs sociaux, environnementaux et cliniques fragilisants d'une part et protecteurs d'autre part, propres à chaque sujet, afin d'agir sur ces facteurs – si tant est que nous maîtrisons vraiment les influences réciproques entre tous ces éléments [63]. Norko & Branoski, citant Freedman [3, 115], soulignent le biais commun à toutes les tentatives d'évaluation standardisée de la dangerosité : le taux élevé de faux-positifs, qui s'explique, il faut le rappeler, par un taux de base de violence faible dans nos sociétés, et par la contribution encore plus faible des variables cliniques à cette violence. Dans les échantillons cliniques, même dans ceux identifiés comme à risque, le nombre de « non-violents » surpasse celui des « violents ». Tandis que dans les populations médico-légales, les variables anamnestiques, « historiques », sont définitivement rivées aux sujets examinés. L'évaluation du risque qui se fonde sur ces seuls éléments, les seuls fiables il est vrai, aboutit à nier toute possibilité d'évolution favorable. Le clinicien qui doit rester optimiste pour pouvoir continuer d'accomplir sa mission, sans banaliser les risques liés à la maladie qu'il traite, doit garder cela en tête lorsqu'il se documente sur l'évaluation de la dangerosité. Quant à l'expert, il ne peut pas non plus oublier qu'en matière de prédictivité... il doit montrer la plus grande modestie.

Et l'on peut retenir enfin qu'en l'état actuel des connaissances, l'évaluation de la dangerosité n'est pas assez fiable pour en faire dépendre la liberté de quelqu'un [116].

## Références

- 1 Gravier B. Comment évaluer la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique et quelles sont les difficultés et les pièges de cette évaluation ? In : Expertise psychiatrique pénale : audition publique, 25 et 26 janvier 2007, organisée par la FFP, Fédération française de psychiatrie. John Libbey, Paris, 2007.
- 2 Gravier B. De la perception de la dangerosité à l'évaluation du risque de violence. In : Psycho-criminologie : clinique, expertise, prise en charge. Dunod, Paris, 2008, p. 51-64.
- 3 Norko MA, Baranoski MV. The state of contemporary risk assessment research. *Can J Psychiatry* 2005, 50 : 18-26.
- 4 Paterson B, Claughan P, McComish S. New evidence or changing population ? Reviewing the evidence of a link between mental illness and violence. *Int J Ment Health Nurs* 2004, 13 : 39-52.
- 5 Elbogen EB, Mercado CC, Scalora MJ, Tomkins MJ. Perceived relevance of factors for violent risk assessment : a survey of clinicians. *Int J Forensic Mental Health* 2002, 1 : 37-47.
- 6 Elbogen EB, Huss MT, Tomkins AJ, Scalora MJ. Clinical decision-making about psychopathy and violence risk assessment in public sector mental health settings. *Psychological Services* 2005, 2 : 133-41.
- 7 Odeh MS, Zeiss RA, Huss MT. Cues they use : clinicians' endorsement of risk cues in predictions of dangerousness. *Behav Sci Law* 2006, 24 : 147-56.

- 8 Reid WH. Risk assessment, prediction and foreseeability. *J Psychiatric Practice* 2003, 9 : 82-6.
- 9 Voyer M, Senon JL, Paillard C, Jaafari N. Dangérosité psychiatrique et prédictivité. *Information Psychiatrique* 2009, 85 : 745-52.
- 10 Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois ML. Criminologie et psychiatrie. *Encycl Méd Chir (Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie, 37-906-A-10, 2002, 15p.*
- 11 Bénézech M. Dépression et crime : revue de la littérature et observations originales. *Ann Med Psychol* 1991, 149 : 150-65.
- 12 Elliott FA. Violence. The neurologic contribution : an overview. *Arch Neurol* 1992, 49 : 595-603.
- 13 Hanson RK, Bussiere MT. Predicting relapse : a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *J Consult Clin Psychol* 1998, 66 : 348-62.
- 14 Guelfi JD. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. *Med Pierre Fabre, Paris, 1997.*
- 15 Millaud F, Poulin B, Lusignan R, Marleau JD. Outils d'évaluation en psychocriminologie. *Esquisse critique. In : Psycho-criminologie : clinique, expertise, prise en charge. Dunod, Paris, 2008, p. 124-32.*
- 16 Cloutier J. L'utilisation du MMPI-2 en version française pour le Canada. *Revue Québécoise de Psychologie* 2004, 26 : 167-82.
- 17 Spielberger CD, Westberry L, Barker L, Russel S, Silva de Crane R, Ozer AK. Preliminary manual for the State-Trait Anger Scale. Center for Research in Community Psychology, College of Social and Behavioural Science, University of South Florida, Tampa, 1980.
- 18 Spielberger CD, Johnson EH, Russel SF, Crane RJ, Jacobs GA, Worden TJ. The experience and expression of anger : construction and validation of an anger expression scale. In : *Anger and hostility in cardiovascular and behavioural disorders. Chesney et Rosenman, New York, 1985, p. 5-30.*
- 19 European Rating Aggression Group (ERAG). Social dysfunction and aggression scale (SDAS-21) in generalized aggression and in aggressive attacks : a validity and reliability study. *Int J Meth Psychiatr Res* 1992, 2 : 15-29.
- 20 Hollander E, Stein D. *Impulsivity and aggression. John Wiley & Sons, Chichester, 1995.*
- 21 Ban TA, Guy W. *The manual for the assessment and documentation of psychopathology (AMDP system). Ban & Guy Springer, Berlin, 1982.*
- 22 Pietzcker A, Gebhardt R, Strauss A, Stoeckel M, Langer C, Freudenthal K. The syndrome scales in the AMDP system. In : *The AMDP system in pharmacopsychiatry. Bobon & Baumann, Karger, Basel, 1983, p. 88-99.*
- 23 Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports* 1962, 10 : 799-812.
- 24 Andersen J, Larsen JK, Schultz V, Nielsen BM, Korner A, Bhenke K, Munk-Andersen E, Butler B, Allerup P, Bech P. The Brief Psychiatric Rating Scale. Dimension of schizophrenia : Reliability and construct validity. *Psychopathology* 1989, 22 : 168-76.
- 25 Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987, 13 : 261-276.
- 26 Andreasen NC. *Scale for the assessment of positive symptoms (SAPS). Iowa City, IA, University of Iowa, 1984.*
- 27 Bech P, Bolwig TG, Kramp P, Rafaelsen OJ. The Bech-Rafaelsen Mania Scale and the Hamilton Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1979, 59 : 420-30.
- 28 Guy W. *Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual for Psychopharmacology. National Institute for Mental Health, Rockville, 1976.*

- 29 Derogatis LR. SCL-90-R (revised) Version Manual I. Clinic Psychometrics Research Unit, John Hopkins University School of Medicine, 1977.
- 30 Verdoux H, Bourgeois M. A comparison of manic patient subgroups. *J Affect Disord* 1993, 27 : 267-72.
- 31 Bech P. Rating scales for affective disorders. Their validity and consistency. *Acta Psychiatr Scand* 1981, 64 (S295) : 1-101.
- 32 Bech P. Rating Scales for Psychopathology, Health Status and Quality of Life. A Compendium on Documentation in Accordance with DSM-III-R and WHO Systems. Springer, Berlin, 1993.
- 33 Eichelman B, Hartwig A. The Carolina Nosology of Destructive Behavior (CNDB). *J Neuropsychiatry* 1990, 2 : 288-96.
- 34 Honigfeld G, Klett CJ. Nurses' observation scale for inpatient improvement in chronic schizophrenia. *J Clin Psychol* 1965, 21 : 65-71.
- 35 Honigfeld G, Gillis RD, Klett CJ. NOSIE-30 : a treatment sensitive ward behavior scale. *Psychol Rep* 1966, 19 : 180-2.
- 36 Wing L. The MRC handicaps, behaviour skills (HBE) schedule. *Acta Psychiatr Scand* 1980, 62 (S285) : 241-7.
- 37 Lung J. Measuring behaviour disorder in mental handicap. *Br J Psychiatry* 1989, 155 : 379-83.
- 38 Holmes N, Shah A, Wing L. The Disability Assessment Schedule : a brief screening device for use with mentally retarded. *Psychol Med* 1982, 12 : 879-90.
- 39 Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry* 1986, 143 : 35-9.
- 40 Palmstierna T, Wistedt B. Staff observation aggression scale. SOAS : presentation and evaluation. *Acta Psychiatr Scand* 1987, 76 : 657-63.
- 41 Brizer DA, Convit A, Krakowski M, Volavka J. A rating scale for reporting violence on psychiatric wards. *Hosp Community Psychiatry* 1987, 38 (7) : 769-70.
- 42 Verlaeten M, Charles G, Machowski R, Deleu G, Wilmotte J. Une adaptation de l'échelle d'agressivité manifeste de Yudofsky sur une population de patients hospitalisés en unité de soins fermée. *Psychiatr Psychobiol* 1989, 4 : 227-33.
- 43 Ratey JJ, Gutheil CM. The measurement of aggressive behavior : reflections on the use of the Overt Aggression Scale and the Modified Overt Aggression Scale. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1991, 3 : S57-60.
- 44 Coccaro EF, Harvey PD, Kupsaw-Lawrence E, Herbert JL, Bernstein DP. Development of neuropharmacologically based behavioral assessments of impulsive aggressive behavior. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1991, 3 : S44-51.
- 45 Silver JM, Yudofsky SC. The Overt Aggression Scale : overview and guiding principles. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1991, 3 : S22-9.
- 46 Sorgi P, Ratey J, Knoedler DW, Market RJ, Reichman M. Rating aggressions in the clinical setting. A retrospective adaptation of the overt aggression scale : preliminary results. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1991, 3 suppl : 552-5.
- 47 Wistedt B, Rasmussen A, Pedersen L, Malm U, Traskman-Bendz L, Wakelin J, Bech P. The development of an observer-scale for measuring social dysfunction and aggression. *Pharmacopsychiatry* 1990, 23 : 249-52.
- 48 Patel V, Hope R. A rating scale for aggressive behaviour in the elderly. The RAGE. *Psychol Med* 1992 ; 22 : 211-21.
- 49 Cook WW, Medley DM. Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for the MMPI. *J Appl Psychol* 1954, 38 : 414-8.
- 50 Buss AH, Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. *J Consult* 1957, 21 : 343-9.

- 51 Buss AH, Perry M. Personality processes and individual differences ; the aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 1992, 63 : 452-9.
- 52 Caine TM, Foulds GA, Hope K. Manual of the Hostility and Direction of Hostility Questionnaire. University of London Press, London, 1967.
- 53 Philip AE. The development and use of the Hostility and Direction of Hostility Questionnaire. *J Psychosom Res* 1969, 13 : 283-7.
- 54 Miller RJ, Haffner RJ. HDHQ test properties for normal respondents. *Pers Individ Diff* 1989, 10 : 1311-8.
- 55 Tsiantis J, Blackburn JM, Lyketos GC. Changes in hostility of schizophrenic patients during treatment. *Br J Med Psychol* 1981, 54 : 251-8.
- 56 Price J, O'Kearney R. Changes in hostility during the course of hypomanic illness. *Br J Clin Psychol* 1982, 6 : 63-8.
- 57 Monahan J. Predicting violent behavior : an assessment of clinical techniques. Beverly Hills : Sage Library of Social Research, 1981.
- 58 Millaud F, Dubreucq JL. Évaluation de la dangerosité du malade psychotique. *Ann Med Psychol* 2005, 163 : 846-51.
- 59 Steadman HJ. From dangerousness to risk assessment of community violence : taking stock at the turn of the century. *Am Acad Psychiatry Law* 2000, 28 : 265-71.
- 60 Steadman HJ, Silver E, Monahan J, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, et al. A classification tree approach to the development of actuarial violence risk assessment tools. *Law Hum Behav* 2000, 24 : 83-100.
- 61 Lidz CW, Mulvey EP, Gardner W. The accuracy of predictions of violence to others. *JAMA* 1993, 269 : 1007-11.
- 62 Mossman D. Assessing predictions of violence : being accurate about accuracy. *J Consult Clin Psychol* 1994, 62 : 783-92.
- 63 Mulvey EP, Lidz CW. Clinical prediction of violence as a conditional judgment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998, 33 : S107-13.
- 64 McNeil DE, Binder RL. Clinical assessment of the risk of violence among psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1991, 148 : 1317-21.
- 65 McNeil DE, Binder RL. Screening for risk of inpatient violence : validation of an actuarial tool. *Law Hum Behav* 1994, 18 : 579-86.
- 66 Arango C, Barba AC, Gonzalez-Salvador T, Ordonez AC. Violence in inpatients with schizophrenia ; a prospective study. *Schizophr Bull* 1999, 25 : 493-503.
- 67 Hoptman MJ, Yates KF, Patalinjug MB, Wack RC, Convit A. Clinical prediction of assaultive behavior among male psychiatric patients at a maximum-security forensic facility. *Psychiatr Serv* 1999, 50 : 1461-6.
- 68 Haim R, Rabinowitz J, Lereya J, Fennig S. Predictions made by psychiatrists and psychiatric nurses of violence by patients. *Psychiatr Serv* 2002, 53 : 622-4.
- 69 Litwack TR. Actuarial versus clinical assessments of dangerousness. *Psychology, Public Policy, and Law*, 2001, 7 : 409-43.
- 70 Dolan M, Doyle M. Violence risk prediction. Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist. *Br J Psychiatry* 2000, 177 : 303-11.
- 71 Cocozza J, Steadman HJ. The failure of psychiatric predictions of dangerousness : clear and convincing evidence. *Rurgers Law Review* 1976, 29 : 1074-101.
- 72 Buchanan A. Risk and dangerousness. *Psychol Med* 1999 ; 29 : 465-73.
- 73 Dvoskin JA, Heilbrun K. Risk assessment and release decision-making : toward resolving the great debate. *J Am Acad Psychiatry Law* 2001, 29 : 6-10.
- 74 Hare RD. The Hare Psychopathy Checklist : Revised. Toronto, Ontario, Multi-Health System, Inc., 1991.

- 75 Cote G, Hodgins SD. L'échelle de psychopathie de Hare – révisée : éléments de la validation française. Toronto : Multi-Health Systems, 1996.
- 76 Pham TH. Évaluation psychométrique du questionnaire de la psychopathie de Hare auprès d'une population carcérale belge. *Encéphale* 1998, 24 : 435-41.
- 77 Pham TH. La psychopathie : contributions dans le domaine de la criminologie et de la psychologie fondamentale. In : *Les dangersités : de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*. John Libbey, Paris, 2004, p. 205-10.
- 78 Harpur TJ, Hakstian AR, Hare RD. Factor structure of the Psychopathy Checklist. *J Consult Clin Psychol* 1988, 56 : 741-7.
- 79 Hart SD, Hare RD. Psychopathy and antisocial personality disorder. *Curr Opinion in Psychiatry* 1996, 9 : 129-32.
- 80 Hart SD, Kropp PR, Hare RD. Performance of male psychopaths following conditional release from prison. *J Consult Clin Psychol* 1988, 56 : 227-32.
- 81 Harris GT, Rice ME, Quinsey VL. Violent recidivism of mentally disordered offenders : the development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior* 1993, 20 : 315-35.
- 82 Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA. *Violent offenders : appraising and managing risk*. Washington DC, American Psychological Association, 1998.
- 83 Harris GT, Rice ME. Risk appraisal and management of violent behavior. *Psychiatr Serv* 1997, 48 : 1168-76.
- 84 Harris GT, Rice ME, Cormier CA. Prospective replication of the Violence Risk Appraisal Guide in predicting violence recidivism among forensic patients. *Law Hum Behav* 2002, 26 : 377-94.
- 85 Monahan J, Steadman HJ, Robbins PC, Silver E, Appelbaum PS, Grisso T, et al. Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *Br J Psychiatry* 2000, 176 : 312-9.
- 86 Weiss P, Lehnert-Weiss A, Arques V. Prédiction de la violence en psychiatrie : art, magie ou science. *Synapse* 2003, 193 : 15-8.
- 87 Senon JL, Voyer M, Paillard C, Jaafarin N. Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et experts. *Information Psychiatrique* 2009, 85 : 719-25.
- 88 Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. *HCR-20 : Assessing Risk for Violence (Version 2)*. Burnaby, BC, Canada. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, 1997.
- 89 McNeil DE, Gregory AI, Lam JN, Binder RL, Sullivan GR. Utility of decision support tools for assessing acute risk of violence. *J Consult Clin Psychol* 2003, 71 : 945-53.
- 90 Claix A, Pham TH. Evaluation of the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme in a Belgian forensic population. *Encéphale* 2004, 30 : 447-53.
- 91 Douglas KS, Ogloff JR, Nicholls TL, Grant I. Assessing risk for violence among psychiatric patients : the HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist : screening version. *J Consult Clin Psychol* 1999, 67 : 917-30.
- 92 Douglas KS, Ogloff JRP, Hart SD. Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatric Serv* 2003, 54 : 1372-9.
- 93 Gray NS, Hill C, McGliesh A, Timmons D, MacCulloch MJ, Snowden RJ. Prediction of violence and self-harm in mentally disordered offenders : a prospective study of the efficacy of HCR-20, PCL-R, and psychiatric symptomatology. *J Consult Clin Psychol* 2003, 71 : 443-51.
- 94 Gray NS, Taylor J, Snowden RJ. Predicting violent reconvictions using the HCR-20. *Br J Psychiatry* 2008, 192 : 384-7.
- 95 Millaud F, Auclair N, Guay JP, McKibben A. Instrument de mesure des progrès en traitement clinique pour des patients psychotiques violents. *Revue Canadienne de Psychiatrie* 2007, 52 : 735-43.

- 96 Nicholls TL, Brink J, Desmarais SL, Webster CD, Martin ML. The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) : a prospective validation study in a forensic psychiatric sample. *Assessment* 2006, 13 : 313-27.
- 97 Boer DP, Hart SD, Kropp PR, Webster CD. Manual for the Sexual Violence Risk – 20 : professional guidelines for assessing risk of sexual violence. Vancouver BC, BC Institute against family violence and the Mental health, law and policy Institute, Simon Fraser University, 1997.
- 98 Borum R, Bartel F, Forth A. Manual for the structured assessment of violence risk in youth. Tampa, FL, University of South Florida, 2003.
- 99 Hathaway SR, McKinley JC. MMPI-2. Inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota 2. ECPA, Paris, 1996.
- 100 Millon T. The Millon Inventories : clinical and personality assessment. New York, Guilford, 1997.
- 101 Rorschach H. Psychodiagnostik. Bern, Bircher, 1921.
- 102 Senon JL. <http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/3cycle/Psychiatrie/autres%20DU/dangerosite.pdf>
- 103 Manzanera C, Senon JL. L'expertise psychiatrique pénale. In : *Psycho-criminologie : clinique, expertise, prise en charge*. Dunod, Paris, 2008, p. 147-62.
- 104 Bénézech M. Introduction à l'étude de la dangerosité. In : *Les dangerosités : de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*. John Libbey, Paris 2004, p. 7-23.
- 105 Burgelin JF. Santé, justice et dangerosité, pour une meilleure prise en charge de la récidive. Rapport du ministère de la Justice et du ministère de la Santé. Paris, juillet 2005.
- 106 Garraud JP. Réponses à la dangerosité (novembre 2006) ; rapport d'information du Sénat sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses. Rapport du ministère de la Justice et du ministère de la Santé. Paris, juin 2006.
- 107 Lamanda V. Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux. Rapport à M. le Président de la République par V. Lamanda, Premier Président de la Cour de cassation. Paris, 30 mai 2008.
- 108 Haute Autorité de Santé (HAS), 2007. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/epp-recommandations\\_de\\_la\\_commission-version\\_finale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/epp-recommandations_de_la_commission-version_finale.pdf)
- 109 Senon JL, Lopez G, Cario R. *Psycho-criminologie : clinique, expertise, prise en charge*. Dunod, Paris, 2008.
- 110 Dati R. Discours d'ouverture de Madame la Garde des Sceaux, Colloque « Neutraliser les grands criminels », Assemblée nationale, Paris, 17 octobre 2008.
- 111 Maden T, Tyrer P. Dangerous and severe personality disorders : a new personality concept from the United Kingdom. *J Pers Disord* 2003, 17 : 489-96.
- 112 Lindqvist P, Skipwoth J. Evidence-based rehabilitation in forensic psychiatry. *Br J Psychiatry* 2000, 176 : 320-3.
- 113 Mullen PE. Dangerousness, risk and the prediction of probability. In : *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 2001.
- 114 Bénézech M, Pham TH, Le Bihan P. Les nouvelles dispositions concernant les criminels malades mentaux dans la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : une nécessaire évaluation du risque criminel. *Ann Med Psychol* 2009, 167 : 39-50.
- 115 Freddman D. False prediction of future dangerousness : error rates and psychopathy checklist-revised. *J Am Acad Psychiatry Law* 2001, 29 : 89-95.
- 116 Cordier B. Le point de vue l'expert. In : *La dangerosité entre médecine et criminologie : questions soulevées par la loi du 25 février 2008 relative aux mesures de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental*. Journée FMC, 13 novembre 2009, hôpital Sainte-Anne, Paris.

# 4

## Les facteurs de risque d'actes violents

L'analyse systématique des facteurs de risque de violence identifiés dans la littérature permet de mieux appréhender la dangerosité des patients pris en charge. Par ailleurs, Addad et Bénézech [1, 2] soulignent que la plupart des prédicteurs de violence chez les sujets non psychiatriques s'appliquent également aux sujets présentant des troubles mentaux. La prise en compte d'éléments cliniques et circonstanciels « actuels » plaçant chaque individu dans un risque particulier au cours de sa trajectoire de vie et de soins est donc essentielle.

### LES FACTEURS DE RISQUE SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Les données de la littérature montrent que dans la population générale, les adultes jeunes sont les plus à risque de violence. Cette donnée se vérifie également dans la population souffrant de troubles mentaux. Dans cette population, le risque de violence sur autrui paraît plus élevé chez les sujets de moins de 30 ou 40 ans [2-5].

Dans la population générale, les hommes sont très nettement plus violents que les femmes : ils sont responsables d'environ 90 % de la violence sur autrui. En revanche, la maladie mentale augmente de façon plus importante le risque de violence chez les femmes que chez les hommes [6-8]. L'étude danoise de Brennan et Hodgins est illustrative : à partir du suivi pendant 44 ans d'une cohorte de nouveaux-nés de population générale, elle montre que le risque d'arrestation pour violence sur autrui par rapport aux non-malades est multiplié par 23 pour les femmes schizophrènes et uniquement par 4,6 chez les hommes schizophrènes [9]. Dans les troubles de l'humeur (dépression psychotique et trouble bipolaire), le risque est 4 fois plus élevé pour les femmes et 2 fois plus pour les hommes [10, 11]. Les mêmes constatations peuvent être faites lorsqu'on exclut l'abus de substances et les troubles de personnalité.

Dans la population des patients souffrant de troubles mentaux, le sexe ne peut être retenu comme un facteur discriminant [12, 13].

Comme dans la population générale, la faiblesse du statut économique est majoritairement considérée chez les patients psychiatriques comme un facteur de risque de violence [2, 3, 8, 14]. Cependant, il semble, selon les données plus récentes de la littérature, que l'isolement social, le faible support d'étayage, l'exposition à des groupes violents sont associés de façon plus significative à la violence que le simple faible niveau socioéconomique [15-17]. Ces dernières caractéristiques pouvant tout de même être liées à un état de paupérisation.

Le célibat est un facteur de risque de violence qui apparaît assez clairement dans les études épidémiologiques, probablement comme marqueur d'une médiocre insertion ou adaptation sociale mais également comme un état d'isolement social et de faible support d'étayage. Les patients célibataires sont plus à risque de violence que les patients mariés, vivant en couple ou en famille [18, 19].

## LES FACTEURS DE RISQUE LIÉS AUX ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Les antécédents personnels sont très importants à recueillir du fait de leur poids dans le risque de passage à l'acte. Ce sont des facteurs que l'on peut qualifier de statiques. Ils sont quasi immuables dans le tableau clinique, d'une importance cruciale, mais parfois difficiles à documenter auprès des seuls patients, nécessitant le recours à toutes les sources d'informations extérieures disponibles (entourage, professionnels de santé et de justice).

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. De même, des mauvais traitements physiques ou psychologiques dans l'enfance sont souvent retrouvés chez les malades mentaux dangereux [13, 20, 21]. Les modèles moraux d'identification du patient peuvent jouer comme facteur de risque ou de protection [15]. 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 tel que le milieu de vie violent dans lequel évolue le patient. Confrontés à un quartier ou une société plus violents, les patients présenteraient plus de risque. Une étude australienne montre que, sur une période de 25 ans, l'augmentation de la violence physique chez les patients psychiatriques est proportionnelle à l'augmentation de la violence au sein de la population générale [22]. En revanche, les patients souffrant de troubles mentaux sont 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 de substances toxiques semblent avoir un effet cumulatif sur le risque de comportement violent [23, 24].

Les antécédents de violence sont considérés comme le meilleur prédicteur de violence dans la population souffrant de troubles mentaux [18, 25]. Selon le début tardif ou précoce d'une délinquance associée à un trouble mental, il est possible de distinguer des sous-groupes de patients utiles dans la pratique clinique. Les patients ayant développé une délinquance précoce (avant 18 ans) sont exposés plus précocement à l'alcool ou aux drogues et commettent plus de crimes que les patients à

délinquance tardive. Par ailleurs, les patients présentant des troubles psychiatriques associés à des comportements antisociaux sont plus difficiles à suivre lors des soins, notamment du fait d'une tendance à les interrompre. On perçoit donc que les antécédents d'actes délictueux ou violents précoces sont très souvent associés à d'autres facteurs de risque reconnus de violence (consommation de toxiques, rupture de soins, mauvaise observance médicamenteuse). Les patients dont la délinquance, plus tardive (après 18 ans), s'est installée avec la maladie mentale, présentent plus souvent une criminalité en lien avec les manifestations psychotiques, aggravées par la consommation de toxiques et les circonstances de la vie quotidienne [20].

Millaud et son équipe suggèrent de décrire les points suivants [15, 26] :

1. le type de manifestation violente observée : idée, fantasme, menace ou passage à l'acte ;

2. la cible de la manifestation violente : objets, animaux, personne ou groupe de personnes. Il est important de noter si, en cas de violences répétées, la cible reste la même, ce qui majore le risque de récurrences de violence ;

3. la violence du geste et les conséquences pour la ou les victimes ;

4. le lieu de la violence ;

5. le degré d'élaboration de la manifestation violente. Une violence immédiate et impulsive est très différente d'un geste de violence longuement mûri et appelle à des orientations d'investigations et diagnostiques très différentes ;

6. l'accessibilité à la victime et à des armes. Ces éléments étant à prendre en compte dans l'évaluation du risque de passage à l'acte ou de récurrence du passage à l'acte chez les patients.

Ces facteurs de risque de violence doivent être également compris dans une trajectoire dynamique unique pour chaque individu. La compréhension des facteurs de risque dynamiques est un enjeu d'importance, puisqu'elle permet d'améliorer la compréhension de chaque patient.

## LES FACTEURS DE RISQUE LIÉS À LA CONSOMMATION DE PRODUITS TOXIQUES

En ce qui concerne la consommation de tout produit toxique (alcool et drogues), les données de la littérature montrent de façon cohérente qu'il s'agit d'un facteur de risque majeur de passage à l'acte violent dans la population générale, mais également dans la population des malades mentaux [9, 12, 13, 16, 27, 28]. Le risque global de violence est multiplié par 2 à 5 chez les personnes souffrant d'une maladie mentale associée à une comorbidité d'abus de substances, par rapport à la population générale [14, 29]. L'étude de cohorte danoise menée par Brennan citée plus haut montre que le risque d'arrestation pour un acte de violence sur autrui est multiplié par 16 chez les femmes et 2,8 chez les hommes lorsque l'abus de toxiques est exclu, donc nettement moindre [9]. Pour les malades souffrant de dépressions psychotiques et de troubles bipolaires, l'augmentation du risque est uniquement significative chez les femmes, (risque multiplié par 1,2) en l'absence d'abus de toxiques et d'alcool.

D'autres auteurs montrent que les personnes souffrant d'un trouble mental grave (schizophrénie, troubles de l'humeur) ont 3 à 4 fois plus de risque de commettre un acte violent [30, 31], mais 8 fois plus s'ils abusent d'alcool ou de drogues [31]. Chez les hommes, le diagnostic de schizophrénie associé à une comorbidité d'abus de drogue ou d'alcool multiplie par 17 le risque de commettre un homicide, par rapport

à la population générale [31]. Chez les patients dépressifs, le risque violent est de 3,5 % sans abus de toxique et de 29,2 % avec abus [31]. En l'absence d'abus de substances, certains auteurs retrouvent un risque de violence identique des patients souffrant de certains troubles mentaux (essentiellement troubles de l'humeur et troubles anxieux) comparé à celui de la population générale [31-33]. Si l'impact de la consommation de substances toxiques dans la survenue d'un acte violent est clairement reconnu dans la population des malades mentaux, il n'y a pas de données précises spécifiant les risques pour chaque produit [33]. L'alcool étant le produit toxique le plus consommé, c'est celui qui est le plus fréquemment associé aux passages à l'acte violents, comme dans la population générale.

## LES FACTEURS DE RISQUE CLINIQUES

De nombreuses études ont été consacrées au lien entre violence et maladies mentales. Ce lien a été l'objet de longs débats. Plus récemment, des études de méthodologie rigoureuse ont permis d'établir un lien significatif entre violence et troubles mentaux graves.

### LE DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

Il est difficile de déterminer si certaines maladies mentales particulières représentent un risque plus élevé de violence. Le débat concerne surtout la schizophrénie, pathologie psychiatrique la plus analysée dans ses liens avec la violence. Ce diagnostic est indiscutablement associé à un risque plus élevé de violence par rapport à la population générale [6, 22, 34-37], et en particulier la forme paranoïde [38]. Cependant, ce risque de violence est moins élevé que celui associé à un abus de substances ou à un trouble de personnalité psychopathique [39]. Selon certains auteurs, plus de la moitié des schizophrènes violents présenteraient un autre diagnostic associé [40]. Dans cette population particulière, les comorbidités diagnostiques avec deux ou trois diagnostics associés, voire plus, seraient assez fréquemment rencontrées [20, 41]. L'étude de Putkonen conclut qu'il y aurait trois catégories diagnostiques de patients psychotiques qui tuent ou tentent de tuer. Ainsi, 25 % des patients reçoivent un diagnostic unique (schizophrénie majoritairement, troubles schizoaffectifs et les autres troubles psychotiques), 25 % des patients ont un diagnostic de trouble psychotique associé à un abus de substances avéré, enfin 47 % des patients reçoivent l'un ou l'autre de ces deux diagnostics associés à un trouble de personnalité antisociale [42]. Plus le nombre de diagnostics psychiatriques augmente pour un même patient, plus le risque de violence augmente [43]. L'étiologie d'un comportement violent associé à un trouble psychotique devient donc très difficile à établir, surtout lorsque sont présents plusieurs facteurs susceptibles à eux seuls d'être inducteurs de violence [41].

Les études récentes, ayant porté sur des patients dépressifs et auteurs d'actes de violence grave, sont peu nombreuses. Les patients violents semblent présenter plus souvent des traits de personnalité pathologique, un abus d'alcool ou de substances associé, des sévices dans l'enfance, et des idées ou comportements suicidaires [44]. Lorsque l'on compare la schizophrénie aux troubles de l'humeur (troubles bipolaires, dépressions), les données de la littérature sont divergentes. Pour la plupart des auteurs, la schizophrénie, sans abus de substances, est associée à un risque de

violence comparable [28, 39] ou supérieur à celui lié aux troubles de l'humeur [8-10]. En revanche, l'étude de MacArthur rapporte un risque moindre de violence physique associé à la schizophrénie (14,8 %), par rapport aux troubles bipolaires (22 %) et aux épisodes dépressifs majeurs (28,5 %) [13, 14]. Ces pourcentages représentent pour chaque diagnostic le pourcentage de patients ayant été violents envers autrui dans l'année suivant la sortie de l'hôpital, sans tenir compte de l'éventuelle consommation de toxiques associée. Cependant, il existe un biais très probable dans cette étude : parmi les patients ayant refusé de participer ou ayant quitté prématurément l'étude, il y a un pourcentage très élevé de schizophrènes (près de 50 %). Par ailleurs, dans l'échantillon de population étudié, 17 % étaient schizophrènes, 40 % étaient déprimés et 14 % bipolaires. Les limites de cette étude doivent donc être prises en considération avant de tirer des conclusions rassurantes sur le risque de violence lié à la schizophrénie [30].

Il existe peu d'études récentes concernant la paranoïa. Probablement du fait de la faible incidence de ce trouble, par ailleurs non intégré dans la classification DSM-IV, et de la difficulté à obtenir la participation des patients paranoïaques à des projets de recherche. Cependant, la paranoïa doit être considérée comme associée à un risque important de violence [45-47].

Certaines études analysent également le risque de violence associé aux psychoses organiques [9]. Ce terme regroupe des pathologies aussi diverses que les démences, les états psychotiques liés à l'alcool ou à des atteintes organiques du système nerveux central. Ces pathologies sont également associées à un risque de violence, sans qu'un risque spécifique puisse être identifié pour l'une d'entre elles.

Le tableau présenté synthétise les données de l'étude de Brennan et al. portant sur le suivi d'une cohorte danoise de 335 990 personnes sur une période de 43 ans. Cette étude recherche quel diagnostic psychiatrique entraîne le plus de comportements violents. Les personnes souffrant de troubles mentaux sont répartis dans quatre catégories diagnostiques : schizophrénie, psychoses organiques, autres psychoses et troubles de l'humeur. Une analyse statistique par régression logistique permet d'obtenir pour chacune de ces catégories un *odds ratio* (risque de survenue de comportements violents associé à un diagnostic par rapport à la population générale) [tableau 4.1].

**Tableau 4.1. Troubles psychiatriques et actes violents.**

	<b>Femmes Odds ratio</b>	<b>Hommes Odds ratio</b>
Schizophrénie	23,2	4,6
Psychose organique	16,6	8,8
Autres psychoses	9,6	4,4
Troubles de l'humeur	3,9	2

D'après Brennan et al., 2000. Cité dans Caillat et al. 2004 [48].

## LA SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

La sévérité de la symptomatologie est un facteur de risque de troubles du comportement [49]. Les idées délirantes jouent souvent un rôle direct dans l'émergence de la violence. Les thèmes mystiques, mégalomaniaques, de persécution ou d'influence,

ainsi que les injonctions hallucinatoires sont des symptômes psychotiques classiquement impliqués dans le risque de passage à l'acte violent [39, 50-53]. Les symptômes d'automatisme mental et les délires de contrôle avec présence d'hallucinations impérieuses et ordre de passage à l'acte sont plus significativement associés au risque de violence [12, 13, 27, 54-56]. L'intensité du vécu délirant et l'exaltation passionnelle favorisent encore les troubles du comportement, sans pour autant pouvoir établir un lien temporel et causal entre ces symptômes et les actes violents [30]. Les idées ou fantasmes de violence et d'homicides (parfois verbalisées), la désorganisation de la pensée sont également à considérer [13, 51]. La réticence est également un élément clinique à prendre en considération, comme témoin de l'importance de l'envahissement hallucinatoire et du clivage dans le fonctionnement psychique du patient.

Une forte composante clinique affective souvent dépressive est fréquemment présente dans la période précédant l'acte violent [51]. Plusieurs études récentes, portant sur des séries d'auteurs d'homicide ou d'actes violents graves, retrouvent une proportion relativement importante (entre 16 et 28 %) de pathologies dépressives préexistantes au passage à l'acte [57-60]. Les mouvements dépressifs et suicidaires sont considérés, par certains auteurs, comme un des meilleurs prédicteurs de dangerosité à court terme, plus particulièrement lorsqu'ils s'associent à une pathologie psychotique (surtout en cas de délire paranoïde aigu), à un trouble de personnalité, à un abus de substances ou d'alcool, ou qu'ils surviennent dans un contexte de crise existentielle, de perte d'objet [51, 61]. Puig-Verges souligne qu'il est important d'intégrer à la réflexion sur les conduites violentes les passages à l'acte autoagressifs dans la mesure où ils sont un indicateur de pulsions agressives qui peuvent ultérieurement s'exprimer envers le monde extérieur [17].

## TROUBLES DE PERSONNALITÉ

Le trouble de personnalité de type psychopathique ou antisocial est lié à un risque accru de violence. La présence d'une personnalité antisociale chez une personne souffrant de troubles mentaux est associée à une augmentation tout à fait significative du risque de violence [20, 39, 62]. Il s'agit du trouble de personnalité le plus fréquemment retrouvé chez les patients schizophrènes violents [14, 63]. Il faut néanmoins rester prudent avant de porter un diagnostic de trouble de personnalité chez un patient qui reste très délirant. Un comportement de type asocial peut être secondaire à la pathologie psychiatrique.

Certains auteurs pensent que le trouble de personnalité antisociale prémorbide serait un facteur indépendant de la maladie mentale dans le risque d'homicide [64-67]. Ce trouble de personnalité serait un facteur de violence plus stable que le seul diagnostic d'un trouble mental grave [66]. La dimension psychopathique est essentiellement mesurée à l'aide de l'échelle HARE [68]. Cette échelle a été développée et validée dans des populations de détenus. Il n'est donc pas certain que l'utilisation de cette échelle soit pertinente dans la population de patients souffrant de troubles mentaux.

## LES FACTEURS NEUROPSYCHOLOGIQUES

Les atteintes cérébrales, en particulier du lobe frontal, sont reconnues comme un facteur de risque de violence chez les malades mentaux [9, 69, 70]. Les lésions et 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 [71-73]. Certains auteurs suggèrent également que la rigidité cognitive liée à une détérioration neurologique ou à une limitation intellectuelle est également facteur de risque de violence [69]. Des troubles neurologiques sont plus souvent mis en évidence chez des patients violents commettant des actes de violence à répétition [24].

Un faible quotient intellectuel (QI) est un facteur de risque de violence retrouvé dans plusieurs études [18, 74]. Plus le QI est faible, plus le risque de violence paraît élevé. Les troubles du jugement mais probablement plus encore les perturbations affectives associés aux déficiences intellectuelles peuvent 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 [74, 75]. Ce qui rejoint les données concernant la majoration du risque de violence chez les patients présentant une personnalité ou des traits de personnalité de type antisocial ou psychopathique.

## **Le déni**

Le déni total ou partiel des troubles est souvent présent chez les patients violents. Le déni peut représenter un risque important de dangerosité. Il est associé à une faible reconnaissance des conséquences de la maladie, notamment des actes de violence [76]. Il est source de rupture de soins, de mauvaise observance médicamenteuse majorant le risque de violence [15]. Il paraît donc important de prendre en compte l'ampleur du déni et de 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 [55].

## **LES 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 [24, 48]. 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 majorent le risque de comportements violents. De nombreux auteurs soulignent l'importance du sentiment d'impasse situationnelle, où les demandes d'aide ou de fuite ont échoué, dans le passage à l'acte violent [55, 77].

## **LES FACTEURS DE RISQUE LIÉS AUX SOINS**

### **L'OBSERVANCE MÉDICAMENTEUSE**

Les traitements médicamenteux permettent la stabilisation de l'état mental et la bonne observance, le maintien de cette stabilité psychique. L'observance joue donc un rôle central dans la diminution de la dangerosité [78]. De nombreuses études

montrent que les patients ayant commis un acte de violence, notamment criminel, se trouvent fréquemment en rupture de soins [13, 51, 55, 79]. L'étude de MacArthur apporte de nombreuses informations sur les particularités des événements violents commis par des patients après une hospitalisation en psychiatrie [14]. Dans cette étude, 60 % des agressions ont lieu durant les 20 premières semaines suivant la sortie de l'hôpital. Cette impressionnante proportion confirme l'intuition clinique des praticiens qu'il convient de proposer aux patients un suivi plus particulièrement serré durant cette période critique.

## L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

La littérature montre qu'il existe une corrélation positive entre alliance thérapeutique et résultats thérapeutiques. L'établissement d'une authentique alliance thérapeutique de qualité est un élément qui contribue à la diminution de la dangerosité [15]. Le facteur de risque est dans l'établissement d'une « pseudo-alliance thérapeutique », faussement sécurisante pour les équipes de soins. 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 vectrice de passages à l'acte violents.

## LA CAPACITÉ À DEMANDER DE L'AIDE

Plusieurs études montrent qu'avant le passage à l'acte, il peut exister des demandes d'aide soit directes, vers une équipe soignante, soit indirectes, via la verbalisation d'idées suicidaires ou une tentative de suicide, ou bien encore à travers l'interpellation des forces de l'ordre [51, 55, 77]. Pour la majorité des patients qui se montrent violents, il n'y a pas de demande d'aide. Dans une étude visant à évaluer les éléments, basés sur l'observation clinique, permettant d'établir une prédiction de dangerosité à court terme, Millaud repère une demande d'aide chez 40 % des patients psychotiques. 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 de la dangerosité [15]. Cette capacité à demander de l'aide est un bon marqueur de l'acceptation de la maladie et du risque de violence, mais également de la qualité de l'alliance thérapeutique, ce qui constitue alors un facteur de protection plutôt qu'un facteur de risque de violence.

## RISQUE DE RÉCIDIVE, IDENTIFICATION DE SOUS-GROUPES DE PATIENTS

Les très nombreuses études épidémiologiques conduites dans différentes populations (population générale, de schizophrènes, de détenus...) ont permis d'identifier de multiples facteurs de risque de violence. Le lien entre ces facteurs de risque et la violence est complexe. Les données de la littérature ne permettent pas d'établir clairement de lien de causalité ou de temporalité, notamment entre les symptômes

cliniques et la violence. Par ailleurs, la grande majorité des études prospectives ne tient pas compte du nombre, de la durée et de l'impact des interventions thérapeutiques. Le poids des facteurs « historiques », peu susceptibles d'évolution, risque de figer les patients dans des statuts de « malades dangereux », quelles que soient les stratégies thérapeutiques mises en place.

Pour permettre d'améliorer l'action thérapeutique et préventive des cliniciens en charge des patients à risque de violence, des équipes proposent d'établir des sous-groupes de patients en fonction des profils de risque de récurrence violente [66, 80-82]. Ces travaux concernent très majoritairement les patients schizophrènes.

Joyal propose de distinguer les patients schizophrènes violents en trois sous-groupes [80] :

- le premier groupe est représenté par des patients ayant un triple diagnostic : schizophrénie, abus d'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 récurrence est élevé ;

- le deuxième groupe est composé de patients schizophrènes évoluant depuis plusieurs années et présentant des troubles neurologiques 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 récurrence violente est importante ;

- le troisième groupe correspond aux schizophrènes paranoïdes, dont la violence semble en lien avec le délire paranoïde. Le geste violent est alors souvent mieux préparé, et dirigé contre un membre de la famille. Le taux de récurrence est faible, souvent tributaire de la poursuite ou de l'arrêt des soins.

Hodgins et son équipe identifient deux profils distincts de schizophrènes violents ou criminels, en fonction de la chronologie d'apparition des actes violents ou délictueux par rapport à la maladie mentale : les *early-starters*, dont la délinquance débute avant l'apparition de la maladie, et les *late-starters*, dont les actes délictueux débutent plus tardivement (après 18 ans), après le début des troubles psychiatriques [82, 83]. Les schizophrènes au comportement délictueux ou criminel précoce se caractériseraient par la présence d'un trouble de personnalité de type antisocial, par un meilleur niveau de fonctionnement social, une exposition plus précoce aux toxiques, une plus grande tendance à la rupture de soins et une tendance plus marquée à la récurrence violente grave (sur ce dernier point, les données de la littérature sont contradictoires). Les schizophrènes violents plus tardivement seraient fréquemment alcooliques, avec un fonctionnement social moins bon, leur victime serait plus fréquemment des proches ou des parents. Leur violence serait plus « sensible » aux traitements. La distinction de ces deux sous-groupes reste encore à préciser. Les critères des deux groupes se recoupent souvent, notamment en ce qui concerne l'abus de toxiques. Par ailleurs, Vandamme souligne qu'il y a plus de schizophrènes chez les *early-starters* et plus de troubles délirants chroniques (type paranoïaque) chez les *late-starters* [41], ce qui pose la question de la définition de la population étudiée, puis des sous-groupes identifiés.

Ces distinctions de sous-groupes de patients permettraient de mieux identifier les patients à risque élevé de récurrence, mais surtout de cibler des éléments pathologiques pour améliorer la prise en charge et donc la prévention. Néanmoins, les auteurs s'accordent pour souligner que, même dans les populations à risque, il existe un taux élevé de faux positifs. Le nombre des patients non violents dépasse celui des violents.

L'autre intérêt de distinguer des sous-groupes de patients est de montrer que les personnes souffrant de pathologies mentales ne représentent pas un groupe homogène vis-à-vis de la violence. Joyal affirme que la caractérisation de sous-groupes de patients permettrait d'éviter leur stigmatisation, mais également d'aider à comprendre et à prévenir leur violence.

## CONCLUSION

Les analyses cliniques centrées sur l'évaluation de la dangerosité potentielle ont permis de mettre en évidence un certain nombre de facteurs de risque de survenue d'un comportement violent chez certains patients : des antécédents de violence, l'existence d'un trouble de personnalité associé, d'un facteur toxique, de conduites addictives, une mauvaise observance médicamenteuse et du suivi, une symptomatologie psychotique aiguë, des lésions cérébrales en particulier frontales et des idées ou fantasmes de violence. Cependant, il est également crucial d'accorder une importance particulière aux éléments environnementaux, à la médiocre insertion et adaptation sociale, mais également à la conflictualité avec l'environnement (l'entourage et les soignants). Aucun critère n'est absolu. Toute cette recherche de facteurs de risque ne doit pas faire perdre de vue que la violence s'inscrit dans le parcours d'une vie toujours singulière.

Tout en s'attachant à repérer les facteurs de risque « classiques » de dangerosité, l'expérience clinique montre combien il est essentiel de parvenir à repérer le mouvement psychique de chaque patient au cours de sa trajectoire. La compréhension psychodynamique permet d'appréhender plus clairement le potentiel de dangerosité. Il s'agit alors de rechercher activement certains signes sémiologiques d'alerte qui, souvent, ne sont pas spontanément verbalisés. La reconnaissance et l'évaluation des facteurs de risque d'actes violents propres à chaque patient constitue un temps essentiel du processus thérapeutique afin d'élaborer avec le patient et son entourage un projet individualisé de prévention.

### Références

- 1 Bénézech M, Addad M. L'homicide des psychotiques en France. À propos d'une enquête portant sur cinq années (1977-1981). *Ann Med Psychol* 1983, 141 (1) : 101-106.
- 2 Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois ML. *Criminologie et psychiatrie*. EMC 2002, 37-906-A-10 : 1-15.
- 3 Gillies H. Homicide in the West of Scotland. *Br J Psychiatry* 1976, 128 : 105-127.
- 4 Noble P, Rodger S. Violence by psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry* 1989, 155 : 384-390.
- 5 Stoessel P, Bornstein SJ. Enquête sur le parricide en France en 1985 et 1986. *Ann Psychiatriques* 1988, 3 (3) : 222-229.
- 6 Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime : evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992, 49 : 476-483.
- 7 Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community : evidence from the epidemiologic catchment areas surveys. *Hosp Com Psychiatry* 1990, 42 : 7761-770.
- 8 Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M. Mental disorder and crime : evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1996, 53 : 489-496.
- 9 Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57 : 494-500.

- 10 Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort. Results from the Dunedin study. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57 : 979-986.
- 11 Belfrage H. A ten-year follow-up of criminality in Stockholm mental patients. *Br J Criminol* 1998, 38 : 145-155.
- 12 Hodgins S, Janson CG. *Criminality and violence among the mentally disorder*. Cambridge : Cambridge University Press 2002.
- 13 Monahan J, Steadman H, Silver E, Applebaum P, Robbins P, Mulvey E. Rethinking risk assessment. The McArthur study of mental disorder and violence. Oxford : Oxford University Press 2001.
- 14 Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatients facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998, 55 : 393-401.
- 15 Millaud F, Dubreucq JL. Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique, Introduction. *Ann Med Psychol* 2005, 163 : 846-851.
- 16 Swanson JW. Mental disorder, substance abuse and community violence : An epidemiological approach. In : Monahan J, Steadman H, éd. *Violence and mental disorder*. Chicago : The University of Chicago Press 1994, p. 101-136.
- 17 Puig-Verges N, Schweitzer MG. Violences, prédictivité et attentes sociales. Probabilités et certitudes, vers de nouvelles logiques. *Ann Med Psychol* 2005, 163 : 816-819.
- 18 Klassen D, O'Connor WA. Demographic and case history variables in risk assessment. In : Monahan J, Steadman H, éd. *Violence and mental disorder*. Chicago : The University of Chicago Press 1994, p. 229-257.
- 19 Taylor PJ, Gunn J. Homicides by people with mental illness : myth and reality. *Br J Psychiatry* 1999, 174 : 9-14.
- 20 Hodgins S, Tiihonen J, Ross D. Consequences of conduct disorder for males who develop schizophrenia : association with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophr Res* 2005, 78 : 323-335.
- 21 Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tatan T, Tyrer P, Creed F, Murray R, Fahy T. Predicting violence in schizophrenia : a prospective study. *Schizophr Res* 2004, 67 : 247-252.
- 22 Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004, 161 : 716-727.
- 23 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 : 152-161.
- 24 Voyer M, Senon JL, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité psychiatrique et prédictivité. *Information Psychiatrique* 2009, 85 (8) : 745-752.
- 25 Millaud F, Roy R, Gendron P, Aubut J. Un inventaire pour l'évaluation de la dangerosité des patients psychiatriques. *Rev Can Psychiatr* 1992, 37 : 608-615.
- 26 Millaud F. Violence. In : Lalonde P, Aubut J, Grünberg F, éd. *Psychiatrie clinique : une approche biopsychosociale*. Tome II. Boucherville : Gaetan Morin 2001, p. 1794-1809.
- 27 Nestor PG, et al. Lethal violence and psychosis : A clinical profile. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1995, 23 (3) : 331-341.
- 28 Wallace C, Mullen PE, Burgess P, Palmer S, Browne C. Serious criminal offending and mental disorder : case linkage study. *Br J Psychiatry* 1997, 172 : 477-484.
- 29 Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum EB, Wagner HR, Burns BJ. Violence and severe mental illness : the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry* 1998, 155 : 226-231.
- 30 Dubreucq JL, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Med Psychol* 2005, 163 : 852-865.

- 31 Senon JL, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? *Information Psychiatrique* 2006, 82 : 645-652.
- 32 Senon JL, Voyer M, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et experts. *Information Psychiatrique* 2009, 85 : 719-725.
- 33 Richard D, Senon JL, Jaafari N. Drogues et passage à l'acte : la complexité des liens. In : Millaud F, éd. *Les passages à l'acte*. Masson Paris, Collection Ouvertures Psy. 2009, p. 168-189.
- 34 Lewis ME, Scott DC, Baranoski MV, et al. Prototypes of intrafamily homicide and serious assault among insanity acquittees. *J Am Acad Psychiatry Law* 1998, 26 (1) : 37-48.
- 35 Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and crime : a longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry* 1990, 157 : 345-350.
- 36 Mullen PE, Burgess P, Wallace C, Palmer S, Ruschena D. Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet* 2000, 355 : 614-617.
- 37 Tiihonen J, Isohanni M, Räsänen P, Koiranen M, Moting J. Specific mental disorders and criminality : a 26-year prospective study of 1966 northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry* 1997, 154 : 840-845.
- 38 Volavka J, Laska E, Baker S, Meisner M, Czobor P, Krivelevich I. History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. *Br J Psychiatry* 1997, 171 : 9-14.
- 39 Stueve A, Link BG. Violence and psychiatric disorders : Results from an epidemiological study of young people in Israel. *Psychiatric Quarterly* 1997, 68 : 327-342.
- 40 Taylor PJ, Gunn J. Violence and psychosis : Risk of violence among psychotic men. *Br Med J* 1984, 288 : 1947-1949.
- 41 Vandamme MJ. Schizophrénie et violence : comorbidités et typologies. *Ann Med Psychol* 2009, 167 : 709-715.
- 42 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. *Schizophren Bull* 2004, 30 : 59-72.
- 43 Bourgeois M, Bénézech M. Dangerosité criminologique, psychopathologie et comorbidité psychiatrique. *Ann Med Psychol* 2001, 159 : 475-486.
- 44 Rosenbaum M, Bennet B. Homicide and depression. *Am J Psychiatry* 1986, 143 : 367-370.
- 45 Weesly S. Violence and psychosis. In : Thompson C, éd. *Violence, basic and clinical science*. Londres : Butterworth-Heinemann Publications 1993, p. 119-134.
- 46 Zagury D. Le passage à l'acte du paranoïaque. In : Millaud F, éd. *Le passage à l'acte*. Paris : Masson, Collection Ouvertures Psy. 2009, p. 88-103.
- 47 Zagury D, Millaud F, Marleau J, Auclair N. Le passage à l'acte parricide psychotique. In : Millaud F, éd. *Le passage à l'acte*. Paris : Masson, Collection Ouvertures Psy. 2009, p. 123-139.
- 48 Caillat AS, Horreard AS, Kottler C. Les méthodes d'évaluation de la dangerosité. In : Beaupaire C, Bénézech M, Kottler C, éd. *Les dangers de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*. John Libbey Eurotext 2004, p. 291-299.
- 49 Gravier B. De la perception de la dangerosité à l'évaluation du risque de violence. In : Senon JL, Lopez G, Cario R, éd. *Psycho-criminologie : clinique, expertise, prise en charge*. Dunod, Paris, 2008, p. 51-64.
- 50 Loretto L, Sanna NM, Nivoli G. Le passage à l'acte homicide du schizophrène. In : *Le passage à l'acte : aspects cliniques et psychodynamiques*. Masson Ouvertures Psy, Paris 1998, p. 77-93.
- 51 Millaud F. L'homicide chez le patient psychotique : une étude de 24 cas en vue d'une prédiction à court terme. *Canadian J Psychiatry* 1989, 34 (3) : 340-346.
- 52 Milton J, Amin S, Singh SP, Harrison G, Jones P, Croudace T, et al. Aggressive incidents in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 2001, 178 : 433-440.

- 53 Swanson JW, Swartz MS, Essock SM, Osher FC, Wagner HR, Goodman LA, Rosenberg SD, Meador KG. The social environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *Am J Public Health* 2002, 92 (9) : 1523-1531.
- 54 Devaux C, Petit G, Perol Y, Porot M. Enquête sur le parricide en France. *Ann Med Psychol* 1974, 1 (2) : 161-168.
- 55 Marleau JD, Millaud F, Auclair N. A comparison of parricide and attempted parricide : a study of 39 psychotic adults. *Inter J Law Psychiatry* 2003, 26 : 269-279.
- 56 Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenhack RA, Stroups TS, McEvoy JP, Lieberman JA. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006, 63 : 490-499.
- 57 Rylander G. Murderers during 15 years in Sweden. A psychiatric criminologic study. *Acta Criminol J* 1956, 22 : 201-206.
- 58 Malmquist CP. Depression and homicidal adolescents. *Bull Am Acad Psychiatr Law* 1990, 18 : 23-36.
- 59 Lewis DO, Pincus JH, Bard B, Richardson E, Prichep LS, Feldman M, Yeager C. Neuropsychiatric, psychoeducational, and family characteristics of 14 juveniles condemned to death in the United States. *Am J Psychiatry* 1988, 145 : 584-589.
- 60 Goumilloux R, Bourgeois M. Actes de violence grave et dépression. *Ann Psychiatrie* 1991, 6 (2) : 127-132.
- 61 Bénézech M. Depression and crime. Review of the litterature and original cases. *Ann Med Psychol* 1991, 149 (2) : 150-165.
- 62 Nestor P. Mental disorder and violence : Personality dimensions and clinical features. *Am J Psychiatry* 2002, 159 : 1973-1978.
- 63 Vandamme MJ, Nandrin JL. Temperament and character inventory in homicidal non-addicted paranoid schizophrenic patients : A preliminary study. *Psychol Rep* 2004, 95 : 393-406.
- 64 Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1996, 53 : 497-501.
- 65 Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull* 1996, 22 : 83-90.
- 66 Hodgins S, Côté G, Toupin J. Major mental disorders and crime : an etiological hypothesis. In : Cooke D, Forth A, RD Hare, eds. *Psychopathy : theory, research and implications for society*. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 1998, p. 231-256.
- 67 Moran P, Walsh E, Tyrer P, Burns T, Creed F, Fahy T. Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis. Report on the UK700 trial. *Br J Psychiatry* 2003, 182 : 129-134.
- 68 Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist : Revised*. Toronto, Ontario, Multi-Health Systems Inc., 1991.
- 69 Krakowski M, Convit A, Jaeger J, Lin S, Volavka J. Neurological impairment in violent schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1989, 146 : 849-853.
- 70 Krakowski M, Czobor P. Clinical symptoms and neurological impairment and prediction of violence in psychiatric inpatients. *Hosp Com Psychiatry* 1994, 45 : 700-701.
- 71 Hoptman MJ, Volavka J, Johnson G, Weiss E, Bilder RM, Lim KO. Frontal white matter microstructure aggression, and impulsivity in men with schizophrenia : a preliminary study. *Biol Psychiatry* 2002, 52 : 9-14.
- 72 Krakowski M, Czobor P, Chou JC. Course of violence in patients with schizophrenia : relationship to clinical symptoms. *Schizophr Bull* 1999, 25 : 505-517.
- 73 Weiss EM, Marksteiner J, Fleischhacker W. Neuropsychological deficits and violence in schizophrenia. *Adv Schizophr Clin Psychiatry* 2006, 2 (3) : 87-93.
- 74 DeJong J, Virkkunen M, Linnoila M. Factors associated with recidivism in a criminal population. *J Nerv Ment Disease* 1992, 180 (9) : 543-550.

- 75 Baratt E. Impulsiveness and aggression. In : Monahan J, Steadman H, eds. Violence and mental disorders. Chicago : The University of Chicago Press 1994, p. 61-79.
- 76 Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, Noffsinger SG, Resnick PJ, Camlin-Shingler K. Insight and its relationship with violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004, 161 (9) : 1712-1714.
- 77 Estève D. Y a-t-il une prévention du parricide psychotique ? *Perspectives Psychiatriques* 2003, 42 (1) : 56-62.
- 78 Erb M, Hodgins S, Freese R, Muller-Isberner R, Jockel D. Homicide and schizophrenia : maybe treatments does have a preventive effect. *Crim Behav Ment Health* 2001, 11 : 6-26.
- 79 Nakatani Y, Fujimori H. Réflexions sur un traitement des schizophrènes meurtriers. *Évolution Psychiatrique* 1991, 56 : 77-78.
- 80 Joyal C. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med* 2004, 34 : 433-442.
- 81 Joyal C. Schizophrénie et violence : mise à jour des connaissances et spécification des motifs et circonstances associés. *Forensic* 2005, S : 5-9.
- 82 Nolan KA, Volavka J, Mohr P, Czobor P. Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatr Serv* 1999, 50 : 787-792.
- 83 Hodgins S, Hiscoke UL, Freese R. The antecedent of aggressive behavior among men with schizophrenia : a prospective investigation of patients in community treatment. *Behav Sci Law* 2003, 21 : 523-546.

# 5

## Prise en charge des états dangereux des pathologies mentales graves : stratégies thérapeutiques

### INTRODUCTION

Violence, agressivité et état dangereux doivent se comprendre et se situer dans une sorte de continuum. En effet, la violence recherche la soumission, elle se manifeste par des actes réels qui sont susceptibles de porter atteinte à l'intégrité physique. L'agressivité inclut les concepts d'attaque et d'agression, et traduit une pulsion ou un affect dont le contrôle est incertain [1]. Enfin, l'état dangereux ou la dangerosité induit la notion de menace en englobant violence et agressivité et peut se décomposer en plusieurs éléments : les facteurs de risque associés à la violence, la probabilité de survenue de la violence, et les caractéristiques de la violence appréhendée [2]. L'agressivité et le comportement violent sont des motifs fréquents d'admission en service de psychiatrie, généralement sous le mode de l'hospitalisation en hospitalisation d'office (HO) ou à la demande d'un tiers (HDT). Ces comportements violents ou la persistance d'un risque de passage à l'acte potentiel sont souvent un obstacle à la sortie des patients de l'hôpital et à leur réinsertion. Les durées d'hospitalisation sont plus longues, un certain nombre de ces comportements violents, notamment en cas de symptômes positifs d'une schizophrénie résistante, persistent après plusieurs semaines de traitement bien conduit [3]. Le coût des prises en charge s'alourdit à la fois sur le plan financier et humain avec l'épuisement de l'entourage et du personnel soignant. Bien qu'une minorité de patients soit concernée par la violence sévère telle que l'agression physique grave ou le meurtre, ce problème stigmatise l'ensemble des patients pris en charge en psychiatrie [4]. Ainsi, beaucoup de psychiatres peuvent ne jamais avoir affaire à un patient ayant commis un

homicide ou un acte de violence grave. En revanche, des formes plus mineures d'agressivité sont plus habituelles, de l'ordre de 5 à 15 % chez les schizophrènes d'après Mullen [5]. L'évaluation de la dangerosité des patients en psychiatrie est donc souvent non systématisée, reposant essentiellement sur l'intuition et l'expérience du clinicien. La prise en charge de cette dangerosité est difficile du fait de son caractère hétérogène selon les patients : dangerosité transitoire comme dans le cadre de l'état maniaque, de la démence... ou persistante, liée à la pathologie mentale elle-même ou aux comorbidités associées. Ces patients présentent fréquemment un mauvais insight et une mauvaise compliance à leur traitement. De même, ils perçoivent mal le bénéfice de leur thérapeutique [5, 6]. L'amélioration de la prise en charge des comportements violents ne peut donc se réaliser qu'à partir d'une meilleure reconnaissance des facteurs de risque, d'une prise en charge la plus précoce possible de la pathologie par la détection des patients à haut risque (patients présentant des troubles des conduites dans l'enfance, des comportements antisociaux et des conduites addictives à l'adolescence) [7] et des comorbidités associées. Malgré l'impact majeur des comportements violents chez les patients, peu d'études ont été réalisées sur la prise en charge médicamenteuse, la plupart de la littérature étant limitée à des *case reports*, des études rétrospectives, des études en ouvert ou des études contrôlées portant sur un faible nombre de patients du fait de la difficulté de réalisation de ces études (petit nombre de patients concernés dans les services ou patients non coopérants).

Le traitement des actes violents et la prise en charge de l'état dangereux des pathologies mentales avérées ne peut se limiter à la prise en charge biologique, mais nécessite des mesures non pharmacologiques visant à favoriser l'observance, à rendre acceptable le vécu du patient et à pallier ses déficiences par la restauration cognitive, l'amélioration des compétences sociales et la réinsertion socioprofessionnelle. Le traitement comporte donc un volet sociothérapeutique et psychothérapeutique. Le cadre institutionnel, notamment à la phase aiguë, est essentiel par son aspect contenant. Il doit se poursuivre par d'autres mesures plus souples, extrahospitalières, une fois la phase aiguë passée, qui permettront la stabilisation et accompagneront la réhabilitation du patient. Ces mesures s'appuient parfois sur des mesures juridiques et administratives par le biais des sorties d'essai, de l'obligation voire de l'injonction de soins dans certains cas. Il est important de rappeler que l'état dangereux que l'on aborde dans ce chapitre est psychiatrique, donc lié à la maladie mentale, et donc transitoire, et qu'il persiste rarement lors d'une prise en charge de fond correctement menée et suivie.

### Références : Introduction

- 1 Millaud F, et al. Un inventaire pour l'évaluation de la dangerosité des patients psychiatriques. *Revue Canadienne de Psychiatrie* 1992, 37 (9) : 608-15.
- 2 Roure L, et al. Les comportements violents et dangereux : aspects criminologiques et psychiatriques. Masson, Paris, 2003.
- 3 Volavka J, Citrome L. Atypical antipsychotics in the treatment of the persistently aggressive psychotic patient : methodological concerns. *Schizophr Res* 1999, S23-S33.
- 4 Angermeyer MC, Matschinger H. The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Soc Sci Med* 1996, 43 : 1721-28.
- 5 Mullen P. Schizophrenia and violence : from correlations to preventive strategies. *Advances Psychiatric Treatment* 2006, 12 : 239-48.
- 6 Elbogen EB, Van Dorn RA, Swanson JW. Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *Br J Psychiatry* 2006, 189 : 354-60.
- 7 Mc Gorry P, Nordentoff M and Simonsen E. Introduction to early psychosis : a bridge to the future. *Br J Psychiatry* 2005, 187 (S48) : s1-s3.

## LES THÉRAPEUTIQUES BIOLOGIQUES

### LES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS UTILISÉS

Les patients violents ou présentant une dangerosité persistante sont souvent qualifiés de patients difficiles. Une grande partie d'entre eux est représentée par des patients schizophrènes chimiorésistants. D'après la littérature, 20 % des patients schizophrènes ne répondent pas au traitement, pourcentage pouvant atteindre 40 à 48 % selon les critères de résistance retenus [1]. Selon Kane, les schizophrénies résistantes sont définies par le fait de n'avoir pas observé de rémission clinique au cours des 5 dernières années chez le patient et de ne pas avoir observé de rémission clinique au cours de trois essais cliniques de traitement neuroleptique de famille chimique différente pour au moins deux d'entre eux pendant 6 semaines de traitement minimum chacun, à une posologie supérieure à 1 g/j en équivalent chlorpromazine [2], mais aussi 10 à 60 mg d'Haldol® par jour [3]. Conley en donne une définition un peu différente avec nécessité de deux séquences de traitement seulement dont les antipsychotiques de seconde génération, une durée d'essai thérapeutique limitée à 4 à 6 semaines, avec des posologies quotidiennes allant de 400 à 600 mg d'équivalent chlorpromazine. Les comportements violents peuvent être considérés comme des symptômes chez le patient et témoigner de l'inefficacité du traitement prescrit ou de sa mauvaise tolérance, d'où l'importance de prendre en compte l'histoire thérapeutique du sujet et de réévaluer les traitements régulièrement. Par ailleurs, un certain nombre de patients sont non observants, d'où la nécessité de réfléchir sur ce défaut d'observance. Enfin, le nombre de diagnostics psychiatriques accroît la dangerosité, comme l'association d'un abus de substances et de la schizophrénie, ou celle d'une personnalité borderline ou psychopathique avec la schizophrénie. Il apparaît donc très important de traiter les addictions et l'alcoolisme des patients parallèlement à leurs pathologies mentales.

Les objectifs du traitement médicamenteux visent un triple effet thérapeutique à court et long terme : antipsychotique, tranquilisant, et antiagressif. La dangerosité se manifeste très souvent et notamment dans les premières semaines de traitement à l'encontre du personnel infirmier, puis plus tard à l'encontre de l'entourage, environ 25 % des patients selon McNeil et al. étant physiquement violents plusieurs mois après la sortie de l'hôpital [4]. Nous aborderons les différentes molécules utilisées dans le traitement de l'agitation, de la violence et de la dangerosité avant d'envisager les stratégies thérapeutiques à court et à plus long terme en cas de dangerosité persistante.

Les traitements médicamenteux pour l'agitation, la violence et l'agressivité représentent l'abord principal en phase aiguë depuis plus de 30 ans avec l'utilisation conjointe d'antipsychotiques et de benzodiazépines [5] puis, depuis une dizaine d'années, l'introduction d'autres molécules [6]. L'évaluation des thérapeutiques est difficile. Le faible nombre de patients inclus, l'inclusion de patients non spécifiquement violents, la nature le plus souvent naturalistique des études publiées, le faible nombre d'études randomisées contrôlées avec des critères stricts d'inclusion et d'exclusion, et la durée souvent brève sur 3 à 6 semaines (parfois 12 semaines) alors que ce type de patients nécessite souvent une durée de traitement prolongée pour améliorer leurs symptômes, constituent autant de limites à l'évaluation et à la comparaison de l'efficacité des traitements. De plus, peu d'études considèrent l'effet des traitements sur l'agression comme un objectif principal mais davantage comme un

objectif secondaire et peuvent donc manquer de puissance [7]. L'évaluation des comportements violents s'effectue de façon variable soit par l'item « hostilité » de la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) [8], soit par des échelles d'évaluation plus spécifiques, telles que l'Overt Aggression Scale (OAS) pour les patients hospitalisés (comportant 5 items), et la Staff Observation Aggression Scale (SOAS) [9] (voir le chapitre 3). La définition de la violence est donc variable suivant les différentes études. Enfin, peu d'études tiennent compte des comorbidités associées et des traitements concomitants [10].

Face à un comportement violent, les antipsychotiques sont les médicaments les plus prescrits. Les anticonvulsivants (valproate, carbamazépine...) sont également utilisés pour leur action antiagressive et anti-impulsive, de même que les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine dans certaines indications. Les benzodiazépines avec le clonazépam sont prescrites à visée d'appoint anxiolytique.

### *Les antipsychotiques*

Suivant les différentes conférences de consensus, les antipsychotiques atypiques représentent les traitements de première intention dans la majorité des situations cliniques, du fait d'une efficacité au moins égale aux neuroleptiques conventionnels sur les symptômes positifs, d'une efficacité supérieure bien que modérée sur les symptômes négatifs et les troubles cognitifs [11, 12] et d'une diminution du risque d'effets secondaires neurologiques extrapyramidaux et de dyskinésies tardives. Ils sont caractérisés par une affinité moindre pour les récepteurs dopaminergiques  $D_2$ , et une plus grande affinité pour les récepteurs sérotoninergiques de type présynaptiques régulateurs de la libération de dopamine synaptique (récepteurs 5-hydroxytryptamine<sub>1A,2A, 2C, 3, 6, 7</sub> et norépinephrine  $\alpha_1$  et  $\alpha_2$ ), alors qu'une dysrégulation en sérotonine et norépinephrine a fréquemment été impliquée dans les comportements agressifs [13]. Au cours de ces 10 dernières années, plusieurs études ont montré que les antipsychotiques de seconde génération tels que la clozapine, l'olanzapine, la rispéridone, la quétiapine et la ziprasidone, ces deux dernières molécules n'étant pas disponibles en France, étaient efficaces dans le traitement des patients psychotiques présentant un comportement hostile, agressif et violent, ainsi que dans les troubles du comportement des patients déments et des adolescents [14-18].

### *La clozapine*

La clozapine a un profil pharmacologique complexe bien qu'étant un antagoniste sérotoninergique 5 HT<sub>2A</sub> et dopaminergique  $D_2$ . En effet, l'antagonisme  $D_2$  est relativement faible avec une activité plus forte sur les récepteurs  $D_{1, 3, \text{ et } 4}$ , les récepteurs sérotoninergiques et  $\alpha$ -noradrénergiques. Elle a également une affinité antagoniste intermédiaire sur les récepteurs muscariniques et histaminiques de type 1. D'abord sédatif à l'initiation du traitement, elle est ensuite antiproductive et antidéficitaire. Elle est aussi thymorégulatrice et antidépressive. Aux États-Unis, la clozapine est prescrite dans l'indication de prévention du suicide chez les schizophrènes. Elle est indiquée dans les schizophrénies chroniques sévères en cas de résistance ou d'intolérance majeure aux antipsychotiques conventionnels et dans les troubles psychotiques de la maladie de Parkinson. Son utilisation est proposée hors AMM dans la prise en charge des comportements agressifs violents, dont certaines pathologies neurologiques après échec des autres antipsychotiques [19, 20]. Un certain nombre d'études

non contrôlées rétrospectives ont souligné l'efficacité de la clozapine dans la réduction des comportements violents, et une diminution de l'isolement chez les patients [21-24]. Cet effet antiagressif apparaît indépendant statistiquement de l'effet antipsychotique de la molécule et persiste dans le temps. Il serait dû à son activité antisérotoninergique [24, 25]. Ces résultats ont été confirmés par des études randomisées en double insu dans lesquelles l'agressivité de 157 patients schizophrènes et schizoaffectifs hospitalisés était mesurée par l'item « hostilité » de la PANSS et par l'OAS. Dans l'étude de Volavka et al., La clozapine est comparée à l'halopéridol, l'olanzapine et la rispéridone sur une période de 14 semaines. Elle est apparue significativement plus efficace, cet effet étant spécifique, indépendant de l'effet sur les hallucinations, les troubles du cours de la pensée et la désorganisation idéique. La clozapine est également apparue plus efficace sur la symptomatologie des patients agressifs comparativement aux autres produits [18, 26]. Cependant, il est nécessaire de maintenir l'étude sur un temps suffisamment long pour obtenir une posologie suffisante de la clozapine, la molécule devant être prescrite à doses progressivement croissantes. Une autre étude randomisée en double insu et groupes parallèles, réalisée par Krakowski et al., portant sur 12 semaines chez 101 patients schizophrènes hospitalisés et sélectionnés du fait de leurs comportements agressifs, confirme la supériorité de la clozapine sur l'olanzapine et l'halopéridol dans la réduction des comportements violents verbaux et physiques [27, 28], cet effet étant indépendant de l'effet antipsychotique et de l'effet sédatif de la molécule. Les patients dans l'étude sont évalués par la Modified Overt Aggression Scale (MOAS) et la PANSS. Toutefois, dans l'étude InterContinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (IC-SOHO), l'efficacité de différents traitements antipsychotiques est comparée selon un schéma naturalistique non interventionnel. La présence ou l'absence d'agressivité verbale ou physique sur les 6 derniers mois est notée rétrospectivement. Lors de l'inclusion, cinq groupes de patients en monothérapie clozapine, olanzapine, quétiapine, rispéridone, halopéridol sont constitués (3 135 patients au total). Les comportements violents sont par la suite relevés sur une période de 6 mois. En monothérapie, la rispéridone et l'olanzapine apparaissent plus efficaces que la clozapine et l'halopéridol sur la réduction de l'agressivité. Cet effet est peut-être lié au choix de la population non spécifique des patients violents [29]. En effet, deux autres études naturalistiques montrent au contraire la supériorité des antipsychotiques atypiques, en particulier de la clozapine : l'une en Finlande, chez les patients inclus consécutivement après une première admission [30], et l'autre aux États-Unis, réalisée chez 229 patients suivis pendant 2 ans, les auteurs montrant une amélioration de l'observance avec les antipsychotiques atypiques liée à la diminution des effets indésirables et des abus de substances [31].

### *La rispéridone*

La rispéridone a une forte affinité pour les récepteurs sérotoninergiques HT<sub>2</sub>, dopaminergiques D<sub>2</sub>, adrénérgiques  $\alpha_1$  et  $\alpha_2$ , histaminergiques de type 1. Elle a une faible affinité pour les récepteurs muscariniques et  $\beta$ -adrénérgiques. Plusieurs études non contrôlées concernant les effets antiagressifs de la rispéridone ont montré des résultats variables par rapport aux antipsychotiques conventionnels [32, 33]. Une étude en ouvert randomisée comparant la rispéridone en monothérapie et la combinaison rispéridone-valproate chez les patients schizophrènes violents n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes sur 8 semaines [34]. Une analyse post hoc d'essai randomisé en double insu a montré un effet spécifique de la rispéri-

done sur l'hostilité supérieur à l'halopéridol [35], mais cet effet n'a pas été répliqué dans une autre analyse randomisée en double insu [26]. Cependant, l'efficacité de la rispéridone a été mesurée dans l'étude naturalistique IC-SOHO mentionnée précédemment [29]. Enfin, les résultats de l'étude CATIE concernant la rispéridone, l'olanzapine, la quétiapine, la ziprasidone et la perphénazine sur le comportement violent des schizophrènes n'ont pas montré de différence d'efficacité de la rispéridone par rapport aux autres traitements, ni d'efficacité significative sur l'agression. Le seul résultat marquant était la supériorité de la perphénazine, antipsychotique conventionnel, sur la quétiapine. Cependant, l'étude ne comportait pas de patients sous clozapine et les patients n'avaient pas été sélectionnés en fonction de leur symptomatologie agressive ou violente [36]. La rispéridone à faibles doses apparaît efficace dans le contrôle des comportements agressifs dans la démence [37-39] et chez les enfants présentant un trouble oppositionnel ou un trouble des conduites [40]. L'intérêt de la molécule, outre son efficacité, réside sur les différentes formes galéniques possibles. Ainsi, la solution buvable est intéressante lors de l'initiation du traitement et chez le sujet âgé. La forme d'action prolongée est particulièrement utile chez les patients partiellement ou non compliants, polytoxicomanes ou qui s'automédiquent de façon anarchique, soit en monothérapie, soit associée à d'autres antipsychotiques ou neuroleptiques.

### *L'olanzapine*

L'olanzapine a une affinité élevée pour les récepteurs sérotoninergiques  $HT_2$ , dopaminergiques  $D_1$ ,  $D_2$ ,  $D_3$ , et  $D_4$ , adrénergiques  $\alpha_1$ , histaminergiques de type 1 et muscariniques de type 1-5. Elle est faiblement antagoniste pour les récepteurs  $\alpha_2$  et  $\beta$ -adrénergiques. L'olanzapine et la rispéridone semblent avoir des effets similaires sur l'agressivité des patients dans l'étude IC-SOHO. Cependant, dans une autre étude observationnelle portant sur 124 patients schizophrènes suivis en ambulatoire pendant 3 ans et évalués tous les 6 mois, l'olanzapine apparaît plus efficace que la rispéridone, la réduction de la violence des patients étant corrélée à une meilleure adhésion au traitement [14, 31, 41]. Dans l'étude IC-SOHO, l'olanzapine montre une efficacité supérieure à la clozapine et à l'halopéridol. Dans deux études randomisées en double insu déjà citées, l'olanzapine montre une efficacité supérieure à l'halopéridol [18, 28], mais inférieure à la clozapine dans l'une d'entre elles [28]. Là encore, la possibilité de prescrire différentes formes galéniques est très utile, suivant les différentes phases de la maladie (forme orodispersible ou injectable dans les états aigus, forme d'action prolongée bientôt commercialisée pour les patients stabilisés) [18, 26-29, 41-43].

### **Les autres antipsychotiques atypiques**

Il existe peu d'études concernant les effets antiagressifs de la quétiapine, de l'aripiprazole et de la ziprasidone [44]. En France, seul l'aripiprazole est disponible. Plusieurs études en double insu randomisées comparant l'efficacité de l'aripiprazole au placebo et à l'halopéridol, et utilisant l'item « hostilité » de la PANSS, en analyse post hoc, ont montré une supériorité significative de la molécule par rapport au placebo mais non par rapport à l'halopéridol. Cependant, l'aripiprazole montrait un meilleur profil de tolérance [45].

## Les antipsychotiques conventionnels

Les effets antipsychotiques de la chlorpromazine ont été rapportés peu de temps après son introduction. Un certain nombre d'études ont été publiées concernant l'efficacité des antipsychotiques conventionnels sur l'hostilité et l'agressivité. Les plus utilisés restent l'halopéridol, le zuclopenthixol, notamment dans ses formes semi-prolongées et prolongées, et la loxapine. La voie intramusculaire est très fréquemment utilisée du fait d'une action plus rapide que la forme orale et d'une biodisponibilité proche de 100 % ; c'est la « neuroleptisation rapide ». Les fortes doses n'ont pas prouvé leur efficacité dans plusieurs études en double insu [21]. Les effets thérapeutiques sont dus au blocage des récepteurs  $D_2$ , spécifiquement au niveau de la voie mésolimbique, mésocorticale (avec comme conséquence une aggravation des symptômes négatifs et déficitaires), mésostriée (à l'origine des symptômes extrapyramidaux) et tubéro-infundibulaire (à l'origine d'une hyperprolactinémie). Les antipsychotiques conventionnels bloquent également les récepteurs cholinergiques, muscariniques à l'origine d'effets indésirables tels que bouche sèche, constipation, trouble de l'accommodation, et émoussement affectif,  $\alpha_1$ -adrénergiques et histaminiques de type 1 provoquant prise de poids, somnolence et hypotension orthostatique. D'autres effets secondaires liés à l'hyperprolactinémie, tels que les troubles sexuels, sont à considérer, d'autant qu'ils sont souvent à l'origine de l'arrêt des traitements chez les patients. Si le profil d'efficacité est globalement le même pour tous, les antipsychotiques conventionnels n'agissent pas de la même manière sur les différents récepteurs, variant ainsi en termes d'effets indésirables. Certains de ces effets secondaires renforcent l'agitation ou l'agressivité du patient, tels que les effets secondaires extrapyramidaux à type de tasinésie et d'akathisie, les effets liés à l'hyperactivité anticholinergique centrale à l'origine d'une agitation importante, d'une désorientation temporo-spatiale, d'une confusion voire d'hallucinations. Deux études récentes remettent en cause la supériorité des antipsychotiques atypiques sur les antipsychotiques conventionnels en général [46, 47]. L'étude Clinical Antipsychotic Trial of Intervention Effectiveness (CATIE) a montré la supériorité de la perphénazine sur la quétiapine [36] et l'absence de supériorité des antipsychotiques atypiques sur les antipsychotiques conventionnels. Cependant, deux autres études naturalistiques montrent la supériorité des atypiques sur l'halopéridol [30, 31]. En fait, les populations de ces études sont hétérogènes et non spécifiques des états dangereux, et les critères d'évaluation de la violence sont variables. Les antipsychotiques atypiques sont mieux tolérés, notamment sur le plan neurologique, et permettent d'améliorer l'observance des patients. L'amélioration de l'observance diminue la violence, excepté chez les patients présentant des troubles des conduites dans l'enfance [36]. Les antipsychotiques conventionnels restent prescrits dans quatre indications essentiellement : dans le cas de patients stabilisés par ce type de molécule et ne présentant pas d'effets secondaires invalidants, dans le cas d'un patient nécessitant une forme d'action prolongée et ne répondant pas ou partiellement à la rispéridone, actuellement seul antipsychotique atypique disponible sous forme d'action prolongée, dans le cas de patients ne répondant pas aux antipsychotiques atypiques y compris en association et qui nécessitent par la suite un relais avec une forme d'action prolongée ou ne tolérant pas les antipsychotiques atypiques (syndrome métabolique, diabète), dans le cas de patients résistants et peu observants qui pourraient bénéficier de la clozapine mais refusent un traitement au long cours ou les prélèvements sanguins réguliers.

## Les thymorégulateurs

Les anticonvulsivants (carbamazépine, lamotrigine, gabapentine et valproate), encore appelés normothymiques du fait de leur action thymorégulatrice, sont très régulièrement prescrits en association avec les antipsychotiques dans le traitement de l'agitation, de l'excitation et de la violence [48, 49], comme le préconisent les principales recommandations [2]. Le lithium a des effets dans la schizophrénie sur l'agitation, l'excitation et dans les troubles bipolaires. L'adjonction de lithium aux traitements conventionnels a montré son efficacité lorsqu'il y a résistance dans les troubles schizophréniques et schizoaffectifs. Cependant, ces indications reposent sur les résultats d'études non contrôlées, excepté une récente étude contrôlée en double insu versus placebo évaluant les propriétés antiagressives de la carbamazépine et du valproate [50]. Plusieurs travaux insistent sur leurs intérêts dans les troubles du caractère avec agressivité ou chez les schizophrènes présentant des anomalies électroencéphalographiques en temporal [48, 50-60]. De plus, les antipsychotiques conventionnels et les antipsychotiques atypiques abaissent le seuil épiléptogène et peuvent entraîner des modifications électroencéphalographiques. Les plus reconnus sont la clozapine, conduisant certains auteurs à prescrire un anticonvulsivant dès 200 mg/j de clozapine, et la chlorpromazine. De plus, dans les états d'agitation et d'agressivité chez le schizophrène, une hyperexcitabilité cérébrale est vraisemblablement présente chez un bon nombre de patients [51]. C'est ainsi que la lamotrigine pourrait agir en synergie avec la clozapine pour diminuer la transmission glutamatergique et agir à la fois sur les symptômes positifs et négatifs. Les antiépileptiques entraînent une augmentation de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA) et une augmentation de *L-glutamyl acid decarboxylase* (GAD), entraînant une augmentation du seuil des convulsions et une augmentation de l'activité dopaminergique dans les zones corticales mésolimbiques et mésopréfrontales [61].

### Le valproate

Le plus utilisé des anticonvulsivants depuis 1988 est le valproate, malgré le peu d'études contrôlées publiées [52]. L'ensemble des données est constitué par des *case reports*, des études rétrospectives ou des études prospectives ouvertes. Les diagnostics les plus fréquemment retrouvés sont les états démentiels, les affections cérébrales organiques et le retard mental, les autres diagnostics étant la schizophrénie, les troubles schizoaffectifs et les troubles bipolaires. La réponse antiagressive est observée avec l'association d'un psychotrope et du valproate. La concentration plasmatique du valproate est la même que celle préconisée lors d'un traitement antiépileptique.

Une récente étude contrôlée randomisée en double insu sur 28 j a comparé les effets d'une monothérapie antipsychotique (olanzapine ou rispéridone) avec une bithérapie divalproate de sodium-antipsychotique chez 249 patients schizophrènes [53]. Le critère principal de mesure était l'item « hostilité » de la PANSS. L'efficacité antiagressive était supérieure à j3 et j7 lors de la bithérapie, mais non différente de la monothérapie après la première semaine. Cet effet antiagressif était indépendant de l'effet sur les symptômes psychotiques positifs, les troubles du cours de la pensée et les hallucinations, d'où l'intérêt selon les auteurs d'utiliser le divalproate en association au traitement antipsychotique la première semaine lors des décompensations aiguës des états psychotiques. Ces résultats n'ont pas été retrouvés sur une autre étude similaire mais portant sur 84 j et 402 patients [54]. Une autre étude réalisée plus récemment, sur 8 semaines, randomisée en double insu chez 33 patients, a

comparé l'efficacité de la bithérapie rispéridone-divalproate versus rispéridone seule. Les patients étaient évalués par la PANSS, l'OAS, la Barrat Impulsiveness Scale (BIS) entre autres. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes, mais le nombre de patients était peu important, les patients peut-être peu violents et le personnel mieux formé pour intervenir avant toute manifestation de violence ou d'agressivité [34]. L'efficacité du divalproate est solidement documentée en revanche dans le traitement des épisodes maniaques des troubles bipolaires et dans les états d'impulsivité et d'agressivité des troubles de personnalité [62]. Dans une étude récente, 52 patients borderline non hospitalisés ont été randomisés sur 12 semaines pour recevoir soit du placebo, soit du divalproate. Ils étaient évalués en double insu avec la BIS et l'OAS. Le divalproate était supérieur au placebo pour la réduction de l'agressivité et plus efficace chez les patients qui avaient un score d'impulsivité et d'agressivité plus élevé à l'inclusion [63].

### *La carbamazépine*

La carbamazépine est moins utilisée dans la schizophrénie depuis l'introduction du divalproate, d'autant que la molécule est moins maniable du fait des risques d'agranulocytose, et de son effet inducteur enzymatique. Néanmoins, les conférences de consensus recommandent son utilisation en seconde intention en cas de comportement agressif persistant chez les patients psychotiques [2], en association aux traitements antipsychotiques aux doses comprises entre 400 et 800 mg/j. En effet, plusieurs *case reports* et des études ouvertes ont montré les effets antiagressifs de la carbamazépine dans la schizophrénie [55]. Une méta-analyse n'a cependant pas montré d'effet thérapeutique supplémentaire de la carbamazépine, que ce soit en monothérapie ou en traitement combiné, mais Leucht et al. suggèrent que d'autres études sur l'efficacité de la carbamazépine sur l'agression et l'excitation soient réalisées [56].

### *La lamotrigine et la gabapentine*

La lamotrigine et la gabapentine possèdent les mêmes propriétés que les anti-convulsivants cités précédemment, mais leur utilisation en situation aigüe est difficile du fait de la nécessité d'augmenter très progressivement les doses de 25 mg/j toutes les 2 semaines si le patient ne prend pas d'autre épiléptique, et de 12,5 mg/j s'il prend du divalproate. Le risque est en effet l'allergie cutanée, d'autant plus important que les doses de médicaments administrées sont augmentées rapidement en début de traitement [41]. Une étude contrôlée en double insu versus placebo [57], effectuée par Tiihonen et al., a retrouvé une amélioration des symptômes positifs chez 34 patients schizophrènes résistants à la clozapine. Cependant, ces résultats n'ont pas été répliqués dans deux grandes études contrôlées [58]. Une autre étude randomisée en double insu a montré une réduction de l'agressivité chez des femmes présentant un trouble de personnalité borderline [59].

### *Le lithium*

Le lithium est utilisé dans la réduction des symptômes maniaques, y compris les symptômes agressifs, dans les troubles bipolaires et les troubles schizoaffectifs chez l'adulte comme chez l'adolescent. En revanche, malgré quelques *case reports* sur l'effet antiagressif du lithium dans la schizophrénie, aucune amélioration n'a été observée chez les patients schizophrènes hospitalisés en état aigu dans une étude

randomisée en simple insu lorsque le lithium a été ajouté au traitement antipsychotique [60]. Malgré ces données, les conférences de consensus recommandent son utilisation comme traitement de seconde ligne en association chez les schizophrènes qui présentent un comportement agressif persistant [2].

## **Les benzodiazépines**

Certaines de ces molécules, comme le clonazépam ou le lorazépam, permettent comme les anticonvulsivants de garder un seuil épileptogène élevé, d'où leur association avec les antipsychotiques, notamment les plus épileptogènes. Elles agissent également par potentialisation des effets sédatifs des antipsychotiques, permettant d'utiliser des posologies moins importantes pour ces derniers. Enfin, elles présentent un intérêt dans le contrôle de l'angoisse psychotique et des phénomènes de tasi-kinésie provoqués par certains antipsychotiques [64]. Leur durée de prescription doit cependant rester limitée du fait de leurs effets indésirables (dépendance, amnésie antérograde, baisse du tonus musculaire) et de leurs possibles effets paradoxaux (agitation et agressivité). Ces effets paradoxaux comportent fréquemment un état ébrioux avec sédation, ataxie et dysarthrie, parfois une désinhibition avec euphorie, logorrhée et hyperactivité, rarement une irritabilité, une hostilité avec agitation, voire une agression physique. Des états dépressifs, maniaques et psychotiques sont également décrits. Les manifestations agressives sous benzodiazépines sont rares et ne concernent que 0,3 à 0,7 % des patients, et l'alcool est alors souvent retrouvé comme potentialisateur. Les épisodes s'accompagnant de passages à l'acte médico-légaux sont suffisamment exceptionnels au regard du nombre de patients traités pour que l'on remette en cause le rapport bénéfice/risque des benzodiazépines [65].

## **Les autres traitements**

### *Les $\beta$ -bloquants*

Les  $\beta$ -bloquants, tels que le propranolol, le nadolol, le métoprolol et le pindolol, sont utilisés dans le traitement des comportements agressifs [66-71] en psychiatrie générale, y compris dans le cadre de troubles organiques [72-74]. Les propriétés anti-agressives des  $\beta$ -bloquants sont supérieures au placebo chez les patients chroniques, mais non chez les patients aigus [66, 67]. Le propranolol est le plus utilisé dans la prise en charge des agitations modérées mais ses effets secondaires sont importants, à type de dépression, de confusion, de bronchospasme, d'hypotension et de bradycardie. Leur utilisation repose sur le fait que certaines manifestations périphériques de l'anxiété, notamment cardiaques, et l'irritabilité sont médiées par des mécanismes noradrénergiques [75].

### *Les antidépresseurs*

Un dysfonctionnement sérotoninergique central est impliqué dans la pathogénie de l'impulsivité. Bien que le lien entre une telle dysfonction et le comportement agressif n'ait pas été clairement confirmé dans les populations étudiées, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ont été évalués dans différentes études (fluoxétine et citalopram). Ainsi, dans une étude ouverte, les comportements violents ont considérablement diminué sous citalopram chez des patients présentant un trouble de personnalité du *cluster B* du DSM-IV ou un trouble explosif intermittent

[76]. Dans une étude en double insu en *cross over* versus placebo (24 j sous citalopram et 24 j sous placebo) chez 15 patients schizophrènes violents chroniques sur une durée de 48 j, le citalopram a été prescrit avec le traitement antipsychotique habituel des patients [77]. Le nombre des passages à l'acte agressifs a diminué sous citalopram de façon significative par rapport au placebo. Goedhard et al., dans une revue systématique du traitement des comportements agressifs en population psychiatrique adulte, retrouvent 10 études de bonne qualité méthodologique qui évaluent les antidépresseurs versus placebo. Bien que les groupes de patients soient hétérogènes (autisme, syndrome de stress post-traumatique [PTSD], schizophrénie, dépression et troubles de personnalité du *cluster B*), les résultats sont en faveur d'une efficacité de l'antidépresseur (fluoxétine, sertraline, fluvoxamine, sertraline, amitriptyline, imipramine et citalopram). Le suivi des patients s'effectue sur une durée relativement longue de 12 à 13 semaines. Plus les patients répondeurs ont un niveau d'agressivité élevé en début du traitement, plus ils sont sensibles à celui-ci [7]. Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine agissent aussi sur les symptômes négatifs. Certains, comme la fluxétine, augmentent le taux et l'efficacité de la clozapine et d'autres antipsychotiques conventionnels par inhibition du cytochrome P 450, permettant de diminuer les doses des antipsychotiques et d'obtenir une meilleure tolérance pour les patients.

### *Les traitements hormonaux*

Des expérimentations chez l'animal ont révélé une association entre androgènes et comportement d'agression. Chez l'homme, plusieurs auteurs ont retrouvé une association positive entre l'administration de testostérone et la prédisposition à la violence, incluant l'homicide [77-80]. Une explication avancée par certains serait une inhibition du contrôle sérotoninergique sur l'agression dans le cortex préfrontal [81]. Les traitements hormonaux qui possèdent une action antiandrogénique modifient l'affinité des récepteurs androgéniques cytoplasmiques et bloquent leur expression génomique cellulaire (il s'agit de l'acétate de cyprotérone antiandrogène stéroïdien). Ils peuvent aussi réduire la synthèse et la libération des gonadotrophines (FSH, LH) et diminuer la synthèse de testostérone et de dihydrotestostérone. Il s'agit de la leuproréline (Enanthone®) et de la triptoréline (Decapeptyl®), analogues de la *gonadotrophin releasing hormon* (Gn-RH). Les antiandrogènes ont été largement utilisés en psychiatrie pour contrôler l'hypersexualité et les agressions paraphiliques [82], bien qu'elles soient indiquées dans un nombre restreint de cas d'agresseurs sexuels (10 % des cas) et en association avec un soutien médico-psycho-social [83]. L'indication de chimiothérapie antihormonale est posée selon des critères validés et dans le respect des recommandations du Conseil national d'éthique, dans les cas d'absence de trouble psychiatrique majeur associé [83], et après avoir obtenu de la part du patient un consentement libre, éclairé, écrit et signé. Certains facteurs sont défavorables à la réussite de l'hormonothérapie : personnalité antisociale, abus d'alcool, pédophilie « pseudo-affective », psychose avec délire érotique, absence de motivation thérapeutique réelle mais conviction que le comportement sexuel n'est pas en soi anormal, isolement social marqué, acte motivé par la rage ou l'agressivité [84].

Quelques études concernent l'utilisation des antiandrogènes dans des troubles psychiatriques spécifiques ou dans l'agression non sexuelle. Des *case reports* ont ainsi été publiés par Thibault et al. concernant l'action antiagressive spécifique de la cyprotérone chez des patients présentant un retard mental et une psychose [85]. Orengo et al. et d'autres équipes ont utilisé les antiandrogènes chez certains patients

déments violents, mieux tolérés que l'halopéridol avec des résultats prometteurs [86-89]. Cependant, ce traitement comporte des effets secondaires rendant son utilisation limitée, tels qu'une féminisation chez l'homme, une ostéoporose et des troubles hépatiques.

- L'acétate de cyprotérone (Androcur®)

L'acétate de cyprotérone est un antiandrogène spécifique qui bloque les récepteurs des androgènes par inhibition compétitive de la 5 $\alpha$ -déhydroxytestostérone sur les sites récepteurs dans les organes cibles. Il bloque également la synthèse de la testostérone. Par cette action, il réduit significativement la stimulation de l'appétit sexuel induite par les androgènes, administrée à la dose moyenne de 200 mg/j (variation entre 300 et 600 mg/semaine par voie intramusculaire ou de 50 à 300 mg/j par voie orale). Le traitement est précédé d'une évaluation médicale, psychologique et biologique complète. L'efficacité de la cyprotérone est actuellement reconnue, mais inconstante. Son effet sur le désir et l'activité sexuelle ne s'observe que dans 60 % des cas. Parallèlement à la réduction ou à la disparition du comportement sexuel pathologique, on note l'amélioration des signes d'accompagnement tels que l'anxiété, l'irritabilité, la tension interne, la labilité thymique, les troubles du sommeil. Les effets secondaires dépendent du taux de testostérone plasmatique, allant d'une simple fatigabilité et d'une prise de poids à une asthénie, une augmentation des cauchemars, des céphalées, des nausées, une gynécomastie, une diminution du volume des testicules, une hypertension artérielle, une dépression, des accidents thromboemboliques, des altérations hépatiques... La réversibilité des troubles est la règle lors de l'arrêt du traitement.

- Les analogues de la Gn-RH

Les analogues de la Gn-RH permettent d'obtenir une castration hormonale réversible sans les inconvénients de l'acétate de cyprotérone. Ils inhibent indirectement la sécrétion de testostérone testiculaire par blocage de la sécrétion gonadotrope (LH et FSH). Leurs effets secondaires sont ceux de l'hypoandrogénisme ainsi que des bouffées de chaleur. Présenté sous forme d'action prolongée, le produit est efficace pendant 4 semaines après une injection intramusculaire.

### *Les sismothérapies*

La place des sismothérapies reste indéniable, notamment dans le traitement des schizophrénies résistantes, et dans les troubles thymiques résistants, même si elle a été réduite par l'apport des chimiothérapies psychotropes et en raison d'un certain nombre de préoccupations éthiques (difficultés dans l'obtention d'un consentement chez certains patients ou dans leur entourage) [90]. Le principe est d'induire une crise comitiale par l'administration de courant électrique à travers la boîte crânienne. L'administration du choc électrique s'effectue sous anesthésie générale brève et curarisation rapide pour éviter les accidents traumatiques de la crise convulsive généralisée. Habituellement, une cure s'effectue à raison de trois séances par semaine, bien que certains auteurs aient proposé, en cas de schizophrénie avec comportement agressif résistant aux chimiothérapies, des cures 5 fois par semaine [91]. Les indications majeures de la sismothérapie sont les syndromes maniaques résistants au traitement médicamenteux et les formes coléreuses, agressives,

furieuses ; les psychoses aiguës délirantes en cas de résistance au traitement médicamenteux. Les thérapeutiques antipsychotiques, y compris la clozapine, sont parfois inefficaces ou partiellement efficaces sur les troubles agressifs persistants des schizophrénies. De plus, il faut parfois un certain délai afin d'obtenir une réponse thérapeutique [92]. Les effets de la sismothérapie sur les comportements agressifs des schizophrènes ont été peu rapportés, bien qu'ils soient connus depuis plus de 40 ans. En revanche, un certain nombre de travaux concluent à un effet thérapeutique plus rapide et plus important dans la schizophrénie lorsque le traitement antipsychotique est associé à la sismothérapie [91, 93-95], la sismothérapie potentialisant les antipsychotiques. Lorsqu'elle est associée à l'instauration d'un traitement par clozapine, il convient d'augmenter les doses de clozapine de façon très graduelle afin d'éviter la survenue d'un syndrome confusionnel [96]. Certains suggèrent que l'efficacité de la sismothérapie est transitoire dans le cas des schizophrénies [94], rendant nécessaires la prescription combinée d'antipsychotiques et la pratique de sismothérapies d'entretien tous les 15 j à toutes les 4 semaines afin d'éviter les effets indésirables, notamment sur la mémoire.

La sismothérapie est effectuée après bilan cardiovasculaire, électroencéphalogramme, scanner cérébral, et bilan biologique dans l'objectif d'éliminer un processus expansif intracrânien et une contre-indication à l'anesthésie générale et à la curarisation. Elle est réalisée en milieu d'anesthésie-réanimation et le rythme des séances est dicté par la clinique du patient.

## CONDUITE À TENIR FACE À UN COMPORTEMENT VIOLENT

### Traitement de la phase aiguë de l'agitation, de la violence et de l'agression

La monothérapie classiquement recommandée est souvent difficile dans ces cas aigus, que ce soit lors des décompensations aiguës de psychoses, d'accès maniaques ou d'états aigus de démence.

#### *Voie d'administration parentérale*

La voie parentérale est parfois préférentiellement choisie en cas de refus du traitement par le patient, ou lorsque le patient est particulièrement agité et dangereux, nécessitant une action plus rapide qu'avec la voie orale. Le choix du traitement résulte donc de la forme d'administration dans un premier lieu, en maintenant les risques de toxicité les plus bas possibles. Quelle que soit la décision prise à l'égard de l'antipsychotique, on lui associe souvent une benzodiazépine intramusculaire afin d'obtenir une potentialisation de l'antipsychotique et une sédation plus importante. Jusqu'à récemment, le traitement de la phase aiguë était l'association d'halopéridol 5 mg avec le lorazépam intramusculaire 2 mg chez les patients psychotiques agités, ou la loxapine intramusculaire en monothérapie ou associée avec le lorazépam. Actuellement, il est possible de prescrire l'olanzapine intramusculaire soit à 5 mg soit à 10 mg associée au lorazépam 2 mg, l'équivalence étant 10 mg d'olanzapine pour 7,5 mg d'halopéridol, en cas d'agitation ou de comportement violent chez le schizophrène délirant, ou chez des patients présentant un épisode maniaque. L'injection parentérale de benzodiazépine doit être faite 1 h au minimum après l'injection d'olanzapine, suivant les recommandations d'utilisation. La dose initiale est diminuée de moitié chez les patients de plus de 60 ans, les insuffisants rénaux et/ou hépatiques, cette

injection étant par ailleurs contre-indiquée chez les patients présentant des pathologies instables ou ayant subi une chirurgie cardiaque. L'efficacité de l'olanzapine dans le traitement de l'agitation chez les schizophrènes et chez les bipolaires maniaques a été démontrée avec des doses variant de 2,5 mg à 10 mg. Les doses recommandées sont de 10 mg, la dose maximale journalière étant de 20 mg/j (en trois injections par jour). L'olanzapine intramusculaire atteint des pics de concentration plasmatique en 15 à 45 min alors que la voie orale atteint les pics plasmatiques à la 6<sup>e</sup> heure, et la concentration plasmatique maximale est 5 fois plus élevée qu'avec la forme orale, d'après les études de pharmacocinétique. Plusieurs études contrôlées ont confirmé la supériorité de l'olanzapine par rapport à l'halopéridol dans cette indication [42, 43, 97-99], ainsi qu'une revue critique de la littérature montrant l'efficacité de l'olanzapine dans l'agitation aiguë des patients schizophrènes, schizoaffectifs et maniaques. Par ailleurs, seuls l'halopéridol intramusculaire et l'olanzapine intramusculaire ont fait l'objet d'études multicentriques en double insu, contrôlées versus placebo, et seules les benzodiazépines intramusculaires, lorazépam et clonazépam, ont fait l'objet d'études de même nature. L'intérêt dans l'utilisation de l'olanzapine par voie parentérale et de l'halopéridol par voie parentérale réside dans le fait de pouvoir leur substituer la voie orale dès que l'état du patient le permet. Cependant, l'olanzapine est rarement prescrite en première intention en cas d'agitation aiguë, du fait de la nécessité d'une surveillance étroite en raison du risque d'hypotension, de bradyarythmie et/ou d'hyperventilation, notamment dans les 4 premières heures suivant l'injection. Le traitement classique reste donc souvent l'association halopéridol intramusculaire-lorazépam intramusculaire, de nombreuses études ayant montré la supériorité de cette association à chaque molécule utilisée en monothérapie, ou l'association loxapine intramusculaire-lorazépam intramusculaire. La loxapine, également très utilisée, apparaît très sédative et hypotensive, ne permettant pas de maintenir la relation thérapeutique, du fait de son affinité pour les récepteurs  $\alpha_1$ -adrénergiques, mais elle ne modifie que peu le QT, ce qui est intéressant dans le contexte de l'urgence ou de la crise. Les benzamides, y compris l'amisulpride, ne sont pas recommandés en intramusculaire dans cette indication du fait des effets hypotenseurs et cardiaques qu'ils peuvent provoquer (bradycardie et allongement du QTc) [41]. La ziprasidone, très utilisée aux États-Unis dans cette indication, n'est pas disponible en France.

Enfin, l'acétate de zuclopenthixol d'action semi-prolongée présente l'intérêt d'une seule injection tous les 2 à 3 j, mais avec l'inconvénient d'un antipsychotique conventionnel (risque d'effets secondaires extrapyramidaux). Il est souvent utilisé en association avec la cyamémazine, et un autre antipsychotique plus incisif tel que l'olanzapine, la rispéridone ou l'halopéridol, chez les patients agités, impulsifs ou violents hospitalisés, refusant le traitement per os et nécessitant une sédation rapide. Le traitement peut être relayé par une forme orale en gouttes dès que possible ou par une forme d'action prolongée toutes les 2, 3 ou 4 semaines.

Chez les patients déments, il convient d'éviter les antipsychotiques et de préférer les carbamates par voie orale ou intramusculaire, bien tolérés et de demi-vie brève.

### *Voie d'administration orale*

La voie orale est toujours préférable et proposée au patient dès que possible. Les formes liquides (rispéridone) et orodispersibles (olanzapine) sont préconisées afin de s'assurer de l'absorption des médicaments dans les états psychotiques aigus ou dans les troubles de personnalité de type état limite. Il est parfois intéressant de répartir le nombre de prises du traitement en 3 à 4 fois par jour, ce qui permet d'améliorer l'effet

de sédation et d'avoir un contact répété avec le patient. Les antipsychotiques atypiques sont prescrits en première intention, associés à un antipsychotique conventionnel plus sédatif ou à une benzodiazépine, voire les deux. Comparativement aux études concernant l'olanzapine intramusculaire, l'efficacité de l'olanzapine orale en monothérapie est faible, d'où la nécessité d'une association avec un autre antipsychotique. Chouinard préconise l'association avec la rispéridone orale, permettant à la fois d'éviter des doses trop importantes d'olanzapine (supérieures à 20 mg/j) souvent nécessaires dans cette indication, comme en témoigne l'étude multicentrique en double insu concernant l'utilisation orale de l'olanzapine [100], et les effets secondaires extrapyramidaux possibles avec la rispéridone. De plus, la rispéridone en monothérapie dans cette indication présente les mêmes inconvénients que l'olanzapine en monothérapie [41]. Les doses seront réduites pour la personne de plus de 65 ans ou chez la personne n'ayant jamais été traitée par antipsychotiques. La triple thérapie consiste à rajouter, en l'absence de résultats au bout de 6 à 7 j, un anticonvulsivant, préférentiellement l'acide valproïque qui peut être donné en solution buvable excepté chez la femme enceinte, et éventuellement le clonazépam. Les doses sont parfois plus élevées que celles préconisées et dépendent de la réponse de chaque patient.

En première intention et en cas de symptomatologie délirante prédominante, on préconise, chez le sujet dément, un antipsychotique atypique en monothérapie ou associé à une benzodiazépine à demi-vie courte (lorazépam, oxazépam, alprazolam), en privilégiant les formes orales liquides et orodispersibles et en débutant à des doses réduites de moitié par rapport aux doses habituellement prescrites chez l'adulte. Les neuroleptiques classiques ne sont pas indiqués dans les démences à corps de Lewi, et préconisés en seconde intention du fait des effets secondaires anticholinergiques et neurologiques. Le meprobamate est utilisé en seconde intention de même que les anticonvulsivants.

## TRAITEMENT DE L'ÉTAT DANGEREUX PERSISTANT

Idéalement, le traitement devrait être celui de la cause. Cependant, l'état dangereux est souvent lié à un certain nombre de facteurs hétérogènes, dont l'abus de substances qui est à traiter de manière spécifique. La consommation excessive de cannabis touche plus du quart, voire la moitié des schizophrènes sur la vie entière, celle d'alcool environ 40 %. Le tabagisme est également très important, conduisant à une surmortalité et à une modification du métabolisme des médicaments. Les pathologies addictives associées aux troubles schizophréniques sont des facteurs de gravité et souvent de résistance, avec davantage d'abandons de traitement, de rechutes, d'hospitalisations et de passages à l'acte violents. La première nécessité est un dépistage soigneux des addictions par les psychiatres et les soignants qui, souvent, sous-estiment leur importance. Il faut également rechercher les signes de sevrage qui peuvent majorer le tableau, et les traiter (substituts nicotiques, autres traitements de substitution). L'attitude la plus pragmatique consiste à travailler en collaboration avec un service d'addictologie.

L'état dangereux est parfois le fait d'une mauvaise observance chez les patients soit parce qu'ils présentent des troubles cognitifs à l'origine de certains oublis de prises, soit parce qu'ils sont dans le déni des troubles. Vaincre le problème de la mauvaise observance chez ces patients difficiles et complexes permettrait de résoudre une grande partie des risques de dangerosité. Les conséquences d'une mauvaise observance sont multiples : inefficacité thérapeutique, absence de contrôle des facteurs de risque de passage à l'acte hétéro- ou autoagressif, mais aussi risque de surenchère inutile dans les

prescriptions et de majoration des effets indésirables, et détérioration de la relation médecin-malade. Certains moyens sont préconisés pour optimiser l'observance. Les plus utilisés sont la simplification posologique et la diminution des prises quotidiennes de traitement une fois la stabilisation clinique acquise. La stratégie repose également sur l'adaptation du traitement au style de vie du patient et à ses contraintes, ainsi que sur l'implication de l'entourage, ce qui suppose par ailleurs son information sur la maladie et les différents traitements. L'utilisation des formes prolongées par voie intramusculaire, soit administrées au centre médicopsychologique (CMP), soit effectuées au domicile du patient par un infirmier libéral ou de l'hôpital, est préconisée chez les patients présentant une faible compliance au traitement, et une pathologie sévère gravement processuelle. Ainsi, l'observance est mieux contrôlée par l'équipe soignante et permet une réponse plus rapide en cas d'arrêt du traitement. Elle améliore la communication du patient avec l'équipe soignante du fait de contacts plus rapprochés. Le choix de la forme prolongée restreint le nombre de molécules utilisées mais apporte une meilleure stabilité clinique, qui permet souvent d'engager une prise en charge plus complète à long terme. L'indication principale des formes d'action prolongée reste la schizophrénie, quelle que soit sa forme clinique, y compris les cas de schizophrénie déficitaire, en adaptant la posologie à l'effet thérapeutique recherché. D'autres pathologies telles que les psychoses hallucinatoires chroniques, les troubles bipolaires ou les délires paranoïaques peuvent bénéficier de la forme d'action prolongée, compte tenu d'une observance médiocre et d'une dangerosité importante. Enfin, en cas de trouble grave de personnalité s'accompagnant d'une explosivité caractérielle comme certains déséquilibres psychopathiques ou certains états limites, c'est là encore l'existence d'une dangerosité avérée qui peut conduire à la mise sous traitement d'action prolongée. Le zuclopenthixol est souvent prescrit dans ce contexte sur des durées souvent limitées. Des données plus anciennes suggèrent l'utilisation des formes d'action prolongée dans l'alcoolisme, en cas d'ivresse pathologique accompagnée de symptômes psychotiques ou révélant des troubles du caractère. Cette indication reste soumise à une évaluation au cas par cas [101]. Les formes d'action prolongée sont préférentiellement prescrites lorsque le patient, bien stabilisé par la forme orale, a un projet de sortie vers une structure alternative à l'hospitalisation temps plein, type clinique-relais, appartement associatif, foyer, famille d'accueil ou hôpital de jour. L'objectif reste dans tous les cas d'adapter la thérapeutique régulièrement en fonction des différentes étapes de la maladie et de l'attitude du patient face à ses troubles.

La distribution des traitements au CMP ou par un infirmier au domicile est une autre alternative, ou encore la préparation d'un pilulier avec le patient. La stratégie thérapeutique visant à une bonne observance au long cours repose également sur l'éducation thérapeutique. Le médecin doit prendre le temps d'informer, d'accompagner le patient et de partager son savoir, en insistant sur la nécessité de respecter les prises médicamenteuses sans augmenter ou diminuer le traitement, y compris lorsque le patient est asymptomatique. Il doit pouvoir poser fréquemment certaines questions simples au cours du suivi, comme par exemple les six questions suivantes selon le questionnaire de Girerd (élaboré dans le but d'évaluer l'observance des antihypertenseurs). Si le patient répond positivement 3 fois ou plus, il est considéré comme non-observant ; s'il répond positivement 1 fois ou 2, il est non-observant mineur. Ces questions, qui permettent d'évaluer l'observance de façon rapide, sont les suivantes :

- Aujourd'hui, avez-vous oublié de prendre votre médicament ?
- Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicaments ?
- Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?

– Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous faisait défaut ?

– Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?

– Pensez-vous que vous avez trop de médicaments à prendre ?

Enfin, une attention particulière est portée aux effets secondaires, même s'ils sont subjectifs, dans la mesure où ils représentent une cause fréquente de non-observance. Pour les patients sans domicile fixe, les patients situés dans un *no man's land* administratif (demandeurs d'asile, carte de séjour en renouvellement, situation irrégulière, attente de couverture maladie universelle [CMU]...), la consultation de précarité mise en place dans un certain nombre d'établissements, de même que le « passe » délivré pendant une durée limitée dans certains hôpitaux, permet la délivrance du traitement et améliore l'observance.

Les études disponibles dans la littérature sont très hétérogènes concernant le choix du neuroleptique ou de l'antipsychotique. Un certain nombre de recommandations ont donc été élaborées, réalisant une synthèse des principaux travaux concernant la prise en charge au long cours des états psychotiques [102-107]. Ces recommandations sont parfois difficiles à appliquer, comme le soulignent Delessert et al., qui observent que 10 % de praticiens respectent partiellement les recommandations et que 25 % ne les respectent pas [108]. Le choix d'un traitement est en effet souvent guidé par la symptomatologie prédominante, et les habitudes de prescription du médecin. On peut néanmoins répéter les règles de bonne pratique pour ces patients difficiles avant de modifier le traitement trop rapidement : choix du traitement en fonction de l'histoire thérapeutique du patient, de la tolérance, de l'observance et de la qualité de vie du patient ; maintien du traitement ayant obtenu la rémission des symptômes ; ajustement de la posologie à une dose suffisante pendant au moins 4 semaines en s'aidant éventuellement des dosages plasmatiques de médicaments afin de vérifier l'observance, d'avoir une indication sur le métabolisme du patient dans le cas d'une pharmacocinétique altérée ou lors de l'association avec des traitements qui altèrent la pharmacocinétique ; changement pour un antipsychotique de famille différente en cas de mauvais contrôle sur la symptomatologie sur le long terme ou d'effets secondaires importants.

L'état dangereux augmente avec le nombre de diagnostics psychiatriques posés, comme nous l'avons déjà dit précédemment (voir le chapitre 4). De plus, un certain nombre d'états dangereux sont observés dans les cas de schizophrénie résistante. Dans ces cas, la monothérapie par antipsychotiques est en général peu efficace et le recours à la clozapine souvent trop peu envisagé. Les benzodiazépines ne sont utilisées que sur une durée de temps limitée du fait du risque de dépendance. La plupart des patients schizophrènes bénéficient de l'association de deux antipsychotiques, voire trois, de seconde génération ou conventionnels. Cette association est fréquente, surtout chez les patients difficiles ou complexes en raison de symptômes résiduels invalidants, de comorbidités addictives, bien qu'il n'existe aucune étude contrôlée ni donnée pharmacologique concernant ces pratiques prouvant un intérêt par rapport à un changement d'antipsychotiques [109]. L'intérêt pharmacologique des associations réside dans le fait que l'on cherche à potentialiser l'activité des antipsychotiques dont la durée de liaison aux récepteurs D2 est la plus « lâche ». Avec la clozapine, il s'agit aussi d'une recherche de synergie potentialisatrice pour en diminuer les doses, réduire les effets de sédation, d'hypersalivation et d'abaissement du seuil épileptogène [110-111]. La difficulté est de proposer une association d'antipsychotiques à un patient à un moment donné de sa pathologie, souvent lors d'une décompensation, sans la réévaluer ultérieurement soit

parce que le psychiatre responsable du suivi n'est pas le même que celui qui a modifié la prescription lors d'un moment aigu, soit parce que le patient craint toute modification de son traitement, soit par manque de disponibilité du psychiatre prescripteur. En cas d'agitation ou d'angoisse prédominante malgré la prescription de benzodiazépines, l'association à un antipsychotique sédatif est courante. En cas d'activité hallucinatoire prédominante, l'association de deux antipsychotiques de seconde génération est fréquente, d'un antipsychotique conventionnel à activité antihallucinatoire à un antipsychotique atypique, ou de deux antipsychotiques conventionnels. La clozapine est indiquée chez les patients suicidaires et les patients résistants, soit en monothérapie soit en association avec un antipsychotique par voie orale tel que l'amisulpride, la chlorpromazine, le sulpiride, la rispéridone, le pimozide, la loxapine [112] ou l'olanzapine [113], ou d'action prolongée tel que la rispéridone en cas de réponse partielle ou de résistance au traitement, bien qu'aucune étude n'ait démontré l'efficacité de ces associations [112, 114, 115]. Les critères de résistance à la clozapine habituellement reconnus sont la persistance des symptômes malgré des doses de 300 à 900 mg/j pendant 2 à 6 mois avec des dosages plasmatiques supérieurs à 350 ng/ml. L'association avec un neuroleptique d'action prolongée à faibles doses ou un antipsychotique d'action prolongée permet une meilleure sécurité et une meilleure surveillance lorsque le patient est partiellement observant ou dans le déni partiel de ses troubles.

L'association d'un antipsychotique et d'un anticonvulsivant est fréquente dans les troubles du caractère avec agressivité, chez les schizophrènes présentant des anomalies électroencéphalographiques en temporal, une impulsivité, ou en cas de trouble schizoaffectif, de troubles thymiques, d'états démentiels, ainsi que chez les adolescents et les jeunes adultes. Le valproate est le plus fréquemment prescrit, du fait de la forme buvable, ou la lamotrigine. Le lithium a des effets sur l'agitation, l'excitation, et des effets thymorégulateurs mais nécessite une surveillance biologique parfois difficile à maintenir chez les patients. De plus, les surdosages ont de graves conséquences avec risque de décès. Enfin, un antipsychotique atypique est prescrit chez des patients présentant des symptômes maniaques prédominants en association avec un anticonvulsivant dès le début du traitement.

Si des symptômes dépressifs sont présents, un antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine est prescrit pendant une courte période de temps. Les troubles de l'humeur sont fréquents chez les patients schizophrènes et à plus forte raison chez les patients présentant un trouble schizoaffectif. La prévalence des troubles dépressifs est estimée de 25 à 65 % dans cette population. L'impact de ces troubles sur les comportements violents auto- ou hétéroagressifs est complexe, majoré par les prises de toxiques. Les dépressions peuvent survenir tout au long de la maladie et revêtir diverses significations imposant parfois des approches thérapeutiques spécifiques. La schizophrénie et les psychoses sont au deuxième rang des causes psychopathologiques du suicide et le suicide est la première cause de mortalité chez les schizophrènes. La suicidalité est particulièrement importante dans les 10 premières années de la maladie, notamment lors des sorties d'hospitalisation.

Les sismothérapies sont indiquées en cas de chimiorésistance, dans les formes catatoniques, dans les épisodes dépressifs majeurs mélancoliformes, dans les épisodes psychotiques associés à une dimension thymique, dans les formes paranoïdes hallucinatoires non modifiées par les traitements avec vécu délirant pénible et intense faisant craindre le passage à l'acte auto- ou hétéroagressif, et dans les formes d'agitation ou d'hostilité résistantes au traitement. Selon les recommandations de l'American Psychiatric Association (APA), l'association des sismothérapies au traitement antipsychotique en améliore l'efficacité, permet de réduire les doses de

médicaments et d'accélérer leur délai d'action. Les sismothérapies de maintenance sont proposées après une réponse favorable en phase aiguë à une cure (20 séances en cas de schizophrénie résistante) à raison de une à deux séances par semaine pendant au moins 6 mois [116]. Les rechutes pendant la phase de maintenance nécessitent le rapprochement des séances, voire la reprise d'une cure complète, et pourraient trouver leur explication dans une mauvaise observance, une consommation éventuelle de toxiques ou un espacement trop important des séances.

## LA SURVEILLANCE DU TRAITEMENT

La surveillance est clinique et biologique [117], très régulière, d'autant que les patients dangereux sont souvent polymédiqués, avec des problèmes d'addiction. Sur le plan clinique, il faut rechercher les antécédents familiaux et personnels de pathologie cardiovasculaire ou de diabète par l'interrogatoire du patient et de l'entourage et la consultation du dossier du patient, un électrocardiogramme avant initiation d'un traitement antipsychotique, et à chaque modification du traitement antipsychotique, voire aussi souvent que nécessaire (en cas d'antécédents ou de coprescriptions de traitements ayant un effet sur la conduction cardiaque). Il faut également surveiller la tension artérielle, le poids et le périmètre abdominal des patients très régulièrement (tous les mois pendant 3 mois puis tous les 3 mois).

Sur le plan biologique, il faut à 1 mois, 3 mois puis tous les ans effectuer une glycémie à jeun et un bilan lipidique, afin de détecter une éventuelle intolérance au glucose ou un diabète, un bilan hépatique en cas de suspicion de syndrome métabolique et avant tout traitement par dépakine et carbamazépine. Le risque de survenue de syndrome métabolique est majoré en cas d'association d'antipsychotiques, notamment si d'autres facteurs sont présents. Certains dosages sont plus spécifiques aux thérapeutiques : numération formule sanguine avant instauration d'un traitement par carbamazépine, lamotrigine et clozapine, puis toutes les semaines pendant 18 semaines suivie 1 fois par mois pour la clozapine, clairance de la créatinine, bilan thyroïdien pour le lithium. Les dosages plasmatiques de traitement sont particulièrement indiqués chez ces patients difficiles afin de contrôler l'observance, en cas d'inefficacité thérapeutique malgré un traitement bien conduit, et en cas d'association médicamenteuse. Cependant, il faut avant tout se fier à la clinique dans la mesure où certains patients vont tolérer de fortes doses d'antipsychotiques ou de neuroleptiques alors que les dosages ne sont pas en faveur d'une augmentation de ces doses. La recherche régulière de la prise de toxiques chez les patients présentant une comorbidité addictive est très utile, d'autant que les patients sont souvent pris en charge dans les services classiques de psychiatrie, donc ouverts ou en ambulatoire. Ainsi, une aggravation brutale de la symptomatologie doit faire évoquer un défaut d'observance ou la prise de toxiques, avant de conclure à l'inefficacité du traitement prescrit.

## INFORMATION, PSYCHOÉDUCATION, PSYCHOTHÉRAPIE

L'information est délivrée par le psychiatre et elle est ensuite relayée par les infirmiers, le médecin généraliste, le psychologue (lorsque le patient bénéficie d'une psychothérapie), et le travailleur social. Le psychiatre présente au patient sa maladie de façon simple et ce le plus tôt possible. Avec l'accord du patient, il informe également

l'entourage qui a souvent été le premier à déceler les troubles, et à diriger le patient vers les soins. Le psychiatre aide le patient à décrypter ses symptômes ; cela lui permet de justifier l'instauration du traitement et de lui apprendre à repérer par la suite les signes d'une éventuelle rechute. Il informe sur la maladie, son histoire naturelle, son pronostic et l'ensemble des soins nécessaires (traitements médicamenteux, stratégies psychothérapeutiques et mesures psychosociales), en prenant en compte les principaux facteurs psychologiques, sociaux et éducatifs de chaque patient. L'information porte donc sur l'ensemble des stratégies, l'abord médicamenteux n'étant qu'un des piliers de la prise en charge. Ainsi, le patient et ses proches pourront percevoir la cohérence des options thérapeutiques. L'information est renouvelée et enrichie au cours du temps. En effet, la pathologie psychotique évolue au long cours, ce qui demande souvent plusieurs années pour la compréhension des troubles et leur acceptation par le patient et son entourage. Plus le déni est important, plus il faut persévérer, répéter les mêmes arguments, insister sur les changements bénéfiques induits par le traitement et les autres éléments de la prise en charge. L'objectif est d'associer l'entourage le plus tôt possible et de façon régulière afin que l'équipe soignante ne se substitue pas à la famille, et d'informer sur les symptômes de la maladie, le cours évolutif, les facteurs favorisant l'interruption des soins, les circonstances d'aggravation telles que les deuils, les ruptures, les difficultés professionnelles, et les prodromes annonçant les rechutes. L'objectif est aussi de développer chez le patient une attitude critique face à sa maladie, et le prémunir de suggestions inopportunes de l'entourage, telles que la prise de toxiques ou l'arrêt de la thérapeutique souvent assimilée à une drogue par les proches, le déni ou la banalisation des troubles. L'information délivrée permet d'humaniser les soins. Elle devient un enjeu contribuant à améliorer l'« *insight* », elle aide le patient à prendre de la distance vis-à-vis de ses troubles. La psychoéducation est proposée au patient mais également à l'entourage, par le biais de groupes de patients et de familles ou en individuel. Rappelons que le déni des troubles par l'entourage constitue un facteur de risque de passage à l'acte hétéroagressif.

Dès le début des années 1980, les psychiatres nord-américains se sont penchés sur la question de l'information à délivrer au patient, du fait de l'augmentation du nombre de procès à leur encontre et de l'obligation d'obtenir un consentement éclairé de leur part avant toute prescription. Un certain nombre d'études ont été alors développées concernant l'évaluation de l'information des patients. L'ensemble des données, bien qu'il n'existe pas de véritable méta-analyse de ces travaux parfois hétérogènes, indiquent qu'une procédure d'information structurée des patients peut améliorer leur observance médicamenteuse, voire influencer leur symptomatologie et diminuer la fréquence de leurs rechutes [118]. L'éducation thérapeutique peut ainsi s'effectuer autour de programmes éducatifs stratégiques intégrant des notions pharmacologiques, sociopsychologiques et pédagogiques, en complément de l'information délivrée par le médecin et par l'équipe soignante. Il est important que cette éducation soit organisée, dispensée par des professionnels compétents (médecins, infirmiers, pharmaciens), formés à cet effet, et inscrite dans la dynamique de travail de l'équipe de soins. Pour être efficace, elle doit s'accompagner de sessions de rappel. En milieu ambulatoire, c'est au sein des réseaux de soins, appelés aujourd'hui à se développer, que l'éducation thérapeutique peut s'exercer dans les meilleures conditions.

La psychothérapie, qu'elle soit d'inspiration analytique, de soutien ou cognitivo-comportementale, peut avoir un impact préventif sur le risque de comportement violent. En effet, elle permet d'apaiser le patient. Celui-ci, par sa violence, a pour

objectif inconscient de susciter chez le thérapeute une réponse susceptible de servir de contenant psychique à quelque chose d'inassimilable pour lui. Débordé, le patient utilise l'agir comme tentative de communication inconsciente énigmatique [119]. Le thérapeute peut tenter de trouver un sens à ces réactions agressives et les livrer au sujet. Il utilise alors les concepts d'identification projective et de fonction contenant. En cas d'échec, il peut s'exposer à un passage à l'acte violent conduisant à une impasse relationnelle et à une fin prématurée de la psychothérapie. Au cours du travail, le patient démontre la difficulté de garder dans son psychisme un contenu trop angoissant lié à la maladie, ressenti comme impensable, et le projette sur le thérapeute. Ce dernier doit alors contenir ces pulsions dangereuses qu'il redonne au patient sous une forme tolérable, moins dangereuse et assimilable pour son moi. La psychothérapie cognitivocomportementale est particulièrement indiquée chez les patients qui ont des comportements agressifs à caractère impulsif et chez ceux qui éprouvent des remords face aux actes posés. Son efficacité a été démontrée sur l'amélioration de l'ajustement social, la diminution des symptômes psychotiques et la détresse entraînée par la maladie. Elle vise à la fois les symptômes positifs, négatifs, cognitifs, comportementaux et affectifs en tenant compte de la phase de la maladie et des besoins particuliers de chaque patient. Un premier type de démarche est l'amélioration de la gestion des émotions provoquées par des facteurs internes et externes de stress. Cette approche mise sur la restauration des aptitudes à traiter l'information, et le développement de stratégies de stabilisation de soi. Le patient reçoit un entraînement qui touche la pensée conceptuelle, la capacité d'abstraction et la modulation de concepts par le biais de supports tels que des cartes. D'autres exercices peuvent être proposés, visant à développer la discrimination et l'interprétation des stimuli. Enfin, une autre activité vise à réduire l'altération de la communication, le but étant d'essayer de saisir le raisonnement d'autrui [120]. Il existe également un entraînement aux compétences sociales dans différents contextes par des jeux de rôle en groupe avec les patients, la résolution de problèmes interactionnels afin de faciliter et d'optimiser la gestion des facteurs potentiels de stress. Un second type de démarche vise plus particulièrement à diminuer l'intensité et la sévérité de la symptomatologie psychotique et tente de modifier le contenu dysfonctionnel de la pensée ou la réponse affective ou comportementale associée. Le travail est centré sur la compréhension des symptômes et repose sur l'hypothèse selon laquelle délire et hallucinations peuvent être accessibles au raisonnement par une approche de collaboration qui évite la confrontation. Un troisième type de thérapie portant sur l'identité vise à diminuer la vulnérabilité personnelle au stress et à permettre d'acquérir une meilleure capacité de gestion des émotions. L'objectif est d'aider le patient à détecter de façon précise ses propres états affectifs pour encourager l'expression appropriée des émotions, et l'évaluation des réponses réciproques d'autrui. Dans la dernière phase, le patient se tourne vers l'extérieur en travaillant sur son orientation occupationnelle et sur la socialisation.

## LA SOCIOTHÉRAPIE, L'ART-THÉRAPIE ET L'ERGOTHÉRAPIE

La sociothérapie a pour but de mobiliser les patients en évitant les phénomènes d'errance entre lieux de soins et lieux de vie. Elle permet un apprentissage comportemental de l'impulsivité et de l'agressivité afin de pouvoir communiquer et se resocialiser. L'agressivité, en plus du travail psychothérapique individuel et groupal, est traitée par le biais d'activités à médiation corporelle : gymnastique, relaxation,

balnéothérapie, escalade... Des sorties progressives, d'abord accompagnées par les soignants puis effectuées par le patient seul, permettent à ce dernier le développement de relations avec l'extérieur alors que les mesures de sécurité s'assouplissent. L'objectif est de ne pas refermer la vie du patient sur l'espace du soin, ne lui restituant alors qu'une vie en fonction de son statut de malade. Parallèlement, le rétablissement des droits sociaux avec le patient, la mise en place de démarches sociales visant à le protéger mais aussi à le rendre plus autonome, telles que les mesures de protection de biens, sont envisagés et discutés avec le patient et l'entourage quand il existe.

L'ergothérapie, la musicothérapie, l'art-thérapie sont une autre forme de soins permettant l'expression des symptômes et de la souffrance des patients, mais aussi la compréhension des limites et l'autocritique de ses actes. Elles sont également un espace de liberté pour ces patients souvent hospitalisés sous contrainte qui viennent chercher un lieu d'écoute et de disponibilité. Les objectifs sont divers : stabilisation de la maladie, réinvestissement narcissique, amélioration de la psychomotricité, reconnaissance d'une expression créative personnelle, canalisation de la violence [121].

### **Références : Cadre thérapeutique**

- 1 Conley RR, Kelly DL. Management of treatment resistance in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2001, 50 : 898-911.
- 2 Kane JM, Leucht S, Carpenter D, Docherty JP. The expert consensus guideline series. Optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders. *J Clin Psychiatry* 2003, 64 (S12) : 1-100.
- 3 Kane J, Marder SR, Schoole NR, et al. Clozapine and haloperidol in moderately refractory schizophrenia : a six-month and double-blind comparison. *Arch Gen Psychiatry* 2001, 58 : 965-72.
- 4 McNeil DE. Correlates of violence in psychotic patients. *Psychiatric Annals* 1997, 27 : 683-90.
- 5 Battaglia J, Moss S, Rush J, et al. Haloperidol, lorazepam, or both for psychotic agitation ? A multicenter, prospective, double-blind, emergency department study. *Am J Emergency Medicine* 1997, 15, 4 : 335-40.
- 6 Littrel KH, Littrel SH. Current understanding of violence and aggression : assessment and treatment. *J Psychosocial Nursing* 1998, 36, 12 : 18-24.
- 7 Goedhard LE, Stolker JJ, Heerdink ER, et al. Pharmacotherapy for the treatment of aggressive behavior in general adult psychiatry : a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2006, 67 : 1013-24.
- 8 Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) : rationale and standardization. *Br J Psychiatry* 1989, Suppl, 155 : 59-65.
- 9 Yudofsky SC, Siver JM, Jackson W, et al. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry* 1986, 143 : 35-39.
- 10 Volavka J, Citrome L. Atypical antipsychotics in the treatment of the persistently aggressive psychotic patient : methodological concerns. *Schizophr Res* 1999, S23-S33.
- 11 Agid O, Kapur S, Remington G. Emerging drugs for schizophrenia. *Expert Opin Emerg Drugs* 2008, 13, 3 : 479-95.
- 12 Tandon R, Belmaker RH, Gattaz WF, et al. World Psychiatric Association Pharmacopsychiatry Section Statement on comparative effectiveness of antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res* 2008, 100 (1-3) : 20-38.
- 13 Haller J, Makara GB, Kruk MR. Catecholaminergic involvement in the control of aggression : hormones, the peripheral sympathetic, and central noradrenergic systems. *Neurosci Biobehav Rev* 1998, 22 : 85-97.

- 14 Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, et al. Reducing violence risk in persons with schizophrenia : olanzapine versus risperidone. *J Clin Psychiatry* 2004, 65 : 1666-73.
- 15 Buckley PF. The role of typical and atypical antipsychotic medication in the management of agitation and aggression. *J Clin Psychiatry* 1999, 60 : 52-60.
- 16 Taylor PJ, Butwell M, Gray C, et al. Schizophrenia, violence, clozapine and risperidone : a review. *Br J Psychiatry* 1996, 169 : 21-30.
- 17 Volavka J. The effects of clozapine on aggression and substance abuse in schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry* 1999, 60 : 43-6.
- 18 Volavka J, Czobor P, Nolan K, et al. Overt aggression and psychotic symptoms in patients with schizophrenia treated with clozapine, olanzapine, risperidone, or haloperidol. *J Clin Psychopharmacol* 2004, 24 : 225-8.
- 19 Pabis DJ, Stanislav SW. Pharmacotherapy of aggressive behavior. *Ann Pharmacoth* 1996, 30 : 278-87.
- 20 Safferman AZ, Kane JM, Aronowitz JS, et al. The use of clozapine in neurologic disorders. *J Clin Psychiatry* 1994, 55 : 98-101.
- 21 Herrera JN, Sramek JJ, Costa JF, et al. High potency neuroleptics and violence in schizophrenics. *J Nerv Ment Dis* 1988, 176 : 558-61.
- 22 Wilson WH. Clinical review of clozapine treatment in a state hospital. *Hosp Community Psychiatry* 1992, 43 : 700-703.
- 23 Wilson WH, Claussen AM. 18-month outcome of clozapine treatment for 100 patients in a state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 1995, 46 : 386-89.
- 24 Buckley P, Bartell J, Donenwirth K, et al. Violence and schizophrenia : clozapine as a specific antiaggressive agent. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1995, 23 : 607-11.
- 25 Volavka J, Zito JM, Vitrai J, Czobor P. Clozapine effects on hostility and aggression in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 1993, 13 : 287-9.
- 26 Citrome L, Volavka J, Czobor P, et al. Effects of clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol on hostility in treatment-resistant patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Psychiatric Serv* 2001, 52 : 1510-4.
- 27 Krakowski MI, Czobor P, Citrome LL, et al. Clozapine, olanzapine, and haloperidol treatment of violent patients with schizophrenia. *Proceedings of the 158<sup>th</sup> Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Atlanta, Georgia, May 21-26, 2005*, 89.
- 28 Krakowski MI, Czobor P, Citrome LL, et al. Atypical antipsychotic agents in the treatment of violent patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006, 63 : 622-29.
- 29 Bitter I, Czobor P, Dossenbach M, Volavka J. Effectiveness of clozapine, olanzapine, quetiapine, risperidone, and haloperidol monotherapy in reducing hostile and aggressive behavior in outpatients treated for schizophrenia : a prospective naturalistic study (IC-SOHO). *Eur Psychiatry* 2005, 20 : 403-8.
- 30 Tiihonen J, Walhbeck K, Lonnqvist J, et al. Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder : observational follow-up study. *BMJ* 2006, 333 : 224-7.
- 31 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 : 3-20.
- 32 Beck NC, Greenfeld SR, Gotham H, et al. Risperidone in the management of violent, treatment-resistant schizophrenics hospitalized in a maximum security forensic facility. *J Am Acad Psychiatry Law* 1997, 25 : 461-8.
- 33 Buckley PF, Ibrahim ZY, Singer B, et al. Aggression and schizophrenia : efficacy of risperidone. *J Am Psychiatry Law* 1997, 25 : 173-81.

- 34 Citrome L, Shope CB, Nolan KA, et al. Risperidone alone versus risperidone plus valproate in the treatment of patients with schizophrenia and hostility. *Inter Clin Psychopharmacology* 2007, 22 (6) : 356-362.
- 35 Czobor P, Volavka J, Meibach RC. Effect of risperidone on hostility in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 1995, 15 : 243-9.
- 36 Swanson JW, Swartz MS, Van Dom RA, et al. Comparison of antipsychotic medication effects on reducing violence in people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2008, 193 : 37-43.
- 37 Brodaty H, Ames D, Snowdon J, Woodward M, Kirwan J, Clarnette R, et al. A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. *J Clin Psychiatry* 2003, 64 : 134-43.
- 38 De Deyn PP, Katz IR, Brodaty H, Lyons B, Greenspan A, Burns A. Management of agitation, aggression, and psychosis associated with dementia : a pooled analysis including three randomized, placebo-controlled double-blind trials in nursing home residents treated with risperidone. *Clin Neurol Neurosurg* 2005, 107 : 497-508.
- 39 Arriola E, Ignacio DJ, Antonio BJ, Gallego R. Open-label, observational study of the effects of risperidone on the behavioral and psychological symptoms of dementia and caregiver stress in the community setting. *Am J Geriatr Pharmacother* 2005, 3 : 8-16.
- 40 Leblanc JC, Binder CE, Armenteros JL, Aman mg, Wang JS, Hew H, et al. Risperidone reduces aggression in boys with a disruptive behaviour disorder and below average intelligence quotient : analysis of two placebo-controlled randomized trials. *Int Clin Psychopharmacol* 2005, 20 : 275-83.
- 41 Chouinard G. Traitement pharmacologique du patient difficile et de la dangerosité. In : *Les dangers : de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*. John Libbey, Paris, 2004, p. 325-334.
- 42 Breier A, Meehan K, Birkett M, David S, et al. A double-blind, placebo-controlled dose-response comparison of intramuscular olanzapine and haloperidol in the treatment of acute agitation in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2002, 59 : 441-8.
- 43 Belgamwar RB, Fenton M. Olanzapine IM or velotab for acutely disturbed/agitated people with suspected serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2005, CD003729.
- 44 Citrome L, Krakowski M, Greenberg WM, et al. Antiaggressive effect of quetiapine in a patient with schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 2001, 62 : 901.
- 45 Volavka J, Czobor P, Citrome L, et al. Efficacy of aripiprazole against hostility in schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 2005, 66 : 1362-6.
- 46 Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005, 353 : 1209-23.
- 47 Jones PB, Barnes TRE, Davies L, et al. Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia : Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). *Arch Gen Psychiatry* 2006, 63 : 1079-87.
- 48 Citrome L, Jaffe A, Levine J. Datapoints-mood stabilizers : utilization trends in patients diagnosed with schizophrenia 1994-2001. *Psychiatric Serv* 2002, 53 : 1212.
- 49 Haw C, Stubbs J. A survey of the off-label use of mood stabilizers in a large psychiatric hospital. *J Psychopharmacol* 2005, 19 : 402-7.
- 50 Stanford MS, Helfritz LE, Conklin SM, et al. A comparison of anticonvulsants in the treatment of impulsive aggression. *Exp Clin Psychopharmacol* 2005, 13 : 72-7.
- 51 Stoll AL, Banov M, Kolbrener M, et al. Neurologic factors predict a favorable valproate response in bipolar and schizoaffective disorders. *J Clin Psychopharmacol* 1994, 14 : 311-13.
- 52 Lindenmayer JP, Kotsaftis A. Use of sodium valproate in violent and aggressive behaviors : a critical review. *J Clin Psychiatry* 2000, 61 : 123-28.

- 53 Citrome L, Casey DE, Daniel DG, et al. Adjunctive divalproex and hostility among patients with schizophrenia receiving olanzapine or risperidone. *Psychiatr Serv* 2004, 55 : 290-4.
- 54 Casey DE, Daniel DG, Wassef AA, et al. Effect of divalproex combined with olanzapine or risperidone in patients with an acute exacerbation of schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 2003, 28 : 182-92.
- 55 Volavka J, Citrome L, Huertas D. Update on the biological treatment of aggression. *Actas Esp Psiquiatr* 2006, 34 : 123-25.
- 56 Leucht S, McGrath J, White P, et al. Carbamazepine augmentation for schizophrenia : how good is the evidence ? *J Clin Psychiatry* 2002, 63 : 218-24.
- 57 Tiihonen J, Hallikainen T, Ryyanen OP, et al. Lamotrigine in treatment-resistant schizophrenia : a randomized placebo-controlled crossover trial. *Biol Psychiatry* 2003, 54 : 1241-8.
- 58 Goff DG, Keefe R, Citrome L, et al. Lamotrigine as add-on therapy in schizophrenia results of the placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2007, 27 : 582-9.
- 59 Tritt K, Nickel C, Lahmann C, et al. Lamotrigine treatment of aggression in female borderline-patients : a randomized, double-blind, placebo controlled study. *J Psychopharmacol* 2005, 19 : 287-91.
- 60 Collins PJ, Larkin EP, Shubsachs AP. Lithium carbonate in chronic schizophrenia : A brief trial of lithium carbonate added to neuroleptics for treatment of resistant schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 1991, 84 : 150-4.
- 61 Waseff AA, Dott SG, Harris A, et al. Critical review of GABA-ergics drugs in the treatment of schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 1999, 19 : 222-32.
- 62 Bowden CL. Spectrum of effectiveness of valproate in neuropsychiatry. *Exp Rev Neurother* 2007, 7 : 9-16.
- 63 Hollander E, Swann AC, Coccaro EF, Jiang P, Smith TB. Impact of trait impulsivity and state aggression on divalproex versus placebo response in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2005, 162 : 621-4.
- 64 Karson CN, Weinberger DR, Bigelow L, Wyatt RJ. Clonazepam treatment of chronic schizophrenia : negative results in a double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 1982, 139 : 1627-8.
- 65 Michel L. Passages à l'acte sous benzodiazépines : effet subi ou effet recherché ? In : *Les dangers de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*. John Libbey Paris 2004, p. 263-71.
- 66 Allan ER, Alpert M, Sison CE, et al. Adjunctive nadolol in the treatment of acutely aggressive schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry* 1996, 57 : 455-59.
- 67 Alpert M, Allan ER, Citrome L, et al. A double-blind, placebo-controlled study of adjunctive nadolol in the management of violent psychiatric patients. *Psychopharmacol Bull* 1990, 26 : 367-71.
- 68 Caspi N, Modai I, Barak P, et al. Pindolol augmentation in aggressive schizophrenic patients : a double-blind crossover randomized study. *Int Clin Psychopharmacol* 2001, 16 : 111-15.
- 69 Maoz G, Stein D, Meged S, et al. The antiaggressive action of combined haloperidol-propranolol treatment in schizophrenia. *Eur Psychologist* 2000, 5 : 312-25.
- 70 Mattes JA. Comparative effectiveness of carbamazepine and propranolol for rage outbursts. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1990, 2 : 159-64.
- 71 Ratey JJ, Sorgi P, O'Driscoll GA, et al. Nadolol to treat aggression and psychiatric symptomatology in chronic psychiatric inpatients : a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 1992, 53 : 41-6.
- 72 Citrome L, Volavka J. Psychopharmacology of violence. Part 1 : assessment and acute treatment. *Psychiatric Annals* 1997, 27 : 691-695.

- 73 Citrome L, Volavka J. Psychopharmacology of violence. Part 2 : beyond the acute episode. *Psychiatric Annals* 1997, 27 : 696-703.
- 74 Yudofsky SC, Williams D, Gorman J. Propranolol in the treatment of rage and violent behavior in patients with chronic brain syndrome. *Am J Psychiatry* 1981, 138 : 218-20.
- 75 Silver JM, Yudofsky SC, Slater JA, et al. Propranolol treatment of chronically hospitalized aggressive patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1999, 11 : 328-35.
- 76 Vartiainen H, Tiihonen J, Putkonen A, et al. Citalopram, a selective serotonin reuptake inhibitor, in the treatment of aggression in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1995, 91 : 348-51.
- 77 Reist C, Nakamura K, Sagart E, Sokolski KN, Fujimoto KA. Impulsive aggressive behavior : open-label treatment with citalopram. *J Clin Psychiatry* 2003, 64 : 81-5.
- 78 Kouri EM, Lukas SE, Pope HG Jr, Oliva PS. Increased aggressive responding in male volunteers following the administration of gradually increasing doses of testosterone cypionate. *Drug Alcohol Dependence* 1995, 40 : 73-9.
- 79 Pope HG, Kouri EM, Hudson JI. Effects of suprphysiologic doses of testosterone on mood and aggression in normal men : a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57 : 133-40.
- 80 Pope HG Jr, Katz DL. Homicide and near-homicide by anabolic steroid users. *J Clin Psychiatry* 1990, 51 : 28-31.
- 81 Birger M, Swartz M, Cohen D, et al. Aggression : the testosterone-serotonin link. *Isr Med Assoc J* 2003, 5 : 653-8.
- 82 Czerny JP, Briken P, Berner W. Antihormonal treatment of paraphilic patients in German forensic psychiatric clinics. *Eur Psychiatry* 2002, 17 : 104-6.
- 83 Archer E. Le traitement psychiatrique des auteurs d'agressions sexuelles pendant et après la détention. *Information Psychiatrique* 1998, 74 : 461-73.
- 84 Cordier B, Thibaut F, Kuhn JM. Prescrire des antiandrogènes à un pédophile. *Forensic* 1996 : 13.
- 85 Thibaut F, Colonna L. Cyproterone acetate in the treatment of aggression. *Am J Psychiatry* 1992, 149 : 3.
- 86 Orengo CA, Kunik ME, Ghush H, Yudofsky SC. Correlation of testosterone with aggression in demented elderly men. *J Nerv Ment Dis* 1997, 185 : 349-51.
- 87 Kay P, Yurkow J, Forman L, Chopra A, Cavalieri T. Transdermal estradiol in the management of aggressive behaviors in male patients with dementia. *Clin Gerontol* 1995, 15 : 54-8.
- 88 Shelton PS, Brooks VG. Estrogen for dementia-related aggression in elderly men. *Ann Pharmacother* 1999, 33 : 808-12.
- 89 Kyomen HH, Hennen J, Gottlieb GL, Wei JY. Estrogen therapy and noncognitive psychiatric signs and symptoms in elderly patients with dementia. *Am J Psychiatry* 2002, 159 : 1225-7.
- 90 Witzel J, Held E, Bogerts B. Electroconvulsive therapy in forensic psychiatry : Ethical problems in daily practice. *J ECT* 2009, 25 : 129-32.
- 91 Hirose S, Ashby CR J, Mills MJ. Effectiveness of ECT combined with risperidone against aggression in schizophrenia. *J ECT* 2001, 17 : 22-6.
- 92 Spivak B, Mester R, Wittenberg N, et al. Reduction of aggressiveness and impulsiveness during clozapine treatment in chronic neuroleptic resistant schizophrenic patients. *Clin Neuropharmacol* 1997, 20 : 442-6.
- 93 Sajatovic M, Meltzer HY. The effect of short-term electroconvulsive treatment plus neuroleptics in treatment-resistant schizophrenia and schizoaffective disorder. *Convulsive Ther* 1993, 9 : 167-75.
- 94 Fink M, Sackeim HA. Convulsive therapy in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996, 22 : 27-39.

- 95 Kales HC, Dequardo JR, Tandon R. Combined electroconvulsive therapy and clozapine in treatment-resistant schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1999, 23 : 547-56.
- 96 Fink M. ECT and clozapine in schizophrenia [Editorial]. *J ECT* 1998, 14 : 223-6.
- 97 Wright P, Birkett M, David SR, Meehan K, Ferchland I, Alaka KJ, et al. Double-blind, placebo-controlled comparison of intramuscular olanzapine and intramuscular haloperidol in the treatment of acute agitation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2001, 158 : 1149-51.
- 98 Wright P, Meehan K, Birkett M, et al. A comparison of the efficacy and safety of olanzapine versus haloperidol during transition from intramuscular to oral therapy. *Clin Ther* 2003, 25 : 1420-8.
- 99 Wright P, Lindborg SR, Birkett M, et al. Intramuscular olanzapine and intramuscular haloperidol in acute schizophrenia : antipsychotic efficacy and extrapyramidal safety during the first 24 hours of treatment. *Can J Psychiatry* 2003, 48 : 716-21.
- 100 Baker RW, Kinon BJ, Maguire GA, Liu H, Hill AL. Effectiveness of rapid initial dose escalation of up to forty milligrams per day of oral olanzapine in acute agitation. *J Clin Psychopharmacol* 2003, 23 : 342-8.
- 101 Esposito E, Vanelle JM. Les neuroleptiques d'action prolongée : quelle actualité ? *Ann Méd Psychol* 2003, 163 : 522-27.
- 102 Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM). Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques. Texte du consensus. Paris 1994, p. 1-32.
- 103 Lehman AF, Steinwachs DM, et al. Translating research into practice ; the schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull* 1998, 24 : 1-10.
- 104 McEvoy JP, Scheifler PL, Frances A. The expert consensus guidelines series : treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1999, 60 (S11) : 1-80.
- 105 NICE guideline 1. Schizophrenia Core interventions in the treatment and management of schizophrenia primary and secondary care. London NICE 2002.
- 106 Miller AL, Hall CS, Lynn CM, et al. The Texas Medication Algorithm Project (T-MAP) schizophrenia module. TIMA procedural manual : schizophrenia module 2003. <http://www.dshs.state.tx.us/mhprograms/pdf/timasczman.pdf>
- 107 APA. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. 2<sup>e</sup> éd. *Am J Psychiatry* 2004, 161 : 1-56.
- 108 Delessert D, Pomini V, Grasset F, Baumann P. Clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia : from theory to practice. *Encéphale* 2007, 33, 6 : 902-10.
- 109 Kreyenbuhl J, Marcus S, West J, et al. Adding or switching antipsychotic medications in treatment-refractory schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2007, 58, 7 : 983-989.
- 110 Fleischhaker C, et al. Weight gain in children and adolescents during 45 weeks treatment with clozapine, olanzapine and risperidone. *J Neural Transm* 2008, 115 (11) : 1599-1608.
- 111 Goodwin G, Fleischhacker W, Arango C, et al. Advantages and disadvantages of combination treatment with antipsychotics. ECNP Consensus Meeting 2008 Nice. *Eur Neuropsychopharmacol* 2009, 19 : 520-32.
- 112 Munro J, Matthiasson P, Osborne S, et al. Amisulpride augmentation of clozapine : an open non-randomized study in patients with schizophrenia partially responsive to clozapine. *Acta Psychiatr Scand* 2004, 110 : 292-298.
- 113 Meltzer HY, et al. A randomized, double-blind comparison of clozapine and high-dose olanzapine in treatment-resistant with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2008, 69 (2) : 274-285.
- 114 Paton C, Whittington C, Barnes TR. Augmentation with a second antipsychotic in patients with schizophrenia who partially respond to clozapine. *J Clin Psychopharmacol* 2007, 27 : 90-94.

- 115 Taylor DM, Smith L. Augmentation of clozapine with a second anti-psychotic – A meta-analysis of randomized, placebo-controlled studies. *Acta Psychiatr Scand* 2009, 119 : 419-25.
- 116 Baghai T, Möller HJ. Electroconvulsive therapy and its different indications. *Dialogues Clin Neurosci* 2008, 10 : 105-117.
- 117 Saravane D. Observance et prise en charge somatique des patients en santé mentale. *Encéphale* 2007, S4 : S63-S66.
- 118 Merinder LB, Viuff AG, Laugesen HD, et al. Patient and relative education in community psychiatry : a randomized controlled trial regarding its effectiveness. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1999, 34 : 287-294.
- 119 Millaud F. Le passage à l'acte : aspects cliniques et psychodynamiques. Masson, Paris, 1998, 196 pages.
- 120 Amal AD, Luc N. Schizophrénies et thérapies cognitivo-comportementales. *Revue Canadienne de Psychiatrie* 2001, 46 : 511-20.
- 121 Bertelldt S. La violence, l'agressivité, la dangerosité du schizophrène et des traitements. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie soutenue le 22 juin 2006 à Lille, sous la présidence du P<sup>r</sup> Hugues.

## LE CADRE INSTITUTIONNEL

### VIOLENCE ET INSTITUTION

L'institution psychiatrique est quotidiennement confrontée à la violence, qu'elle soit verbale, psychologique ou physique. Outre une approche médicamenteuse, l'institution doit contenir la dangerosité de certains patients par le cadre qu'elle instaure, trouver un sens face à des comportements jugés dangereux et éviter elle-même de les générer. L'agressivité et la violence se voient dans toutes sortes de situations. Elles n'émanent pas forcément des patients, mais peuvent venir de l'entourage dans un contexte de bouleversement émotionnel, d'angoisse et d'incompréhension engendrés par la maladie... voire parfois des équipes soignantes elles-mêmes.

### **Les modes et les lieux d'exercice plus spécifiquement confrontés à la violence**

Certains facteurs favorisant l'émergence de comportements violents sont ainsi liés à l'organisation du travail et à l'environnement institutionnel. Signalons les facteurs suivants :

- manque de formation ou tolérance injustifiée face à l'agressivité et aux actes de violence, avec l'idée certes de moins en moins répandue que les agressions « font partie des risques du métier »...
- ou au contraire signalement du moindre incident en tant « qu'événement indésirable » et rigidification des relations soignant-soigné ;
- surcharge de travail, notamment lors de pics d'activité parfois prévisibles mais impréparés ;
- manque de reconnaissance et de soutien de la part de l'institution ;
- isolement avec le patient auquel le soignant se trouve souvent exposé durant les examens ou les soins ;
- effets conjugués du bruit imposé, de la chaleur, de la promiscuité ou au contraire de l'isolement (parfois dans des conditions inappropriées) qui diminuent fréquemment le seuil de tolérance à la frustration.

Les *unités d'urgence* sont de véritables entonnoirs où convergent tous les facteurs de risque de violence. Elles accueillent aussi bien les pathologies somatiques aiguës décompensées que l'ivresse manifeste sur la voie publique amenée par les pompiers, l'examen de comportement au cours d'une garde à vue, la tentative de suicide ou le tableau psychiatrique aigu. Ouvertes sur la ville, les urgences sont par définition accessibles à tous – y compris à ceux qui n'ont rien à y faire. Impatience et angoisse y sont maximales. Les facteurs favorisant l'émergence de la violence sont multiples. On peut citer ainsi, et la liste est loin d'être exhaustive :

- la situation d'urgence (urgence ressentie par le patient et son entourage parfois très différente de l'urgence évaluée par le soignant) ;
- l'attente imprévisible, mais rarement nulle ;
- l'encombrement du fait de la difficulté à obtenir des lits d'aval pour le somaticien et parfois le psychiatre, et des ambulances ;
- les délais d'attente dus aux investigations paracliniques, à la gestion des lits, à la nécessité de collecter les renseignements sur les antécédents, de contacter l'entourage éventuel parfois éloigné géographiquement ou non joignable... Autant de facteurs que le public comprend mal, surtout si on ne prend pas le temps de les expliciter !
- le libre accès du public, pas toujours bien intentionné, dans des locaux où le vol de valeurs ou de médicaments est somme toute plus facile que la mise en œuvre de mesures de sécurité ;
- la précarité sociale, qui de plus en plus souvent croit pouvoir trouver à se soulager à l'hôpital ;
- la fébrilité et parfois l'épuisement des équipes ;
- les pathologies et les personnalités les plus à risque (urgences psychiatriques, démences...) ;
- l'alcool omniprésent et qui peut désinhiber l'agressivité la mieux contenue jusque-là ;
- la prise de toxiques...

Les *services de gériatrie* sont régulièrement le théâtre de comportements ou de propos violents. La détérioration intellectuelle n'en explique qu'une partie. La simple « rigidification » du caractère chez certains sujets âgés les rend aussi plus exigeants, et parfois les conditions de confort justifient leurs plaintes. L'isolement affectif, le sentiment d'abandon peuvent accroître les manifestations de violence ou d'opposition, de même que la douleur physique mal exprimée. Les conditions d'exercice des soignants de ces services impliquant une organisation du travail parfois sériee (réalisation de soins d'hygiène et de nursing sous contrainte de temps), le manque de personnel, l'insuffisance de formation favorisent également l'émergence de la violence. Mais elles constituent aussi une forme de violence institutionnelle faite aux patients.

Dans les *services de psychiatrie*, la potentialité violente, de par la nature même des pathologies traitées, fait l'objet d'une évaluation constamment renouvelée : c'est même parfois au décours d'un acte violent que l'indication d'hospitalisation est posée [1]. Cependant, la violence à l'hôpital psychiatrique [2] est moins fréquente et surtout moins spectaculaire que le public ne le croit [3]. Pourtant, on ne peut pas nier que certains troubles peuvent générer la violence, de même que la contrainte parfois nécessaire dans le cas des hospitalisations sans consentement [4]. Les conduites transgressives dans l'institution, avec introduction de toxiques notamment, exposent et menacent une population malade, momentanément vulnérabilisée par un déficit physique ou psychique (incitation à la consommation de toxiques). Le mode de relation de certains patients vis-à-vis des autres peut entraîner de l'agressivité (propos

menaçants, racket de cigarettes, argent..., agressions sexuelles). Des conflits parfois violents entre patients peuvent ainsi se produire [5]. Les équipes soignantes, pas forcément consciemment, peuvent aussi exercer des violences à leur rencontre par infantilisation, abus d'autorité, manque de discrétion, manque de respect voire insultes ou moqueries. Dans certains cas, les soins imposés peuvent être particulièrement vecteurs d'agression. La contention ou l'isolement le sont également, notamment lorsqu'ils sont non motivés par un symptôme clinique mais uniquement prescrits en réponse à un comportement, lorsqu'ils sont insuffisamment expliqués au patient, mal préparés ou réalisés avec ambivalence par un personnel soignant en sous-effectif, et lorsqu'ils sont non repris au décours de leurs prescriptions lors des différentes réunions de synthèse. Certains vont jusqu'à penser que les modes de prise en charge actuels, trop inspirés par les modèles biologiques ou cognitivocomportementalistes, et pas assez par les modèles psychodynamiques, ont perdu leur fonction contenante et favorisent ainsi le passage à l'acte des malades psychiatriques... et des équipes [6]. Il existe aussi des facteurs de risque, actifs ou passifs, liés aux soignants, et qui peuvent même procéder de l'âge, du sexe, ou de la tenue vestimentaire de la victime. Certains patients renvoient les soignants à des situations personnelles ingérables et entraînent la peur de perdre le contrôle de leurs affects. Parfois, en raison du stress, de l'épuisement, du manque de motivation, certaines modalités d'interaction inadaptées peuvent émerger dans le personnel : attitudes défensives, comportement timoré ou au contraire provocations verbales ou physiques... Certaines pathologies particulièrement corrosives pour le bon fonctionnement de l'équipe ou des pathologies ayant « le passage à l'acte facile » focalisent les conflits institutionnels.

Ainsi, la violence à l'intérieur du groupe soignant vient souvent des difficultés à rester pour celui-ci cohérent dans ses propos, ses attitudes et ses comportements vis-à-vis de certains patients par la peur qu'ils suscitent. Autant de situations interrelationnelles qui peuvent générer des réactions non souhaitées avec les patients, entre les différents membres d'une équipe (par des violences verbales, ou bien encore des rumeurs, insinuations... ou violences psychologiques : hostilité, harcèlement, discrimination...), entre une équipe et son cadre (abus d'autorité dans un sens, dénigrement systématique du cadre dans l'autre sens) ou encore entre une équipe et l'administration (règlements absurdes ou inapplicables, harcèlement administratif). Ces situations peuvent cependant aussi constituer le support d'un axe de prévention.

## **Nature des agressions au sein de l'institution**

Une équipe expérimentée, dans un cadre de soins adapté, sait le plus souvent faire preuve de la compétence nécessaire pour bien gérer les situations à risque. Cependant le personnel, parfois en raison même de son expérience qui lui vaut d'être sollicité dans des situations difficiles (refus de traitement, transgressions, rappels du cadre...), peut être victime de passages à l'acte agressifs [7-9]. La répétition des « appels en renfort » du personnel infirmier, sur prescription médicale, pour des patients agités, agressifs, violents ou dangereux, contribue à créer un état insidieux de tension supplémentaire pour l'équipe. C'est aussi parfois en raison de réactions inappropriées ou insuffisantes du fait d'une mauvaise appréciation du risque et aboutissant à un sentiment d'hostilité, de frustration ou d'incompréhension chez le malade que l'équipe subit des agressions [10-12], s'épuise et perd le sens du soin.

Les agressions « minimales » semblent être plus fréquentes le matin [2, 13, 14], quand le personnel se montre moins disponible, tandis que les menaces et les

passages à l'acte les plus graves ont lieu davantage l'après-midi quand l'impression de promiscuité est maximale [2, 4, 15]. La promiscuité [16], le manque d'intimité [17, 18], le manque de disponibilité du personnel [19] sont des facteurs contextuels de violence souvent invoqués.

Un autre aspect doit être souligné : les patients précédés d'une réputation d'instabilité ou de comportements d'allure psychopathique sont tout simplement, de ce fait même, moins bien traités que les autres... ce qui accentue encore leur potentiel violent. En effet, l'accès aux soins est souvent tardif pour cette population [20], quand il n'est pas impossible [21]. Les hospitalisations, quand elles sont décidées, sont volontiers abrégées [22] et ne sont pas toujours l'occasion de mettre en place un traitement adapté [23, 24] ou un suivi extrahospitalier continu. Le risque de violence s'en trouve alors majoré [25, 26]. L'importance d'un investissement relationnel positif du patient est un objectif des soignants, mais ne doit pas faire négliger le maintien de l'indépendance du patient. La bonne distance relationnelle oscille entre l'angoisse d'intrusion et l'angoisse d'abandon, toutes deux insupportables [27].

On trouvera ailleurs quelques conseils pratiques [28] à donner aux équipes soignantes, ou des ouvrages plus complets [65] permettant de faciliter une véritable réflexion institutionnelle à propos de la prise en charge de comportements violents dans les services.

## **Facteurs de risque, facteurs prédictifs**

Il faut avant tout rappeler aux équipes la différence entre facteurs de risque et facteurs prédictifs, et les engager à éviter le glissement conceptuel souvent toléré entre ces deux notions, pouvant entraîner une rigidification trop importante dans les relations avec le patient et devenir source de conflit. Ceci posé, le processus d'évaluation leur est souvent confié pour partie. Il est, en même temps, la première étape de l'établissement d'une relation thérapeutique ou de confiance. Sur l'importance et les difficultés d'une appréciation vraiment complète du risque par les équipes, on se reportera au chapitre 3 (voir aussi [29-31] plus spécifiquement sur les questions soulevées par la situation des patients hospitalisés). Rappelons la fréquente sous-estimation de la potentialité violente des patients par les équipes soignantes en institution. Cette appréciation est d'autant plus difficile, il faut le souligner une fois encore, qu'elle ne peut pas se superposer à la seule mesure des symptômes actuels, qu'il soient d'ordre thymique, anxieux, psychotique ou du registre des traits de personnalité : le recueil des antécédents (antécédents de violence et de prise de toxiques notamment) doit aussi être très soigneux, et la prise en compte des facteurs contextuels est particulièrement importante et complexe : promiscuité, sécurisation des lieux, présence d'autres patients violents, sex-ratio chez les patients et dans le personnel, expérience de celui-ci, etc. [4, 32]. Ainsi, on distingue deux niveaux de facteurs de risque, l'un statique (relatif aux antériorités du sujet impliqué) et l'autre dynamique (lié à l'état actuel et aux interrelations, et plus susceptible d'évolution). La violence surgit dans une situation donnée, à un moment donné, dans une dynamique interrelationnelle donnée. Le caractère incertain de cette triple concordance temporelle, spatiale et dynamique explique l'imprévisibilité de certains comportements violents. Les infirmiers se retrouvent alors en première ligne et parfois bien démunis pour répondre de façon adéquate.

Les protocoles ont l'avantage de renforcer la cohérence de l'équipe et d'encadrer des soins, mais ils présentent un risque de figer les pratiques, et de nuire éventuellement

à toute tentative de réflexion autour du patient. Ils peuvent faire négliger la prise en compte de l'imprévisibilité intrinsèque aux soins – imprévisibilité qui appelle l'observation, l'adaptation et l'anticipation. Certains auteurs utilisent le terme de « savoir-faire discrets » [33] pour désigner le « savoir être » et le « savoir faire » des soignants dans le travail institutionnel d'une importance cruciale dans la prévention de la violence.

## CONCLUSION

Les structures de soins sont des lieux propices à l'expression de la violence, associée ou non à une pathologie sous-jacente. L'organisation de l'institution, sa fonction soignante à la fois dans l'urgence ou la crise mais également dans la durée, et parfois sous contrainte, les pathologies traitées sont autant de niveaux pouvant être à l'origine d'une manifestation violente. Certaines pathologies (toxicomanie, alcoolisme, démences, maladies mentales sévères) ou certaines situations telles que l'exclusion sociale sont plus propices à l'expression de la violence. Ce sont d'ailleurs les mêmes qui sont associées à un plus fort risque de passage à l'acte en dehors de toute institution. Cependant, l'institution peut en elle-même engendrer ou majorer les conduites violentes. Il est donc crucial d'améliorer à la fois l'évaluation des situations à risque de violence (propres aux patients mais également propres aux soignants) et l'organisation des soins.

Quelle peut être la réponse institutionnelle à la prise en charge de comportements violents ou dangereux de certains patients, dans la phase aiguë et une fois la stabilisation obtenue ?

### Références : Violence et institution

- 1 Lagos JM, Perlmutter K, Saexinger H. Fear of the mentally ill : empirical support for the common man's response. *Am J Psychiatry* 1977, 134 : 1134-6.
- 2 Cheung P, Schweitzer I, Tuckwell V, Crowley KC. A prospective study of aggression among psychiatric patients in rehabilitation wards. *Aust N Z J Psychiatry* 1996, 30 : 257-62.
- 3 Noble P. Crime, violence and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1997, 171 : 189-90.
- 4 Vandamme MJ. Schizophrénie et violence : facteurs cliniques, infracliniques et sociaux. *Ann Méd Psychol* 2009, 167 : 629-37.
- 5 Morasz L. Comprendre la violence en psychiatrie. In : *Approche clinique et thérapeutique*. Dunod, Paris, 2002.
- 6 Kraus JE, Sheitman BB. Characteristics of violent behavior in a large state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2004, 55 : 183-5.
- 7 Citrome L, Volavka J. Violent patients in the emergency setting. *Psychiatr Clin North Am* 1999, 22 : 789-801.
- 8 Barlow K, Grenyer B, Ilkiw-Lavalle O. Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Aust N Z J Psychiatry* 2000, 34 : 967-74.
- 9 Walker Z, Seifert R. Violent incidents in a psychiatric intensive care unit. *Br J Psychiatry* 1994, 164 : 826-8.
- 10 Erdos BZ, Hughes DH. Emergency psychiatry : a review of assaults by patients against staff at psychiatric emergency centers. *Psychiatr Serv* 2001, 52 : 1175-7.
- 11 Flannery RB Jr, Walker AP. Characteristics of four types of patient assaults : fifteen-year analysis of the Assaulted Staff Action Program (ASAP) with EMS implications. *Int J Emerg Ment Health* 2008, 10 : 177-84.

- 12 McNeil DE, Binder RL. Correlates of accuracy in the assessment of psychiatric inpatients' risk of violence. *Am J Psychiatry* 1995, 152 : 901-6.
- 13 Fottrell E. A study of violent behaviour among patients in psychiatric hospitals. *Br J Psychiatry* 1980, 136 : 216-21.
- 14 Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv* 1998, 49 : 1452-7.
- 15 NG B, Kumar S, Ranclaud M, Robinson E. Ward crowding and incidents of violence on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatr Serv* 2001, 52 : 521-5.
- 16 Nijman HL, Rector G. Crowding and aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatr Serv* 1999, 50 : 830-1.
- 17 Kumar S, NG B. Crowding and violence on psychiatric wards : explanatory models. *Can J Psychiatry* 2001, 46 : 433-7.
- 18 Kumar S, NG B, Robinson E. The crowded ward. *Psychiatr Serv* 1999, 50 : 1499-500.
- 19 Nijman HL. A model of aggression in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2002 : 142-3.
- 20 Munkner R, Haastруп S, Joergensen T, Kramp P. The temporal relationship between schizophrenia and crime. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003, 38 : 347-53.
- 21 Swanson J, Estroff S, Swartz M, Borum R, Lachicotte W, Zimmer C, Wagner R. Violence and severe mental disorder in clinical and community populations : the effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. *Psychiatry* 1997, 60 : 1-22.
- 22 Hodgins S, Lalpalme M, Toupin J. Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia : a 2-year follow-up. *J Affect Disord* 1999, 55 : 187-202.
- 23 Hodgins S. The major mental disorders and crime : stop debating and start treating and preventing. *Int J Law Psychiatry* 2001, 24 : 427-46.
- 24 Valeski A, Averbuch I, Radwan M, Gur S, Spivak B, Modai I, Weizman A. Homicide by schizophrenic patients in Israel. *Eur Psychiatry* 1999, 14 : 89-92.
- 25 Steinert T. Reducing violence in severe mental illness. *BMJ* 2001, 323 : 1080-1.
- 26 Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tattan T, Tyrer P, Creed F, Murray R, Fahy T, UK700 Group. Predicting violence in schizophrenia : a prospective study. *Schizophr Res* 2004, 67 : 247-52.
- 27 Leyreloup AM, Derabours N, Friard D, Dignonnet E. Violence et institution. Communication à l'hôpital de Villejuif le 20/03/99 à la journée du CERAPP dans le cadre de la semaine de l'information sur la santé mentale.
- 28 Gourevitch R, Richard-Devantoy S. Éléments de compréhension, de prévention et de prise en charge de la violence pour les soignants. Formation par e-learning à destination des soignants : <http://formadirect.fr/index.htm>, 2009.
- 29 Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haugh HJ, Fischer JE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards : randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008, 193 : 44-50.
- 30 Amore M, Menchetti M, Tonti C, Scarlatti F, Lundgren E, Esposito W, Berardi D. Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients : clinical study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008, 62 : 247-55.
- 31 McDermott BE, Edenis JF, Quanbeck CD, Busse D, Scott CL. Examining the role of static and dynamic risk factors in the prediction of inpatient violence : variable- and person-focused analyses. *Law Hum Behav* 2008, 32 : 325-38.
- 32 Steinert T. Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatr Scand* 2002, 106, Suppl : 133-41.
- 33 Monceau M. Soigner en psychiatrie, entre violence et vulnérabilité. G. Morin, Coll. Des pensées et des actes en santé mentale, 1999.

## LA RÉPONSE INSTITUTIONNELLE : L'ORGANISATION DES SOINS INTRA- ET EXTRAHOSPITALIERS

Il est recommandé d'organiser une gradation de la prise en charge des patients dangereux, en envisageant l'ensemble des structures et des dispositifs que nous sommes à même d'offrir pour soigner, accueillir, aider. Les services psychiatriques, depuis la sectorisation, se sont considérablement diversifiés, l'hospitalisation temps plein ne représentant qu'une partie des réponses proposées. Les équipes soignantes ont également beaucoup évolué, devenant pluridisciplinaires avec les infirmiers, les assistants sociaux, les psychomotriciens et les ergothérapeutes. Elles se sont féminisées. Les infirmiers ont perdu leurs formations spécifiques en psychiatrie. Les séjours intrahospitaliers sont plus courts avec une augmentation de l'activité, ce qui entraîne moins de temps soignant consacré à chaque patient d'où plus de difficultés dans l'évaluation clinique de l'anticipation des passages à l'acte, et davantage de frustrations de la part des patients [1].

Le traitement des patients dangereux ne peut être qu'un travail d'équipe pluridisciplinaire, afin de limiter les projections agressives du patient, de contenir son angoisse mais également celle des équipes soignantes. Ce travail d'équipe permet d'éviter des positions contre-transférentielles liées à l'épuisement des soignants, positions qui conduisent au rejet du patient et au renforcement des passages à l'acte de part et d'autre. Il apparaît indispensable de maintenir la cohésion de cette équipe par un travail institutionnel suivi, avec une évaluation régulière du patient, qu'il soit ou non hospitalisé, et une transmission de cette évaluation à tous les soignants impliqués dans les soins pour favoriser une démarche commune dans la prise en charge. Un travail de lecture et d'analyse des manifestations cliniques, notamment des passages à l'acte transgressifs éventuels, permet d'éviter la crainte, l'emprise, la séduction voire la fascination, ou la relation de toute-puissance, et le maintien d'un cadre thérapeutique structuré et contenant. La prise en charge par deux thérapeutes est parfois plus facile (soit psychiatre-psychologue, soit deux psychiatres), afin d'éviter de susciter un vécu persécutif chez le patient. Le plus souvent, ces patients difficiles sont hospitalisés selon le mode d'hospitalisation sous contrainte, en HDT ou en HO. L'intervention de la loi joue elle-même un rôle thérapeutique sur lequel les soignants peuvent s'appuyer, nous le verrons ultérieurement, à la fois dans la prise en charge à l'hôpital et dans le suivi ambulatoire par le biais des sorties d'essai. Il est parfois utile, surtout chez les patients ayant commis un acte médico-légal, déclarés irresponsables selon l'article 122-1, de proposer un groupe pluridisciplinaire lors d'une décision de sortie.

La formation continue des équipes médicales et paramédicales est importante dans la prévention des passages à l'acte au sein des services, de même que le débriefing des équipes après un passage à l'acte. Ce débriefing, en favorisant la verbalisation des soignants, évite la peur, la culpabilité, le contre-transfert négatif de l'équipe à l'égard du patient et tente une compréhension de l'acte. C'est par cette verbalisation que l'attitude thérapeutique n'est pas limitée à la gestion d'un comportement mais tente d'en restituer le sens. Enfin, l'organisation de la continuité des soins, l'élaboration d'un projet thérapeutique personnalisé avec le patient, l'introduction de référents médecin, infirmier et social sont indispensables au sein de l'hôpital ou dès le premier contact avec le patient, même si ce projet évolue par la suite. L'association de la famille apparaît primordiale dès le début de la prise en charge et doit être maintenue, de façon très cadrée, par le biais de l'information délivrée par l'équipe sur la maladie

et les traitements, la participation aux sorties, et les entretiens familiaux. On se rend compte en effet que beaucoup de passages à l'acte violents sur le personnel soignant ont lieu lorsque la famille se trouve écartée des soins, soit parce qu'elle ne souhaite pas s'impliquer, soit parce qu'elle discrédite les soins, ou lorsque, encore, on souhaite à tort soit protéger le patient soit protéger la famille. Le patient déplace alors son vécu persécutif sur le personnel soignant, le rendant responsable de l'abandon familial ou faisant revivre à l'institution les conflits familiaux.

## **L'hospitalisation**

L'organisation des soins psychiatriques en milieu hospitalier en France repose sur environ 600 établissements de statuts divers : 290 hôpitaux publics (dont 96 hôpitaux spécialisés et 194 hôpitaux généraux), 27 établissements privés faisant fonction de publics et 292 établissements privés. L'activité des établissements hospitaliers publics exerçant une activité de psychiatrie est pour l'essentiel assurée dans le cadre des établissements sectorisés, spécialisés ou non, qui représentent aujourd'hui 78 % des séjours en hospitalisation, 86 % des prises en charge à temps partiel et la quasi-totalité des prises en charge ambulatoires.

La prise en charge des états dangereux des pathologies mentales débute souvent par une prise en charge hospitalière, dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) ou en hospitalisation d'office (HO). Par la suite, la trajectoire de soins du patient est régulièrement ponctuée de rechutes d'étiologies variées qui nécessitent souvent de nouveaux séjours à l'hôpital pour gérer le temps de la crise. Selon les chiffres de 2005 cités par J.L. Roedlandt, les hospitalisations sans consentement représentent 12 % des hospitalisations totales, chiffre en légère augmentation ces dernières années, avec 60 366 HDT et 11 465 HO demandées par arrêté préfectoral. Les HO dans le cadre de l'irresponsabilité pénale étaient de 173 en 2005. Cette augmentation des chiffres pourrait s'expliquer en partie selon l'auteur, par la diminution des lits à l'hôpital rendant l'admission plus difficile. La mesure d'HDT ou d'HO permettrait de forcer l'entrée à l'hôpital psychiatrique. Les hospitalisations des personnes sous main de justice représentaient 2 821 hospitalisations [2]. Les services de psychiatrie publique prennent donc en charge des populations de patients très différentes en service libre (88 % des hospitalisations), à la demande d'un tiers (80 % des hospitalisations sans consentement) et en HO. Ces personnes sont donc théoriquement soignées de la même façon, avec le même personnel et dans les mêmes locaux parfois peu adaptés. Les services sont soit fermés à clé, soit ouverts et tous ne possèdent pas de chambre d'isolement. Le personnel est souvent jeune et féminin. Certains services de psychiatrie sont implantés dans les hôpitaux généraux, rendant les prises en charge prolongées difficiles [3]. Une enveloppe spécifique globale a été dédiée au titre de la sécurité en 2006. Une circulaire est parue le 22 janvier 2009, précisant le financement de la sécurisation des centres hospitaliers.

Cinq types de mesure ont été précisés :

- amélioration de la sécurité des enceintes hospitalières avec limitation de l'accès et sécurisation par barrières et vidéosurveillance, renforcement de l'éclairage extérieur ;
- utilisation de systèmes de protection du travailleur isolé et autres dispositifs d'alerte individuelle d'urgence ;
- création d'unités ou d'espaces fermés, y compris pour les établissements généraux ;

- création de 200 chambres d'isolement supplémentaires, et sécurisation des fenêtres, des chambres, et des serrures ;
- utilisation des systèmes et des dispositifs de surveillance, notamment ceux permettant aux patients de se déplacer librement sans pour autant sortir de l'établissement ou d'un périmètre particulier de l'établissement.

Ces mesures de sécurisation ne peuvent remplacer le travail d'élaboration clinique autour du patient, la réflexion sur le sens de ses symptômes, et le maintien d'une continuité des soins. Elles doivent s'accompagner d'une réflexion clinique autour de ces patients réputés difficiles. Dans le cas contraire, elles ne peuvent que majorer les tensions de ce type de patients, les passages à l'acte au sein des services, et conduire à une déshumanisation des soins qui s'apparentent alors à une simple surveillance et à une comptabilisation de troubles du comportement.

### *Les mesures de contention physique et d'isolement*

L'utilisation des procédures de contention et d'isolement reste une pratique largement développée dans les institutions, malgré les progrès de la pharmacologie. Leur mode d'utilisation est cependant très variable d'une équipe à une autre, fonction de l'équipement d'une unité, de l'attitude du personnel soignant et administratif concernant ce qui est tolérable ou pas de la part des patients souffrant de troubles du comportement [4]. Les indications de la mise en contention ou en isolement sont le plus souvent l'agitation résistante ou ne pouvant bénéficier d'un traitement efficace (médicaments contre-indiqués à cause d'une pathologie somatique, d'interactions dangereuses, de grossesse...), l'opposition massive et la perturbation du milieu thérapeutique, un acte de violence, l'agression de patients ou du personnel soignant, la conduite suicidaire [5] et la prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces, ni appropriés. Les indications et contre-indications ont fait l'objet d'une littérature abondante, ainsi que l'analyse du ressenti des soignants et des patients. Les rapports de l'American Psychiatric Association (APA) [6] ainsi que celui de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) [7] en précisent les modalités. L'indication la moins controversée est celle concernant le fait d'empêcher un patient de se faire du mal ou d'agresser autrui. Une des indications les plus discutées, d'après Palazzolo, qui a fait une revue de la littérature sur le sujet, est l'application de ces procédures dans le cadre de la prise en charge régulière de comportements violents, ce type de thérapie risquant de banaliser le critère de dangerosité imminente dont résultent en dernier recours l'isolement ou la contention. Enfin, chez certains patients borderline, l'isolement peut être source de régression, de même que la demande de l'adolescent qui tente de tester les limites de l'équipe soignante ou de donner une image de rebelle. La fréquence des contentions et de l'isolement au sein d'une unité a tendance à diminuer lorsque le personnel est formé, la formation étant centrée sur la prévention et le désamorçage de la violence. La littérature concernant les mesures d'isolement et de contrainte a également été étudiée de 1972 à 1993 par Fisher [8]. La plupart des données sont rétrospectives et concernent les facteurs cliniques, démographiques et environnementaux qui peuvent influencer les mesures d'isolement et de contention, et les effets sur les patients et les soignants. Les résultats sont assez contradictoires. D'après les travaux, ces mesures sont peu influencées par des critères cliniques ou démographiques (tels que le sexe ou l'origine ethnique et sociale) mais davantage par les biais culturels, ainsi que la perception par les équipes de la dangerosité des patients et leur formation à la prévention de la violence.

Du fait de réflexions éthiques qui interrogent le respect des libertés individuelles et de la dignité des patients, des problèmes cliniques liés à la nécessité de poser l'indication au bon moment et d'accompagner la procédure, des réflexions sur les conséquences tant pour les soignés que pour les soignants, et des difficultés pratiques de mise en œuvre, la pratique de l'isolement et de la contention a considérablement évolué. Ces pratiques représentent une réduction significative de la liberté d'une personne imposée par autrui et doivent donc être conformes à un cadre législatif, déontologique et institutionnel. Le cadre légal implicite est celui de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits des personnes hospitalisées ainsi que la circulaire du 19 juillet 1993 relative à l'isolement, les restrictions ne pouvant s'effectuer que sur prescription médicale et en conformité avec le mode d'hospitalisation sous contrainte.

Avant de les aborder, on peut citer les moyens de prévention de la violence décrits par Braitman selon les différentes recommandations de l'APA, de l'Anaes et de l'Association des Hôpitaux du Québec (ASQ) [9].

- Adopter une attitude calme, assurée, respectueuse et rassurante.
- Exercer dans des conditions prévues et aménagées en fonction de sa sécurité et de celle du patient, pour exercer son jugement de façon adéquate sans être influencé par la peur d'un affrontement : idéalement, dans un milieu ouvert aisément accessible aux secours et sans objet contentant.
- Faire en sorte que le patient connaisse les soignants, rappeler son nom, son prénom et sa fonction autant que de besoin.
- Informer le patient de la présence continue de l'équipe soignante.
- Diminuer les stimuli auditifs en permettant aux patients à risque de s'installer dans un endroit calme. Éviter la présence de personnes au comportement perturbateur et solliciter si besoin la présence de tiers rassurants.
- Signifier aux patients clairement menaçants, aux exigences manipulatrices ou irrationnelles, quels comportements ne peuvent être tolérés dans le milieu hospitalier et quelles mesures de contrôle seront, le cas échéant, appliquées et de manière qu'elles ne soient pas perçues comme un défi par le patient.
- Savoir mettre un terme à une entrevue lorsque l'on sent monter l'agressivité chez le patient.
- Explorer la signification de l'agressivité sans la banaliser et, lorsque c'est possible, favoriser son expression verbale à travers la communication et l'établissement d'une relation d'aide.
- Ne pas négliger les raisons médicales d'une agitation ou d'une confusion qui nécessiteraient un traitement rapide ; rechercher les signes de douleur.
- Vérifier l'adaptation du traitement médicamenteux antérieur. Inciter à la collaboration aux soins et proposer rapidement un traitement chimiothérapeutique adapté.

#### • La contention physique

La contention physique s'avère dans certains cas nécessaire, associée à une contention chimique. Elle doit rester une mesure d'exception, prescrite par un médecin, et se limiter au patient dont le comportement est susceptible de mettre en danger sa sécurité, sa santé ou celle d'autrui. Ainsi, s'il tente de se blesser ou de blesser autrui sans qu'il soit possible d'établir un contact avec lui, s'il est en proie à des hallucinations, ou s'il est dans un état de colère tel qu'il ne peut se résoudre à renoncer à la violence de lui-même, cette contention s'impose.

La contention consiste à restreindre ou maîtriser pour une durée aussi courte que possible les mouvements d'un patient agité ou violent, au moyen d'un dispositif, soit fixé sur un lit ou sur un siège (fauteuil à usage gériatrique ou lit à barreaux), soit mobile à l'aide d'une ceinture de toile résistant à l'arrachement, prenant la taille et permettant au patient de se retourner. Pour les malades non coopérants risquant d'arracher le matériel, l'équipe peut utiliser des attache-poignets constitués de deux bracelets en matériau de nature variable (mousse, coton, cuir souple...) munis d'un système de fermeture (système autogrippant, clés magnétiques, clips en plastique, boucles métalliques) et de deux sangles de fixation. Pour les patients très agités, on peut utiliser une gouttière d'immobilisation, constituée d'une mousse préformée, protégée par une housse renforcée par un support rigide, qui maintient les bras du patient à l'aide de plusieurs systèmes de fermeture. Le corps à corps inévitable précédant la mise en place de la contention est une technique qui doit être bien rodée pour être efficace. Pour cela, elle nécessite un entourage paramédical conséquent, c'est-à-dire si possible masculin ou mixte, en nombre et expérimenté. Le lit sur lequel le patient est maintenu doit être placé devant la salle de soins ou l'aire de détente, dans une chambre d'où il peut voir le personnel soignant et être vu par celui-ci. Il est important qu'il puisse entrer à tout moment en contact avec le personnel. La chambre est fermée à clé et le patient est seul. Les contre-indications somatiques sont relatives et concernent les patients instables sur le plan organique (cardiopathie, désordre de la thermorégulation, affections respiratoires, infections graves, lésions traumatiques incompatibles avec le maintien en position contenue). Des décès (par complications cardiovasculaires, déshydratation, inhalation, accidents thromboemboliques, lésions secondaires aux efforts effectués par les patients pour se dégager) ayant été rapportés chez des patients en contention, cette procédure nécessite une surveillance intensive [10].

Une telle procédure doit s'appuyer sur une démarche thérapeutique. Elle requiert une évaluation clinique afin de déterminer l'étiologie ayant entraîné la violence, afin de proposer un traitement adapté et d'éviter la répétition du comportement violent. Elle se base sur une approche individualisée, élaborée dans un contexte de pluridisciplinarité. Ainsi, quel que soit le contexte dans lequel celle-ci est prescrite, la prescription doit être clairement signifiée et explicitée au patient par le médecin prescripteur et l'équipe infirmière. Elle nécessite une ordonnance écrite du médecin, d'emblée ou secondairement, et alors confirmée dans le quart d'heure qui suit. La contention initiale et chaque renouvellement sont prescrits pour une durée minimale. Lorsque cette contention se prolonge dans le temps, l'ordonnance doit être révisée quotidiennement. En plus des éléments spécifiant son indication, l'ordonnance doit indiquer le type, la durée d'application et la surveillance requise en accord avec les modalités du protocole. Le médecin est par ailleurs tenu de réaliser un examen psychiatrique du patient quotidiennement. En plus, l'équipe soignante examine très régulièrement le patient, tant sur le plan psychiatrique que physique (état de vigilance, constantes telles que le pouls, la tension artérielle, la température, l'hydratation, l'élimination), vérifie les points de contention, dispense les traitements prescrits, et consigne dans un protocole standard les soins apportés et l'évolution de son état. L'intervention du personnel auprès du patient en contention s'effectue toujours à deux soignants minimum lors des visites afin qu'il ne se sente pas persécuté par un infirmier en particulier. Dans l'après-coup, l'équipe soignante, par un accompagnement thérapeutique, doit permettre au patient de relativiser son entrave en lui expliquant la nécessité d'une telle prise en charge, ce dernier pouvant ressentir de la colère, de la peur, de l'humiliation, un inconfort ou une frustration. L'objectif est de lui permettre d'accéder à la dimension de soins proposée par la technique, afin

de l'empêcher de la subir comme un passage à l'acte institutionnel, qui ouvrirait rapidement des perspectives de surenchère de la violence.

#### • La chambre d'isolement

Tous les services de psychiatrie ne sont pas équipés d'une chambre d'isolement, dite chambre de soins intensifs, souvent par choix parce qu'ils ne souhaitent pas utiliser cette chambre dans leurs pratiques en raison de la persistance des risques liés à l'auto- et l'hétéroagressivité, des risques d'incendie, et du risque d'atteinte aux libertés individuelles. L'isolement thérapeutique se définit comme un enfermement, associé ou non à une contention physique, imposé à un sujet durant une période de temps définie, dans une pièce réservée à cet usage, correctement ventilée, ne comprenant aucun meuble à l'exception d'un matelas posé sur un lit fixé au sol, avec possibilité d'observation au travers d'une vitre incassable, un système d'éclairage non accessible au patient, et une fermeture de la porte de l'extérieur. L'équipement de la chambre est donc fixé de façon très spécifique dans les recommandations de l'Anaes de juin 1998. Son architecture et son décor sont pensés en tenant compte du respect d'un confort et d'une humanité pour le patient, du projet thérapeutique global, de la nécessité de résistance à l'hétéroagressivité des patients, et de la facilité d'intervention sans risque pour les soignants.

L'isolement représente un processus de soins complexe, justifié par une situation clinique initiale qui impose de poser un cadre espace-temps pour dénouer une situation de dangerosité ou de violence souvent synonyme d'éclatement psychique. La procédure fixée par l'Anaes, structurée et rigide, comprend de nombreux éléments qui vont de la prescription médicale écrite à l'accompagnement du patient et à l'exécution du soin réalisé par les différents professionnels de santé selon leurs champs de compétence et de responsabilité, ceci dans l'objectif de maintenir la sécurité des personnes au sein de l'unité de soins. Les indications sont : la prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces, ni appropriés ; la prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose des soins ; l'isolement intégré dans un programme thérapeutique ; l'isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues ; l'utilisation à la demande du patient. Les contre-indications sont : les utilisations à titre non thérapeutique soit à des fins de punition, soit pour réduire l'anxiété de l'équipe soignante, pour son confort ou du fait d'un manque de personnel ; elles peuvent être liées à l'isolement lui-même, à la maladie, et au patient plus particulièrement en raison d'affections somatiques telles que l'insuffisance cardiaque, l'état infectieux, le trouble de la thermorégulation, le trouble métabolique, l'atteinte orthopédique ou neurologique.

L'isolement initial et chaque renouvellement éventuel sont prescrits sur une ordonnance écrite par le médecin pour une durée maximale de 24 h. Les données concernant l'identité du patient, les dates et heures de début et de fin de mise en chambre d'isolement sont renseignées. Les facteurs de risque éventuels (suicide, automutilation, confusion, risques métaboliques, médicamenteux ou liés à la thermorégulation) sont repérés et un programme spécifique de surveillance et de prévention est mis en place. L'absence de tout objet dangereux est vérifiée dans la chambre d'isolement ainsi que sur le patient. L'entrée et la sortie du patient sont signalées au service de sécurité incendie de l'hôpital, en temps réel. La mise en chambre est effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et pour l'équipe de soins. Une visite médicale est assurée dans les 2 h qui suivent le début de l'isolement.

Par la suite, le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par jour par le médecin psychiatre et l'équipe infirmière. La surveillance de l'état psychiatrique et de l'état somatique (hydratation, conscience, pouls, tension artérielle, température, éliminations) est régulière et consignée par écrit. L'hygiène du patient est respectée pendant toute la durée de l'isolement. L'état de propreté de la chambre est vérifié au moins 2 fois par jour. Le séjour en chambre d'isolement est interrompu par des sorties de courte durée.

Selon les équipes qui utilisent la chambre d'isolement, celle-ci permet aux soignants d'établir rapidement une relation thérapeutique, relation impossible jusqu'alors du fait de la stimulation sensorielle excessive du sujet. Elle peut devenir un lieu où une relation psychothérapeutique peut s'initier, et se révéler le support d'une médiation entre patient et soignants. Lorsqu'elle ne suffit pas à réduire la violence ou l'agressivité du patient, elle est associée à une mesure de contention.

### *L'hospitalisation en unité pour malades difficiles*

Il existe cinq unités pour malades difficiles (UMD) en France, à Villejuif (94), Sarreguemines (57), Montfavet (84), Plouguernevel (22) et Cadillac sur Garonne (33), pour une capacité totale de 426 lits, implantées dans des centres hospitaliers spécialisés. La direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins sur la sécurisation des établissements psychiatriques a fait paraître le 22 janvier 2009 une circulaire relative au financement de la sécurisation des établissements psychiatriques. Le plan comprend la création de quatre UMD supplémentaires [11].

Les UMD sont définies dans le décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique en France, comme des unités spécifiques non intégrées au secteur psychiatrique et ayant une vocation interrégionale [12]. La dénomination d'UMD a remplacé depuis 1986 l'ancienne appellation de « service psychiatrique de sûreté ». L'arrêté du 14 octobre 1986 en précise les modalités d'admission, de séjour et de sortie des patients ainsi que le fonctionnement. Tous les patients sont en HO et présentent un état dangereux avéré non lié au contexte, nécessitant des mesures de sûreté particulières. Les UMD ont pour mission « d'assurer l'hospitalisation à temps complet des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mis en œuvre que dans une unité spécifique » [13]. Les patients sont habituellement suivis sur des secteurs classiques de psychiatrie générale ou incarcérés, et donc hospitalisés pour un temps déterminé, souvent long (supérieur à 1 an), pour obtenir la stabilisation de leur état de santé.

La décision d'admission en UMD est prise par le préfet du département d'implantation de l'UMD, après avis du médecin psychiatre de l'UMD et au vu d'un dossier médical et administratif rigoureux. Les listes d'attente pour une admission en UMD sont donc longues et le délai de prise en charge très important, pouvant parfois atteindre plusieurs mois [14], ce qui explique que les équipes de soins des établissements d'origine doivent élaborer d'autres projets thérapeutiques en attendant un transfert et qu'elles autocensurent souvent leurs demandes. De plus, les demandes de prise en charge émanant des secteurs se font plus nombreuses du fait de l'augmentation et de la modification des prises en charge, de la réduction des lits et du personnel soignant. C'est ainsi qu'en 2000, 34 % des secteurs ont fait une demande de transfert en UMD [15]. La coordination avec le secteur d'origine est parfois difficile, d'autant que les UMD en sont souvent éloignées géographiquement [12].

Les sorties définitives sont prononcées par le préfet après avis de la commission de suivi médical, soit vers le service psychiatrique d'origine, soit dans un service psychiatrique d'accueil, soit encore vers un établissement pénitentiaire. Des sorties d'essai peuvent également être prononcées. La commission de suivi médical est régie par l'article 4 de l'arrêté du 14 octobre 1986. Elle est composée d'un médecin inspecteur départemental de la Santé publique et de trois psychiatres des hôpitaux temps plein, dont au moins un responsable d'un secteur psychiatrique rattaché au centre hospitalier de rattachement, à l'exception de tout psychiatre hospitalier exerçant en UMD. Elle ne peut siéger que lorsque les trois membres ou leurs suppléants sont réunis, se réunit au moins 1 fois par mois et effectue une visite semestrielle de l'UMD. Elle formule un avis sur le maintien et la sortie des personnes hospitalisées en UMD, statue à la demande du préfet sur l'avis défavorable du chef de service concernant une admission, et décide sur demande du préfet, en cas de contestation du service d'origine, le retour éventuel d'un patient. Elle examine les dossiers 1 fois par semestre, et reçoit les réclamations des patients et des tiers habilités. La commission ainsi définie devient l'instance incontournable pour les questions de maintien et de sortie des patients.

Depuis leur création, si les UMD ont initialement permis l'ouverture des services de secteur et l'accentuation du travail dans la communauté, elles accueillent aujourd'hui un certain nombre de patients psychotiques chimiorésistants, en majorité des schizophrènes paranoïdes mais également des hébéphrènes, présentant plusieurs actes de violence réitérés envers d'autres patients ou le personnel soignant et dont les critères ne sont pas strictement les critères d'admission définis initialement, ainsi que des patients médicologéaux ayant commis des homicides, des crimes de nature sexuelle ou des tentatives d'homicide, et enfin dans un très faible pourcentage les malades dits « détenus-malades mentaux ». Les patients psychopathes sont en effet plus souvent incarcérés du fait de leur responsabilisation. La chimiorésistance devient donc un défi thérapeutique et surtout pronostique afin que la commission de suivi médical juge l'état du patient, à la fin de son séjour, compatible avec la sortie [16].

Le rôle de l'UMD est un essai d'intégration de limites dans le cadre d'une demande thérapeutique. La fonction contenante de l'UMD s'appuie sur des règles institutionnelles strictes, des repères stables et fixes ainsi qu'une observation et une vigilance accrues. Les règles très strictes permettent de contenir le vécu de morcellement souvent éprouvé par les patients, aident à la stabilité des troubles et sont ainsi rassurantes. Les repères stables sont apportés par une vie quotidienne très ritualisée. En conséquence, il en résulte une loi étayante qui aide à transmettre un cadre de vie imposant le respect des autres patients, le contrôle de l'agressivité, et l'autocritique. Les prises en charge individuelles et de groupe sont préconisées afin de limiter le retrait social. De même, un travail sur les habilités sociales selon les capacités du patient est effectué afin d'éviter la dépendance et de responsabiliser le patient.

Les UMD ont fait l'objet de nombreux travaux, suscitant des débats passionnés soit sur leur suppression du fait de leur mode de fonctionnement « carcéral » avec leur rigidité institutionnelle, soit sur leur extension en fonction des besoins de la psychiatrie institutionnelle moderne [17-19]. Les services classiques de secteur sont plus ouverts, ne disposent pas toujours de service fermé et leur personnel est souvent jeune, moins bien formé et féminin, craignant de ne pouvoir contenir un débordement violent du patient. En miroir, le patient peut craindre de ne pas trouver en face de lui une équipe suffisamment contenante et déclencher le passage à l'acte. Certains projets thérapeutiques sont difficiles à mettre en œuvre du fait de l'absence d'un soutien familial et social, conduisant à une diminution de la tolérance des troubles du

comportement des patients dans les services et à une augmentation des demandes vers les UMD. Enfin, la réduction des lits est souvent difficilement compatible avec des prises en charge prolongées au sein des services. Cependant, ainsi qu'on l'a signalé précédemment, les services autocensurent souvent leurs demandes car les délais d'admission sont longs, réservant les indications à des patients responsables de passages à l'acte sur les patients et/ou les soignants. Ils appréhendent le retour du patient après l'UMD lorsqu'aucun projet thérapeutique ne peut être mis en place pour le patient souvent abandonné ou rejeté par sa famille du fait des troubles du comportement. Celui-ci, confronté aux rythmes des entrées et des sorties des autres patients hospitalisés dans les mêmes services, se montre intolérant aux frustrations, revendiquant par rapport à l'institution ou exploite les moindres failles de fonctionnement (position de « caïd », trafics en tout genre ou toute-puissance par rapport à l'équipe). C'est ainsi que de petites unités à vocation départementale ont progressivement vu le jour, plus souples dans leur fonctionnement puisque ne nécessitant pas de commission de sortie, souvent implantées dans les centres hospitaliers spécialisés et à vocation intersectorielle ou départementale.

### *Les unités de soins intensifs psychiatriques*

La mise en place des unités spécifiques fermées sur site au sein des établissements psychiatriques spécialisés se développe progressivement. Ce type d'unité permet d'organiser rapidement un temps de rupture avec le secteur d'origine grâce à un relais de soins de proximité, par une équipe formée et dans un environnement adapté, tout en travaillant en étroite collaboration avec le secteur adresseur. Ces petites unités de soins intensifs répondant à des besoins thérapeutiques précis pour des patients dont l'état requiert momentanément une restructuration en espace clos sont préconisées par la circulaire du 9 mars 1974 relative à la mise en place de la sectorisation. Elles sont récentes en France, et accueillent des patients du département d'implantation de l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP). Les USIP sont donc intersectorielles départementales. Elles existent à Cadillac, Paris, Lyon, Montpellier, Nice, Pau, Prémontér et Eygurande. Elles représentent des structures intermédiaires entre les services de psychiatrie générale et les UMD, pour des patients en situation de crise et de dangerosité pour eux-mêmes et pour autrui sans pour autant nécessiter un transfert en UMD.

La création des USIP est venue des conclusions de plusieurs rapports demandés par le ministère de la Santé ces dernières années. Ceux-ci proposaient une réorganisation de la prise en charge des malades difficiles [12, 20, 21] avec restructuration des unités existantes par une diminution des lits, mais avec la création en parallèle d'unités intersectorielles fermées réparties sur l'ensemble du territoire pour des patients « perturbateurs » mais ne présentant pas un état dangereux majeur. Dans le rapport Massé, une démarche graduée de soins était préconisée avec la création des unités intersectorielles, le maintien des UMD et des secteurs et en incluant les soins dans la communauté, la psychiatrie de liaison et la présence de la psychiatrie de secteur dans les services d'urgence des hôpitaux généraux. Plusieurs unités de soins ainsi décrites ont vu progressivement le jour avec des appellations diverses, notamment en Gironde (unité psychiatrique interdépartementale [UPID]) et à Nice (unité pour malades agités ou perturbateurs [UMAP]), celle-ci du fait de l'éloignement de l'UMD la plus proche. L'appellation plus récente et commune de ces différentes petites unités (UPID, UMAP) devrait aider à une meilleure reconnaissance de ces unités de soins [22]. Elle permet une dotation en moyens et en personnels plus impor-

tante que dans les unités d'hospitalisation classique. Elle correspond aux Psychiatric Intensive Care Units (PICU) présentes dans différents pays comme les États-Unis, la Norvège, l'Angleterre, l'Écosse, l'Irlande, l'Australie et le Canada. Un règlement intérieur commun est en cours et une Association nationale des USIP (ANDUSIP) a été créée en 2005.

Les unités de soins accueillent des patients, en HO ou HDT pour une durée théoriquement maximale de 2 mois, renouvelable 1 fois dans l'année. Pour les patients HO, un arrêté préfectoral de transfert est requis. Les capacités d'accueil sont de 10 à 15 lits. Les soins sont considérés comme des soins intensifs du fait d'une densité médicale et paramédicale suffisantes et d'une durée de séjour limitée. La participation d'un médecin généraliste est nécessaire afin de gérer les situations somatiques aiguës. Ces patients sont hospitalisés dans un établissement d'une aire géographique ou d'un territoire de santé déterminé, ou parfois détenus avant leur admission comme dans le cadre de l'unité de Cadillac. L'admission des patients dans les USIP est programmée. Ainsi, les USIP ne sont pas destinées à recevoir des urgences. La demande d'admission émane du psychiatre hospitalier du secteur du patient ou du service médicopsychiatrique régional (SMPR) et doit s'accompagner d'un engagement de reprise. Les délais d'admission sont relativement courts, de l'ordre de quelques jours. Le transfert est assuré par l'équipe de secteur.

Les pathologies observées sont souvent des schizophrénies paranoïdes, des troubles bipolaires, notamment maniaques ou mixtes, des troubles de personnalité de type état limite et, moins fréquemment, des troubles envahissants du développement ou liés à un dysfonctionnement cérébral. L'abus et la dépendance aux toxiques sont classiques. Les patients sont caractérisés par un déni des troubles, un refus de soins ou une mauvaise compliance, une intolérance aux frustrations, une impulsivité et des conduites auto- et hétéroagressives.

L'objectif thérapeutique est d'offrir un cadre sécurisant et contenant au patient afin de lui permettre de retrouver un comportement social adapté en vue de sa réintégration sur son secteur d'origine. La prise en charge repose donc sur l'organisation de l'hospitalisation et la sécurisation des locaux avec des chambres individuelles, l'absence de circulation de toxiques, et des soins privilégiant la pédagogie, la contention médicamenteuse importante et les activités éducatives. La prise en charge est pluridisciplinaire, en référence à un contrat de soins avec le patient, et cohérente basée sur le partage de l'information, l'abord infirmier pluriel auprès du patient, le respect du rôle de chacun et du contrat de soins. Le projet élaboré autour du patient est un projet personnalisés, régulièrement revu lors des synthèses interéquipe. L'accueil du patient est un temps important au moment de l'admission permettant une évaluation de la pathologie psychiatrique, des troubles du comportement et de la dangerosité, du contexte de vie et de l'environnement. Parallèlement à la prise en charge psychiatrique classique centrée sur la relation, l'écoute et la verbalisation, une dimension plus spécifique porte sur l'atténuation des troubles du comportement visant à faire céder la dangerosité du patient et à résoudre ses conflits, ainsi que la recherche avec le patient des facteurs précipitant les passages à l'acte et la mise en place de comportements alternatifs [23, 24]. Un traitement par sismothérapie de même que la contention et l'isolement peuvent être prescrits selon les recommandations actuelles. Les droits du patient sont respectés. Les relations avec l'entourage sont préservées.

Les relations avec l'équipe de secteur d'origine sont toujours maintenues, favorisées par des réunions de synthèse et d'évaluation. Ce séjour de rupture permet

souvent à l'équipe d'origine une réflexion sur un éventuel dysfonctionnement institutionnel qui aurait pu conduire à l'impasse thérapeutique et le réajustement de la prise en charge [14]. Il aide aussi le service d'origine à signifier au patient son refus du débordement de certaines limites par les patients en redonnant du sens à la prise en charge. Certains patients, au terme de leur séjour en USIP, peuvent cependant être transférés en UMD devant la dangerosité persistante malgré le traitement et la prise en charge. Il s'agit le plus souvent de patients médicologaux.

La création de ces USIP devrait représenter une solution plus souple, de proximité, pour certains patients difficiles ayant une place réelle dans le dispositif de soins actuel. Elles sont encore peu nombreuses, et souvent saturées malgré leur fonctionnement plus souple que celui des UMD [25].

## **La prise en charge ambulatoire**

### *Prévention et continuité des soins*

Les modes de prise en charge assurés dans le champ de la psychiatrie couvrent un éventail large de modalités permettant d'assurer la continuité de la prise en charge dans un cadre adapté aux besoins des patients : prises en charge à temps partiel, dans le cadre de centres d'accueil à temps partiel, d'hospitalisation de jour ou de nuit, de consultations. Les interventions des secteurs à domicile, l'accompagnement et le soutien des familles, le dépistage précoce et le travail de réseau avec les écoles, les partenaires sociaux, les actions dans la communauté (mairies, commissariats...) permettent d'éviter le retard aux soins et certaines situations de violence. Ainsi, il apparaît important de faciliter le contact avec l'offre de soins en installant celle-ci dans les lieux les plus accessibles aux malades et à leurs proches comme les urgences des hôpitaux généraux, et dans les CMP intégrés dans la cité et ouverts selon les modes compatibles avec la vie des patients. De même, le lien avec les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), avec les prisons avant la sortie des personnes incarcérées, peut éviter la répétition d'actes de violence, la rupture d'un traitement et la mise en place ou la poursuite des soins entrepris. « Ce n'est que si l'offre de soins est facilement accessible qu'il sera possible de discriminer entre ceux qui ont besoin de soins et peinent à les trouver et ceux qui les refusent et qui, si cette absence de soins représente un danger pour eux-mêmes ou pour autrui, relèvent d'une contrainte » [26]. L'hospitalisation sous contrainte ne peut être le seul mode de prise en charge qui conduirait alors à bloquer tout projet thérapeutique et de réinsertion pour le patient sous prétexte du risque de dangerosité. Il faut pouvoir proposer des soins intensifs diversifiés en développant des alternatives à l'hospitalisation temps plein, tels que des séjours séquentiels, des maintiens dans la famille avec possibilité de visites à domicile, des hospitalisations de jour ou de nuit, des prises en charge en CATTP ou en hôpital de jour, en appartements associatifs, en famille d'accueil ou en lieux d'accueil légèrement médicalisés tels que certains foyers... en proposant éventuellement que ces soins soient dispensés sous contrainte, actuellement dans le cadre d'une sortie d'essai ; nous y reviendrons.

La continuité des soins intra- et extrahospitaliers est essentielle afin d'éviter l'aggravation de la pathologie, la résistance aux thérapeutiques et la désocialisation des patients. L'objectif est une inscription dans la durée avec un assouplissement progressif du cadre. L'évaluation au plus tôt des indicateurs psychopathologiques de dangerosité, le contrôle de l'assiduité au traitement psychothérapeutique et psycho-

trope, sont donc incontournables et à mettre en place systématiquement pour éviter les passages à l'acte dangereux. Cette continuité doit pouvoir se poursuivre sur plusieurs mois, voire plusieurs années, d'où l'intérêt des prises en charge par une même équipe afin d'éviter la rupture des soins, ou de la préparation soignée d'un relais éventuel d'équipe avec des réunions entre les différents soignants et l'accompagnement du patient. Au niveau des centres médicopsychologiques, l'ouverture sur une plus grande amplitude horaire, l'accueil en urgence, la prise en charge intensive par le biais d'accueils et d'entretiens infirmiers, la mise en place de référents infirmiers porteurs du projet du patient, la distribution des traitements et un travail éducatif autour de l'observance et de la reconnaissance de la maladie sont à promouvoir. L'importance de la disponibilité de l'équipe, de la qualité de la présence du thérapeute, du rituel de la rencontre est essentielle pour ces patients souvent réticents au suivi. Le rappel systématique des patients « à risque » de violence, le travail avec des référents et des consultations rapprochées sont indispensables quand on sait que le risque de récurrence d'un passage à l'acte est important dans les 20 premières semaines qui suivent une sortie d'hôpital selon l'étude MacArthur, précédemment décrite (voir le chapitre 2). Le travail pluridisciplinaire avec les infirmiers, l'assistante sociale et le psychologue permet d'éviter le sentiment de persécution souvent éprouvé par le patient. Enfin, le recours au traitement d'action prolongée ou à la dispensation du traitement au CMP peut aider, en tout cas au début de la prise en charge du patient ou en cas de rechutes fréquentes liées à une mauvaise observance. La pratique des visites à domicile soit à partir du CMP, soit dans le cadre d'équipes spécialement dédiées, soit avec des infirmières libérales formées en psychiatrie permet de lutter contre l'isolement du patient, d'évaluer l'autonomie du patient, de maintenir l'entourage lorsqu'il existe, de s'assurer là encore de l'observance et de maintenir un lien thérapeutique. La lutte contre les addictions par le biais d'une sensibilisation des patients et de l'entourage ainsi qu'un travail de partenariat avec les centres d'addictologie et d'alcoologie sont importants dans la mesure où les addictions sont fréquentes et facteurs de risque pour les passages à l'acte. L'objectif est de pouvoir utiliser l'ensemble du dispositif sectoriel pour adapter à chaque patient, à chaque moment de développement de sa pathologie, l'intervention la plus adéquate.

Les institutions soignantes dispensent les soins destinés à réduire les symptômes aigus et à stabiliser la pathologie, mais proposent également aux patients des soins visant à la réhabilitation des capacités cognitives et relationnelles. C'est ainsi que la réinsertion effective, la reprise de la vie quotidienne par le biais du travail, d'une formation ou d'activités de loisir, nécessitent une collaboration avec les services sociaux, les services chargés du logement, les équipes éducatives et les personnels chargés de l'ordre public. Elles requièrent un réel accompagnement des personnes plutôt qu'un « adressage » ou une orientation, et la mise à disposition d'aide à l'entourage par le biais d'une information et de groupes réguliers. Il faut rappeler que ces prises en charge demandent souvent plusieurs mois, voire plusieurs années, et que c'est cette durée qui permet d'instaurer la relation de confiance et le lien avec le patient et son entourage. L'objectif de l'accompagnement est encore une déstigmatisation du malade, souvent rejeté par l'environnement du fait de crises aiguës ou de moments de violence qui l'assimilent souvent à une personne dangereuse ou potentiellement criminelle. Cet accompagnement passe par des réunions de synthèse communes, la possibilité d'un contact facilité et rapide entre les différents intervenants afin d'éviter l'isolement face à un patient en décompensation, la reprise des soins en cas d'échappement, et l'évaluation régulière du projet.

## PSYCHIATRIE ET PRÉCARITÉ

Certains cas sont de plus en plus problématiques, cependant. Ce sont les patients sans domicile fixe. En effet, en établissant un lien résidentiel entre le malade et l'équipe appelée à le prendre en charge, la sectorisation a pu conduire à l'exclusion de personnes sans domicile fixe, en grande fragilité sociale et psychiatrique. L'errance de certains patients, qu'ils soient psychotiques ou non, ne permettait pas l'utilisation cohérente des structures et des soins de secteur [27]. Ainsi, le Centre national d'observation de Fresnes, centre d'aiguillage et de transit des détenus de longues peines, a observé l'apparition récente d'une population de jeunes exclus de 16 à 25 ans, auteurs de violences avec actes de torture, qui tuent sous l'influence de produits divers. Cette population, composée de marginaux, squatteurs, polytoxico-manes, inexistante avant la décennie 1990, représente désormais 18 % des détenus transitant par le Centre national d'observation. La majorité de ces personnes n'avait jamais été prise en charge, auparavant, par un secteur psychiatrique. Elles sont souvent instables, avec fréquents changements de lieux de résidence rendant la continuité des soins difficile. Malgré les critiques récurrentes sur la fermeture en psychiatrie, ainsi que l'explique Roelandt, c'est plutôt le chômage de masse lors du premier choc pétrolier, il y a une vingtaine d'années, la pauvreté et le délitement des liens familiaux qui ont conduit un certain nombre de personnes à la rue. Celles-ci étaient alors davantage exposées aux pathologies psychiques comme aux pathologies somatiques [28]. Les secteurs se sont donc organisés afin que les sans domicile fixe puissent bénéficier des soins en recevant à tour de rôle ces patients soit dans le cadre des centres de consultation, soit dans le cadre de l'hospitalisation puis en mettant en place des équipes mobiles tournées vers les plus démunis, le plus souvent en milieu urbain. La circulaire du 23 novembre 2005 permet de poser un cadre « relatif à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie » [29]. Les équipes mobiles « psychiatrie et précarité » (EMPP) ont été créées depuis 5 ans (une soixantaine au total) afin de permettre le dépistage et la mise en place de soins psychiatriques auprès des personnes en situation de grande précarité. Leur objectif n'est pas d'assurer le suivi mais d'organiser la mise en place de ce suivi par un accompagnement du patient, en nouant des contacts personnalisés, et en se déplaçant sur les lieux d'hébergement, les lieux de vie sociaux et médicosociaux. Selon les partenariats, divers types d'action sont effectués tant pour préparer l'accès aux soins, que pendant une éventuelle hospitalisation, pour préparer la sortie. Cependant, on se rend compte de la limite de leurs interventions en l'absence d'hébergement, et l'hôpital ne peut servir de logement pour tous ces sans-abris. On peut cependant rappeler la difficulté du travail de réinsertion avec les malades mentaux sans domicile qui préfèrent parfois la rue malgré les dangers que ce mode de vie représente et dont la pathologie risque de s'aggraver au fur et à mesure que le projet avance. Ils se « vident alors littéralement », cet effet de vide étant lié à l'aspect déficitaire qui n'est plus masqué par le délire ou au syndrome dépressif.

## LE PARTENARIAT AVEC LES CHRS

Le développement d'un partenariat avec les structures d'hébergement et de réhabilitation sociale (CHRS) est indispensable afin de « fixer » géographiquement les patients pour lutter contre les ruptures, les changements d'équipes ou d'institutions

dont on sait les conséquences néfastes sur la pathologie psychiatrique. Ces centres sont chargés de lutter contre l'exclusion sociale. Ils accueillent des personnes ou des familles en grande difficulté. Ils sont financés en majeure partie par des crédits d'État, une participation étant demandée aux personnes hébergées en fonction de leurs ressources. Les prestations des CHRS ne se limitent pas à l'hébergement. Ils proposent aux personnes accueillies un accompagnement social ou éducatif, des actions d'insertion et de réinsertion professionnelle, voire des activités culturelles ou de loisir. Certains centres sont pourvus de psychologues, d'éducateurs et d'infirmiers, voire de médecins généralistes et spécialistes. Les addictions y sont fréquentes. La demande de soins psychiatriques n'est parfois formulée que par le personnel, le résident du CHRS étant soit dans le déni, soit en grande difficulté pour exprimer sa détresse psychique du fait de son parcours de vie chaotique et douloureux. Le travail multidisciplinaire et de partenariat entre les CMP et les CHRS permet le dépistage des pathologies mentales, la prise en charge des addictions et la mise en place d'une continuité des soins.

#### LE PARTENARIAT AVEC LES CENTRES DE SOINS, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRÉVENTION EN ADDICTOLOGIE

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris le tabac). Ils remplacent les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en les rassemblant sous un statut juridique commun. En tant qu'établissements médicosociaux, ils se caractérisent par leur pluridisciplinarité (professionnels de santé et travailleurs sociaux) en vue d'une prise en charge globale à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative. Ils ne sont pas les seuls à assurer le suivi en addictologie, des services d'addictologie s'articulant avec les services hospitaliers et la médecine de ville. Dans tous les cas, ces dispositifs de prise en charge permettent une collaboration étroite avec les équipes de psychiatrie chargées de la prise en charge des patients dans la lutte contre les addictions.

#### LA PLACE DES CENTRES RESSOURCES

Afin de garantir le suivi des auteurs de violences sexuelles, le plan « psychiatrie et santé mentale 2005–2008 » a prévu la création de centres ressources pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. Initialement conçus comme interrégionaux, ces centres sont régionalisés dans le cadre du dispositif d'accompagnement de la loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs. Ils doivent se coordonner avec les équipes de SMPR, les médecins coordonnateurs et les équipes de psychiatrie générale. La création de centres ressources répond à plusieurs objectifs : mettre en lien les différentes équipes de psychiatrie et les professionnels qui prennent en charge les auteurs de violences sexuelles afin de favoriser une synergie de confrontation positive des pratiques, d'évaluation de ces dernières, de recherche ; répondre aux besoins de connaissances et de compétences sur ce public de la part des équipes de psychiatrie et des professionnels ; structurer les liens institutionnels entre les équipes de psychiatrie et les acteurs judiciaires et pénitentiaires ; favoriser la prévention de ces actes violents.

Ils s'inscrivent dans un nécessaire partenariat avec les professionnels de la justice.

Ils n'assurent donc pas directement une prise en charge thérapeutique exclusive des patients. Certains patients étant orientés sur les CMP dans le cadre d'injonction de soins avec des troubles souvent différents de ceux habituellement rencontrés, le soutien et la formation proposés par les centres ressources apparaissent donc importants pour les équipes.

## LES MALADES MENTAUX INCARCÉRÉS

Des services médicopsychologiques en milieu carcéral, les « annexes psychiatriques » se développent dès 1945, après la publication de la charte de la réforme pénitentiaire dans les maisons d'arrêt. En 1967, le ministère de la Justice, par le biais de la circulaire du 30 septembre 1967, incite à la création des centres médicopsychologiques régionaux (CMPR) en remplacement des annexes psychiatriques, afin de développer la prévention des troubles mentaux en milieu carcéral. Chaque CMPR est placé sous l'autorité conjointe du chef d'établissement et du directeur régional des services pénitentiaires. Le règlement intérieur de ces CMPR est précisé en 1977. Leurs objectifs sont alors : un travail de prévention et le traitement des maladies mentales en prison en évitant au maximum le transfert dans les hôpitaux spécialisés des malades atteints de troubles mentaux sans gravité, l'organisation de la continuité des soins et du relais possible dans la prise en charge psychiatrique des patients. Les CMPR sont situés dans les maisons d'arrêt et concernent donc les prévenus et les condamnés à de courtes peines. En 1986, est créée une sectorisation psychiatrique spécifique en milieu pénitentiaire avec un règlement intérieur type, une nouvelle appellation des CMPR qui deviennent des SMPR assimilables à un secteur de psychiatrie classique, bien que de type pénitentiaire, en conformité avec les textes de 1985 légalisant la sectorisation psychiatrique. En 1988, l'organisation de la psychiatrie pénitentiaire est précisée avec notamment ses interrelations avec le centre hospitalier de rattachement. L'organisation des soins aux détenus est par la suite transformée par la loi de 1994 qui confie au service public hospitalier la délivrance des soins à l'intérieur des prisons et redéfinit la protection sociale des personnes détenues [29]. Ainsi, en l'absence de couverture psychiatrique par un SMPR, les consultations de psychiatrie dans les établissements pénitentiaires concernés sont-elles assurées par le service de psychiatrie générale du lieu d'implantation qui intervient in situ dans le cadre de la liaison. Selon les textes, le psychiatre intervenant dans l'établissement pénitentiaire reçoit un résumé de la situation pénale du condamné dès que la condamnation devient définitive, et une copie des expertises psychiatriques. En milieu carcéral, il doit s'organiser pour que l'offre de soins soit la plus précoce possible, dès l'accueil des arrivants, mais ce travail ne s'arrête pas à la levée d'écrrou, puisque le suivi postpénal doit être mis en œuvre afin de garantir la continuité des soins avant le passage de relais.

Actuellement, on estime qu'environ 30 % des détenus souffrent de troubles mentaux, nécessitant une hospitalisation ou un suivi médical constant. En 1994, pour 55 000 détenus, 116 mesures d'HO ont été prononcées ; en 2000, pour 48 000 détenus, 1 360 cas ont été répertoriés et en 2001, 1 451. En 7 ans, les HO ont donc été multipliées par plus de 12. Cette importante augmentation traduit la présence et le développement de pathologies mentales lourdes au sein des prisons, avec l'apparition de nouveaux facteurs cumulatifs d'aggravation de la pathologie (toxicomanie, alcoolisme, violences). De plus, l'évolution législative, avec la loi du 17 juin 1998 relative au suivi sociojudiciaire et à l'injonction des soins des auteurs d'agressions sexuelles après les peines, élargie en 2007

à tous les crimes et délits de violence, et l'incitation des juges auprès des détenus pour qu'ils commencent les soins en prison afin d'obtenir un aménagement des peines, entraînent là encore une inflation de demandes de suivi. Le dispositif actuel de soins psychiatriques, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de la prison, ne semble pas en mesure de répondre à cette augmentation de la demande de prise en charge [30, 31].

### **Les unités de consultations et de soins ambulatoires**

L'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) est la structure de soins située à l'intérieur de la prison. Elle dépend du centre hospitalier de proximité avec lequel l'établissement pénitentiaire a signé une convention. Organisée comme une unité fonctionnelle sous la responsabilité d'un chef de service hospitalier, l'UCSA permet des consultations médicales, des bilans biologiques et radiologiques, des dépistages, des consultations spécialisées, des actes de prévention et des actes d'éducation à la santé. Elle est responsable de la distribution des médicaments. Le personnel qui y travaille est issu du personnel hospitalier de l'hôpital de proximité. Pour la psychiatrie, les soins aux détenus sont assurés par une équipe de l'hôpital psychiatrique de proximité avec lequel l'établissement pénitentiaire a signé une convention. Cette équipe est intégrée dans l'UCSA. Elle est composée de psychiatres, d'infirmiers et de psychologues et propose des consultations (d'entrée et de suivi), des psychothérapies individuelles et de groupe. Elle s'occupe plus spécifiquement des traitements de substitution aux toxicomanes et participe à des activités d'éducation à la santé. Cette organisation ne s'applique pas dans les cas où un SMPR est présent. Les difficultés rencontrées par les UCSA sont liées à la diminution des psychiatres et des personnels soignants, rendant les conditions de travail, la possibilité d'une continuité des soins et du dépistage des maladies mentales, plus complexes.

### **Les services médicopsychologiques régionaux**

Les SMPR sont des services de psychiatrie implantés en milieu pénitentiaire, ayant une vocation régionale et comprenant éventuellement des cellules qui permettent l'hébergement in situ des détenus. La prise en charge s'apparente à de l'hospitalisation de jour et à des consultations. En effet, l'hospitalisation complète n'est pas possible dans les cellules des SMPR, qui ne se distinguent pas des autres cellules de la prison du fait de l'absence de surveillance infirmière la nuit ; du manque de personnel d'entretien, celui-ci étant souvent assuré par des détenus ; de l'hygiène défaillante. Enfin, l'hospitalisation des femmes est impossible, sauf à Fleury-Mérogis. La prise en charge sanitaire est actuellement assurée par 26 SMPR, situés dans un établissement pénitentiaire de niveau régional (décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, qui confie au service public hospitalier la prise en charge des détenus atteints de troubles mentaux), dont 22 ont des cellules. Ils sont rattachés à une structure hospitalière publique.

Les missions du SMPR sont constituées par : le dépistage systématique des troubles psychiques des entrants dans l'établissement d'implantation ; la prévention des affections mentales en milieu pénitentiaire ; la mise en œuvre des traitements psychiatriques nécessaires aux détenus, prévenus ou condamnés, à l'exception de ceux relevant d'une procédure d'HO ; le suivi psychiatrique de la population postpénale en coordination avec les équipes de psychiatrie générale ou de psychiatrie

infantojuvénile, conformément à la mission du secteur ; et enfin le cas échéant une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies en milieu pénitentiaire et en collaboration avec les personnes morales de droit public ou privé habilitées par le représentant de l'État dans le département à participer à cette lutte. Les SMPR permettent donc des soins diversifiés, y compris la participation à des ateliers thérapeutiques, qui doivent être acceptés par le patient. Ce sont des lieux de soins non contraints dans un milieu de contrainte, permettant de restaurer la parole et la communication. Dans le cas contraire, c'est-à-dire en cas de nécessité de soins chez un détenu non consentant, celui-ci est transféré en HO dans l'hôpital psychiatrique de proximité, voire en UMD s'il est dangereux (article D.398 du code de procédure pénale). L'envoi en UMD est, par ailleurs, doublé d'un arrêté d'admission pris par le préfet du département d'implantation de l'UMD.

Les principaux diagnostics retrouvés dans les prises en charge en SMPR sont les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives, les troubles de personnalité, les troubles de l'orientation sexuelle et les troubles psychotiques. La situation psychiatrique des détenus se caractérise par une explosion de la demande de soins. La proportion de psychotiques suivis a considérablement augmenté dans certains SMPR ; la consommation de psychotropes ne cesse de croître ; les agressions contre les personnels de surveillance ont été multipliées par 2,7 en 5 ans, toutes n'étant pas, bien entendu, imputables aux seules personnes souffrant de troubles mentaux ; certains détenus suivis par des SMPR se révèlent très dangereux, commettant des agressions graves contre leurs codétenus ou le personnel, parfois même des meurtres ; les suicides ont plus que doublé de 1990 à 1999 [32].

Les causes de cette évolution sont multiples. Si la politique de sectorisation psychiatrique a permis de prendre en charge en ambulatoire beaucoup de malades auparavant placés en asile, elle présente deux lacunes. Ainsi, les secteurs infantojuvéniles sont inégalement développés, ce qui compromet la prise en charge des mineurs. Par ailleurs, la population souffrant de précarité et d'exclusion est peu vue par les secteurs de psychiatrie générale, alors qu'elle constitue une part importante des entrants en prison. Ces populations se trouvent confrontées à un système judiciaire peu préparé à repérer les symptômes mentaux sous-jacents. Dans les affaires délicieuses, l'expertise psychiatrique reste l'exception. Dans les affaires criminelles, la mise en évidence de troubles mentaux ayant atténué la responsabilité de l'accusé (deuxième alinéa de l'article 122-1 du code pénal) peut jouer contre ce dernier, la cour d'assises ayant tendance à décider des peines lourdes, pouvant parfois excéder les réquisitions du parquet, pour retarder la sortie du condamné. Les moyens restent très inégaux entre les sites disposant de SMPR et ceux qui en sont dépourvus. Selon l'inspection générale des services judiciaires et l'inspection générale des affaires sociales, le choix de l'implantation des SMPR a été effectué au détriment des établissements pour longues peines et des petites maisons d'arrêt, alors que les détenus atteints de troubles mentaux y semblent proportionnellement plus nombreux que dans les établissements disposant de SMPR. En outre, le caractère régional du fonctionnement des SMPR, qui pouvait compenser ces faiblesses, régresse.

## **L'hospitalisation des patients incarcérés**

### *Les hospitalisations selon l'article D.398 du code de procédure pénale*

En cas de nécessité d'hospitalisation psychiatrique d'un détenu, celle-ci s'effectue sur le centre hospitalier de rattachement, selon l'article 398 du code de

procédure pénale qui stipule que « les détenus en état d'aliénation mentale ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Sur la proposition du médecin de la prison et conformément à la législation générale en la matière, il appartient au préfet de procéder à leur internement ». Ce texte permet le transfert du patient en milieu psychiatrique (UMD ou service ordinaire) où l'intéressé recevra les soins nécessaires. Le seul mode d'hospitalisation accessible aux détenus est donc l'HO dans des conditions parfois peu acceptables en raison de difficultés de surveillance des patients ou de l'appréhension qu'ils suscitent dans les services. Ces derniers sont souvent maintenus en contention et en isolement pendant toute la durée de leur séjour, surmédiqués et réadressés dès que possible en prison [31]. Les hôpitaux se montrent donc peu enclins à accueillir ce type de malades d'autant que le taux d'évasion à partir des hôpitaux psychiatriques, où les détenus atteints de troubles mentaux sont surveillés par le personnel hospitalier, est 100 fois plus élevé qu'à partir des hôpitaux généraux, où ils sont gardés par la police et la gendarmerie. Le faible nombre d'admissions en UMD (moins de 50 par an) provoque des délais d'attente et des dysfonctionnements. Ainsi les détenus n'ont-ils pas le même accès aux soins psychiatriques que la population générale, contrairement aux principes énoncés dans la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Compte tenu de ces difficultés, une réflexion a été menée concernant les soins à apporter aux détenus dans le cadre de l'hospitalisation, suscitant un certain nombre de critiques. En effet, si les soins se multiplient et se diversifient au sein des prisons, le risque est de continuer à responsabiliser les malades mentaux dangereux, mieux pris en charge que dans des services de psychiatrie classique.

### **Les unités d'hospitalisation spécialement aménagées**

La loi du 9 septembre 2002 (loi Perben I) institue un nouveau régime d'hospitalisation psychiatrique pour les détenus : elle crée des unités spécialement aménagées à vocation interrégionale (UHSA) implantées au sein des hôpitaux, et ouvre la possibilité d'hospitalisations libres, alors qu'auparavant, l'hospitalisation ne pouvait se dérouler que sous le régime de l'HO (article L.3214-1 du code de la santé publique). Ces unités seront donc destinées à accueillir les personnes détenues nécessitant une hospitalisation en service de psychiatrie avec ou sans leur consentement. La modalité d'HO ne se réalisera plus à l'hôpital de proximité. Les patients accueillis à l'UHSA, provenant d'établissements pénitentiaires, seront ceux qui présentent des pathologies psychiatriques dont l'état nécessite des soins spécialisés ou intensifs non délivrés dans leur établissement pénitentiaire (SMPR ou UCSA). Ces unités seront dotées d'un personnel soignant aussi nombreux qu'en UMD, et d'une surveillance périmétrique, assurée par l'administration pénitentiaire. Aucune UHSA n'est encore ouverte en France, mais plusieurs sont en projet puisque l'ensemble doit comprendre à terme 700 places, réalisées en plusieurs tranches. Celle de Lyon, à vocation interrégionale, située au sein du centre hospitalier du Vinatier et rattachée au SMPR, comprendra 60 lits et devrait ouvrir en mars 2010. Les UHSA ne sont pas destinées à se substituer aux UMD dont la spécificité persiste pour des patients dont la difficulté de la prise en charge au long cours est avérée. Pour certains comme Brechet, déjà cité, il s'agit « d'un hôpital-prison, ou d'une parcelle de prison au sein de l'hôpital ». Pour ce dernier, plus on augmente le nombre de moyens psychiatriques en prison, plus on risque d'augmenter le nombre de malades mentaux dans ces établissements. Le projet

apparaît surdimensionné en regard du nombre de journées d'hospitalisation des détenus en psychiatrie classique et en UMD. Il préconise donc davantage le développement des USIP, afin d'apporter une réponse en amont face à la dangerosité psychiatrique potentielle du patient avant que celui-ci passe à l'acte et se retrouve incarcéré. Pour d'autres tels que Roelandt, déjà cité, le risque pour les UHSA est de servir de soupape à la prison, d'autant que ces UHSA ne seront pas couplées avec des soins somatiques.

## **Les centres socio-médico-judiciaires de sûreté**

Les ministres de la Justice et de la Santé ont récemment décidé la création des centres de rétention de sûreté pour les personnes ayant purgé leur peine mais étant jugées « potentiellement dangereuses ». Selon la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, un dispositif a donc été créé pour « retenir » dans une structure fermée des personnes particulièrement dangereuses, condamnées à une peine au moins égale à 15 ans de réclusion criminelle pour un crime particulièrement grave (assassinat, torture, viol sur victime mineure ou crime aggravé sur victime majeure), à condition qu'elles présentent toujours à la fin de l'exécution de leur peine une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive liée au trouble grave de personnalité. La rétention est une mesure prise « à titre exceptionnel ». Elle est prononcée pour une durée de 1 an renouvelable sans limites par des juges, mais elle ne repose pas sur la culpabilité de la personne, pas plus qu'elle ne sanctionne une faute. Elle vise à prévenir la récidive. C'est donc une mesure préventive répondant à des exigences constitutionnelles.

Le jour de sa condamnation, le condamné est averti par le président de la cour d'assises qu'il peut être soumis à un examen de sa dangerosité en fin de peine et placé en centre de rétention. Un an avant la fin de peine, il est soumis à cet examen réalisé par la Commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté (commission créée par la loi du 12 décembre 2005 à propos de la surveillance électronique mobile). La commission demande alors le placement du condamné pour une durée de 6 semaines au Centre national d'observation, « service spécialisé chargé de l'observation des personnes détenues aux fins d'une évaluation pluridisciplinaire de dangerosité assortie d'une expertise médicale réalisée par deux experts ». Au vu de cette évaluation, si cette commission estime que le condamné demeure dangereux, que les mesures de contrôle seront insuffisantes et qu'il faut demander le placement du condamné dans un centre de rétention de sûreté, elle demande au procureur général de saisir la juridiction régionale de la rétention de sûreté territorialement compétente, composée d'un président de chambre et de deux magistrats de la cour d'appel, désignée par le premier président de la cour d'appel pour une durée de 3 ans. Au moins 3 mois avant la date de libération, cette juridiction rend une décision motivée après débat contradictoire sur le placement en centre de rétention. La contre-expertise sollicitée par le condamné est de droit.

La personne est alors placée dans un centres socio-médico-judiciaires de sûreté, sous double tutelle justice et santé, dans lequel lui est proposée, de façon permanente, une prise en charge médicale, sociale et psychologique destinée à permettre la fin de la mesure. S'agissant de personnes atteintes de troubles extrêmement graves et profonds de la personnalité, la prise en charge comporte une dimension criminologique. Les personnes peuvent se déplacer librement dans le centre, sauf durant la nuit

où elles demeurent dans leur studio et peuvent communiquer avec le personnel de surveillance par le biais d'un Interphone. Elles peuvent participer à des activités organisées culturelles, sportives, de loisirs, effectuer un télétravail ou un travail en studio, mais le travail à l'extérieur est impossible. Le projet intègre une prise en charge individuelle d'une durée de 3,5 h réparties dans la journée. L'incitation aux soins est d'autant plus forte que tout rejet de la part du détenu est pris en compte lors du réexamen annuel de sa situation pour déterminer un renouvellement de la rétention de sûreté. L'équipe soignante n'est présente que la journée de 9 h à 17 h. Ce centre répond ainsi à deux objectifs de placement : l'enfermement pour prévenir un risque très élevé de récidive et la nécessité de fournir des prestations de soins aux individus qui en ont besoin.

Le premier centre est créé au sein de l'Établissement public de santé national de Fresnes, avec une capacité d'accueil d'une dizaine de personnes au début. Son règlement est paru au *Journal officiel* du 12 août 2009. Il est pour l'instant vide, la rétroactivité ayant été refusée par le conseil constitutionnel. En revanche, le centre peut accueillir dès à présent les personnes qui violeraient les conditions du nouveau régime dit de « surveillance de sûreté » applicable aux ex-détenus jugés encore dangereux. Le directeur de l'hôpital de proximité avec lequel une convention a été signée organise la prise en charge médicale et psychologique des personnes retenues tandis que le directeur des services pénitentiaires assure les missions de sécurité, de surveillance, de maintien de l'ordre, d'hébergement et d'organisation de la vie quotidienne des personnes retenues.

Cette rétention de sûreté suscite des interrogations à plusieurs titres. Elle fait craindre l'enfermement perpétuel. Mais, comme le souligne Matsopoulou, « l'analyse approfondie du dispositif, la lecture des travaux préparatoires, l'avis donné par le Conseil d'État sur les garanties à respecter, les solutions retenues par les différentes législations étrangères, la mise en œuvre d'une procédure strictement encadrée, le fondement et la véritable nature de ces mesures peuvent progressivement dissiper les nombreuses craintes » [33]. Le recours à la rétention de sûreté doit rester exceptionnel, ne s'appliquant qu'aux cas les plus graves, et ne devrait donc concerner chaque année qu'une dizaine de condamnés. Le risque majeur de récidive doit être lié à l'existence d'un trouble grave de personnalité. Cependant, comme le fait remarquer Bénézech, le trouble grave de personnalité est mal défini. S'agit-il du trouble de personnalité selon les classifications psychiatriques internationales actuelles ou concerne-t-il également les conduites addictives, les troubles anxieux, bipolaires, les états psychotiques chroniques, les troubles sexuels ? [34]. L'évaluation de la dangerosité s'effectue à la fois par des spécialistes pluridisciplinaires compétents en criminologie en centre spécialisé et par des experts psychiatres. Ainsi, la place donnée à la psychiatrie et à l'expertise médico-légale inquiète. Pour Bénézech, l'intervention de la psychiatrie n'est pas nécessaire, l'expertise devant rester judiciaire sur l'analyse du crime, le profil criminel et les critères de dangerosité criminologiques. La médecine risque de se trouver instrumentalisée dans une logique de surveillance et de s'écarter de sa mission de soins, d'autant que l'évaluation de cette dangerosité criminologique et non psychiatrique est difficile. De plus, la loi risque d'opérer un glissement d'une justice de liberté fondée sur la responsabilité de l'auteur du crime à une justice de sûreté fondée sur la dangerosité. Enfin, il faut remarquer que ces détenus ne sont pas obligatoirement pris en charge dès le début de leur incarcération, leur prise en charge n'étant pas obligatoire au cours de la détention et n'étant discutée que lorsqu'il s'agit d'examiner la sortie.

**CONCLUSION**

Bien que certains malades mentaux apparaissent potentiellement ou réellement dangereux à un moment donné de leur parcours, leur dangerosité n'est pas permanente et il est important de lutter contre l'enfermement et l'exclusion de ces patients en favorisant le dépistage précoce, l'accès aux soins, et en permettant une continuité de ces soins grâce à un travail pluridisciplinaire, un partenariat actif. Le passage à l'acte est parfois ainsi la première manifestation de la maladie mentale. Le dépistage et l'accès aux soins ne peuvent s'envisager sans une politique d'information concernant la maladie mentale auprès du public et des professionnels de première ligne, c'est-à-dire les généralistes, les équipes médicosociales des CHRS, les établissements scolaires et universitaires... La rupture des soins chez des patients diagnostiqués est un facteur favorisant de la violence encore plus préoccupant et bien connu car elle favorise la résistance, le risque d'addiction et de désinsertion sociale, et l'épuisement des équipes [35].

Il n'existe aucun protocole validé, tant chimiothérapique qu'institutionnel, pour lutter contre cette rupture de soins. L'objectif est d'offrir au patient un projet individualisé, régulièrement actualisé en fonction de son évolution clinique. Ce projet progressif, « du dedans au dehors », doit tenir compte du respect des libertés individuelles, et permettre le retour à la vie sociale, même si celle-ci apparaît restreinte du fait de la pathologie. L'approche bio-psycho-sociale du patient est mise en place avec un investissement durable des équipes auprès du patient et de sa famille. Elle est parfois difficile en raison du manque croissant de moyens et de personnel, de la multiplication des missions confiées aux équipes de secteur, et des demandes paradoxales qui leur sont faites de la part des politiques et de la société.

**Références : Réponse institutionnelle**

- 1 Alezrah C. Réponse d'un service hospitalier à la dangerosité. *Information Psychiatrique* 2009, 85 : 735-44.
- 2 Roelandt JL. Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement. *Information Psychiatrique* 2009, 85 : 525-35.
- 3 Dubret G, Tremine T. Quel avenir pour la psychiatrie à l'hôpital général ? *Information Psychiatrique* 2009, 85 : 559-64.
- 4 Palazollo J, Lachaux B, Chabannes JP. Isolement, contention, et contrainte en psychiatrie. Congrès de neurologie et de psychiatrie de langue française, 27-29 juin 2000, Medias Flashs, Paris, 2000.
- 5 Palazollo J, Favre P, Vittini P, Bougerol T. Isolement thérapeutique et contention en psychiatrie : bilan et perspectives. *Encéphale* 2001, 27 : 570-7.
- 6 American Psychiatric Association (APA). Task Force Report 22. Seclusion and restraint : The psychiatric uses. Washington DC, 1985.
- 7 Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. *Information Psychiatrique* 1996, 74 : 950-3.
- 8 Fisher WA. Restraint and seclusion : a review of the literature. *Am J Psychiatry* 1994, 151 : 1584-91.
- 9 Braitman A, Guedj MJ. Mesures de contention sans isolement. *Journal de Nervure* 2003, 16 (1) : 1-3.
- 10 Statton SJ, Rogers C. Factors associated with sudden death of individuals requiring restraint for excited delirium. *Am J Emerg Med* 2001, 19 (3) : 187-91.

- 11 Circulaire DHOS/02/F2/2009/23 du 22 janvier 2009 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, FMESP, du plan d'amélioration de la sécurité des établissements ayant une autorisation en psychiatrie.
- 12 Barrès M, Fuchs D. Les unités pour malades difficiles. Rapport au ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, 1990.
- 13 Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi. Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles. Journal officiel, 23 novembre 1986.
- 14 Le Bihan P, Benazzouz M, Floris E, Gerard H. L'Unité psychiatrique intersectorielle départementale : l'expérience d'une unité de soins contenant en Gironde. *Information Psychiatrique* 2005, 81 : 243-53.
- 15 Coldefy M, Salines E. Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolution et disparités. *DREES Études et Résultats* 342, 2004 : 1-12.
- 16 Bodon-Bruzel M, Orlando N, Kottler C. Actualité des pratiques en matière de prescription. Expérience de l'UMD Henri-Colin. In : *Les dangers de la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*. John Libbey, Paris, 2004, p. 312-315.
- 17 Gerard H, Gaussares C. L'unité pour malades difficiles : quelle place, quel devenir dans la mouvance de la psychiatrie « au tournant » ? *Information Psychiatrique* 1988, 64 : 289-96.
- 18 Defranoux L, Huck F, Senninger JL. Réflexions à propos des unités pour malades difficiles. *Rev Fr Psychiatr* 1989, 7 : 40-5.
- 19 Kottler C, Gouyon J, Senninger JL, et al. Unité pour malades difficiles. *Encycl Méd Chir Psychiatrie* 1998, 37-952-A-10 : 1-5.
- 20 Zambrowski F. L'amélioration des prises en charge des malades mentaux difficiles présentant un danger particulier et des détenus atteints de troubles mentaux. Moderniser et diversifier les modes de prise en charge de la psychiatrie française. Rapport au ministre délégué auprès du ministre des Affaires sociales et de l'Emploi, chargé de la Santé et de la Famille, 1986.
- 21 Massé G. La psychiatrie ouverte. Une dynamique nouvelle en santé mentale. Rapport au ministre de la Santé. ENSP, Rennes, 1992.
- 22 Le Bihan P, Pagès C, Naudet JB, et al. Place des unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) dans le dispositif de soins. *Ann Med Psychol* 2009, 167 : 143-47.
- 23 Vissali H, McNasser G. Un modèle efficace de pratiques sans contention. *Soins Psychiatriques* 2000, 210 : 30-2.
- 24 Vissali H, McNasser G, Johnstone L, Lazarro CA. Reducing high-risk interventions for managing aggression in psychiatric settings. *J Nur Care Qual* 1997, 11 : 54-61.
- 25 Senninger JL. Plaidoyer pour un dispositif global de prise en charge des malades dangereux. *Nervure* 2006, 19 : 18.
- 26 Strohl H. Le soin contraint ne peut pas remplacer l'offre adaptée de soins. *Évolution Psychiatrique* 2009, 85 : 499-507.
- 27 Mercuel A. Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) en France. In : *Les cliniques de la précarité. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*. Elsevier Masson, Paris, 2008, p. 218-21.
- 28 Albernhe T, Tyrode Y. Les patients dangereux ou incarcérés. In : *Législation en santé mentale : pratique médico-légale*. Duphar Upjohn, 1994, TIII, C4, p. 319-389.
- 29 Circulaire DHOS/02/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.
- 30 Caillaud Ritter E. Psychothérapies sous contrainte. *Information Psychiatrique* 2009, 85 : 715-18.
- 31 Rapport IGA-IGG-IGPN, mai 2004 : Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement.

- 32 Dubret G. UHSA : Un formidable effort dans la mauvaise direction. Soins sans consentement-consentement aux soins. Communication aux Journées de l'Information Psychiatrique. Mardi 12 juin 2007, centre hospitalier Sainte-Anne, Paris.
- 33 Matsopoulou H. Le développement des mesures de sûreté justifiées par la dangerosité et l'inutile dispositif applicable aux malades mentaux. Droit pénal. Revue Mensuelle LexisNexis Jurisclasseur 2008 : 7-15.
- 34 Bénézech M, Pham TH, Le Bihan P. Les nouvelles dispositions concernant les criminels malades mentaux dans la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : une nécessaire évaluation du risque criminel. Ann Méd Psychol 2009, 167 : 39-50.
- 35 Hodgins S. The interface between general and forensic psychiatric services. Editorial. European Psychiatry 2009 ; 24 : 354-55.

# 6

## La prise en charge des états dangereux : approche juridique et médicolégale

EN FRANCE

LES SOINS SANS CONSENTEMENT : L'ÉTAT ACTUEL

### **La loi du 27 juin 1990**

Sous l'Ancien Régime, l'ordonnance criminelle d'août 1670 légalise l'aliénation mentale comme cause d'irresponsabilité pénale [1]. Le rôle prévalent de l'autorité administrative dans la prise en charge des malades mentaux remonte à la Révolution française [2]. Il est confirmé sous Louis-Philippe avec la loi du 30 juin 1838, qui définit pour la première fois le statut des malades mentaux et organise leur placement dans les établissements psychiatriques selon deux régimes différents : le placement d'office prononcé par le préfet, et le placement volontaire. Loi d'assistance et d'autorité, la loi de 1838 définit une politique de soins en décidant la création d'un asile dans chaque département pour traiter les malades mentaux quelle que soit leur situation. Elle est aussi une loi de justice, car elle se soucie du respect des droits et des intérêts de la personne hospitalisée sous contrainte [3]. Malgré les différentes critiques et les tentatives de réforme, ce dispositif est maintenu jusqu'en 1990, tant l'équilibre entre les exigences du soin, de la sécurité publique et du respect de la liberté individuelle est difficile à remettre en cause. Ce dispositif est cependant révisé lors de l'adoption de la loi du 27 juin 1990, pour tenir compte des évolutions de la pratique médicale avec le développement des soins ambulatoires, et des exigences

posées par la recommandation R.83-2 du 22 février 1983 du Conseil de l'Europe « sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires ». La réforme du texte a pour objectif de promouvoir le droit des malades hospitalisés librement, de garantir ceux des patients hospitalisés sans leur consentement conformément aux recommandations du Conseil de l'Europe, de garantir les conditions de l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) par l'exigence d'un double certificat préalable, de garantir celles de l'hospitalisation d'office (HO) par la nécessité de l'avis médical préalable, et d'instaurer un contrôle effectif des conditions d'hospitalisation par une commission départementale. Si les différentes orientations, recommandations et directives européennes précisent que les soins sous contrainte relèvent de l'autorité judiciaire, les textes n'excluent pas le rôle de l'autorité administrative, toujours prédominant en France contrairement à d'autres pays tels que les Pays-Bas, l'Allemagne ou la Grande-Bretagne. « La confusion des domaines sanitaires, de l'ordre public et de la défense sociale constitue aussi une singularité française dans la mesure où d'autres pays européens ont mis en place des mesures de sûreté visant à assurer la protection de la société et les mesures de prévention de la récidive de personnes dangereuses, par des lois et des textes spécifiques constituant souvent des mesures d'isolement et de stigmatisation » [2].

La loi du 27 juin 1990 est codifiée sous les articles L.3211-1 à L.3223-3 du code de la santé publique, relatifs aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, par la suite modifiés le 4 mars 2002 relativement aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elle est amendée, s'agissant des patients détenus, par l'article 48 de la loi d'orientation et de programmation pour la Justice du 9 septembre 2002. Le malade mental hospitalisé avec son consentement dispose des mêmes droits que ceux reconnus à tout patient (article L.3211-2 du code de santé publique). Il bénéficie de l'accès direct au dossier médical dans les mêmes conditions que les malades somatiques, et a le libre choix, en principe, du praticien et de l'établissement. Les restrictions apportées à l'exercice des libertés individuelles du malade mental hospitalisé sans son consentement sont celles rendues nécessaires par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. L'hospitalisation sous contrainte est ainsi soumise à des conditions médicales et administratives strictes. Des dispositifs de contrôle et de recours sont prévus pour vérifier les situations individuelles. Quand ces recours portent sur la régularité formelle de la décision administrative d'hospitalisation sans consentement, ils sont de la compétence de la juridiction administrative. S'ils visent à obtenir « la sortie immédiate » ou la réparation du préjudice subi, ils sont du ressort du juge judiciaire. Par ailleurs, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP), composée de deux psychiatres, d'un magistrat, d'un généraliste et de deux représentants d'associations de patients et de familles, examine obligatoirement la situation de toute personne hospitalisée sans son consentement, reçoit ses réclamations éventuelles, vérifie le « registre de la loi » où sont consignées toutes les hospitalisations sous contrainte, peut saisir le préfet ou le procureur de la République, et de surcroît proposer au juge des libertés et de la détention « d'ordonner une sortie immédiate de toute personne hospitalisée sans son consentement ».

### *L'hospitalisation à la demande d'un tiers*

La procédure d'HDT est mise en œuvre lorsque les troubles rendent impossible le consentement du patient et que son état impose des soins immédiats assortis d'une

surveillance constante en milieu hospitalier. La demande manuscrite est effectuée soit par un membre de la famille, soit par un tiers susceptible d'agir dans l'intérêt du patient. Concernant la durée de validité de cette demande émanant du tiers, il existe un vide juridique. Cependant, si l'on s'en tient à l'esprit de la loi, cette demande est réversible à tout moment et doit théoriquement dater non pas du jour du premier certificat, mais du moment d'hospitalisation. Elle doit être accompagnée de deux certificats médicaux concordants et circonstanciés, datant de moins de 15 j dans le cas de l'hospitalisation selon l'article L.3212-1 du code de santé publique ou d'un seul certificat en cas de péril imminent pour le patient selon l'article L.3212-3. Le premier certificat dans le cadre de l'hospitalisation selon l'article L.3212-1 émane d'un médecin, psychiatre ou non, n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil du patient. L'admission est prononcée par le directeur de l'établissement pour une durée initiale de 15 j. Selon l'interprétation du ministère de la Santé, la procédure est engagée dès lors qu'un tiers a signé une demande d'admission et qu'un premier médecin a rédigé une demande conforme. Le statut de malade hospitalisé s'applique dès cet instant et sera confirmé par le second certificat médical et le prononcé de l'admission. Selon la loi du 9 août 2004, « le transport ne peut avoir lieu qu'après l'établissement d'au moins un certificat médical et la rédaction de la demande d'admission ». La nécessité de l'hospitalisation est confirmée par un psychiatre de l'établissement d'accueil, dans les 24 h suivant l'admission, puis dans les 3 j précédant l'expiration de la première quinzaine de l'hospitalisation, et enfin chaque mois. La levée de l'hospitalisation peut être prononcée par le directeur en l'absence de certificat médical, par le médecin lorsque celui-ci estime que les conditions d'HDT ne sont plus réunies, par le curateur à la personne, un membre de la famille, le tiers ayant demandé l'admission, la CDHP, dans l'ordre déterminé par l'article L.3212-9 du code de la santé publique et selon les modalités prévues par le texte. Cependant, dans certains cas, si les conditions d'HO sont réunies, le médecin de l'établissement peut saisir le préfet qui ordonne un sursis provisoire à la sortie ; celui-ci cesse de plein droit à l'expiration de la quinzaine s'il n'a pas été dans ce délai prononcé d'HO. Si l'état du malade le justifie, le préfet peut transformer une HDT en HO par un arrêté provisoire qui doit être confirmé dans les 15 j. En cas de transformation concernant une personne en fugue, cet arrêté permet de déclencher les recherches en vue d'une réhospitalisation, mais en respectant les dispositions de l'article L.3213-1. La sortie immédiate du malade peut à tout moment être ordonnée par le juge des libertés et de la détention saisi à la demande du patient ou d'un proche, si celui-ci estime que les conditions d'hospitalisation sous contrainte ne sont pas réunies.

### *L'hospitalisation d'office*

L'HO est prononcée lorsqu'un patient nécessite des soins et qu'il compromet la sûreté des personnes, ou *gravement* l'ordre public (modification secondaire à la loi du 4 mars 2002), en d'autres termes lorsqu'il est dangereux pour autrui en raison de ses troubles mentaux. La décision de recourir à cette mesure administrative appartient au préfet qui se détermine au vu d'un seul certificat circonstancié qui peut émaner du psychiatre de l'établissement. Le délai de validité de ce certificat n'est pas précisé. Une procédure d'urgence permet au maire et, à Paris, au commissaire de police « en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes attesté par un avis médical ou à défaut la notoriété publique » de prendre toutes les mesures provisoires nécessaires « à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles manifestes ». Les autorités en réfèrent dans les 24 h au préfet qui statue et prononce,

s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation dans les formes de l'article L.3213-1 du code de la santé publique dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L.3222-1 du code de la santé publique. Un certificat émanant du psychiatre de l'établissement doit confirmer ou infirmer la mesure dans les 24 h puis dans les 15 j et enfin tous les mois qui suivent l'admission. En parallèle et au vu d'un certificat médical motivé, le préfet peut prononcer à l'issue du premier mois une nouvelle période d'hospitalisation de 3 mois, pouvant par la suite être prolongée par périodes de 6 mois renouvelables selon les mêmes modalités. La levée de l'HO peut intervenir de différentes manières : elle est acquise automatiquement en l'absence de décision administrative à l'issue de chacune des périodes d'hospitalisation si le renouvellement n'est pas demandé ; le préfet peut y mettre fin à tout moment après un avis d'un psychiatre de l'établissement d'accueil ou sur proposition de la CDHP, ou encore à la demande du juge des libertés et de la détention.

L'article L.348 tend à circonscrire un sous-groupe de patients parmi ceux relevant de l'HO, celui communément qualifié de « médicolégal », c'est-à-dire les patients ayant bénéficié d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement en application des dispositions de l'article 122-1 du code pénal et qui pourraient compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes. L'avis médical porte sur l'état actuel du patient. Lorsque le malade mental irresponsable pénalement est hospitalisé d'office, deux experts n'appartenant pas à l'établissement d'accueil du malade sont requis pour statuer sur l'absence de dangerosité du sujet pour lui-même et pour autrui, une fois la stabilisation clinique obtenue, avant la mainlevée de l'hospitalisation. Les deux examens des experts doivent être concordants et séparés. Les experts se réfèrent à l'évaluation de l'agressivité de l'individu, son impulsivité, son engagement dans le processus de violence, sa manière de le reprendre dans la verbalisation, son déni éventuel de la maladie, le degré de celle-ci et ses antécédents. Ils valident la qualité de la prise en charge, la présence de structures intermédiaires d'encadrement et de soins, la présence ou non des tiers, familles, amis et victimes. Cette levée d'HO pose plusieurs problèmes dans la pratique clinique quotidienne. Sous traitement bien conduit, le malade ayant bénéficié d'une mesure d'irresponsabilité pénale pour raisons psychiatriques peut se stabiliser et ne plus présenter de dangerosité psychiatrique, notamment lorsqu'il est accompagné dans un projet de réhabilitation et dans un projet de soins. L'avis de son psychiatre traitant n'est pas seul pris en compte, probablement suspecté de prendre le parti de son patient au détriment de celui de la société, mais c'est à lui qu'on reprochera éventuellement la sortie du patient en cas de passage à l'acte violent [4]. Le processus de levée de la mesure de placement nécessite un délai parfois assez long, le temps de nommer les deux experts, que ceux-ci rencontrent le patient et rendent leurs rapports. La dualité des deux experts n'a pas de réelle efficacité. La validité des réponses expertales n'est jamais absolue. De plus, vu la complexité de la question de la dangerosité, les deux experts peuvent adopter des positions très différentes suivant leur pratique, leur formation. Ainsi, l'un des experts peut refuser la levée de la mesure d'HO, par mesure de précaution et parce qu'il engage sa responsabilité, bien que le patient soit considérablement amélioré. Enfin, le président du tribunal de grande instance peut se saisir d'office à tout moment pour ordonner qu'il soit mis fin à une hospitalisation sans consentement selon l'article L.351 du code de la santé publique. Cette décision est généralement prise après examen psychiatrique par un expert unique et non par deux experts.

Depuis la loi du 25 février 2008, le non-lieu judiciaire est supprimé et remplacé par l'irresponsabilité pénale déclarée soit par la cour d'assises, soit par le tribunal

correctionnel. La mesure de sûreté, prenant le relais de la peine, représentée entre autres par l'HO, est ordonnée par l'autorité judiciaire, mesure qui jusqu'alors ne relevait que de l'autorité préfectorale. Sa durée n'est pas déterminée. En cas de crime ou de délit, la justice reste donc très présente, avec le risque de maintenir des patients stabilisés en hospitalisation, pour prévenir la récidive.

Dans le projet de révision de la loi du 27 juin 1990, la prise en charge extrahospitalière de patients ayant séjourné en unité pour malades difficiles ou ayant été déclarés irresponsables pénalement en raison de leurs troubles mentaux, de même que la levée des mesures de soins sans consentement, pourrait être prononcée par le préfet non pas au vu d'un certificat émanant du psychiatre qui suit le patient, mais sur avis écrit et motivé d'un collège de trois soignants : le psychiatre qui suit le patient, un cadre de santé désigné par le directeur de l'établissement, et un psychiatre qui ne connaît pas le patient désigné par le président de la commission ou de la conférence médicale d'établissement. La nouveauté serait d'adjoindre le psychiatre extérieur pour éviter que la sortie d'un patient complexe, difficile, avec des antécédents de passage à l'acte, ne soit décidée par une seule personne ou par l'équipe référente après plusieurs synthèses autour du patient. Le projet de révision de la loi montre donc toute la réserve du législateur par rapport à l'équipe référente suspectée de prendre le parti du patient au détriment de la protection de la société. Il risque d'alourdir considérablement la procédure de sortie du patient, alors même que la sortie est proposée lorsque le patient est engagé dans un processus de réinsertion. De plus, comment ce psychiatre extérieur sera-t-il choisi, d'autant que l'on assiste à une pénurie croissante de psychiatres dans certaines régions ? Dans quel délai interviendra-t-il par rapport à la demande de l'équipe soignante ? Comment rendra-t-il son rapport, et à qui ? Comment pourra-t-il se positionner par rapport à l'équipe ? Que se passera-t-il s'il s'oppose à la sortie ? Au bout de combien de temps pourra-t-on demander à nouveau une sortie pour le patient ? Un certain nombre de questions restent donc en suspens par rapport à la prise en charge des patients hospitalisés sous contrainte, notamment les patients réputés dangereux.

### *L'hospitalisation en psychiatrie des détenus : l'article D.398 du code de procédure pénale*

Le détenu atteint de troubles mentaux consentant aux soins est pris en charge en ambulatoire par l'équipe de secteur intervenant en prison, ou admis au service médico-psychologique régional. S'il est non consentant aux soins, il ne peut être maintenu dans un établissement pénitentiaire selon les articles D.398 du code de procédure pénale et L.342 du code de la santé publique. Au vu d'un certificat médical circonstancié rédigé par le psychiatre attaché aux prisons, et conformément à la législation en vigueur, il appartient au juge des libertés et de la détention ainsi qu'au préfet de faire procéder à son HO dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L.3222-1 du code de la santé publique, soit sur le secteur, soit en unité pour malades difficiles. Le temps écoulé dans le service est défalqué de la peine. Lorsque le patient n'a plus de troubles et que sa réintégration en prison est possible, un certificat de levée d'HO est de nouveau adressé au préfet et le juge ordonne la réintégration de la personne. Si la personne est toujours atteinte de troubles mentaux à la fin de sa peine, sa levée d'écrou lui est signifiée, mais l'HO continue et le patient ne sort de l'hôpital que lorsque son état psychiatrique est stabilisé. Cette HO est souvent difficile à obtenir pour un détenu, du fait de la réticence des préfets et de celle des services de secteur non adaptés pour l'accueil, et la sécurité au sens pénitentiaire du terme des

malades mentaux judiciarisés. De plus, le détenu malade mental ne justifie pas toujours d'HO au sens d'une dangerosité psychiatrique, étant incarcéré pour « une dangerosité sociale ». Dans ce cadre, on peut évoquer le cas des détenus présentant un épisode dépressif majeur et donc aucun critère de dangerosité psychiatrique pour autrui et qui vont être souvent isolés, voire en contention, afin d'éviter une évasion éventuelle. Parallèlement, l'admission en service médicopsychiatrique régional (SMPR) est souvent difficile du fait d'un manque de places, et en raison d'un manque de psychiatres et d'infirmiers. C'est pour pallier ces difficultés d'hospitalisation que des unités spécialement aménagées (UHSA) devraient être créées. La loi du 9 septembre 2002 (loi Perben I) institue ainsi un nouveau régime d'hospitalisation psychiatrique pour les détenus et permet la possibilité d'hospitalisations libres, alors qu'auparavant l'hospitalisation ne pouvait se dérouler que sous le régime de l'HO (article L.3214-1 du code de la santé publique).

### *La situation des mineurs*

Le mineur est « un incapable » au sens du code civil, et il est représenté soit par le titulaire de l'autorité parentale, soit par son tuteur. Les autorisations de soins sont donc données par ces derniers, ou éventuellement par le conseil de famille, bien que le consentement personnel du jeune soit toujours recherché par le médecin dès lors qu'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, selon l'article L.1111-4 du code de la santé publique. Les informations concernant son état de santé et son traitement sont données par le médecin et adaptées en fonction de son degré de discernement.

Le regard porté par la société sur l'enfant et l'adolescent est en pleine mutation, avec une tendance à une responsabilisation personnelle croissante, ce qui positionne le droit des mineurs dans un paradoxe entre protection et répression [5].

#### • Dans le cas de soins ambulatoires

Le consentement aux soins des deux parents doit être recherché et le refus d'un d'entre eux est théoriquement respecté, sauf si le mineur s'oppose expressément à leur consultation (article L.1111-5 du code de la santé publique). Lorsque le mineur souhaite recevoir des soins mais que l'un des parents s'y oppose, seule la dispensation de soins indispensables et urgents est possible. Cependant, si les parents sont en désaccord à propos des soins à donner à l'enfant sans toutefois le mettre en danger, le juge aux affaires familiales peut également intervenir pour trancher le conflit si les deux parents exercent l'autorité parentale [6]. Dans le cadre de soins sous injonction judiciaire, il faut pouvoir s'appuyer sur une stratégie en réseau, ce qui n'est pas toujours possible. En matière de protection de l'enfance, lorsque les parents s'opposent aux soins, le magistrat peut mettre en place une obligation de soins. Ainsi, le juge pour enfants peut ordonner un examen médicopsychologique de l'enfant, subordonner son maintien dans le milieu familial à des obligations particulières telles que la fréquentation régulière d'un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé. Cette obligation est verbalisée aux parents lors d'une audience ou signifiée à un service éducatif auquel l'enfant est confié. Dans le cadre du registre pénal, là encore, le juge pour enfants peut, après expertise, ordonner une injonction de soins. Cette injonction peut constituer l'un des éléments d'un contrôle judiciaire imposé au mineur avant sa comparution devant le tribunal ou d'un sursis avec mise à l'épreuve en cas de condamnation. Dans le cadre du suivi sociojudiciaire des mineurs

auteurs d'infraction sexuelle, il s'agit d'une injonction de soins ordonnée par juridiction de jugement suivie par le juge pour enfants jusqu'à la majorité, et par la suite par le juge d'application des peines. La spécificité de cette mesure réside dans le choix du médecin coordonnateur par les parents ou par le juge des tutelles en cas d'absence de titulaire de l'autorité parentale. « Les textes d'obligation de soins pour les mineurs ont l'avantage d'être rédigés dans un esprit de protection de l'enfance et non dans un but de répression ou de protection de la société » [5]. Ils représentent une fonction contenante symbolique et doivent rester un gage de protection des droits de l'enfant, mais ils ne peuvent pas remplacer les limites manquantes de la cellule familiale ou encore de la société.

- Dans le cadre de l'hospitalisation du mineur en psychiatrie

L'HDT ne s'applique pas aux mineurs mais l'hospitalisation libre est de fait une hospitalisation sous contrainte, car il faut l'accord des parents ou du titulaire de l'autorité parentale ou judiciaire pour l'admission et la sortie du mineur. Lorsque les parents s'opposent à l'hospitalisation malgré l'examen médical circonstancié, le mineur ne peut pas être hospitalisé, sauf si le juge pour enfants est saisi en cas de danger pour l'enfant. Aucun contrôle ne vient garantir les droits du mineur comme pour les majeurs, y compris les majeurs sous tutelle. Dans le cas d'un mineur placé dans un établissement ou confié à un particulier par l'autorité judiciaire et nécessitant une hospitalisation, l'admission est prononcée à la demande du directeur de l'établissement ou de la personne à qui est confié l'enfant. Lorsque celui-ci est confié à l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service, sauf si l'enfant a été confié à l'aide sociale à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale.

L'hospitalisation d'un mineur peut également être ordonnée par le juge pour enfants ou le procureur de la République, dans le cadre de la mesure d'ordonnance de placement provisoire (OPP). Depuis la loi du 4 mars 2002, un avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil est nécessaire à l'OPP, cette mesure n'étant ordonnée que pour une durée de 15 j. C'est le médecin de l'établissement d'accueil qui en demande le renouvellement, pour une durée de 1 mois renouvelable. Dans l'esprit du texte, la mesure d'OPP est une mesure contraignante à la fois pour les parents qui refusent l'hospitalisation de leur enfant, pour le jeune qui ne veut pas s'y soumettre, et pour l'établissement d'accueil, afin d'éviter les hospitalisations arbitraires.

Enfin, l'adolescent peut être hospitalisé en HO au même titre que les personnes majeures, si son état psychiatrique le rend dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes, mais de manière théoriquement exceptionnelle. Cependant, on observe une augmentation des HO de ces mineurs au sein des services de psychiatrie, du fait d'une augmentation des pathologies de l'agir et des troubles du comportement chez les adolescents avec des familles souvent éclatées, absentes ou défaillantes.

*Les aménagements à l'hospitalisation :  
les sorties de courte durée et les sorties d'essai*

Qu'ils soient hospitalisés à la demande d'un tiers ou d'office, les patients peuvent bénéficier d'autorisations de sortie de courte durée et de sorties d'essai, selon les modalités propres à chacun des régimes.

Les sorties de courte durée sont encadrées par la loi du 4 mars 2002 (article L.3211-11-1 du code de la santé publique). Ne pouvant excéder 12 h, elles doivent

être fondées sur un motif thérapeutique ou permettre d'effectuer des démarches extérieures. Lors des permissions de courte durée, le patient est accompagné par un ou plusieurs membres de l'établissement. Ces permissions sont accordées par le directeur de l'hôpital en cas d'HDT sur avis favorable du psychiatre, et par le préfet en cas d'HO, la demande devant être effectuée 48 h avant la date prévue de la permission.

Les sorties d'essai, pratiquées depuis longtemps selon des modalités variables et en marge de la loi, ne faisaient l'objet que d'une simple circulaire, celle du 4 juin 1957. Elles sont légalisées avec la loi du 27 juin 1990, à la satisfaction de nombreux professionnels et juristes. Elles sont destinées à « favoriser la guérison, la réadaptation, et la réinsertion du patient » (article L.3211-11 du code de la santé publique) au sein de l'environnement habituel de celui-ci, tout en garantissant le cadre des soins ambulatoires par un tiers administratif demeurant contenant, notamment sur le plan symbolique [7]. Elles ne sont donc possibles que pour les patients préalablement hospitalisés sous contrainte et ne concernent que les patients suffisamment améliorés pour pouvoir bénéficier d'un aménagement des conditions de leur traitement. Elles sont décidées par le psychiatre de l'établissement en cas d'HDT et par le préfet au vu d'un certificat médical circonstancié en cas d'HO. Leur renouvellement est effectué selon les mêmes modalités. En revanche, la législation ne prévoit aucun dispositif pour prévenir la dangerosité d'un patient en cas de sortie d'essai d'HO [8]. De même, un patient irresponsabilisé pour trouble mental (article 122-1) et hospitalisé en HO nécessite pour sa levée d'HO un certificat établi par son psychiatre traitant demandant la levée d'HO et d'être vu par deux psychiatres experts, on l'a vu plus haut ; en revanche, il peut être placé en sortie d'essai d'HO pour une durée parfois assez longue à la demande du psychiatre de l'établissement d'accueil, sans nécessiter d'expertise. Cette sortie d'essai implique un suivi régulier, sous la responsabilité du psychiatre. En revanche, un détenu ne peut pas bénéficier d'une sortie d'essai et retourne en prison dès que son état ne justifie plus l'hospitalisation en HO. Les sorties d'essai sont limitées à 3 mois mais peuvent être renouvelées indéfiniment. Elles comportent une surveillance médicale attentive qui relève du secteur psychiatrique référent et s'accompagnent donc la plupart du temps d'une astreinte au traitement, bien que le fondement de cette contrainte ne soit pas spécifiquement défini par la loi. Le patient reste sous le statut juridique qui était le sien lors de son hospitalisation initiale, et peut être réintégré à tout moment en cas de rechute ou d'échappement aux soins. Dans les faits, les sorties d'essai jouent donc le rôle d'une obligation de soins.

D'après le rapport de la direction générale de la Santé en 2004, ces sorties d'essai sont plus souvent utilisées pour les HO que pour les HDT. Elles sont très souvent appliquées, surtout chez les jeunes patients souffrant de schizophrénie, hospitalisés sous contrainte lors de troubles du comportement liés à des décompensations aiguës favorisées par des ruptures de traitement, améliorés partiellement et restant ambivalents par rapport aux soins [9]. Elles sont également très utilisées pour les patients paranoïaques dans le déni de leurs troubles et pour lesquels la loi représente un tiers indispensable dans la relation thérapeutique. Dans une étude réalisée par Couhet et al. sur la pratique des sorties d'essai d'HO en Gironde, la sortie d'essai est demandée pour renforcer l'observance médicamenteuse, et amener les patients à venir en consultation [7]. Selon les auteurs, les psychiatres demandent davantage une sortie d'essai mais ne souhaitent pas la levée de la mesure lorsqu'ils observent chez leurs patients un déni des troubles, la persistance de symptômes thymiques ou délirants persécutifs, la comorbidité avec l'alcool et le cannabis, les antécédents de séjours en unité pour malades difficiles (UMD), d'hétéroagressivité, d'irresponsabilité pénale,

de troubles graves à l'ordre public et les antécédents de rupture de suivi et de soins. En revanche, ils demandent la levée d'HO sans passer par la sortie d'essai pour les patients présentant une personnalité antisociale qui ne respectent pas le cadre imposé par la sortie d'essai dans un but de responsabilisation. La sortie d'essai est levée lorsque le patient se montre observant aux soins, qu'il présente une bonne conscience de sa maladie et non quand il s'est réadapté, cette réadaptation étant souvent difficile et longue. Si la sortie d'essai représente un outil thérapeutique indéniable, notamment chez les patients ambivalents par rapport aux soins ou dans le déni partiel des troubles, elles peuvent perdre leur intérêt thérapeutique lorsqu'elles sont prolongées pendant plusieurs années sans être remises en question par l'équipe soignante, le patient et la famille oubliant parfois l'existence même de la mesure.

### *Les limites de la loi du 27 juin 1990 concernant les soins sans consentement*

Les sorties d'essai ont fait l'objet de nombreuses critiques dans les différents projets de révision de la loi de 1990, certains reprochant au cadre légal des sorties d'essai de rester hospitalo-centré en maintenant le patient sous le régime juridique de son hospitalisation, alors que l'objectif initial était la réinsertion et la réhabilitation du patient. De plus, il existe, comme le précise Vidon, dans toutes les files actives, des patients qui ne relèvent pas obligatoirement d'une hospitalisation ou qui sont « délaissés » (pour reprendre les termes de l'auteur) mais qui nécessitent un traitement qu'ils refusent [10]. Ainsi que l'indique Caroli dans son analyse de la loi de 1990, il y a opposition entre le maintien en HDT ou en HO selon des critères précis de nécessité de soins immédiats et de surveillance constante pour l'HDT, et de dangerosité pour l'HO, et la proposition de sortie d'essai qui requiert un minimum de stabilité, et d'adhésion aux soins de la part du patient [11]. Bien que ces sorties d'essai offrent un intérêt clinique et thérapeutique certain lors des rechutes, elles sont souvent qualifiées d'obligations de soins déguisées, à la fois par les soignants, les usagers mais également certaines familles [3]. Leur mise en place nécessite un travail précoce avec l'entourage, afin de favoriser l'alliance thérapeutique et d'éviter une « défausse » sur l'institution. De plus, l'organisation des soins en extrahospitalier est également un élément important pour que cette sortie d'essai soit thérapeutique, afin d'éviter de renforcer l'opposition aux soins ou la dépendance institutionnelle. Mais cette organisation est très disparate selon les secteurs et la désertification de certaines régions en structures psychiatriques et en personnels soignants. La généralisation de cette pratique pose donc des problèmes sur le plan de son suivi, tant administratif que médical. Elle impose de fréquentes vérifications : respect par le patient du traitement, d'un calendrier de consultations médicales, décisions administratives de renouvellement à échéances fixes, assorties d'un certificat médical du médecin psychiatre hospitalier. Or, le flou domine s'agissant de la surveillance des dates de consultation médicale, et il n'existe aucune définition du fugueur. Le malade ne se conformant pas aux conditions de la sortie d'essai n'est pas toujours réintégré à l'hôpital, les médecins n'alertant ni systématiquement, ni immédiatement l'autorité administrative quand le malade ne suit plus son traitement ou ne se présente pas aux rendez-vous médicaux. Souvent, les décisions d'hospitalisation sont même purement et simplement abrogées en cas de fugue, lorsque l'entourage est inexistant ou ambivalent par rapport aux équipes soignantes, et que le transport est difficile à organiser [12].

Ainsi, dès le début de l'application de la loi de 1990, la sortie d'essai est remise en cause dans les différents rapports [13-15], la psychiatrie se voyant reprocher deux positions. Soit elle est trop « liberticide », du fait de l'augmentation des hospitalisations

sous contrainte et de l'utilisation trop fréquente de sorties d'essai pour des durées parfois longues, malgré la nette diminution des hospitalisations temps plein en hôpital psychiatrique et un effondrement de la durée moyenne des séjours. Soit elle est jugée trop permissive, avec des séjours hospitaliers trop courts, un échappement aux soins des malades mentaux irresponsabilisés et une augmentation du nombre de malades mentaux incarcérés [16]. L'idée émanant des différents rapports et notamment du rapport Lopez, demandé dans un contexte de progression du nombre des mesures d'hospitalisation sous contrainte, est de promouvoir un traitement obligatoire sans avoir recours systématiquement à une hospitalisation préalable, sur le modèle de certaines expériences étrangères comme à New York avec la Kendra Law, en Israël, en Angleterre (avec la Responsive Medical Offender [RMO], valable 6 mois maximum) et en Allemagne [17, 18]. Les soins sont en effet devenus majoritairement extrahospitaliers, avec une grande variété de modalités de prise en charge selon les secteurs. De plus, si l'hospitalisation sous contrainte (HO ou HDT) permet de traiter la crise, elle n'est pas suffisante pour soigner certains patients atteints de troubles psychotiques chroniques chez lesquels l'alliance thérapeutique, indispensable à une bonne observance, est difficile et longue à établir. Le traitement proposé à l'hôpital est surtout centré sur la réduction des symptômes psychotiques, mais prend moins spécifiquement en charge les comportements antisociaux et les conduites toxicomaniaques. Comment alors permettre aux patients un suivi durable avec la prise d'un traitement adapté ? Dans certains cas, les tiers hésitent à effectuer une demande d'hospitalisation, dans la crainte des représailles éventuelles ultérieures du patient. Une demande d'*obligation de soins* (qui laisserait au médecin l'initiative de leurs modalités) serait probablement plus facile pour ces tiers, d'autant plus s'ils peuvent choisir le médecin ou l'orientation vers une clinique plutôt que vers l'hôpital.

Le projet de révision de loi déconnecte l'obligation de soins de la modalité de la prise en charge : dans le cadre des procédures de demandes de tiers ou d'office, les patients peuvent être pris en charge à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire. Les obligations s'organisent de la façon suivante :

- une obligation de soins à la demande d'un tiers avec hospitalisation ou sans hospitalisation mais avec alors un protocole précis de prise en charge, prononcée par le directeur de l'établissement d'accueil en cas d'admission au vu d'un certificat médical circonstancié établi soit par le médecin généraliste, soit par le psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil du patient. En cas d'hospitalisation, celle-ci pourrait être suivie d'une obligation de soins ou non ;

- une obligation de soins d'office prononcée par le préfet au vu d'un certificat médical circonstancié. Ces deux obligations de soins ne doivent pas être confondues avec l'injonction thérapeutique qui suppose l'existence d'un délit ;

- la possibilité d'une hospitalisation complète de durée maximale de 72 h, de préférence dans les services d'urgence générale, en l'absence de tiers du patient qui justifie d'une mesure de soins sans consentement. Celle-ci permet de se donner le temps de l'observation prolongée, du dénouement de la crise, de la rencontre avec l'entourage, de la mise en route du traitement approprié sous surveillance et de l'évaluation de la prise en charge la plus adaptée, avec une bonne articulation avec l'équipe qui prendra en charge le patient au terme de ces 72 h. Cette hospitalisation s'effectue au vu d'un certificat médical circonstancié datant de moins de 15 j qui décrit l'état du patient et précise la nécessité de recevoir des soins sans possibilité de consentement. Au terme de ces 72 h, un certificat médical confirme ou infirme la nécessité de soins sans consentement, et en précise les modalités d'exécution :

hospitalisation complète, à temps partiel, ou sous toute autre forme de prise en charge ambulatoire. Si aucun tiers (refus de tiers ou absence de tiers) n'est trouvé au-delà de la période des 72 h, l'admission en soins sans possibilités de consentement est requise lorsqu'elle est nécessaire, sous réserve d'un certificat médical émanant d'un psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil et établi à la fin des 72 h. Le directeur, après l'obtention du certificat initial, a la responsabilité de prononcer l'admission du patient et de saisir dans les 12 h le procureur de la République en vue d'obtenir la désignation d'un curateur à la personne dans les 24 h suivant la demande, chargé de veiller au respect des droits et de la dignité des personnes. Dans ce cas, les actions menées pour rechercher les tiers sont consignées dans le dossier. À tout moment, si un membre de la famille du malade ou toute autre personne de son entourage s'oppose par écrit à cette admission, la levée est immédiate, sauf si le psychiatre s'oppose à cette levée. Le juge des libertés est saisi et un délai de 12 j est notifié, plus en cas de demande d'expertise ;

– lorsqu'un patient en soins sans possibilité de consentement n'est pas hospitalisé à temps complet ou bénéficie d'un « essai de sortie » et ne se présente pas à un rendez-vous systématique, une procédure de convocation est immédiatement engagée par le directeur qui en informera le préfet. Cette information est accompagnée d'un avis médical du psychiatre de l'établissement, établi après consultation du dossier médical du patient. Lorsqu'il est hospitalisé pour une période continue de 1 an à compter de son admission en soins sans possibilité de consentement, la poursuite des soins est subordonnée à une évaluation approfondie de l'état de la personne par un collège (médecins et cadre).

Le contexte européen, la nécessité d'introduire la notion élargie de soins sans consentement concernant des personnes souffrant de troubles mentaux avec des risques pour elles-mêmes ou pour autrui imposent donc une réactualisation de la loi de 1990. Comme dans la loi de 1990, trois certificats sont donc requis avant d'arriver au certificat de quinzaine : un premier permettant de prononcer la mesure d'obligation des soins, un deuxième effectué au bout de 24 h par un médecin différent de celui du premier certificat, et un troisième certificat établi dans les 3 j du début de la mesure. L'obligation de soins est bien différenciée de l'hospitalisation, permettant le suivi et le traitement de patients ambivalents ou dans le déni de leurs troubles, ou de patients avec un entourage réticent aux soins. La garantie des droits et des libertés des personnes nécessitant des soins sans consentement est exercée par une autorité judiciaire saisie par des tiers (famille, police, travailleurs sociaux, élus). Le cadre législatif comporterait ainsi une saisie obligatoire du juge des libertés dans un délai rapproché en application avec la période des 72 h. La garantie judiciaire apparaît importante, mais introduit cependant une notion très nouvelle en psychiatrie dans la mesure où elle n'était qu'administrative auparavant. Les indications de soins et de traitement doivent cependant relever de la responsabilité médicale et médico-légale, notamment dans les hospitalisations sous contrainte. L'évaluation des troubles mentaux de la personne hospitalisée sous contrainte pour 72 h serait plus précise, et l'analyse de la dangerosité de son comportement en termes de sûreté des personnes et de protection de l'ordre public plus fiable. Cependant, la notion d'ordre public ne peut être associée en tant que telle à celle d'accès aux soins [2]. Quelle sera l'application en pratique du fait de la nécessité de l'intervention systématique des juges, et d'une parfaite coordination pour une réponse rapide et adaptée ? Les modalités de levée des mesures sous contrainte et plus spécifiquement lors des hospitalisations ne sont pas précisées clairement. Enfin, actuellement, la plupart des services d'urgence

ne sont pas adaptés pour les hospitalisations de courte durée, les psychiatres ayant déjà des difficultés pour obtenir un « lit porte » pour leurs patients. Le risque de cette hospitalisation de courte durée dans une unité intersectorielle d'admission risquerait le retour à un fonctionnement ancien en quelque sorte « asilaire » bloquant la possibilité d'une prise en charge initiée précocement par les équipes de proximité qui auraient à suivre le patient ultérieurement, qu'il soit hospitalisé ou relevant de soins obligatoires.

## **La contrainte d'origine judiciaire**

Nous ne reviendrons pas sur les HO prononcées dans le cadre des mesures de sûreté après une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, traitées précédemment.

### *La loi du 17 juin 1998*

Le principe général d'une surveillance médicale obligatoire n'est pas nouveau en droit français depuis la loi de 1838 instituant le placement psychiatrique. D'autres lois vont en effet dans le sens de la reconnaissance de la maladie mentale comme facteur favorisant le passage à l'acte. La loi de 1954 encadre la surveillance sanitaire des alcooliques dangereux pour autrui, bien que cette loi ait été peu utilisée en pratique du fait du recours fréquent aux placements puis aux HO. La loi de 1970 sur la toxicomanie introduit l'obligation de soins qui peut être proposée à l'usager à l'entrée dans la procédure judiciaire ou lui être imposée en cours de procédure judiciaire, la cure étant alors ordonnée par un juge d'instruction ou par le juge pour enfants. Dans tous les cas, le soin peut être imposé contre la volonté du sujet ou en dehors de la manifestation de sa volonté. Les lois de 1954 puis de 1970 introduisent cependant la différence entre malade et délinquant, la loi de 1970 ayant comme objectif de garantir l'accès aux soins avec une différenciation nette de l'espace judiciaire.

Cependant, un certain nombre d'interrogations subsistent, concernant les soins aux détenus, aux sortants de prison libérés après de longues peines, et aux personnes sous main de justice, conduisant à l'élaboration de nouveaux textes législatifs [19]. Bien qu'il s'agisse de prévenir les récidives, ces lois votées à la suite de manifestations d'indignation par rapport à des passages à l'acte de sujets récidivistes et de protestations de victimes ont l'intérêt de proposer des soins à des condamnés qui n'avaient pas conscience de leur nécessité, et d'essayer de mettre en place une continuité des suivis. On peut ainsi citer les principales lois venues encadrer les soins des détenus malades mentaux et les personnes sous main de justice avec la loi de 1994 concernant la prise en charge des détenus malades mentaux et des décompensations psychiatriques des détenus, la création des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) en maison d'arrêt, la loi Perben II du 9 septembre 2002 spécifiant l'hospitalisation des détenus souffrant de troubles mentaux avec la création d'unités hospitalières spécialement aménagées [20].

Pour la population spécifique d'auteurs d'agressions sexuelles, souvent indemne de pathologie psychiatrique avérée mais souffrant de troubles de personnalité ou du comportement, la seule sanction pénale ne suffit pas, mais doit être complétée par des soins spécialisés. Avec la loi n°98-468 du 17 juin 1998, dite loi Guigou, relative à la prise en charge d'auteurs d'infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, les soins sont une des obligations possibles de la peine que constitue le suivi socioju-

diciaire, prononcé soit en peine principale, soit en peine complémentaire faisant suite à une peine de détention, par juridiction de jugement. Fruit d'un travail de plusieurs années réunissant des experts des deux champs judiciaire et sanitaire en direction des délinquants et des criminels sexuels [21-23], elle est durcie en 2005 (*loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005*) avec :

– l'extension des conditions de récidive : dispense de motiver une peine ferme de détention, allongement du sursis avec mise à l'épreuve, diminution des possibilités de recours à la libération conditionnelle ;

– l'élargissement des injonctions de soins dans le cadre du suivi sociojudiciaire, à d'autres catégories de condamnés : les criminels, les auteurs d'actes de violence, d'enlèvement ou séquestration, de torture et de barbarie, d'actes de destruction ou de dégradation sous l'effet d'un incendie ou d'une substance explosive ;

– l'instauration de la mesure de surveillance judiciaire assortie ou non d'une obligation de soins, pour les personnes que la loi estime dangereuses en sortie de détention et qui ne relèvent pas d'un suivi sociojudiciaire. Cette surveillance est liée aux conclusions de l'expertise médicale. Sa durée est calquée sur le temps de réduction des peines ;

– la possibilité d'y adjoindre une mesure de sûreté telle que le port du bracelet électronique pour un majeur condamné à un suivi sociojudiciaire et à une peine de liberté égale ou supérieure à 7 ans et dont la dangerosité est établie par une expertise médicale. La durée du placement sous surveillance électronique requiert le consentement du condamné et ne peut excéder 2 ans, renouvelable 1 fois en cas de délit, et 2 fois en cas de crime.

La loi est à nouveau renforcée en 2007 et 2008 avec :

– l'élargissement de l'application du suivi sociojudiciaire et de l'injonction de soins en cas de violence au sein d'un couple (violences ayant entraîné la mort, une mutilation ou une infirmité permanente, une interruption temporaire de travail [ITT] de plus de 8 j, une ITT inférieure à 8 j, violences habituelles) [*loi n° 2007-297 du 5 mars 2007*] ;

– l'instauration des peines plancher en cas de récidive légale, et la généralisation de l'injonction de soins qui peut s'appliquer dans le cadre d'un suivi sociojudiciaire même si elle n'a pas été prononcée initialement, dans le cadre d'une peine d'emprisonnement assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve remplaçant l'obligation de soins, ainsi que d'un placement sous surveillance d'un prisonnier libéré, d'une libération conditionnelle de la personne incarcérée (*loi n° 2007-1198 du 10 août 2007*) ;

– la désignation du médecin traitant, du médecin coordonnateur et du psychologue traitant avant la sortie de prison ou du centre de rétention de sûreté, avec permission de sortie ou sortie sous escorte avant la sortie de prison pour rencontrer le médecin traitant (*loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté*). Les personnes concernées par la loi du 25 février 2008 sont celles exécutant à la date du 1<sup>er</sup> septembre 2008 une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à 15 ans à la suite, soit de plusieurs condamnations, dont la dernière à une telle peine, pour les crimes mentionnés à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale, soit d'une condamnation unique à une telle peine pour plusieurs de ces crimes commis sur des victimes différentes (peine de réclusion criminelle supérieure ou égale à 15 ans ; pour les crimes commis sur une victime mineure, d'assassinat ou de meurtre, de tortures ou d'actes de barbarie, de viol, enlèvement ou séquestration ; pour les crimes sur une victime majeure, d'assassinat ou de meurtre aggravé, de torture ou d'actes de barbarie aggravés, de viol aggravé, d'enlèvement ou de séquestration aggravés).

Ainsi, après l'élargissement du suivi sociojudiciaire, on assiste à celui de l'injonction de soins au risque de surpénaliser la maladie mentale, de médicaliser la délinquance. Pour citer Caillaud-Ritter, « on laisse entendre au public que la délinquance est une maladie qu'il faut soigner et on attribue au thérapeute un pouvoir imaginaire de guérir une conduite délinquante, ce qui lui échappe » [24]. La législation, au travers de ses différents aménagements, se fait de plus en plus répressive, se protégeant d'individus estimés « dangereux », avec un durcissement des peines face au risque de récidive pour protéger la société. Le dispositif mixte pénal-sanitaire est « galvaudé », pour reprendre les termes de N. Hazé, « alimentant la confusion entre dangerosité criminologique et dangerosité psychiatrique » [25]. En effet, les pathologies psychiatriques dans les soins juridiquement contraints sont rares, et il s'agit surtout de troubles de personnalité plus ou moins graves, retentissant diversement sur la conscience du trouble, la vie affective et sociale.

### *Le suivi sociojudiciaire*

Le suivi sociojudiciaire (articles 131-36-1 à 131-36-8 du code pénal) consiste à soumettre le condamné, mineur ou majeur, pendant une durée fixée lors du jugement, à des mesures d'assistance et de surveillance destinées à prévenir la récidive, sous le contrôle du juge d'application des peines et assisté du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP). Le juge d'application des peines est au centre du dispositif. Les mesures d'assistance aident la réinsertion du condamné tandis que les obligations sont comparables à celles d'un sursis avec mise à l'épreuve assortie d'obligations. Ainsi, le condamné doit répondre aux convocations du juge d'application des peines, recevoir le travailleur social et lui communiquer les renseignements permettant le contrôle de l'exécution des obligations, le prévenir d'un éventuel changement de situation. Le suivi sociojudiciaire constitue une peine complémentaire aux peines privatives de liberté criminelles et doit être prononcé par la juridiction sauf en matière correctionnelle, auquel cas il peut être prononcé à titre principal [26].

Les infractions concernées par le suivi sociojudiciaire sont les suivantes :

- meurtre ou assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'autres actes de barbarie ;
- viols et agressions sexuelles ;
- atteintes sexuelles commises sans violence sur les mineurs et délits de corruption de mineurs, de diffusion d'images de mineurs à caractère pornographique ou de messages pornographiques susceptibles d'être vus par les mineurs ;
- meurtre et assassinat ;
- torture et acte de barbarie ;
- enlèvement ou séquestration ;
- destruction ou dégradation d'un bien avec le feu ou une substance explosive ;
- violence commise au sein du couple.

### *Les obligations de soins et les injonctions de soins*

L'intrication du soin et de la peine se manifeste à différentes étapes du processus judiciaire : avant la condamnation, au moment de la condamnation, durant le déroulement de la peine, en milieu carcéral et en milieu libre [27].

Une personne peut être soumise à des soins pénalement obligés à plusieurs stades du procès pénal. Il convient de distinguer l'obligation de soins de l'injonction de soins.

L'*obligation de soins*, prévue par l'article 132-45 du code pénal, est mise en œuvre sans procédure particulière. Mesure générale applicable avant ou après déclaration de culpabilité, l'obligation de soins est non spécifique à la délinquance sexuelle, sans organisation des relations entre les autorités judiciaires et sanitaires, ni exigence d'une expertise médicale préalable. Elle peut consister en une « injonction thérapeutique » prononcée par le juge telle que prévue par les articles L.3413-1 à L.3413-4 du code de la santé publique pour les condamnés faisant usage de stupéfiants ou ayant une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques. Après déclaration de culpabilité, l'obligation de soins constitue une obligation particulière prévue par l'article 132-45 du code pénal pour :

- l'ajournement avec mise à l'épreuve ;
- l'emprisonnement assorti du sursis avec mise à l'épreuve ;
- l'emprisonnement assorti du sursis avec mise à l'épreuve avec obligation d'accomplir un travail d'intérêt général ;
- une mesure d'aménagement de peines.

La mise en œuvre de l'injonction thérapeutique fait appel à l'intervention d'un médecin habilité en qualité de médecin relais qui fait connaître à l'autorité judiciaire son avis motivé sur l'opportunité médicale de la mesure.

L'*injonction de soins*, créée par la loi du 17 juin 1998 relative à la prise en charge des auteurs d'infraction sexuelle ainsi qu'à la protection des mineurs, est applicable lorsque le suivi sociojudiciaire est encouru et lorsqu'une expertise médicale conclut à la possibilité de soins, dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire ou d'une surveillance de sûreté. Elle fait intervenir le médecin coordonnateur en application des dispositions de l'article L.3711-1 du code de la santé publique.

Dans le texte initial de la loi de 1998, l'injonction de soins est facultative. Sauf décision contraire de la juridiction, la personne condamnée à un suivi sociojudiciaire est soumise à une injonction de soins s'il est établi qu'elle peut faire l'objet d'un traitement après une expertise médicale [9]. L'expert pose une indication de soins mais ne se prononce pas sur sa durée, son contenu ou la forme du traitement [28]. Le condamné doit donner son consentement pour le traitement mais peut être incarcéré s'il refuse les soins qui lui sont proposés. Parallèlement, des mesures incitatives sont prises pour que le condamné se soigne en détention et non uniquement à la sortie de son lieu d'incarcération lorsqu'il a été condamné à une peine privative de liberté non assortie de sursis. Lorsque l'injonction de soins est ordonnée, le sujet peut être réincarcéré s'il ne s'y soumet pas. La durée pendant laquelle le condamné est astreint à ces obligations est fixée par la juridiction du jugement et varie, en fonction de la gravité des faits commis, de 10 à 30 ans, quelquefois plus dans des cas exceptionnels [29].

L'injonction de soins devient automatique du fait de la loi n°2007-1198 du 10 août 2007, sauf décision contraire (articles 131-36-4 du code pénal). Elle est ordonnée après expertise médicale qui doit déterminer si le sujet peut bénéficier de soins, et peut débiter en prison. Mais le condamné doit là encore consentir au traitement. Médecin traitant, médecin coordonnateur et psychologue traitant sont désignés avant la sortie du condamné qui suit une peine de prison, notamment en cas de condamnation pour les faits encourageant une peine de sûreté. Lors de la mise en place de la mesure, la durée de l'injonction de soins est signifiée, variant de 1 à 20 ans, mais peut être réévaluée par le juge d'application des peines avec une nouvelle expertise. Par ailleurs, à la fin de l'injonction, la personne sous main de justice peut poursuivre les soins si elle le souhaite.

<p><b>Obligations de soins</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En présentiel, dans le cadre : <ul style="list-style-type: none"> <li>– d'un contrôle judiciaire</li> <li>– d'un ajournement du prononcé de la peine</li> </ul> </li> <li>• Au moment du jugement, dans le cadre : <ul style="list-style-type: none"> <li>– d'un sursis avec mise à l'épreuve</li> <li>– d'un contrôle judiciaire pour les auteurs d'infraction à la législation sur les stupéfiants</li> </ul> </li> <li>• Évalué par un non-professionnel du soin</li> <li>• Non corrélé à un mode de transgression</li> <li>• Pas d'organisation des relations entre justice et santé</li> </ul> <p><b>Personne détenue</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas d'application de l'obligation de soins</li> <li>• Injonction de soins à la sortie de prison</li> </ul>	<p><b>Injonctions de soins</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En postsentenciel</li> <li>• Dans le cadre d'un suivi sociojudiciaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>– expertise psychiatrique préalable</li> <li>– médecin coordonnateur</li> <li>– médecin traitant</li> <li>– juge d'application des peines</li> <li>– conseiller d'orientation et de probation</li> <li>– psychologue traitant</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Personne condamnée en milieu libre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À la libération de prison</li> <li>• En sortie en aménagement de peine</li> <li>• En fin de peine : <ul style="list-style-type: none"> <li>– obligation ou injonction de soins</li> </ul> </li> </ul>
--	---

### *Les soins dans le cadre de l'injonction*

Ils sont aussi variés que les pathologies rencontrées et consistent en [28] :

- des moments de rencontre, l'évolution d'un processus psychique de recours à l'acte, sa place dans l'économie du sujet ;
- une psychothérapie individuelle ;
- des thérapies de groupe variées : groupes de parole, thérapies de groupe avec médiation, thérapies cognitives portant sur les habiletés sociales ou la chaîne du délit pour la prévention de la récidive ;
- la chimiothérapie sur indication médicale avec psychothérapie (antidépresseurs, antiandrogènes, antipsychotiques).

### *Le médecin coordonnateur (loi n° 98-468 du 17 juin 1998, article 355-33 et suivants)*

Le médecin coordonnateur n'est ni un expert ni un médecin traitant, mais « un psychiatre ou un médecin ayant suivi une formation appropriée », selon les termes de l'article L.355-33 du code de la santé publique. Il peut donc s'agir d'un sexologue, d'un médecin généraliste ou autre. Il est désigné par le juge d'application des peines sur une liste établie auprès du procureur. La procédure de nomination du médecin coordonnateur est fixée par l'article L.355-37 du code de la santé publique. Le praticien doit ainsi adresser une demande au procureur de la République avec la nature de ses activités professionnelles, la copie de ses titres et diplômes, une attestation de 3 ans d'inscription à l'ordre, et une attestation de formation spécifique.

Le médecin coordonnateur a une mission tripartite auprès du condamné, auprès du juge d'application des peines, et auprès du médecin traitant. Il reçoit de la part du juge d'application des peines sa lettre de désignation, le prononcé du jugement de l'intéressé comportant les actes condamnés, la durée de l'injonction de soins, et d'autres éléments tels que les expertises de l'auteur et de sa victime, le réquisitoire, l'enquête de personnalité... Prévu à l'origine pour traiter les personnes condamnées pour infractions sexuelles dans le cadre de la loi du 17 juin 1998, le médecin coordonnateur a vu son champ d'intervention étendu, par les lois du 12 décembre 2005 et du 5 mars 2007, à des infractions totalement étrangères à ce domaine : violences graves contre les personnes, notamment meurtre, acte de torture, séquestration, violences volontaires commises sur

ou par certaines personnes, et même atteinte aux biens : destruction ou dégradation de biens, en particulier par explosif ou incendie. De plus, la loi du 10 août 2007 a généralisé l'injonction de soins aux peines de sursis avec mise à l'épreuve et à la libération conditionnelle. La loi du 25 février 2008 sur la rétention et la surveillance de sûreté permet encore de prolonger le suivi de certaines injonctions de soins.

Le médecin coordonnateur représente « le pivot » de la loi du 17 juin 1998 dans la mesure où il intervient comme technicien authentifiant le soin dont il est fait injonction et qu'il est là théoriquement pour maintenir l'indépendance indispensable du soin et de la peine [30]. Il convoque le condamné pour lui expliquer les modalités du suivi et pour l'inviter à choisir un médecin traitant. Une fois celui-ci choisi, il intervient pour conseiller le médecin traitant, transmettre au juge ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de la mesure et favoriser le maintien des soins au-delà du suivi sociojudiciaire. Le médecin coordonnateur peut refuser le choix du médecin traitant par la personne condamnée lorsqu'il estime que celui-ci n'est pas compétent pour conduire la prise en charge. En cas de litige avec le condamné, le médecin traitant sera alors désigné par le juge d'application des peines, après avis du médecin coordonnateur. Le médecin coordonnateur doit recevoir au moins 2 fois par an la personne placée sous main de justice (PPSMJ) et 1 fois par trimestre en cas de crimes définis par la loi du 25 février 2008.

Le nombre de dossiers pouvant être pris en charge par chaque médecin coordonnateur, initialement fixé à 15, a été augmenté à 20 par le décret du 24 janvier 2008. Les difficultés sont liées au nombre insuffisant de médecins coordonnateurs dans certaines régions et donc à l'impossibilité de trouver des médecins coordonnateurs possédant les compétences thérapeutiques adaptées au profil des condamnés.

#### • La relation médecin coordonnateur–médecin traitant

Le médecin coordonnateur représente un auxiliaire de santé dans la mesure où il offre une aide confraternelle au médecin traitant, le conseille et l'informe du cadre juridique dans lequel l'injonction de soins s'inscrit. Il adresse au médecin traitant les expertises et peut le conseiller à sa demande, notamment dans les moments difficiles de la prise en charge du patient. Il devrait donc théoriquement passer plus de temps comme partenaire du médecin traitant, garantissant ainsi les soins, que comme partenaire du juge. Le risque pour le médecin coordonnateur est de se positionner comme cothérapeute du médecin traitant et de complexifier la prise en charge de ce dernier.

Le médecin traitant confirme au médecin coordonnateur, par écrit et dans un délai de 15 j, son accord pour prendre en charge cette personne. À défaut ou en cas de désistement, le médecin coordonnateur invite la personne à choisir un autre médecin. Lorsque le médecin traitant se désiste, il doit en informer le médecin coordonnateur par lettre recommandée. Le médecin traitant propose et fixe seul la nature du traitement, peut consulter les rapports d'expertise, délivre les attestations de suivi du traitement et peut avertir le juge ou le médecin coordonnateur de l'interruption de traitement. Les attestations sont souvent délivrées à chaque consultation. Il peut également proposer au juge d'application des peines d'ordonner une nouvelle expertise médicale de son patient. Il est garant du cadre thérapeutique et du secret professionnel.

Lorsque la personne est mineure, le médecin qui assure sa prise en charge médicale est choisi par ses représentants légaux. L'accord du mineur sur ce choix doit être recherché. Lorsque la personne est un majeur protégé, ce choix est effectué, dans les mêmes conditions, par l'administrateur légal ou le tuteur.

Le médecin coordonnateur contrôle le déroulement des modalités d'exécution de la mesure d'injonction thérapeutique. Au troisième et au sixième mois de la mesure, il procède à un nouvel examen médical de l'intéressé, puis, si la mesure se poursuit, à de nouveaux examens à échéance semestrielle. Il a donc une mission d'évaluation clinique, psychopathologique mais aussi psychocriminologique prenant en compte le risque de récidive, bien qu'il ne soit pas expert. Les réévaluations tiennent compte de la réalité du suivi, de son investissement par le condamné et des facteurs de risque de récidive.

- La relation médecin coordonnateur–autorité judiciaire

À l'issue de chaque examen, le médecin coordonnateur informe l'autorité judiciaire de l'évolution de la situation médicale de l'intéressé. Cette information figure dans un rapport écrit mentionnant le type de mesure de soins ou de surveillance médicale mis en place, la régularité du suivi et, sous réserve du secret médical, tous autres renseignements permettant d'apprécier l'effectivité de l'adhésion de l'intéressé à cette mesure. Il renseigne donc sur une évaluation longitudinale de l'impact du soin. Il ne partage pas toutes les informations avec le juge mais sert de médiation entre l'espace judiciaire et l'espace de soins. Le médecin coordonnateur peut également conclure son rapport par une proposition motivée de modification, de prorogation ou d'arrêt de la mesure de soins ou de surveillance.

Au terme de l'exécution de la mesure, le médecin coordonnateur détruit l'ensemble des pièces de procédure qui lui ont été adressées. Lorsque l'autorité judiciaire décide de mettre fin à une mesure d'injonction thérapeutique, elle en informe le préfet et le médecin coordonnateur.

- La relation médecin coordonnateur–personne condamnée

Le médecin coordonnateur dispose du dossier pénal et des expertises transmises par le juge d'application des peines. Il assiste la personne condamnée dans le choix du médecin traitant. Il aborde avec lui le passage à l'acte, le risque de récidives, la dangerosité et la nécessité des soins. Sa relation avec le condamné s'inscrit donc dans une relation clinique, de confiance en le considérant comme un sujet nécessitant des soins, et en évitant la banalisation de l'acte. Il explique au patient le cadre thérapeutique, les propositions faites, les motivations et les objectifs de ces propositions : nécessité de soignants référents des soins, rythme de la transmission des informations au juge, nature des informations transmises.

Afin de rester dans une démarche éthique et efficace, le médecin coordonnateur doit avoir une formation solide, bénéficier d'une formation permanente, et travailler en réseau (réseau de soins, réseau santé-justice) permettant de connaître différentes approches thérapeutiques et différentes équipes spécialisées, d'exprimer certaines inquiétudes ou contradictions, de travailler de façon institutionnelle et non individuelle.

### *Quelques réflexions à propos de l'injonction de soins*

L'injonction de soins instaurée par la loi du 17 juin 1998 constitue théoriquement un cadre pour garantir le secret professionnel et la possibilité de soins, assurer l'articulation entre le social et la justice, ce qui paraît en pratique bien difficile à tenir [26]. Ce nouveau cadre s'appuie sur la procédure d'expertise médicale judiciaire et

contribue donc à redéfinir les enjeux de l'expertise psychiatrique qui se prononce sur l'instauration des soins, indépendamment de la recherche de troubles psychiques susceptibles d'interférer avec le discernement de la personne [31]. L'application de l'injonction de soins est de plus en plus légiférée face à l'augmentation des condamnations pour infractions à caractère sexuel, la médiatisation de crimes intolérables, qu'ils soient ou non commis par des malades mentaux, et pour répondre à la demande sécuritaire de la part des victimes et de la société. La loi rétention de sûreté du 25 février 2008 s'appuie ainsi sur une définition très critiquée des personnes dangereuses caractérisées par « une probabilité très élevée de récidives parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de personnalité » [32]. Pour citer Badinter, « la multiplication des lois, sans chercher à s'assurer de leur efficacité, engendre un désordre législatif préjudiciable » [33]. La préoccupation est le comportement criminel et la peur qu'il génère, la façon de gérer le plus efficacement le risque de récidives sans s'interroger sur l'individu, et ses motifs. À travers ces différentes lois, il est demandé au médecin coordonnateur davantage de contrôle de la personne sous main de justice donc de responsabilité, afin de prévenir la dangerosité et d'éviter les récidives. Ce dernier n'est pas toujours au fait de ses missions et de ses obligations. De plus, comment peut-il se situer afin de ne pas être seulement un contrôleur des soins à la fois pour le médecin traitant et la personne sous main de justice, et rester dans le soin sans se substituer non plus au médecin traitant ?

Pour le médecin traitant, le travail de partenariat avec les différents acteurs de l'injonction de soins, et surtout avec le médecin coordonnateur, est parfois difficile par manque de moyens. Le nombre de médecins coordonnateurs est trop faible pour que celui-ci soit d'une aide réelle pour le médecin traitant. Le médecin traitant, par ailleurs, ne sait pas toujours qu'il peut joindre le médecin coordonnateur, ni quel est son rôle par rapport à la prise en charge instituée. Enfin, il reçoit plus souvent des patients en obligation de soins (notamment dans les cas d'exhibition sexuelle) et non en injonction de soins, qui n'ont donc pas été expertisés et qui n'ont pas de médecin coordonnateur, du fait là encore du manque de moyens (coût des expertises, rémunération des médecins coordonnateurs, insuffisance du nombre de médecins coordonnateurs). Il est donc confronté à des patients peu gratifiants, présentant souvent une autre clinique que celle habituellement rencontrée au niveau des centres médicopsychologiques (CMP). Il se pose parfois la question de l'éventuelle « psychiatisation » de troubles du comportement sexuels ou violents de patients présentant des troubles de personnalité peu demandeurs, mais désireux d'obtenir leurs certificats de passage. Il n'arrive pas à aborder la problématique de la conduite violente ou sexuelle transgressive avec ces patients qui se réfugient souvent derrière le déni, la réticence, la projection ou la banalisation, d'autant que les consultations sont souvent surchargées. Le risque est alors l'enlisement des prises en charge. Les injonctions et les obligations de soins lui semblent bien éloignées de la mission de secteur, demandent une disponibilité et une formation complémentaire sur la clinique criminologique (l'évaluation des facteurs de risque de dangerosité est mal connue et donc non effectuée). Enfin, bien que ces soins soient organisés sous la contrainte, le médecin ne sait pas quelle attitude adopter lorsque le patient ne se présente pas à ses consultations. Parallèlement, il ne peut pas se situer dans une option sécuritaire et doit proposer au patient un cadre thérapeutique bien différencié. L'investissement des soins doit donc être double, à la fois du côté de la personne sous main de justice qui a souvent donné son consentement initialement de façon passive, et du côté du soignant parfois heurté par la violence de la personne sous main de justice. Une réflexion institutionnelle et une formation sont importantes au sein des CMP pour ce

type de prise en charge, avec pour certains patients une prise en charge pluridisciplinaire (avec infirmière, assistante sociale, psychologue), et avec les réseaux de soins [34].

## L'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE

Le droit moderne conserve les droits fondamentaux du droit « romano-chrétien », à savoir que l'auteur d'un crime ou d'un délit est punissable à condition que l'acte soit commis en conscience et en volonté et que l'auteur de cet acte soit capable de comprendre et de vouloir. Ainsi, l'absence de conscience de l'élément transgressif dans l'acte fautif exclut de fait l'insensé du débat judiciaire. Le principe de non-imputabilité s'institue comme règle [35]. Le code pénal a évolué depuis l'Ancien Régime, notamment en ce qui concerne l'irresponsabilité pénale, cette évolution n'étant pas uniquement terminologique. Le principe de l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental apparaît bien acquis. Néanmoins la question du devenir de ces personnes a fait l'objet de nombreuses controverses, l'économie du système pénal actuel se fondant sur la dangerosité des individus en question, soit le potentiel criminel et non l'acte déjà commis, et la nécessité de protéger la société. On retrouve une telle idée dans les lois récentes relatives à la récidive et au suivi sociojudiciaire, ainsi que dans celle relative à l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, où la procédure que nous allons détailler peut être assortie d'une ou plusieurs mesures de sûreté.

En 1810, l'article 64 du code pénal stipule qu'« il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ». L'article 64 annule donc l'acte criminel accompli en état de démence, mais les troubles survenant avant l'acte, ceux survenant entre l'acte et la condamnation ou après la condamnation ne sont pas pris en compte. La force à laquelle le sujet est contraint est une menace émanant d'un tiers et non une force intérieure telle qu'une hallucination. Le sujet qui a bénéficié d'un non-lieu pour état de démence au moment des faits est confié à l'autorité administrative qui prend une mesure d'internement, en cas de dangerosité pour autrui, ou une décision de remise en liberté. L'irresponsabilité pénale entraîne l'irresponsabilité civile et les victimes ne sont pas indemnisables, jusqu'en 1968, date à laquelle le sujet irresponsable sur le plan pénal est responsable civilement [36].

En 1992, le nouveau code pénal (loi du 22 juillet 1992) se substitue au code pénal napoléonien et scinde l'article 64 en deux : les alinéas 1 et 2 de l'article 122. Dans le Titre 2 qui traite de la responsabilité pénale, l'article 121-3 indique « qu'il n'y a ni crime, ni délit sans intention de le commettre ». L'absence d'intention remplace l'état de démence et l'intentionnalité apparaît comme une condition sine qua non d'un crime ou d'un délit punissable. L'article 122-1 précise « que n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable : toutefois la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ». L'article 122-2 précise que « n'est pas pénalement responsable la personne qui a agi sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle elle n'a pu résister ». La démence est remplacée par un terme plus moderne. Tous les troubles mentaux, quels que soient leur origine et leur nature, sont envisagés, mais ils doivent être d'une particulière gravité. La frontière

avec l'altération du discernement est cependant difficile à établir et l'on a souvent reproché aux experts de privilégier le deuxième alinéa de l'article 122-1 pour responsabiliser les malades mentaux afin qu'ils ne se retrouvent pas dans un milieu ouvert tel que l'hôpital psychiatrique actuel. Si l'irresponsabilité est constatée pendant l'instruction et que le juge estime qu'il n'y a pas lieu de poursuivre l'auteur du crime ou du délit, celui-ci bénéficie d'un non-lieu (décision prise par le juge d'instruction). Si l'irresponsabilité est constatée au cours du procès, l'auteur du crime ou du délit bénéficie d'un acquittement ou d'une relaxe prononcée par la juridiction de jugement : dans le cadre de l'acquittement par la cour d'assises, dans le cadre de la relaxe par le tribunal correctionnel. Il n'est en effet pas concevable de juger une personne incapable de comprendre la procédure dont elle fait l'objet, et qui est dans l'impossibilité de se défendre. L'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ne supprime pas l'existence de l'infraction. Le non-lieu est motivé par l'existence du trouble mental, mais non par l'absence de preuve de la commission de l'infraction. La personne déclarée pénalement irresponsable demeure civilement responsable et doit indemniser les victimes. Une fois décidé que la personne n'est pas pénalement responsable, celle-ci est comme auparavant confiée à l'autorité administrative. Le préfet prend alors une mesure d'HO, conformément à l'article L.348 de la loi du 27 juin 1990 (repris dans le code de la santé publique dont il constitue l'article L.3213-7) si l'état actuel du sujet est susceptible de compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes. Cette décision d'HO est juridiquement indépendante de la décision de l'autorité judiciaire ayant conclu à l'irresponsabilité pénale. Elle est prise selon les mêmes modalités que si elle concernait un individu dangereux pour l'ordre public en raison de ses troubles mentaux mais qui n'aurait commis aucune infraction. En revanche, le préfet prend son arrêté d'HO au vu de l'expertise psychiatrique ordonnée par le juge, puisque celui-ci a demandé à l'expert si la personne poursuivie présentait un état dangereux. Cependant, l'expertise concerne l'état du sujet au moment des faits, et non l'état actuel. La décision de sortie du malade en revanche appartient au préfet, mais non à l'autorité judiciaire qui a prononcé le non-lieu, la relaxe ou l'acquittement au vu des conclusions concordantes de deux médecins psychiatres n'appartenant pas à l'établissement d'accueil du patient. Ces conclusions résultantes de deux examens séparés doivent établir que le patient n'est plus dangereux, ni pour lui-même ni pour autrui (article L.3213-8 du code de la santé publique). En adoptant ce nouveau code pénal, le parlement a considéré qu'il n'appartenait pas au tribunal répressif de décider des conditions et de la durée d'un traitement d'un malade mental alors qu'un certain nombre demandait, à l'exemple des législations étrangères, que les décisions de placement et de sortie d'un malade mental criminel soient effectuées par un juge et que le tribunal prenne une mesure « d'internement de défense sociale ». Il en résulte une lourde responsabilité pour le psychiatre hospitalier en charge du patient ainsi que pour les deux experts chargés de se prononcer sur la sortie avec la préoccupation d'éviter la récidive du passage à l'acte plutôt que celle de soigner et de réadapter le patient. Le temps « d'internement devient une norme se substituant à l'action de la justice » [4].

La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental permet pour la victime ou pour ses ayants droit de faire venir l'affaire devant la chambre de l'instruction, en audience publique contradictoire, lorsque le mis en examen est susceptible de bénéficier de l'application du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal [37]. Le mis en examen est obligatoirement assisté d'un avocat qui le représente s'il ne peut pas comparaître. Les décisions de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental sont

inscrites au casier judiciaire. Le débat public devant la chambre de l'instruction n'est cependant pas systématique et n'a pas lieu si ni le juge d'instruction, ni le parquet, ni les parties ne l'estiment nécessaire. C'est le cas lorsque ni la commission matérielle de l'infraction, ni l'état d'irresponsabilité pénale du fait d'un trouble mental ne sont contestés et qu'aucune demande d'indemnisation n'est formée par la victime. Le Juge d'Instruction rend alors une ordonnance d'irresponsabilité pénale et non plus une ordonnance de non-lieu. L'un des objectifs poursuivis est une meilleure prise en compte de la victime, en lui permettant de « faire son deuil » par la tenue d'une audience spéciale. Il faut ajouter que la victime, selon la loi de 2008, peut tenter de faire infirmer l'ordonnance d'irresponsabilité pénale, malgré les conclusions des experts, au risque là encore de déconsidérer les experts. L'ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental peut être prononcée par la chambre d'instruction ou les juridictions de jugement selon le stade de la procédure durant laquelle la décision intervient. Cette ordonnance doit préciser « qu'il existe des charges suffisantes établissant que l'intéressé a commis les faits qui lui sont reprochés » (article 706-120 du code de procédure pénale). Cette décision peut s'accompagner d'une ou plusieurs mesures de sûreté dont l'HO, ainsi que d'un placement en centre de sûreté placé sous double tutelle ministérielle (justice et santé), et laissant aux UMD leur rôle actuel par rapport aux hôpitaux psychiatriques classiques. La France s'aligne donc sur la plupart des pays européens et anglo-américains avec l'apparition progressive dans le droit français « d'une défense sociale nouvelle » et la judiciarisation des mesures relatives aux malades mentaux criminels. La tendance antisociale sera prise en charge par les équipes psychiatriques, la prévention de la récidive et les mesures de sûreté par l'autorité judiciaire [36].

## **La déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental**

Ce sont les articles 706-119 et suivants du code de procédure pénale qui traitent de la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Cette déclaration peut être faite à tous les stades de la procédure.

### *Au stade de l'instruction*

Au moment du règlement de l'information, le magistrat instructeur, le procureur de la République ou l'avocat d'une partie peuvent demander la saisine de la chambre d'instruction s'il existe contre la personne mise en examen des charges suffisantes d'avoir commis les faits reprochés et qu'il y a des « raisons plausibles » d'appliquer le premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal. L'objectif est de permettre à l'instruction d'être menée à son terme.

- Soit l'affaire est transmise à la chambre d'instruction

Un débat intervient devant la chambre d'instruction sur deux éléments :

- la réalité des charges pesant contre la personne mise en examen ;
- l'existence d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement de la personne mise en examen et entraînant de ce fait son irresponsabilité pénale.

La chambre de l'instruction ordonne la comparution personnelle de l'individu mis en examen si l'état de ce dernier le permet, l'assistance d'un avocat étant obligatoire,

cet avocat pouvant le représenter s'il ne peut pas comparaître. Lorsque l'individu est présent, il est interrogé puis les magistrats procèdent à l'audition des experts et, le cas échéant, des témoins. Tous les débats sont publics et l'arrêt est rendu en audience publique (sauf huis clos prévu par l'article 306 du code de procédure pénale). La personne mise en examen et son avocat ont la parole en dernier. Trois décisions de la part de la chambre de l'instruction sont possibles :

– soit il n'existe pas de charges suffisantes contre la personne mise en examen d'avoir commis les faits qui lui sont reprochés et il s'agit d'un non-lieu « classique » ;

– soit il existe des charges suffisantes et la personne ne souffre pas de troubles ayant aboli son discernement ; dans ce cas, la personne est renvoyée devant la juridiction de jugement compétente ;

– soit enfin il existe des charges suffisantes, mais le premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal est applicable ; la chambre de l'instruction rend un arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental en précisant qu'il existe des charges suffisantes contre l'intéressé. Dans ce cas, la chambre ne statue pas sur l'éventuelle responsabilité civile de la personne, mais ordonne le renvoi de l'affaire devant le tribunal correctionnel compétent, si la partie civile le demande, pour qu'il se prononce sur la responsabilité civile de la personne et statue sur les demandes de dommages et intérêts, conformément aux dispositions de l'article 489-2 du code civil. Le nouveau dispositif se montre donc particulièrement protecteur du droit des victimes.

• Soit l'affaire n'est pas transmise à la chambre d'instruction

Le juge d'instruction rend « une ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental » et non plus une ordonnance de non-lieu comme précédemment. Dans ce cas, aucune mesure de sûreté ne pourra alors être ordonnée à l'égard de la personne concernée. Cette ordonnance doit préciser qu'« il existe des charges suffisantes établissant que l'intéressé a commis les faits qui lui sont reprochés ».

*Devant la juridiction de jugement : tribunal correctionnel et cour d'assises*

La question de l'irresponsabilité pénale peut encore se poser si elle n'a pas été soulevée au cours de l'instruction ou retenue par la chambre de l'instruction. Aucune modification n'est prévue concernant le déroulement du procès. Simplement, la juridiction de jugement rendra non plus une décision de relaxe ou d'acquiescement, mais une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, en précisant que la personne a commis les faits qui lui sont reprochés. Cet arrêt met fin à la détention provisoire ou au contrôle judiciaire. La cour d'assises sans le jury ou le tribunal correctionnel pourront se prononcer sur d'éventuels dommages et intérêts dus à la victime.

Le but de cette loi n'est donc pas de supprimer l'irresponsabilité pénale d'un individu souffrant de trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement, mais de dissocier le facteur personnel de la responsabilité pénale des circonstances réelles lui servant de support. Ainsi, la réalité des faits est reconnue, ils se rattachent à un individu qui pourra en être civilement responsable, mais, sur le plan pénal, ils ne sont pas imputables à la personne concernée, celle-ci ne comprenant pas l'étendue de son acte, ni la portée de la sanction. Il est cependant possible aux magistrats d'assortir la déclaration d'irresponsabilité d'une ou plusieurs mesures de sûreté.

## **La possibilité de prononcer des mesures de sûreté**

En cas de reconnaissance de l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, le juge pénal dispose désormais, comme la majeure partie de ses collègues européens, de la possibilité de prononcer des mesures de sûreté, l'objectif étant non pas de punir mais de réadapter la personne à la vie sociale. Pour reprendre les termes de Rappard, « ainsi, le traitement de la tendance antisociale n'est plus obéré par la nécessité de prévenir la récidive qui appartient à l'autorité judiciaire et non plus à l'équipe psychiatrique seule » [36]. Innovation de la loi du 25 février 2008, il est désormais possible au juge judiciaire de prononcer l'HO d'une personne reconnue irresponsable pénalement en hôpital psychiatrique comme d'autres interdictions diverses [38].

### *L'hospitalisation d'office*

Désormais, le juge judiciaire peut prendre directement une mesure d'HO si la personne irresponsable sur le plan pénal est susceptible d'être dangereuse pour la collectivité. La décision doit être motivée. Une expertise figurant au dossier de la procédure doit établir que les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou l'ordre public. Le but est de réduire au maximum les délais de transfert d'information qui pourraient être préjudiciables. Le régime juridique de l'HO reste strictement identique au droit en vigueur. Seule l'autorité qui décide de la mesure change. Par la suite, l'autorité administrative retrouve sa compétence en la matière. La fin de l'hospitalisation reste celle prévue par l'article L.3213-8 du code de la santé publique, la sortie n'étant possible que sur avis conforme de deux psychiatres établissant que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même, ni pour autrui.

### *Les mesures de sûreté et le placement en centre socio-médico-judiciaire*

Les principales mesures de sûreté existant en droit français sont les suivantes : inscription au Fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infraction sexuelle ou violente (FIJAIS), le suivi sociojudiciaire, l'injonction de soins, la surveillance judiciaire et le placement sous surveillance électronique mobile (PSEM). Des obligations résultent du FIJAIS telles que justifier en personne son adresse 1 fois par an voire, pour « les infractions les plus graves », tous les 6 mois, et déclarer les changements d'adresse dans les 15 j. Le suivi sociojudiciaire associe des mesures de surveillance (interdictions diverses) aux mesures d'assistance (aide sociale). Il ne peut excéder 10 ans en matière correctionnelle et 30 ans en matière criminelle (loi du 9 mars 2004) lorsque la peine prononcée est de 30 ans. Lorsque la réclusion criminelle à perpétuité a été prononcée, il n'y a pas de limites de durée dans le suivi sociojudiciaire. La surveillance judiciaire (loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005) consiste à surveiller des personnes ayant commis des infractions particulièrement graves, considérées comme « dangereuses ». Sa durée est égale à celle des réductions de peine dont a bénéficié la personne au moment de son incarcération. Le contrôle est le même que dans le cadre du suivi sociojudiciaire, mais sans les mesures d'accompagnement. Enfin, la personne peut être placée sous PSEM dans le cadre d'un suivi sociojudiciaire, d'une surveillance judiciaire, ou d'une libération conditionnelle. Elle doit donner son consentement mais est incarcérée en cas de refus. La durée du placement est de 2 ans renouvelables 1 fois en matière correctionnelle, 2 fois en matière criminelle. Ce placement peut apparaître stigmatisant, l'objet émetteur étant bien visible et très intrusif, tous les déplacements de la personne étant

connus ou au contraire dévoyés de sa fonction, la personne s'autorisant tous les déplacements puisque porteuse d'un émetteur. Celui-ci est associé à des obligations. Il s'agit d'un certain nombre d'interdictions : communiquer avec la victime, certaines personnes ou catégories de personnes ; paraître en certains lieux ; détenir ou porter une arme ; exercer certaines activités professionnelles ou bénévoles notamment en rapport avec les mineurs sans faire l'objet d'un examen psychiatrique préalable déclarant la personne apte à exercer cette activité ; conduire un véhicule. Ces interdictions ne doivent pas constituer un obstacle aux soins et s'appliquent que l'intéressé soit hospitalisé d'office ou non. Leur durée ne peut excéder 10 ans en matière correctionnelle et 20 ans en matière criminelle. Elles ne peuvent être prononcées qu'après expertise psychiatrique. Leur méconnaissance est punissable. Les modalités de placement en centre socio-médico-judiciaire sont traitées au chapitre 5.

### **Les limites de ces mesures**

La loi sur la rétention de sûreté et la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental prévoit la possibilité d'une rétention perpétuelle de condamnés ayant exécuté leur peine pour éviter une probable récidive en relation avec un trouble grave de personnalité. Elle réunit deux thématiques qui auraient pu être séparées : le traitement d'individus criminologiquement dangereux et l'irresponsabilité pénale pour maladie mentale, ce qui révèle dans l'esprit de la société et du législateur l'étroite association entre crime et folie [29]. Elle pose le problème des rapports entre justice et psychiatrie au point de provoquer une confusion entre la peine et le soin, et au risque de détourner la psychiatrie de sa mission cardinale, celle de soigner les malades mentaux [39]. Parmi les mesures de sûreté, le principe même du fichier peut représenter une réalité oppressante pour l'individu. De même, le suivi sociojudiciaire peut présenter un caractère intermédiaire entre la peine et la mesure de sûreté. L'injonction de soins est difficile à mettre en application du fait de la pénurie des médecins coordonnateurs. Théoriquement, le non-respect de l'injonction entraîne un emprisonnement. Elle impose l'adhésion de la personne, mais s'agit-il réellement d'une adhésion lorsque celle-ci sait qu'elle risque le retour en prison et que le secret médical, malgré la présence du médecin coordonnateur, est remis en cause par le contrôle du juge d'application des peines ? Enfin, ainsi que le souligne Senon, pourquoi un détenu, ayant purgé près de 15 ans de réclusion criminelle pour un crime particulièrement grave, serait-il considéré dans les semaines précédant la sortie comme un malade mental relevant de soins à la sortie et nécessitant une HO « de rétention » [39] ?

Théoriquement, les mesures de sûreté ne servent pas à sanctionner comme les peines. Elles sont prises sans aucune considération de faute chez celui qui en est l'objet, et peuvent, dans ces conditions, intervenir pour protéger la société contre les infractions que risquent de commettre des personnes irresponsables ou des personnes à responsabilité partielle ou atténuée. Elles sont donc imposées à certains individus reconnus dangereux pour l'ordre social, et ont uniquement un but de prévention qu'elles s'efforcent d'atteindre par le moyen de la réadaptation (rééducation des mineurs, mesures curatives, mesures de tutelle), ou par le moyen de la neutralisation (isolement, expulsion, interdictions professionnelles, interdiction de séjour...). La primauté est donnée aux moyens éducatifs (pour les mineurs), curatifs (pour les malades mentaux et les toxicomanes), d'assistance (liberté surveillée, probation). Mais les mesures de neutralisation peuvent imposer une gêne grave à la liberté individuelle, et même parfois une souffrance (HO « de sûreté », interdiction de séjour, déchéances professionnelles, interdiction de fréquenter certains lieux, etc.).

De plus, certaines de ces mesures de sûreté ont un caractère contraignant, comme les peines. D'autres, comme l'interdiction d'exercer une profession, existent même sous l'appellation de peines complémentaires. Ces mesures qui visent à prévenir la récidive apparaissent surtout interdictrices, mais n'offrent pas réellement de capacités de réadaptation. La personne, une fois les interdictions levées, sera confrontée à nouveau à des situations de la vie courante favorisant un nouveau passage à l'acte sans avoir obligatoirement eu la possibilité d'apprendre à adapter son comportement face aux situations à risque.

Les mesures de sûreté, selon la loi, sont de durée indéterminée. Cette indétermination porte également sur leur espèce [40]. On imagine le risque d'une HO décidée comme mesure de sûreté et se prolongeant de façon indéfinie pour éviter le risque de récidive du patient pourtant soigné et stabilisé. Ni le législateur, ni même le juge ne peuvent en effet fixer à l'avance le temps nécessaire à la réadaptation de l'individu. Tout dépend non seulement de l'état dangereux de l'intéressé au moment où le tribunal se prononce, mais de l'évolution que subira cet état dangereux à la suite de la mesure appliquée ; il faut donc pouvoir ajuster perpétuellement le traitement dont l'intéressé fait l'objet à l'évolution que subit son état. Le choix du juge ne peut cependant pas être totalement illimité, et les limites apportées doivent être d'autant plus précises que les mesures de sûreté envisagées sont plus pénibles et plus gênantes. Le maximum est simplement indicatif, et susceptible d'être reporté ; lorsque ce maximum (fixé par la sentence du juge ou même par le texte de la loi) se trouve atteint, un nouvel examen de l'état dangereux de l'individu doit obligatoirement intervenir, et seules des raisons très impérieuses, la certitude d'une infraction prochaine et grave en cas de cessation de toute mesure, peuvent alors justifier une prolongation de la mesure en cours, pour une durée généralement brève.

Les personnes justiciables des mesures de sûreté sont celles pour lesquelles les peines sont inapplicables ou inefficaces. L'inapplicabilité tient au fait que l'élément moral requis pour l'incrimination de l'infraction fait défaut (cas des malades mentaux) ou que l'élément matériel n'est pas encore réalisé. L'inefficacité tient au fait que la personne aurait besoin d'un traitement spécial à la place de la peine ou en supplément à la peine (mineurs, anormaux, délinquants à responsabilité atténuée, délinquants devenus malades après l'infraction, récidivistes et délinquants d'habitude). En d'autres termes, tout état dangereux qui ne paraît pas susceptible d'être amélioré par l'application d'une peine au sens classique appelle une mesure de sûreté. Les criminels sont donc des malades, il n'y a pas de différence entre dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique, et par conséquent, pour citer D. Leguay, « il sera vite admis que tout malade est un criminel en puissance » [41].

Concernant le procès des malades mentaux, il semble répondre à la nécessité de la protection du droit des victimes, mais semble peu utile dans un certain nombre de cas pour des patients incapables de mesurer la portée de leurs actes, ou de supporter une mise en détention provisoire, comme une longue et lourde procédure judiciaire [42, 43].

## L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE PÉNALE

Depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle, le développement de la clinique psychiatrique a progressivement permis de reconnaître le malade mental parmi les délinquants et les criminels, et d'aider à une compréhension clinique de leur passage à l'acte au moment des faits. Un difficile équilibre entre santé et justice s'est ainsi constitué. Comme le souligne Manzarina [44], « cette recherche d'équilibre a donné une place centrale à l'expertise

psychiatrique, qui dans ses fondements fait le lien entre l'article 64 du code pénal de 1810 prévoyant l'état de démente au moment des faits et la loi du 30 juin 1838 établissant le placement d'office du malade mental dangereux ». Cet équilibre a été régulièrement remis en cause au cours du temps du fait de l'évolution sociale, législative, économique, et psychiatrique avec l'avènement des psychotropes, la désinstitutionnalisation, l'élaboration des nouveaux systèmes diagnostiques et leur référence aux classifications internationales. Il a été revu lors de la nouvelle loi d'internement de 1990 suivie de la promulgation du nouveau code pénal de 1994. Parallèlement, le champ psychiatrique s'est trouvé de plus en plus régulièrement sollicité par toutes les formes de violence, difficilement compréhensible et sans finalité apparente. L'expertise pénale, interface entre la psychiatrie et la justice, est ainsi ordonnée notamment dans la phase de délibération avec un objectif d'évaluation de la dangerosité tant psychiatrique que criminologique, de prédictivité, et afin de cautionner des mesures de sûreté pour le juge [45].

Il n'existe pas de définition précise de l'expertise dans le droit français, qui recouvre un certain nombre de situations différentes. L'expertise pénale, selon la jurisprudence, comporte un constat, un examen, un recueil de données cliniques pour l'acte médical, et une interprétation des constatations visant à éclairer la justice [46]. L'objectif n'est pas de mettre en route un soin, mais d'effectuer des investigations pour remplir un mandat imposé par une autorité, dont le résultat n'est pas protégé par le secret médical. Dans ce cadre, l'expertise modifie la relation médecin-malade. Elle est effectuée en référence aux articles 156 et suivants du code de procédure pénale et peut être ordonnée par toute juridiction d'instruction ou de jugement qui fixe le terme de la mission avec un délai donné à l'expert. L'expert est désormais sollicité seul depuis 1985 et non en dualité, sauf décision spéciale de la juridiction. L'expertise du mineur (auteur ou victime) requiert une compétence en pédopsychiatrie ou en psychiatrie de l'adolescent et doit s'appuyer sur diverses sources d'information concernant le développement de l'enfant (dossier, procès-verbaux des officiers de police judiciaire, rapports de l'école, des éducateurs en cas d'assistance éducative, entretiens avec les parents et l'entourage familial).

Plusieurs types d'expertise psychiatrique pénale peuvent être demandés par la juridiction :

- l'expertise réalisée en application de la loi du 17 juin 1998 sur les auteurs d'infraction sexuelle ;
- l'expertise psychiatrique d'urgence et présentencielle ;
- l'examen médicopsychologique présentenciel ;
- l'expertise postsentencielle de délibération.

Une autre expertise est également demandée :

– l'expertise pour les victimes, de plus en plus requise par la juridiction, afin de rechercher les conséquences cliniques et psychologiques de l'agression sur la victime, de décrire sa personnalité et d'apprécier sa crédibilité sur le plan médico-légal. Elle consiste à « déterminer la présence ou l'absence de pathologie de type délire, mythomanie, affabulation, insuffisance intellectuelle, conviction passionnelle... En l'absence de ces facteurs psychologiques, la victime présumée est crédible au sens médico-légal » [47].

## **L'expertise psychiatrique**

### *L'expertise d'urgence*

Elle est en augmentation croissante, à la demande du parquet, dans le cadre des comparutions immédiates et des agressions sexuelles. La difficulté est de réaliser

l'examen psychiatrique dans un contexte d'urgence, sans recul, et dans un cadre peu propice à cet examen, parfois sans connaissance d'un éventuel suivi psychiatrique antérieur. Celui-ci devrait se limiter à l'état de santé psychique immédiat de la personne examinée, de sa compatibilité ou non avec la détention ou la procédure en cours, ainsi que de la nécessité d'éventuels soins spécialisés immédiats. Le danger et la nécessité de soins immédiats doivent primer. Pour les auteurs d'infraction sexuelle, il s'agit en fait de déterminer s'ils peuvent bénéficier d'un suivi sociojudiciaire avec injonction de soins selon la loi du 17 juin 1998, et de les inciter à s'engager dans un processus thérapeutique le plus tôt possible.

Plusieurs difficultés surgissent dans l'expertise d'urgence. Pour les experts, il est parfois difficile d'évaluer une injonction de soins dans le cadre de leur mission en cas d'agression sexuelle. D'autre part, les services de secteur qui reçoivent certains patients irresponsabilisés juste après l'expertise d'urgence ont du mal à élaborer un projet thérapeutique à la suite de la comparution immédiate ou de la garde à vue, du fait de « l'irresponsabilisation » et de la mesure d'HO judiciaire qui bloque parfois tout processus de réhabilitation. Enfin, il faut rappeler que les mises en détention de personnes présentant des troubles psychiques ont beaucoup augmenté, d'autant qu'un tiers des personnes incarcérées le sont donc après comparution immédiate devant le tribunal de grande instance, sans avoir pu bénéficier d'évaluation psychiatrique pour la majorité d'entre elles [45].

### *L'expertise de la phase d'instruction, présentencielle*

Elle est plus classique et a pour finalité de déterminer l'existence de troubles mentaux au moment des faits chez la personne examinée, et de déterminer si ceux-ci sont en rapport avec le passage à l'acte criminel, et si ceux-ci ont aboli (article 122-1 alinéa 1 du code pénal) ou altéré son discernement (article 122-1 alinéa 2 du code pénal) au moment des faits. Elle évalue donc la dangerosité psychiatrique, « dangerosité en rapport avec l'évolution de la maladie mentale constatée et son traitement » [44]. Les alinéas 1 et 2 de l'article 122-1 ont donc remplacé l'article 64 du code de procédure pénale, on l'a vu précédemment. L'alinéa 2 de l'article 122-1, dans l'esprit de l'ancienne circulaire Chaumié, devait tenir compte de la pathologie des criminels dans le sens d'une atténuation de leur peine, mais a en fait alourdi leur cas, le jury populaire ayant tendance, dans une réaction sécuritaire, à protéger les citoyens et à demander un allongement de la durée de la peine. Cet alinéa 2 a en effet été largement appliqué afin de responsabiliser les malades mentaux et d'éviter que des criminels atteints de troubles mentaux ne se retrouvent dans des services de psychiatrie ouverts avec un risque d'échappement aux soins. Ainsi, des études récentes ont montré une surreprésentation de personnes psychotiques en milieu carcéral par rapport à la population générale, conduisant en quelque sorte à « une pénalisation » de la maladie mentale [45]. Les pathologies concernées par l'article 122-1 (alinéa 1) concernent les décompensations aiguës de psychoses chroniques et de troubles thymiques, les confusions mentales, les détériorations cognitives des états démentiels, les épisodes psychotiques aigus. L'article 121-1 alinéa 2 concerne les personnes présentant un trouble psychotique en dehors d'une phase processuelle, une insuffisance intellectuelle légère, un trouble anxiodépressif d'intensité modérée, ou un état présénile de détérioration intellectuelle.

De plus en plus, il est demandé au psychiatre de se prononcer sur la dangerosité criminologique du sujet examiné, son risque de récidive avec la prise en compte, alors, des facteurs sociaux, relationnels, éducatifs et environnementaux, son rapport à

la loi, sa prise en compte de la souffrance des victimes et de la reconnaissance des faits. Ainsi, trois niveaux d'analyse clinique dans l'expertise pénale, s'articulant avec l'examen médicopsychologique généralement réalisé par un expert-psychologue et que nous détaillerons par la suite, sont proposés par la Haute Autorité de santé [48].

– Le niveau 1 d'analyse psychiatrique : identification d'une pathologie psychiatrique, recherche d'un rapport entre les troubles et le passage à l'acte, discussion d'une abolition ou d'une altération du discernement au moment des faits.

– Le niveau 2 d'analyse psychopathologique du passage à l'acte, dans ses rapports avec la personnalité et l'histoire du sujet

– Le niveau 3 d'analyse psychocriminologique du passage à l'acte avec l'évaluation de la dangerosité criminologique du sujet. Dans ce cas, il apparaît nécessaire pour l'expert de s'appuyer sur une formation complémentaire de psychocriminologie dans une dimension pluridisciplinaire psychiatrique, psychologique, sociologique et éducative.

### *L'examen médicopsychologique*

Son but est d'apporter des éléments sur la personnalité du sujet en analysant le passage à l'acte sur le plan psychodynamique dans ses rapports avec la personnalité et l'histoire du sujet en s'appuyant éventuellement sur des outils spécifiques tels que les épreuves projectives, et en mesurant les compétences cognitives. Il donne également des indications sur les capacités évolutives du sujet, et l'utilité d'une prise en charge médicopsychologique ou psychoéducative. L'examen médicopsychologique est souvent demandé à un expert psychologue, donc une personne différente du psychiatre expert.

### *L'expertise postsentencielle*

L'expertise postsentencielle de prélibération évalue la dangerosité psychiatrique du sujet, donne des indications sur le risque de récidive du passage à l'acte et la dangerosité criminologique. Ainsi que le rappelle la commission d'audition de mai 2007 [48], l'expert doit éviter de mélanger risque de rechute d'une pathologie psychiatrique et risque de récidive de l'acte délictueux. L'expertise oriente les soins délivrés ultérieurement. Dans le cadre d'une injonction de soins, il est conseillé à l'expert de prendre appui sur les centres ressources disponibles, et de transmettre les informations nécessaires à la mise en place des soins.

## **Limites de l'expertise, perspectives actuelles**

Selon l'audition publique sur l'expertise publique pénale des 25 et 26 janvier 2007 organisée par la Fédération française de psychiatrie, réalisée avec le soutien de la direction générale de la Santé et le partenariat méthodologique de la Haute Autorité de santé, l'expertise « remplit de moins en moins son rôle de filtre visant à repérer les malades mentaux afin de leur donner des soins appropriés ». Elle est régulièrement remise en cause dans les affaires de crimes commis par les malades mentaux ou dans les récidives survenant chez d'autres catégories de criminels. Les raisons sont multiples. On peut en citer quelques-unes : la célérité de la justice (avec les procédures rapides de jugement et les comparutions immédiates) qui doit se conformer aux autres pays européens, la multiplication désordonnée des missions expertales, la difficulté accrue à exercer la fonction d'expertise du fait d'un accroissement de la

prise de responsabilité, celle de la pratique en milieu pénitentiaire, et la surcharge de travail. Le nombre d'experts psychiatres diminue, cette diminution étant de plus très inégale selon les départements. La désinstitutionnalisation des malades mentaux a été incriminée à tort sur le modèle d'autres pays, car il ne faut pas oublier qu'elle s'est progressivement effectuée avec la mise en place de structures extrahospitalières alternatives, le développement d'associations œuvrant pour la réinsertion des malades mentaux. De plus, elle a été obtenue en partie grâce à l'avènement de thérapies plus efficaces permettant la stabilisation rapide des patients en milieu hospitalier. Les patients étaient donc pris en charge. La difficulté réside peut-être dans l'évolution actuelle de la société avec un tissu social et familial plus lâche autour des patients, une réadaptation compliquée voire parfois inexistante du fait d'un engagement pluridisciplinaire psychiatrique et socioéducatif encore trop limité. Ceux-ci se retrouvent donc incarcérés sans pour autant bénéficier de soins appropriés et sans réel projet de réinsertion et de soins après leur sortie de prison. On l'a vu précédemment, de nombreux auteurs à la fois du champ sanitaire, judiciaire, pénitentiaire et social critiquent donc l'aggravation de la pénalisation du malade mental, du fait d'une démarche sécuritaire.

Un certain nombre de propositions ont été effectuées avec :

- une limitation des recours réglementaires à l'expertise ;
- une limitation des questions posées à l'expert dans les expertises en réquisition à trois :

- la personne mise en cause présentait-elle une pathologie psychiatrique ?
- cette pathologie nécessite-t-elle des soins immédiats et si oui, selon quelles modalités ?
- l'état psychique de la personne justifie-t-il la réalisation à distance d'une expertise psychiatrique ?

Pour reprendre les termes de Rossinelli, « l'expertise pratiquée par un médecin qualifié représente une garantie des libertés... fondant une indication de soins sous contrainte sur des bases médicales, psychiatriques, et non uniquement sur des comportements violents, transgressifs, avec le risque de psychiatrisation abusive ». L'expert doit être neutre, respecter le secret médical en limitant le contenu de son rapport à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de sa mission, séparer ses fonctions expertales de celles de médecin traitant, ne pas prescrire, rester dans le cadre de ses compétences, se limiter à l'évaluation de la dangerosité psychiatrique et demander une dualité d'experts dans les situations les plus graves. La dangerosité criminologique fait appel à des compétences spécifiques qui devraient s'appuyer sur une formation complémentaire pour les psychiatres et les psychologues. L'usage éventuel d'échelles d'évaluation du risque de dangerosité doit être réservé aux cliniciens et ne doit pas être dissocié de l'évaluation clinique. Encore faut-il qu'elles soient faciles d'utilisation en pratique courante (voir le chapitre 3).

## À L'ÉTRANGER

### LES HOSPITALISATIONS SOUS CONTRAINTE EN EUROPE

Dans les années 1980 et 1990, suite à l'adoption de la recommandation 2 du Conseil de l'Europe, plusieurs pays européens comme la République fédérale d'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Luxembourg et la Belgique ont réformé et

« judiciarisé » leur législation relative aux placements sous contrainte. Ainsi que le souligne Rappard, « chaque pays s'est organisé en fonction de la signification des appareils d'État dans son histoire et sur son territoire, le problème de fond restant celui de la notion d'état dangereux et de l'intervention ante delictum » [36], avec les internements administratifs ou judiciaires des malades mentaux, les hôpitaux psychiatriques sanitaires ou judiciaires pour les délinquants psychopathes comme en Belgique, et le rôle des différents tribunaux dans le traitement sous contrainte. En Belgique, selon la loi de défense sociale, les délinquants malades mentaux reconnus incapables de contrôler leurs actes peuvent être internés en vertu d'une décision du ministre de la Justice rendue après avis conforme de la commission de défense sociale, et doivent par la suite être orientés vers un établissement de défense sociale (EDS) [49].

Deux pays, l'Italie et l'Angleterre, ont opté pour des solutions radicalement différentes du système français. Pour décrire la situation en Italie, il faut partir de la loi 180 de 1978, résultat d'une longue période de luttes anti-institutionnelles sous l'impulsion de Franco Basaglia. La loi 180 établit la fermeture progressive des asiles psychiatriques et la diffusion de services territoriaux qui permettent la décentralisation de l'assistance psychiatrique. Cette loi est insérée peu de temps après dans une loi sanitaire, la loi 833, loi plus générale qui institue en Italie le service de santé national. Les articles 33, 34, 35 et 64 de la loi 833 concernent les « normes pour les contrôles et les traitements sanitaires volontaires et obligatoires » et non pas la notion de dangerosité qui disparaît du texte législatif. Ce traitement sanitaire obligatoire (TSO) n'est décidé que par le médecin (généraliste ou spécialiste) et non par une autorité administrative, et uniquement pour des raisons de santé et non des raisons de dangerosité. Il est valable 8 j et renouvelable, pour éviter les hospitalisations prolongées. En pratique, ce TSO peut être proposé par un médecin par le biais d'une demande écrite et motivée, et validé par un autre médecin psychiatre puis contresigné par le maire de la ville en tant qu'autorité sanitaire municipale la plus élevée qui ordonne ainsi la procédure. Ainsi, la logique de soins est fondée non sur l'isolement, mais sur l'insertion thérapeutique dans la communauté et jamais sur celle concernant l'ordre public. Les asiles sont remplacés par des unités psychiatriques légères de 15 à 20 lits développées dans les hôpitaux généraux (services psychiatriques de diagnostic et de cure [SPDC]) [50]. L'obligation de soins, à ce jour, ne peut encore se traduire que par une hospitalisation, mais brève, dans ces unités [50]. Le dispositif italien, qui est une remise en question des principes sécuritaires ayant inspiré d'autres législations, présente cependant des inconvénients. Les structures intermédiaires se sont développées de manière hétérogène, les familles se sont parfois retrouvées seules avec leurs patients. Enfin, il ne concerne pas les détenus atteints de troubles mentaux, pas plus que les personnes déclarées pénalement irresponsables, lesquelles sont orientées vers un des quatre hôpitaux psychiatriques judiciaires, gérés par le ministère de la Justice, qui gardent enfermés environ un millier de malades dangereux. Une dichotomie forte existe donc de fait entre des populations pouvant présenter des troubles tout à fait comparables. Comme il n'y a pas de mesures préventives d'hospitalisation pour motif d'ordre public ni de capacités d'accueil sécurisées, tout se passe comme si la commission d'une infraction pénale était le seul moyen de traiter les individus atteints des troubles mentaux les plus graves [12].

En Angleterre, le dispositif en vigueur, qui repose principalement sur les autorités médicales, fait l'objet de critiques qui ont conduit le gouvernement à préparer une réforme. Les projets actuellement discutés contiennent des points très intéressants au regard de notre expérience nationale : existence d'un critère de dangerosité en

termes de sécurité publique, instauration d'une phase de diagnostic relativement longue, reconnaissance de la possibilité d'imposer un traitement ambulatoire comme alternative à l'hospitalisation, lancement d'un programme de renforcement des capacités d'accueil des malades les plus dangereux... Deux préoccupations, nées des insuffisances du dispositif en vigueur, ressortent nettement des projets : le souci de renforcer le contrôle de certains malades dont les troubles posent des problèmes d'ordre public et celui de renforcer l'information, les droits et les moyens de recours des malades.

Un article a été publié en 2002, par C. Jonas, sur les résultats d'une étude concernant les hospitalisations sans consentement dans l'Union européenne de l'époque (15 pays), suivant une méthodologie sérieuse reposant sur un questionnaire et l'accès aux données épidémiologiques de chaque pays [51]. Les critères retenus étaient la mise en œuvre de l'hospitalisation, les conditions de cette hospitalisation, la place des médecins et des organismes de contrôle, qui sont relativement superposables, que ce soit l'autorité judiciaire ou l'autorité administrative. Les deux types d'hospitalisation sous contrainte observés en France ne sont pas partagés par les autres pays, qui n'en ont qu'un seul type. Le taux d'hospitalisation sous contrainte est variable d'un pays à l'autre (de 1 % en Allemagne à 93 % en Suisse), mais a tendance à augmenter dans les différents pays depuis les années 1980.

La majeure partie des pays ont des lois spécifiques exceptées l'Italie, la Grèce et l'Espagne. L'hospitalisation sans consentement doit être le recours ultime après échec de toute autre possibilité thérapeutique, sauf en France et en Espagne. La nécessité de deux médecins certificateurs n'est pas partagée par tous les pays de l'Union européenne. L'Autriche, la Belgique, l'Allemagne, la Grèce, les Pays-Bas et le Royaume-Uni autorisent l'enfermement sans traitement. En Autriche, le traitement d'action prolongée est strictement interdit pendant l'hospitalisation sans consentement, et sept pays ont prévu dans leurs lois les conditions d'application du traitement. Neuf pays dont la France n'ont pas prévu de législation concernant les mesures de contention chimique, l'isolement, ou la contention physique. Onze pays n'ont pas prévu d'obligations de soins en ambulatoire mais uniquement la Belgique, le Luxembourg, la Pologne, la Suède. Dans tous les pays, le patient peut contester son hospitalisation, et la restriction de ses droits est prévue dans la loi.

## L'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE

Lors de la rédaction du rapport du sénat sur l'irresponsabilité pénale des malades mentaux, plusieurs dispositions issues des pays étrangers ont été étudiées afin d'analyser de quelle façon le droit pénal, dans les différents pays, reconnaît l'irresponsabilité des personnes souffrant de troubles mentaux, et les mesures appliquées à ces délinquants [52]. Ainsi, d'autres codes pénaux distinguent les facultés cognitives, c'est-à-dire la capacité de discernement, et les capacités volitives, c'est-à-dire la capacité à se contrôler au moment des actes, et oscillent entre irresponsabilité, non-punissabilité, non-culpabilité. L'examen des législations étrangères montre que les différents pays laissent à la juridiction pénale le soin de décider des mesures applicables aux délinquants atteints de troubles mentaux. En Allemagne, au Danemark, en Espagne, en Italie et aux Pays-Bas, les malades peuvent faire l'objet non d'une peine mais d'une mesure de sûreté, visant à le réadapter à la vie sociale. L'hospitalisation y est décidée pour une durée limitée.

## LE CODE PÉNAL SUISSE

L'article 10 du code pénal définit l'irresponsabilité de la façon suivante : « N'est pas punissable celui qui, atteint d'une maladie mentale, de faiblesse d'esprit ou d'une grave altération de la conscience, ne possédait pas au moment d'agir la faculté d'apprécier le caractère illicite de son acte ou de se déterminer d'après cette appréciation. »

L'article 11 définit ainsi la responsabilité atténuée : « Le juge pourra atténuer librement la peine, si, par suite d'un trouble dans sa santé mentale ou dans sa conscience, ou par suite d'un développement mental incomplet, le délinquant, au moment d'agir, ne possédait pas pleinement la faculté d'apprécier le caractère illicite de son acte ou de se déterminer d'après cette appréciation. »

Les conséquences sont la détermination d'une mesure de sûreté de durée indéterminée avec soit l'internement dans un établissement approprié, soit l'hospitalisation, soit le traitement ambulatoire ou enfin le placement dans un centre pour toxicomanes.

## LE CODE PÉNAL AUX ÉTATS-UNIS, AU QUÉBEC ET EN GRANDE-BRETAGNE : UN SYSTÈME ACCUSATOIRE

L'expert est un témoin, ses qualités et qualifications sont vérifiées au cours d'un interrogatoire. Son témoignage doit être le reflet de la norme et de la pratique en matière de soins. Il est présenté par l'avocat de la partie qui l'a choisi et qui l'interroge en premier. L'expertise est contradictoire : l'expert de la défense dépose contre l'expert de l'autre partie. La partie qui veut démontrer que l'accusé était atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité a la charge de le prouver. L'expert doit évaluer la capacité de l'accusé à être jugé.

L'adoption récente d'une politique criminelle sécuritaire de tolérance zéro comme modèle de gestion de la délinquance, de la criminalité et du sentiment d'insécurité occupe une place prépondérante dans la criminalisation des malades mentaux. Précédant la notion d'irresponsabilité pénale, le système pénal américain cherche d'abord à déterminer l'aptitude de l'accusé à suivre son procès selon la Common Law. C'est le principe de compétence. L'accusé, après son arrestation, est placé en détention et attend sa première comparution devant une juridiction : c'est la phase d'« *arraignment* », au cours de laquelle sont notifiées à l'accusé les charges retenues contre lui et les premières mesures soit de maintien en détention, soit de mise en liberté sous caution, soit de mise en liberté sans conditions. Les lois déterminent la capacité de l'accusé à suivre son procès. Lorsqu'il en est incapable, il est orienté vers une structure de soins psychiatriques pour quelques semaines afin de recevoir un traitement médicamenteux jusqu'à ce qu'il soit apte à suivre son procès. L'évaluation de la compétence est parfois mal faite, par des avocats commis d'office qui disposent de peu de temps et dans des tribunaux surchargés qui tendent à responsabiliser les malades mentaux. La notion d'irresponsabilité pénale (« *insanity defense* ») trouve ses origines, comme au Royaume-Uni, dans les règles McNaghten. Elle peut être invoquée par l'avocat dès la phase d'« *arraignment* ». Peu d'avocats fondent leur défense sur la notion d'irresponsabilité du fait du risque de prononcer de peines plus longues et non un allègement des peines. Les juridictions de santé mentale requièrent comme préalable à l'entrée dans un programme de soins la reconnaissance des faits et donc la responsabilité de leur auteur. Ainsi, le nombre de décisions reconnaissant un accusé pénalement irresponsable des faits commis ne représente qu'une infime partie des affaires jugées. L'accusé qui n'est

pas renvoyé devant un tribunal de santé mentale peut être déclaré non coupable pour cause d'aliénation mentale, coupable mais souffrant d'un trouble psychiatrique permettant l'orientation vers un système de soins, irresponsable en raison d'une déficience mentale. Depuis 1984, la charge de la preuve d'irresponsabilité revient à la défense [53].

La responsabilité en Grande-Bretagne se fonde sur la décision *McNaghten*, en référence à l'affaire du ministre du même nom : « Une personne n'est pas coupable si elle souffre d'une maladie mentale qui l'a rendue inconsciente de la nature, de la gravité et de la conséquence de ses actes, ou si elle est incapable de réaliser que ses actes sont mauvais. » L'application de ces critères est très restrictive et ne s'applique qu'aux infractions les plus graves relevant de la *Crown Court*, où elles sont jugées par un jury assisté d'un magistrat. En cas d'irresponsabilité d'un délinquant pour troubles mentaux, le juge dispose de plusieurs possibilités : soit le placement dans un établissement psychiatrique, soit la mise sous tutelle des services sociaux, soit un traitement adapté, soit enfin la mise en liberté pure et simple. Le placement en hôpital psychiatrique n'est prononcé qu'à l'encontre des auteurs d'infractions entraînant en principe une peine de prison, après avis de deux médecins. Ceux ayant commis des homicides sont donc nécessairement placés en hôpital psychiatrique et des restrictions à leur liberté sont prévues. L'hospitalisation est en principe de durée limitée, mais la *Crown Court* peut décider d'un internement de durée illimitée. Il est contrôlé par le ministre de l'Intérieur. Une fois hospitalisé, le délinquant est traité comme les autres patients et peut saisir l'une des trois commissions régionales de contrôle composées d'un psychiatre, d'un juriste et d'un spécialiste des services sociaux, qui exercent des fonctions juridictionnelles et peuvent ordonner la sortie si l'hospitalisation n'est plus justifiée.

Le code pénal du Québec indique qu'une personne ne peut être tenue pour criminellement responsable d'un acte si son état mental au moment de cet acte la rend incapable d'en apprécier la nature et la gravité et de se rendre compte qu'elle se conduit mal. À partir du principe de la *Common Law*, le code criminel permet donc à une personne atteinte de trouble mental d'invoquer la défense sur l'aliénation mentale. Une première étape incontournable est que l'inculpé puisse suivre son procès. Il doit être en état de collaborer avec son avocat et de comprendre le processus judiciaire. C'est donc seulement s'il est jugé apte pendant la première phase de la procédure que la deuxième phase, à savoir celle de la culpabilité et de la possible responsabilité criminelle, est envisagée. Il y a donc contrainte au traitement pharmacologique pendant la première phase de la procédure, au cours de laquelle l'inculpé est soumis à expertise psychiatrique pendant 30 à 60 j et traité sur le plan psychiatrique. Si, malgré le traitement, le sujet demeure inapte du fait d'une perturbation de son état mental, il est alors déféré devant le Tribunal administratif du Québec (TAQ) dont fait partie la commission d'examen des troubles mentaux qui réexamine le sujet en fonction de son évolution et le défère devant la cour dès que possible. Lorsque les sujets sont reconnus irresponsables, ils sont d'abord détenus à l'hôpital sur ordre du tribunal, les modalités d'hospitalisation étant fixées par le juge au moment du procès. La commission d'examen des troubles mentaux, composée d'un président membre du barreau au Québec, d'un psychiatre et d'une troisième personne (avocat, psychiatre, travailleur social), tient son audience à l'hôpital. Celle-ci est publique. Le patient peut y être représenté par son avocat. Elle doit avoir lieu 45 à 90 j après le verdict de non-responsabilité criminelle puis au moins 1 fois par an. L'ordonnance de la commission d'examen indique les modalités de prise en charge, mais ne peut obliger le patient à se traiter contre son gré. Les décisions s'articulent principalement autour de la question de la dangerosité du patient et sont les

suivantes : détention avec ou sans modalités à l'hôpital, libération conditionnelle assortie de mesures de sûreté, libération inconditionnelle [54].

## L'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE DES MALADES MENTAUX AU DANEMARK

Le code pénal exclut la responsabilité des malades mentaux et permet au tribunal de prononcer des mesures de sûreté destinées à empêcher la récidive.

L'article 16 stipule : « Les personnes qui, au moment des faits, ne jouissaient pas de la plénitude de leurs facultés, à cause de la maladie mentale ou parce qu'elles se trouvaient dans un état comparable, ne sont pas punies. Les mêmes dispositions s'appliquent aux personnes qui souffrent d'un important retard mental. » Les personnes qui souffrent d'un retard mental limité ne sont pas punies sauf si les circonstances le justifient, de même que celles qui présentaient « un état comparable » à la maladie mentale du fait d'une intoxication médicamenteuse involontaire, d'un jeûne prolongé, mais l'alcool et d'autres produits euphorisants ne sont pas des causes d'irresponsabilité pénale.

Les personnes irresponsables sont acquittées par le tribunal qui peut cependant prononcer à leur encontre des mesures préventives de façon limitée dans le temps, excepté lorsque l'infraction commise est très grave et que le délinquant représente un danger potentiel pour les personnes. Les mesures préventives sont prononcées pour 3 ans : obligation de travailler dans un lieu donné, résidence surveillée, surveillance médicale, suivi d'un traitement ambulatoire, ou pour 5 ans : placement dans un établissement ouvert ou fermé. Lorsque les mesures sont prononcées pour une durée indéterminée, elles sont contrôlées au plus tard au bout de 5 ans puis tous les 2 ans. À tout moment, le tribunal peut lever ces mesures sur requête du ministère public qui peut agir de son propre chef, à la demande de l'établissement qui accueille le délinquant ou du tuteur de ce dernier.

## L'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE DES MALADES MENTAUX EN ESPAGNE

Le code pénal exclut la culpabilité des personnes atteintes de troubles mentaux, mais il permet au tribunal des mesures de sûreté destinées à empêcher la répétition des infractions. L'irresponsabilité est énoncée par l'article 20 du code pénal pour les sujets présentant une anomalie mentale (différentes catégories d'arriération mentale, psychoses, névroses graves, psychopathies) ou une altération (états passagers, chocs psychiques d'origine extérieure) empêchant la compréhension du caractère illicite de l'acte ou l'adaptation de leur conduite à leur compréhension et une conscience de la réalité gravement altérée à cause de troubles de la perception acquis dès l'enfance. Les troubles de la perception provoqués par une intoxication médicamenteuse n'entraînent pas d'irresponsabilité. Par l'article 21, relatif à la responsabilité atténuée, les délinquants restent punissables, mais avec une réduction de peine automatique.

## L'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE DES MALADES MENTAUX EN ITALIE

Le code pénal exclut la culpabilité des personnes atteintes de troubles mentaux, mais prévoit leur placement dans l'un des six établissements pénitentiaires affectés au traitement des délinquants malades mentaux.

L'article 88 prévoit l'irresponsabilité pénale des personnes qui, au moment de l'acte, étaient en raison de leur maladie mentalement « incapables de comprendre ou de vouloir », c'est-à-dire de se rendre compte du sens de leurs actes ou d'adopter des comportements dictés par des choix autonomes et responsables. Ces dispositions s'appliquent aux sourds-muets et aux sujets soumis aux intoxications chroniques tels que les cas les plus graves d'alcoolisme et de toxicomanie dans lesquels les fonctions psychiques et neurologiques sont profondément affectées. Les états émotifs et passionnels ne sont pas des motifs d'irresponsabilité pénale ou d'atténuation de la responsabilité. La peine du délinquant est réduite en cas d'atténuation de la responsabilité, c'est-à-dire lorsque la compréhension ou la volonté sont réduites du fait de la maladie mentale, mais non abolies.

Lorsque les délinquants ont été déclarés irresponsables pour maladie ou pour intoxication chronique, ils sont hospitalisés en centre psychiatrique spécialisé. L'hospitalisation n'est décidée que si la dangerosité est vérifiée, de sorte que le délinquant malade mental qui ne représente plus aucun danger pour la société peut être purement et simplement acquitté sans faire l'objet de mesures de sûreté. La durée de l'hospitalisation est précisée par le code pénal (article 222) : 10 ans pour un délit punissable de réclusion à perpétuité, 5 ans pour un délit punissable d'un emprisonnement d'au moins 10 ans, 2 ans pour un délit punissable d'un emprisonnement d'au moins 2 ans.

## L'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE DES MALADES MENTAUX AUX PAYS-BAS

Le code pénal exclut la responsabilité des personnes atteintes de troubles mentaux (article 39 du code pénal), que ce soit dans le cadre d'une déficience psychique ou dans le cadre d'une altération de ses facultés mentales due à la maladie. Elles ne sont pas punissables mais font l'objet d'une mesure judiciaire. Ces mesures consistent soit au placement dans un hôpital psychiatrique, soit à « la mise à disposition ».

Le placement en hôpital psychiatrique est réservé aux délinquants présentant un danger soit pour eux-mêmes, soit pour autrui. Prononcé pour une durée de 1 an, il est subordonné à un rapport d'experts (au moins deux dont un psychiatre). Au bout de 1 an, il peut être prolongé sur décision du juge à la demande du ministère public du fait de la persistance de la dangerosité du patient en raison des troubles mentaux et de l'impossibilité d'y parer autrement que par l'internement.

La « mise à disposition » (*Terbeschikkingstelling* [TBS]) n'est décidée qu'à l'encontre de personnes qui représentent un danger pour la collectivité et qui ont commis certaines infractions entraînant une peine de prison d'au moins 4 ans. La TBS est décidée pour une durée initiale de 2 ans et peut être reconduite par le juge pour 1 à 2 ans, jusqu'à 5 ans en général, si la sécurité des personnes ou des biens l'exige. Elle consiste à placer et à traiter les patients dans un établissement spécialisé ou à les obliger à suivre un traitement en hôpital psychiatrique, voire à domicile. Le mode de traitement est décidé par le juge sur les indications fournies après examen à la clinique psychiatrique Pieter Baan d'Utrecht. Les établissements spécialisés, publics ou privés, sont particulièrement sécurisés afin de protéger le patient et la société. Les patients sont admis dans de petites unités où ils bénéficient de soins mais aussi d'activités culturelles, sportives, professionnelles, le but étant de pouvoir les resocialiser de manière définitive. Le traitement est planifié avec l'accord du malade et ce dernier est sanctionné s'il ne respecte pas le protocole (placement dans un établissement plus strict). La sortie de la TBS s'effectue progressivement. Lorsque la TBS est achevée, le juge peut

imposer certaines mesures telles qu'un suivi régulier psychiatrique, un traitement médicamenteux, un logement dans une unité médicalisée.

## L'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE DES MALADES MENTAUX EN SUÈDE

Les troubles mentaux au moment des faits ne sont pas une cause d'exclusion de la responsabilité pénale, mais une circonstance atténuante. Cependant, les personnes atteintes de troubles mentaux ne sont pas passibles de prison mais d'amende et de placement sous contrôle judiciaire. En revanche, le code pénal prévoit une peine spécifique pour les délinquants atteints de troubles mentaux : le placement en hôpital psychiatrique. Le jugement doit être précédé d'une expertise psychiatrique. En cas de récidive, le tribunal peut exiger que la sortie soit subordonnée à l'accord du tribunal administratif. Cette législation est critiquée et actuellement en révision, avec la proposition de réintroduire la notion d'irresponsabilité pénale des malades mentaux, de supprimer le placement en hôpital psychiatrique de la liste des peines et la possibilité de proposer des soins pendant l'exécution de la peine privative de liberté.

## L'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE DES MALADES MENTAUX EN ALLEMAGNE

En Allemagne, comme en France, la loi prévoit une peine comprenant habituellement une privation de liberté par l'emprisonnement pour les délinquants considérés responsables de leurs actes, et un acquittement suivi, en cas de troubles persistants, d'un enfermement dans un hôpital psychiatrique pour les non-responsables. La loi prévoit aussi une responsabilité amoindrie, qui peut être précédée ou suivie d'un internement psychiatrique. La durée de l'enfermement psychiatrique est, selon la loi, indéterminée. C'est seulement le tribunal d'application des peines qui en décide la fin. En supplément de la peine, un enfermement sécuritaire de 10 ans renouvelables peut être ajouté au jugement en cas de récidives multiples ou de crimes particulièrement graves, cette mesure pouvant être prononcée a posteriori pendant que le délinquant purge sa peine, en prenant en considération son comportement en prison. Cet enfermement sécuritaire peut avoir lieu après l'hospitalisation psychiatrique, seulement en cas de responsabilité amoindrie [55].

## CONCLUSION

La loi de 1838 permettait d'offrir un lieu de soins et de protection aux malades mentaux. La loi du 27 juin 1990 a su adapter la prise en charge des malades mentaux en fonction de l'évolution de la société, du développement de la psychiatrie ambulatoire avec la politique de secteur et de l'avènement de thérapies efficaces. Cependant, se pose le problème de soins chez des patients dans le déni de leurs troubles, de la continuité de ceux-ci, surtout lorsque les patients irresponsabilisés ont été hospitalisés en HO avec parfois un risque de dangerosité psychiatrique persistante. C'est ainsi qu'une obligation de soins en ambulatoire permettrait le maintien d'une psychiatrie moderne, accompagnant le patient dans un projet individualisé au plus proche de son lieu de vie.

L'évolution législative tend vers une justice de défense sociale et développe les interfaces psychiatrie-justice en multipliant les expertises, les obligations et les

injonctions de soins de personnes sous main de justice et présentant des troubles mentaux, de personnalité et des conduites, alors même que le secteur vise à « désaliéner » les malades mentaux dans une optique d'accompagnement à la restauration psychique. Les experts, souvent psychiatres des hôpitaux, cliniciens investis dans une activité de secteur, se trouvent impliqués par la justice à prédire un risque de récidive criminologique et à cautionner des mesures de sûreté. Les psychiatres d'exercice public sont confrontés à une obligation de soigner toutes les dangers, mêmes celles ne relevant pas forcément du soin, devenant ainsi le jeu des politiques.

Une psychiatrie de qualité doit probablement se recentrer sur la clinique, l'histoire et l'environnement du patient. Pour lutter contre le risque de « renfermement » proposé par la succession de lois sécuritaires, elle doit plus qu'avant construire un projet de soins avec des objectifs clairs, cohérents et concrets suivant un certain nombre d'étapes avec le patient et accompagner ce projet sur la durée. Enfin, elle ne peut pas nier ou sous-estimer la violence ou la dangerosité psychiatrique de certains malades, d'où l'intérêt du travail institutionnel, de la réflexion clinique commune et de l'échange des pratiques. La formation sur l'évaluation de la dangerosité, notamment des jeunes psychiatres moins familiarisés dans l'approche sectorielle depuis la réduction du nombre d'internes, est importante pour orienter les patients sur la prise en charge la mieux adaptée.

### Références

- 1 Bouchiat-Couchouren S. L'irresponsabilité pénale des malades mentaux : données actuelles et enjeux du débat. *La Revue du Praticien* 2008, 58, 13 : 1397-1405.
- 2 Rossinelli G. Relations psychiatrie/justice pour les soins sans consentement. *Perspectives Psychiatriques* 2009, 48 : 31-37.
- 3 Lopez A, Yeni I. Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. Rapport IGAS 2005/064.
- 4 Welniarz B. Soins sans consentement pour les mineurs. *Perspectives Psychiatriques* 2009, 48 : 38-43.
- 5 Hamon H. L'hospitalisation des adolescents, articulation entre le cadre juridique et le cadre thérapeutique. *Journal de Nervure* 1995, 5 : 34-43.
- 6 Massé G, Zwingenberger M. Les sorties d'essai : évolutions et perspectives. *Information Psychiatrique* 2006, 82 : 481-93.
- 7 Couhet G, Cochez F, Mériglier L, Verdoux H. Étude descriptive de la pratique des sorties d'essai d'hospitalisation d'office dans le département de la Gironde. *Information Psychiatrique* 2008, 84 : 753-9.
- 8 Cozzari G, Boscagli C. Les patients très difficiles à suivre et à rencontrer. *Nervure* 1991, 8 : 56.
- 9 Vidon G. Pour des soins obligatoires en ambulatoire. *Nervure* 1995, 8 : 65-68.
- 10 Caroli F. Hospitalisations psychiatriques, ancienne et nouvelle loi. PUF, 1991.
- 11 Riera R. Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement. N° 04-023-01. Mai 2004. IGA-IGG-IGPN.
- 12 Strohl H, Clemente M. Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990. Rapport IGAS 1997/09.
- 13 Piel E, Roelandt JL. De la psychiatrie vers la santé mentale. Rapport de mission. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la Santé, juillet 2001.
- 14 Clery-Melin P, Kovess V, Pascal JC. Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, 15 septembre 2003.

- 15 Senon JL, Manzarena C. Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médico-lé-gaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique ? *Ann Méd Psychol* 2005, 163 : 870-77.
- 16 Senon JL. Soins ambulatoires sous contrainte : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne. *Information Psychiatrique* 2005, 81 : 627-34.
- 17 Dardennes R. L'internement psychiatrique dans les pays de la CEE. *Nervure* 1990, 3 : 92-7.
- 18 Kensey A, Tournier P. La récidive des sortants de prison. *Cahiers de démographie péni-tentiaire*, ministère de la Justice, mars 2004.
- 19 Cartier ME. Rapport de la commission pour la prévention de la récidive des criminels. Ministère de la Justice, Paris, 1994.
- 20 Balier C, Ciavaldini A, Girard-Khayat M. Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels, direction générale de la Santé, Paris, 1996, p. 192.
- 21 Arena G, Marette F. Enquête sur les obligations de soins en Seine-Saint-Denis. EPS de Ville-Évrard. *Information Psychiatrique* 2007, 83 : 23-28.
- 22 Rossinelli G. Violence et psychiatrie : quels experts ? Quels rôles ? *Information Psychia-trique* 2006, 82, 8 : 655-662.
- 23 Caillaud Ritter E. Psychothérapies sous contrainte. *Information Psychiatrique* 2009, 85 : 715-18.
- 24 Hazé N. Injonctions de soins et suivi sociojudiciaire. In : *Psycho-criminologie : clinique, prise en charge et expertise*. Dunod, Paris, 2008, p. 221-233.
- 25 Tyrode Y, Bourcet S, Senon JL, Olié JP. Suivi sociojudiciaire : loi du 17 juin 1998. *Encycl Méd Chir Psychiatrie* 2001, 37-901-A-60, 5 p.
- 26 Baron-Laforêt S. Violence et dangerosité : entre loi et soin. *Intervention aux 9<sup>es</sup> Journées scientifiques d'Esquirol*, 4 et 5 décembre 2008.
- 27 Baron-Laforêt S. Guide des nouvelles obligations de soins. *Information Psychiatrique* 2009, 85 : 753-7.
- 28 David M. Loi de rétention de sûreté. Lecture des dangerosités. Histoire de leur appropriation politique et psychiatrique. *Information Psychiatrique* 2008, 84, 6 : 519-525.
- 29 Senon JL, Pradel J. Entre répression, prévention et soins : la loi du 17 juin 1998 et ses applications. In : *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judi-ciaire*. Masson, Collection Pratiques en psychothérapie, Paris, 2000, p. 69-82.
- 30 Schweitzer MG, Puig-Vergès N. Injonction de soins et suivi sociojudiciaire : déterminer une indication aux soins pour les auteurs d'infractions sexuelles ? *Information Psychia-trique* 2005, 81 : 635-9.
- 31 Senon JL, Voyer M, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité criminologique : données contex-tuelles, enjeux cliniques et experts. *Information Psychiatrique* 2009, 85 : 719-25.
- 32 Badinter R. Ne pas confondre justice et psychiatrie. Interview accordée au journal *Le Monde*, du 8 septembre 2007.
- 33 Schweitzer MG, Puig-Vergès N. La prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles. Entre demande et adhésion. Questions pour le consentement. *Information Psychiatrique* 2001, 77, 5 : 471-475.
- 34 Hemery Y. Irresponsabilité pénale, évolutions du concept. *Information Psychiatrique* 2009, 85 : 727-33.
- 35 Rappard P. La fin du non-lieu psychiatrique et son incidence sur le but des institutions psychiatriques. *Information Psychiatrique* 2009, 85 : 759-68.
- 36 Barte HN. Le point de vue du psychiatre. L'irresponsabilité pénale. In : *Législation en santé mentale*. Tome III. Pratique médico-légale. Duphar Upjohn, 1994.
- 37 Bénézech M, et al. Les nouvelles dispositions concernant les criminels malades mentaux dans la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration

- d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : une nécessaire évaluation du risque criminel. *Ann Med Psy* 2009, 167 (1) : 39-50.
- 38 Odier G. Rétenion de sûreté et surveillance de sûreté. *Information Psychiatrique* 2008, 84 : 508-10.
- 39 Senon JL, Jaafari N. La loi du 25 février 2008 relative à la rétenion de sûreté : ne faudrait-il pas clarifier et établir des priorités dans les rapports entre psychiatrie et justice ? *Information Psychiatrique* 2008, 84, 6 : 511-518.
- 40 Doron CO. La rétenion de sûreté : vers un nouveau type de positivisme juridique ? *Information Psychiatrique* 2008, 84 : 533-41.
- 41 Leguay D. Loi Dati : un moindre mal ? *Information Psychiatrique* 2008, 84 : 527-31.
- 42 Matsopoulou H. Le développement des mesures de sûreté justifiées par la dangerosité et l'inutile dispositif applicable aux malades mentaux. *Droit pénal. Revue Mensuelle LexisNexis Jurisclasseur* 2008 : 7-15.
- 43 Peyrot M. Les consternants procès des malades mentaux. *Journal Français de Psychiatrie* 2001, 2 (13) : 18-20.
- 44 Manzarena CC, Senon JL. L'expertise psychiatrique pénale. In : *Psychocriminologie : clinique, prise en charge, expertise*. Dunod, Paris, 2008, p. 147-162.
- 45 Rossinelli G. Psychiatrie médico-légale : évolutions récentes, dérives, enjeux. *Information Psychiatrique* 2009, 85 : 703-07.
- 46 Leturmy L. De l'enquête de police à la phase exécutoire du procès : quelques remarques générales sur l'expertise pénale. *AJ Pénal* 2006, 2 : 58.
- 47 Rapport du groupe de travail chargé de tirer les enseignements du traitement judiciaire de l'affaire dite « Outreau », Direction des affaires criminelles et des grâces. Service central de l'information et de la communication. Ministère de la Justice, février 2005.
- 48 Recommandations de la commission d'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale organisée par la Fédération française de psychiatrie, avec le soutien de la Direction générale de la santé, le partenariat de la Haute Autorité de santé, mai 2007
- 49 Pham TH, Saloppé X, Bongaerts X, Hoebanx JL. L'expertise dans le cadre de la loi de Défense sociale en Belgique : repères diagnostiques et recommandations. *Ann Méd Psychol* 2007, 167 : 49-55.
- 50 Colucci M. Le moment « heureux » de la psychiatrie italienne. In : *Psychiatries dans l'histoire*. PUC, Caen, 2008, p. 301-312.
- 51 Jonas C. Les hospitalisations sans consentement dans l'Union européenne. *Neuropsych News* 2005, 4 : 182-86.
- 52 L'irresponsabilité pénale des malades mentaux. In : *Les documents de travail du Sénat : série législation comparée*. LC 132, Sénat, Paris, 2004.
- 53 Louan E, Senon JL. La situation des auteurs d'infractions souffrant de troubles psychiatriques dans les systèmes judiciaire et pénitentiaire de la ville de New York (États-Unis). *Ann Méd Psychol* 2005, 163 : 834-41.
- 54 Millaud F. Malades mentaux criminels : la prise en charge judiciaire au Québec. In : *Les dangerosités. De la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*. John Libbey, Paris, 2004.
- 55 Wulff E. La situation des délinquants « psychopathes » en Allemagne. *Information Psychiatrique* 2008, 84 : 45-9.

# Cas cliniques

## CAS CLINIQUE N° 1 : BERNARD J.

Monsieur Bernard J. est né en 1965. Il est hospitalisé d'office en 2001. Dès le certificat d'admission, on repère un état d'exaltation passionnelle avec troubles du comportement, impulsivité, et agressivité. Aucun antécédent psychiatrique n'est notable ; en revanche, il existe des antécédents judiciaires (incarcéré en France et à l'étranger), somatiques (surdité). Il est issu d'un milieu familial aisé, ses parents ont rompu avec lui à la suite de ses incarcérations. Son frère vit et travaille à l'étranger.

Pourquoi l'hospitalisation d'office (HO) ?

Depuis plusieurs mois, Bernard fréquentait une jeune femme, bien insérée professionnellement. Ils avaient décidé de s'installer ensemble, et obtenu un appartement de trois pièces au titre du 1 % patronal. Cet avantage d'obtenir un trois pièces par rapport au deux pièces qui leur était réservé est lié au fait que Bernard a des revenus très faibles. Juste avant d'emménager, sa compagne lui signifie qu'elle veut rompre et lui interdit l'accès à l'appartement. Monsieur J. se retrouve en bas de l'immeuble, un pistolet à la main, elle pense qu'il veut la tuer et appelle la police ; il dit vouloir se suicider.

Au début de l'hospitalisation, on se trouve devant un individu particulièrement sthénique, revendiquant, non pas du fait d'une éventuelle trahison de sa compagne, mais avec une fixation très intense sur le droit à l'appartement, qui devient rapidement l'enjeu majeur de son existence.

L'hospitalisation a été marquée initialement par une minimisation des faits par le patient, avec impulsivité et agressivité dans ses relations avec les médecins. Nous n'avons pas noté d'élément délirant construit. La personnalité s'avère pathologique avec rationalisations, projectivité et une grande psychorigidité qui l'amènent à annuler toute proposition de son interlocuteur si celle-ci est différente de ce à quoi son propre raisonnement l'a amené. Ses demandes restent centrées sur la possibilité de sortir de l'hôpital et d'avancer dans ce sens, avec des tentatives de séduction, de manipulation et

de clivage de l'équipe soignante. Il n'a pas présenté de symptomatologie dépressive franche. Des larmes lui sont venues aux yeux lorsqu'il a évoqué la séparation d'avec son amie (à laquelle il a du mal à renoncer) et son absence d'emploi.

On notera que le patient souffre d'une surdité à 90 % pour laquelle il a été appareillé depuis l'âge de 2 ans. Sa compréhension est perturbée par des acouphènes depuis 1997. Ces troubles sensoriels peuvent être mis en relation avec son rapport particulier au monde extérieur.

Après une scolarité en milieu normal aboutissant à une formation bac+5 en gestion d'entreprise, il a toujours travaillé de façon épisodique et chaotique dans divers pays (France, Belgique, Côte d'Ivoire, États-Unis). Il perçoit l'allocation adulte handicapé (AAH) au titre de la surdité et ne travaille plus depuis fin 1999, malgré son cursus universitaire et ses diplômes non négligeables.

Son rapport à la réalité est perturbé. Il n'imagine pas pouvoir vivre seulement de son AAH alors qu'il n'a plus de soutien relationnel social, professionnel ou familial à l'extérieur. Le patient pense pouvoir se mettre à nouveau en ménage avec son ex-amie alors que celle-ci lui a clairement exprimé son refus de cette solution. Le fait d'avoir payé la moitié des factures le convainc qu'il a un droit sur l'appartement de celle-ci. Il pense aussi, comme alternative, à occuper l'appartement dont il a signé le bail, ce qui créerait une situation conflictuelle à potentialité dangereuse. Une mesure de protection de biens (curatelle renforcée, article 512) est mise en place.

Dans ces conditions, le diagnostic de paranoïa a été porté, d'autant que la réaction à sa surdité entraînait un état de tension psychique, une attitude d'écoute et de vigilance permanente, qui a pu être décrit ailleurs sous le terme de « paranoïa des sourds », qui majorait ses traits de personnalité.

Au fur et à mesure des entretiens, les éléments de dangerosité apparaissent plus nettement : absence totale de critique, inaffektivité vis-à-vis de son amie et fixation revendicatrice ayant pour seul objet l'appartement. Dans les antécédents, on s'aperçoit que le trafic de voitures était exercé de façon absurde, dans la toute-puissance, et ne pouvait aboutir qu'à un échec ; on note aussi un attrait pour les armes. C'est dans ces conditions qu'un traitement a été mis en place, traitement médicamenteux par neuroleptiques, traitement institutionnel et traitement familial avec tentative de reconstruire les liens.

L'apaisement de la tension psychique a pris 5 mois, avant de pouvoir débiter les premières permissions à l'extérieur, accompagnées de personnel infirmier. Les parents, avec beaucoup de réticence, ont accepté de rencontrer leur fils ; il a fallu là aussi plusieurs mois pour les aider à envisager qu'il ne s'agissait pas uniquement d'un voyou mais qu'il y avait des éléments pathologiques importants, situation rendue particulièrement angoissante du fait de la maladie grave du père dont on percevait l'issue relativement proche.

Ce n'est que 1 an plus tard qu'on a pu envisager une sortie d'essai dans le cadre d'une clinique-relais sous l'égide du secteur, après s'être assuré de la mise à distance de la revendication liée à l'appartement et de la rancœur vis-à-vis de son ex-amie. Ses parents l'ont reçu très régulièrement le week-end.

Enfin, fin 2002, la sortie d'essai sous HO a été transformée en sortie d'essai sous HDT avec intégration dans un appartement associatif et mise en place d'une réinsertion professionnelle en ESAT. Mi-2003, les soins ont été poursuivis par une prise en charge en consultation extrêmement rigoureuse et un traitement neuroleptique retard au centre médicopsychologique (CMP). C'est dans ces conditions que monsieur J. a pu trouver un appartement pour y habiter et qu'un changement de secteur a été opéré.

Tout ceci marquerait une évolution favorable clinique d'un épisode grave ayant évolué de façon normale sous traitement pendant un temps assez long (4 ans).

L'équipe de son secteur initial pensait ne pas avoir à revoir monsieur J. Un des médecins fut particulièrement surpris lorsqu'il trouva un jour devant son bureau monsieur J. exigeant un rendez-vous immédiat. C'est ainsi qu'il apprend que le passage de relais avec l'autre secteur s'était fait de façon satisfaisante, que le suivi était effectué de façon un peu chaotique et que pendant cette période il avait rencontré une femme architecte d'origine étrangère travaillant dans un bureau parisien, qu'ils avaient conçu ensemble un enfant, que l'accouchement était proche et que cette femme lui avait signifié sa rupture et son souhait qu'il ne rencontre pas cet enfant. Il s'est précipité pour reconnaître l'enfant pendant la grossesse et est venu de façon désadaptée exiger de son ancien médecin qu'il l'aide à exercer l'ensemble de ses droits pour cet enfant à venir. Ce médecin a été impressionné par la répétition des événements, la séduction d'une femme bien insérée, la construction en commun d'un projet (auparavant l'appartement, aujourd'hui un enfant), la rupture brutale unilatérale, l'apparente inaffectivité vis-à-vis de la femme et toute l'attention portée sur l'objet de la revendication. La mère du patient, contactée, était effrayée de l'évolution de son fils. Le patient exigeait le secret absolu sur ses démarches. Malgré cela, le médecin a contacté devant lui son psychiatre traitant et suggéré fermement une hospitalisation compte tenu des éléments de danger qui s'étaient répétés à l'identique.

La prise en charge de ce patient met en évidence l'importance :

- du temps et de la continuité des soins ;
- de la réalité du risque dangereux chez certains patients psychotiques : la répétition à l'identique de la symptomatologie montre la nécessité d'un suivi continu et très encadré ; dans ces conditions, le patient ne présente plus d'élément dangereux ;
- de l'intérêt de l'hospitalisation sous contrainte et de l'utilité de la mesure de sortie d'essai au très long cours, rappel de la loi et de l'obligation de soins chez ces patients manquant d'insight et dans le déni de leur pathologie ;
- de la mesure de la protection de biens mise en place précocement ;
- enfin, de la prise en charge familiale qui a permis de renouer des liens interrompus par une compréhension erronée de la situation.

La participation effective dans la prise en charge de leur fils tous les week-ends à leur domicile par les parents, puis par la mère et le frère du patient après le décès du père, a joué un rôle essentiel dans l'élaboration du projet de réhabilitation.

## CAS CLINIQUE N° 2 : SOPHIE

Sophie est admise en HO après une tentative d'homicide sur sa mère, dans un contexte de rechute délirante, en 2003. La patiente présente une schizophrénie paranoïde d'évolution insidieuse depuis l'âge de 17 ans environ, avec un début des soins sur le CMP 2 ans auparavant, et quatre hospitalisations dans le service en HDT pour épisodes délirants et dissociatifs aigus dont une au décours d'une visite à domicile (antécédents de traitement par olanzapine, rispéridone, halopéridol decanoate, Semap<sup>®</sup>, Pipartil<sup>®</sup> mal supportés du fait de syndrome neurologique extrapyramidal) et d'amisulpride (arrêté en raison d'une prise de poids importante). Ce suivi est difficile du fait de la méfiance de la patiente à l'égard des soignants, d'un déni des troubles, du refus d'un traitement qu'elle rationalise par des préoccupations « bio » et de la prise régulière de cannabis.

Ainsi, plusieurs semaines avant la tentative d'homicide, Sophie présente une recrudescence délirante avec hostilité de contact, alors qu'elle a interrompu tout traitement neuroleptique et antipsychotique depuis plusieurs mois puis le suivi au CMP. Quelques jours avant le passage à l'acte, elle se rend chez sa mère avec des ciseaux en pleine nuit, ce qui conduit celle-ci à se réfugier chez des voisins. Malgré les conseils de l'équipe soignante à la mère de ne pas fréquenter Sophie, celle-ci l'appelle quotidiennement puis se rend à son domicile sous prétexte de lui remettre de l'argent. Là, Sophie lui tend un véritable guet-apens, l'enfermant dans son appartement et jetant la clé par la fenêtre afin que cette dernière ne puisse pas s'enfuir. Elle l'agresse alors violemment à coups de burin. Elle est arrêtée par la police intervenue après l'appel des voisins. Conduite à l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police (IPPP), elle apparaît délirante et très agitée.

Elle est admise en HO. À l'entrée, la patiente est une ravissante jeune femme longiligne, bien élevée, amaigrie, incuriquée et très tendue. Elle présente une froideur affective importante et une réticence. Elle est athymhormique et discordante. Le délire est à thème mégalomane, persécutif de filiation et de spoliation, centré sur sa mère, à mécanismes polymorphes hallucinatoires, interprétatifs et intuitifs : « La patiente est convaincue d'avoir été enlevée à l'âge de 3 mois par la femme qu'elle a tenté d'assassiner. Cette femme lui aurait volé ses fœtus pour en faire un commerce. » L'adhésion au délire est totale. On note un risque persistant de passage à l'acte hétéroagressif avec absence totale de critique du geste et vécu projectif de l'agression. La patiente refuse le traitement.

Un traitement par Haldol®-Tercian® puis Solian®-Tercian® puis pipotiazine-cyamémazine est initialement mis en place, permettant une sédation de la tension, mais la persistance d'un délire riche et très envahissant conduit alors à la prescription de sismothérapies en juillet 2003. Après quatre séances, elle est moins tendue, moins hostile et moins impulsive, mais toujours dans le déni des troubles avec la persistance d'éléments délirants persécutifs, de transformation corporelle et d'un état dissociatif. Les sismothérapies sont arrêtées au bout de sept séances, la patiente étant dans le refus des séances, toujours très désorganisée, délirante et diffluente, et légèrement confuse. Le traitement neuroleptique classique est également arrêté et la clozapine est introduite à doses croissantes, d'abord en monothérapie puis en association avec la rispéridone orale puis d'action prolongée, accepté de façon superficielle et passive parce qu'imposé par l'hospitalisation. Des clozapinémies sont effectuées très régulièrement, de même que des recherches de toxiques.

Le comportement dans le service est adapté, la patiente respectant bien les consignes imposées par l'HO, mais elle reste très lisse et projective, attribuant l'agressivité à sa mère. Elle participe à quelques activités d'ergothérapie. L'expertise réalisée conclut à un article 122.1, alinéa 1.

Progressivement, on note une mise à distance des éléments délirants centrés sur la mère, mais la persistance d'un raisonnement paralogique. Sophie évoque alors sa colère ressentie dans la période précédant le passage à l'acte, quand elle apprend que sa mère avait fait le projet de la faire déménager au deuxième étage de son immeuble alors qu'elle se sent en sécurité au sixième, pour faire plaisir à l'un des copropriétaires. Elle se sentait trahie par sa mère et avait par moments l'impression que cette dernière lui demandait de la battre en l'incitant par ses paroles et la poussait à bout. En février 2004, Sophie débute une psychothérapie hebdomadaire centrée sur l'agressivité et le passage à l'acte, et semble être beaucoup moins hostile à l'égard des soins à partir de ce moment-là.

En septembre 2004, elle débute des activités de jardinage 3 fois par semaine avec les jardiniers de l'hôpital dans un but de resocialisation, pour élargir le cadre instauré par l'HO, puis des activités de CATTP (Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel) en dehors de l'hôpital à partir du mois de février 2005, venant compléter le jardinage, dans le cadre de permissions non accompagnées sous HO. Trois activités sont choisies par la patiente. De plus, un projet de clinique-relais est mis en place et la patiente est admise en mai 2005 dans une des structures extrahospitalières du secteur, dans le cadre d'une sortie d'essai sous HO, tout en poursuivant ses activités. Chaque projet de resocialisation est alors source d'angoisse pour la patiente.

Des entretiens avec sa mère sont organisés, en présence des soignants, avec une première rencontre au bout de 22 mois d'hospitalisation afin d'éviter des contacts en dehors d'un lieu institutionnel de médiation. La patiente reste très ambivalente par rapport à ces entretiens, et très froide.

Sur le plan social, on demande la mise en place d'une mesure de protection des biens (curatelle 512 avec un curateur extérieur à la famille) et l'obtention de l'AAH, jusque-là refusée par la patiente, dans l'objectif d'autonomiser Sophie par rapport à la mère.

Sur le plan biographique, Sophie a perdu son père décédé d'un cancer généralisé et a un frère plus jeune, marié avec une jeune femme portant le même prénom qu'elle. Elle a obtenu son baccalauréat mais a rapidement interrompu ses études de communication. Par la suite, elle a effectué plusieurs emplois précaires. Sur le plan affectif, elle a eu quelques amis avant de développer une relation avec un autre patient du service, schizophrène et polytoxicomane.

Pourquoi un tel cadre thérapeutique ?

Sophie présente un certain nombre de facteurs de risque de violence, selon les données de la littérature : l'addiction au cannabis qu'elle consomme en grandes quantités, l'impulsivité, un vaste délire persécutif centré sur sa mère, avec prédominance des mécanismes hallucinatoires, un véritable scénario de meurtre planifié depuis plusieurs jours, des idées mégalomaniaques et de spoliation, un déni des troubles et une mauvaise observance. Elle est jolie et « bien élevée » avec un discours très lisse qui peut faire illusion. Elle est résistante au traitement classique.

La relation avec la mère est teintée d'ambivalence, tant du côté de la patiente que de celui de la mère. C'est ainsi que celle-ci ne prend pas garde aux recommandations de l'équipe, préférant garder la maîtrise sur les soins et notre intervention auprès de la patiente. Elle apparaît très intrusive, probablement trop proche de Sophie à certains moments, s'identifiant à elle tout en la traitant de malade. Elle demande un traitement tout en ne supportant pas les effets secondaires induits par celui-ci. Cependant, il nous apparaît difficile de l'exclure des soins, dans la mesure où il s'agit du seul lien affectif stable de Sophie, et du seul rapport avec l'extérieur. Deux écueils nous semblent ainsi importants à éviter : soit exclure la mère et la remplacer, nous exposant alors à la chronicisation de la patiente ou au déplacement de la projection et de la persécution sur l'équipe soignante et en particulier sur la psychiatre référente ; soit favoriser le rapprochement mère-fille fusionnel et mortifère contre l'équipe soignante. Ces entretiens sont effectués tous les 2 mois environ, interrompus lorsque Sophie se sent menacée par sa mère.

Le cadre thérapeutique est très strict, s'appuyant sur l'HO puis la sortie d'essai sous HO. Il s'assouplit très progressivement, et présente alors l'intérêt de travailler autour de la patiente très défendue et très réticente, avec plusieurs équipes (l'intrahospitalier, le CATTP, la clinique-relais, les jardiniers). Sophie offre ainsi à ces

différentes équipes une facette différente de sa personnalité et de sa maladie. La confrontation de ces différentes facettes permet d'ajuster au mieux l'étayage autour de la patiente. Concernant la chimiothérapie, l'adjonction d'un traitement à action prolongée « sécurise » le traitement par la clozapine, la patiente n'étant pas toujours régulière dans les prises orales, bien que cette prescription soit non recommandée (hors AMM du fait du risque de toxicité hématologique). Enfin, le travail psychothérapique permet d'aborder la haine de la patiente ressentie par moments à l'égard de sa mère et de resituer le passage à l'acte dans la trajectoire de la patiente en évitant le déni. Les entretiens conjoints mère-fille permettent de réintroduire la mère sans mettre la patiente en danger, d'aborder l'ambivalence de la relation entre les deux femmes et le maintien du lien.

L'évolution de Sophie est ponctuée de quelques réhospitalisations à partir de la clinique-relais pour décompensations anxieuses et délirantes favorisées par une observance partielle au traitement, et la prise de cannabis. Ces nouvelles hospitalisations sont cependant très brèves, de l'ordre de 1 à 2 semaines. Actuellement, la patiente poursuit sa prise en charge en individuel et avec sa mère dans le cadre d'entretiens mère-fille. Toujours en clinique-relais, elle effectue une remise à niveau en vue d'intégrer une formation professionnelle. Sur le plan symptomatique, elle apparaît non délirante avec une nette amélioration du lien thérapeutique et de la conscience de ses troubles.

### CAS CLINIQUE N°3 : CLAUDE

Claude, 26 ans, est hospitalisé suite à un homicide. Mis en observation, traité par neuroleptiques, il est hospitalisé en psychiatrie dans un autre service et arrive dans notre service 1 an après les faits. Alors que nous nous apprêtons à demander le réexamen de son cas en vue d'une responsabilisation de ses actes, le non-lieu article 122.1 a été prononcé par le juge au vu de deux expertises psychiatriques réalisées avant son admission dans le service. Il n'a pas d'antécédent psychiatrique, en dehors d'une tentative de suicide médicamenteuse réactionnelle suivie d'une courte hospitalisation dans un service de psychiatrie en hôpital général sans suivi ultérieur. Sur le plan somatique, il a eu un accident de la voie publique avec traumatisme crânien 1 an auparavant pour lequel aucun lien n'a pu être établi avec l'homicide. On note aussi une alcoolisation importante, et c'est d'ailleurs en état d'alcoolisation que l'homicide a été commis, bien que celle-ci ne soit pas mentionnée comme facteur favorisant dans les expertises psychiatriques requises par le juge. Claude est le cinquième d'une fratrie de cinq enfants, l'aîné étant d'un premier lit du côté de la mère. Il a effectué des études moyennes, passé un CAP dans la restauration et a travaillé comme chef de rang successivement dans deux restaurants. Son père est retraité (ancien jardinier), sa mère gardienne d'un immeuble. Lui-même habitait un studio dans cet immeuble, et c'est là qu'il a agi. Il aurait subi des attouchements sexuels de la part de son frère vers l'âge de 11 ans, faits cachés au reste de la famille. Homosexuel, ses parents ignoraient son homosexualité qu'il leur a révélée à cette occasion. Depuis plusieurs années, Claude avait entrepris de vivre une vie nocturne après son travail au cours de laquelle il s'alcoolisait. À l'époque de l'homicide, il est sans travail, a consulté de lui-même au CMP, mais aucune pathologie n'est décelée.

Au cours de l'hospitalisation, il ne donne pas d'explication à son geste : on sait seulement qu'il a rencontré un jeune homme en rentrant, la nuit, l'a invité chez lui ; ils se sont alcoolisés, ont eu une relation sexuelle, il l'aurait tué au matin, et serait

ensuite resté avec le cadavre pendant 2 j. Il aurait eu l'idée de se suicider et ne l'a pas fait, a appelé son frère, et est parti à sa consultation au CMP où il n'a rien dit. C'est pendant son absence que sa mère découvre le corps, et qu'elle appelle la police qui l'emmène à son retour. Il n'éprouve pas de culpabilité et tente plutôt de rationaliser son geste. Claude ne présente pas de symptomatologie évoquant une psychose et nous sommes tentés de rapporter les symptômes observés au début de l'hospitalisation (appauvrissement du contact, absence d'élaboration par rapport au geste, apragmatisme) à la tentative de traitement par amisulpride. Il nous apparaît en revanche d'une grande immaturité avec un niveau intellectuel plutôt moyen, mais qu'il compense par ses capacités d'adaptation. Assez intolérant aux frustrations, il s'améliore progressivement sur ce plan au fur et à mesure de la prise en charge. Une hépatite de type B limite la prescription de traitement mais il reçoit néanmoins de l'Espéral® et du Valium® à petites doses au moment où le contact avec l'extérieur est initié, avec les permissions sous HO. D'apparence calme, très méticuleux pour sa personne, coquet, il n'a aucun geste ni propos incohérent ou inadapté, semble peu agressif mais moqueur, ayant le sens de l'humour, et s'exprime sur un mode superficiel. Avec le personnel, le patient ne veut pas décevoir et règle son attitude selon ce que l'on attend de lui. Il laisse transparaître peu de sentiments, apparaît mesuré, calculé voire insensible. Il ne supporte les contacts physiques que sur un mode humoristique. En revanche, il n'apparaît à aucun moment dangereux pour les autres ou pour lui-même.

Des entretiens familiaux sont régulièrement effectués, permettant la mobilisation active de la famille avec des week-ends de permission chez les différents membres, chaque semaine. Tous s'impliquent bien dans la prise en charge et viennent régulièrement chaque mois à une réunion familiale. Chaque transgression du cadre, souvent favorisée ou cautionnée par la mère (vols d'argent ou de Carte Bleue, alcoolisation lors des permissions) est ainsi reprise dans le cadre des entretiens familiaux.

Un projet de réinsertion socioprofessionnelle est progressivement mis en place dans le cadre de permissions sous HO puis d'une hospitalisation de nuit sous HO. Le sujet travaillant dans les « métiers de bouche », une reconversion semble en effet indispensable afin d'éviter de l'exposer aux risques d'alcoolisation. Il participe alors aux chantiers thérapeutiques du service où il effectue un travail régulier et assidu pendant 7 mois, puis il bénéficie d'une remise à niveau à l'ANPE, et d'une formation avec obtention d'un CAP de vente-commerce. Une mesure de protection de biens (curatelle article 512) est mise en place, dans la mesure où le patient a montré dans le passé des difficultés de gestion de son argent, et une tendance à des dépenses inconsidérées dans les bars. Parallèlement, un projet de foyer lui est proposé, tout en maintenant un cadre de soins assez strict, et il est donc admis en sortie d'essai sous HO dans un foyer thérapeutique non sectorisé, après plusieurs mois d'hospitalisation. Dès lors, le suivi est maintenu sur le secteur avec consultations psychiatriques et psychothérapies individuelles, et entretiens familiaux institutionnels mensuels. Chaque étape de l'évolution donne lieu à une expertise (demandes de permission, hospitalisation de nuit, mesure de sortie d'essai, projet de travail et de vie de plus en plus autonome) : aucune symptomatologie psychiatrique évolutive, aucun trouble du comportement ne sont rapportés qui auraient pu entraver le processus de réhabilitation et de resocialisation. Claude retrouve un emploi dans le cadre de l'intérim puis de façon définitive, un appartement sur un autre arrondissement et va nouer une relation affective stable avec un jeune homme employé dans les parcs et jardins. C'est à ce moment-là, soit en 1998, qu'une abrogation d'HO est demandée et accordée suite aux conclusions des deux experts nommés. Claude continue à être suivi en ambulatoire

quelques mois sur le secteur puis un relais est effectué sur son nouveau secteur où il est suivi très régulièrement pendant 2 ans avant un nouveau déménagement dans le Sud de la France.

Les troubles sont à rapporter à des éléments de déséquilibre psychopathique probablement réactivés par la prise massive d'alcool, ce qui justifiait pour l'équipe soignante une demande de responsabilisation du patient.

Le traitement a pris en compte comme critère principal le risque de décompensation alcoolique, ce qui n'avait pas été le cas dans les expertises ayant motivé le non-lieu. L'alcoolisme a donc été un symptôme très étroitement surveillé tout au long de l'évolution, avec comme élément de surveillance la prise quotidienne d'Espéral® dans le service puis au CMP, et la régularité des examens biologiques (bilan hépatique avec notamment le dosage des gamma GT). La prise en charge a été longue sur plusieurs années, sans aucune décompensation aiguë observée. La réhabilitation du patient a été rendue possible en grande partie grâce au soutien actif de la famille. Claude a ainsi pu bénéficier d'une place bien différenciée au sein de la famille, prenant de la distance par rapport à sa mère et aux relations conflictuelles des parents. La continuité de soins très encadrés a contribué à l'aider à intérioriser des limites et à gérer son impulsivité. Celle-ci n'a été possible que grâce à la sortie d'essai sous HO. En effet, le patient, éprouvant peu de culpabilité, peu de capacité d'élaboration de ses difficultés notamment autour de son homosexualité, et peu de reconnaissance de ses troubles, n'aurait jamais adhéré à un suivi aussi prolongé et aussi cadrant.

#### CAS CLINIQUE N° 4 : LUCAS

Lucas présente une psychose héboïdophrénique sans idée délirante manifeste, mais une impulsivité, une intolérance à la frustration et une dépendance au cannabis.

Ses antécédents psychiatriques sont marqués par de multiples décompensations dissociatives avec angoisse, impulsivité, bien qu'il soit diagnostiqué état limite de l'enfance. Il bénéficie d'un suivi régulier en pédopsychiatrie sur son intersecteur puis en libéral pour dyslexie, énurésie et difficultés scolaires. À l'âge de 15 ans, le patient est hospitalisé à trois reprises sur le secteur adulte pour troubles des conduites avec vols dans les magasins et fléchissement scolaire, puis ingestion médicamenteuse volontaire, et automutilations superficielles. Lors de ces hospitalisations, il tente de mettre le feu plusieurs fois dans le service, de se pendre et blesse une infirmière (fracture du pouce) dans un moment d'agitation. La prise en charge est rendue très difficile par des conflits entre la mère et l'équipe soignante. Elle se montre systématiquement disqualifiante vis-à-vis des soins proposés et des soignants (incluant le responsable de l'unité). Une ordonnance de placement provisoire dans le service est alors demandée. Par la suite, une AEMO (Aide Éducative en Milieu Ouvert) judiciaire sera mise en place. Deux hospitalisations en service fermé dans une unité pour adolescents permettent par la suite d'offrir au patient un lieu plus contenant, plus éloigné et moins conflictuel par rapport à la mère que le secteur. Progressivement, un projet de soins associé à une formation professionnelle est mis en place, le patient intégrant un internat thérapeutique puis un appartement associatif. Cette prise en charge est brutalement interrompue par un passage à l'acte hétéroagressif sur la psychiatre référente faisant suite à une transgression du cadre (relation sexuelle avec une adolescente de la structure puis fugue). Par la suite, le parcours du patient est émaillé, sur une période de 1 an, de multiples consultations prolongées aux urgences pour des passages à l'acte auto- et hétéroagressifs, et de sept hospitalisations sur le secteur pour passages à l'acte

auto- et hétéroagressifs sur son éducateur et sa mère. À cette période, la consommation de cannabis est importante. La prise en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) est maintenue jusqu'à l'âge de 18 ans, puis interrompue dès la majorité atteinte, le patient n'arrivant pas à s'inscrire dans un contrat jeune majeur.

Ainsi, le secteur se retrouve progressivement seul face à la prise en charge difficile de ce jeune homme, l'aide sociale ne pouvant poursuivre l'étayage éducatif et social, le suivi en libéral étant de fait arrêté par les séjours hospitaliers, de même que le suivi en addictologie initié lors de la reprise de contact du patient avec le secteur adulte. Toutes les tentatives de réinsertion par le biais de foyers et d'hôpitaux de jour non sectorisés sont mises en échec par le patient par des passages à l'acte transgressifs ou violents (consommation et diffusion de toxiques dans les structures de soins, bris d'objets, attitudes menaçantes).

Lucas vit avec ses deux parents, jusqu'à l'âge de 7 ans. Ceux-ci se séparent, le père homosexuel, ancien toxicomane, pris en charge pour un sida déclaré, partant vivre avec un ami. Il se suicide avec des médicaments et de l'alcool lorsque Lucas est âgé de 14 ans. La mère a été placée à l'âge de 15 ans suite à des violences de son propre père sur elle. Elle est éducatrice dans un foyer pour handicapés situé sur le secteur où est suivi son fils. Elle se présente très fragile avec des aménagements pervers. Elle connaît l'homosexualité et la séropositivité du père de Lucas, au moment de son mariage avec lui. Ainsi, sa grossesse et la petite enfance du jeune homme sont marquées par la crainte de la contamination et de la maladie. Elle nouera une relation amoureuse avec le psychologue libéral de Lucas au moment où celui-ci est hospitalisé pour la première fois dans le service. Lucas présente des difficultés de comportement avec sa mère avec moments d'opposition dès l'âge de 11 ans, ce qui conduira cette dernière à le placer en internat vers l'âge de 12 ans. Le jeune garçon n'acceptera jamais l'internat, fuguant à plusieurs reprises et considérant l'internat comme un abandon de la part de la mère. Il commence alors à consommer régulièrement du cannabis, cette consommation majorant l'impulsivité et la tension interne.

C'est dans ce contexte qu'il se montre très menaçant envers sa mère et qu'il est hospitalisé une nouvelle fois dans le service. Il est alors détaché, dans une attitude régressive et projective. Il est d'une grande froideur affective, mais paraît ressentir une certaine jouissance à susciter l'inquiétude de l'équipe soignante. Il frappe violemment une infirmière puis son médecin référent, qui s'oppose à sa sortie contre avis médical. Une demande d'HO est effectuée, et le traitement chimiothérapique, déjà important, majoré. Malgré la modification du traitement, il persiste une impulsivité manifeste, une tension interne importante probablement majorée par une prise de toxiques persistante. Lucas est dans le déni des troubles et montre une arrogance inquiétante vis-à-vis de l'équipe. Ainsi, il se place régulièrement dans une attitude de défi rendant les soins difficiles. À plusieurs reprises, Lucas demande un placement en unité pour malades difficiles (UMD) ne se sentant pas en sécurité au sein du service, mais également, d'après l'équipe, pour avoir le statut de « malade difficile » au sein de l'unité. Cette demande est longuement discutée en équipe et un premier contact est pris avec le médecin de l'UMD pour avis. Finalement, le traitement est rééquilibré et l'on décide un cadrage strict du patient en le maintenant sur le secteur. Le patient apparaît plus calme, mais son discours reste cependant peu informatif, plaqué et rationalisant. Il repasse à l'acte sur une infirmière (tentative de strangulation) du service 3 semaines après son admission. Au moment du passage à l'acte, il est très tendu et désorganisé. Il aborde davantage sa relation à sa mère, disant avoir eu très peur d'elle lorsqu'il était enfant du fait de son impulsivité et de son imprévisibilité. Il rationalise le passage à l'acte sur l'infirmière en disant qu'elle l'écoute « un peu

comme une mère », qu'elle le rassure. Il dit qu'il a senti la violence monter en lui, la sidération psychique qu'il décrit comme « le noir dans sa tête ». Quand il aborde sa relation avec sa mère, il pointe l'inquiétude qu'il suscite chez elle lors de ses passages à l'acte violents. Il n'a aucune critique de son passage à l'acte. Dans les jours suivants, aux différents entretiens, il apparaît très froid, inaffectif, se dit triste, tristesse qu'il attribue à l'absence de sa mère, mais n'a pas d'idées suicidaires. Il semble éprouver du plaisir lorsqu'il perçoit les craintes de l'équipe face à son impulsivité persistante. Il n'exprime aucun élément délirant. Le projet de transfert en UMD ne suscite aucune réaction chez lui. Il reste toujours très tendu et impulsif malgré la sédation du traitement.

Placé en contention complète continue après le second passage à l'acte, avec entretiens et séances de kinésithérapie quotidiens, il bénéficie d'un traitement, en quatre prises, associant trois antipsychotiques, un thymorégulateur à visée anti-impulsive et des benzodiazépines. Les sismothérapies sont contre-indiquées du fait de perturbations à l'électroencéphalogramme. L'isolement et la contention permettent un apaisement partiel de la tension interne même si le patient reste encore envahi par des images et des pulsions agressives centrées sur l'image maternelle. La verbalisation est pauvre, chez un patient assez défendu, dont le discours est plaqué, centré sur le suicide de son père et ses projets de formation en pâtisserie.

Le cas de Lucas illustre d'une part la difficulté du diagnostic devant une symptomatologie dominée par le passage à l'acte, d'autre part, toute la difficulté de la prise en charge institutionnelle lorsqu'une équipe se retrouve seule face à un patient, sans possibilité de trianguler la relation thérapeutique. La mère très fragile est dans une confusion de sa place par rapport à son fils (en nouant une relation avec le thérapeute de celui-ci) et par rapport à l'équipe soignante, qu'elle disqualifie et agresse en permanence. Elle se sent dépossédée de Lucas. Tout en voulant maîtriser les soins, elle se dérobe lors de toute tentative de resocialisation de son fils. Elle disqualifie tous les projets élaborés par l'équipe soignante. Elle projette sur son fils toute la revendication à l'égard du père de Lucas ou se montre d'une exigence sans limites, notamment pour les résultats scolaires. Lucas n'est pas le fils idéal, il doit donc être placé en hôpital psychiatrique ou en foyer comme les jeunes dont elle s'occupe, car c'est pour elle un grand malade. L'ASE se dérobe dès la majorité du jeune homme, son cas étant trop lourd. Cependant, la fin de la prise en charge ASE s'accompagne d'une recrudescence symptomatique, Lucas n'ayant plus d'autre projet d'avenir que la psychiatrie. Malgré cette recrudescence, l'équipe tente de proposer des projets de réinsertion au patient, très vite investis par celui-ci mais aussi rapidement mis en échec, ces projets étant probablement trop ambitieux, trop rapides et le patient ne pouvant exprimer ses difficultés et son angoisse.

Le transfert en unité pour malades difficiles est effectué devant l'impasse thérapeutique dans laquelle l'équipe se situe, pour un séjour limité dans le temps. Ce séjour sera cependant prolongé du fait d'un nouveau passage à l'acte hétéroagressif de Lucas à l'égard d'un autre patient, dans un contexte de frustration (absence de nouvelles de la mère la veille du jour d'anniversaire du patient).

## CAS CLINIQUE N° 5 : PIERRE L.

Monsieur Pierre L. est né en 1981. Il est hospitalisé pour la première fois sur le secteur à la demande d'un tiers en 2007. Il est alors adressé pour des « troubles du

comportement avec mise en danger » dans un contexte de consommation d'alcool, de benzodiazépines (Rivotril® et Rohypnol®) et de cannabis.

À cette époque, le patient a déjà de nombreux antécédents psychiatriques et judiciaires. Dès l'enfance, un isolement social est repéré et signalé par l'institutrice. Des tests psychologiques sont menés à cette occasion, sans suivi proposé par la suite. Il débute une consommation régulière d'alcool et de cannabis vers l'âge de 12 ans. À l'âge de 15 ans, il passe à l'acte sur sa mère, tentant de la tuer, dans un contexte délirant mystique et persécutif associé à une consommation de toxiques (alcool, cannabis). Il est alors emprisonné pendant 3 mois puis hospitalisé dans un service de secteur périphérique pendant 9 mois. À la suite de l'hospitalisation, un suivi ambulatoire est instauré mais rapidement interrompu, malgré la mise en place d'une AEMO judiciaire. Il est alors pris en charge dans de nombreuses structures privées (spécialisées dans les conduites addictives), payées par le père, sans qu'une continuité de soins puisse être instaurée. Chaque rechute étant considérée par les parents comme un échec de la prise en charge, et non liée à la maladie, il y a de très nombreux changements d'équipe sans réel traitement psychiatrique instauré. Il est interpellé à plusieurs reprises pour consommation de produits toxiques (notamment de cannabis et de cocaïne) mais sans nouvelle incarcération. Pour autant, il est souvent impliqué dans des bagarres de rue, se voit menacé par des dealers (finalement directement payés par le père). Il se montre régulièrement menaçant et violent vis-à-vis de sa mère, le plus souvent dans des contextes d'intoxication aiguë. Cependant, comme celle-ci ne porte pas plainte, aucune nouvelle procédure judiciaire n'est entamée pour violence. Sur le plan scolaire, il a interrompu ses études après plusieurs redoublements avant d'obtenir le bac.

Pierre est le fils unique d'un couple d'avocats en droit international. Les parents se sont séparés très tôt et il a toujours vécu avec sa mère avec qui il a une relation très fusionnelle. La mère a rapidement arrêté de travailler pour s'occuper de son fils et le père a pris en charge financièrement le quotidien de son ex-femme et de son fils. Le père souffre d'une maladie bipolaire et est hospitalisé assez régulièrement en psychiatrie. La mère, fragile, qui présente des moments d'effondrement psychique, n'a jamais accepté de suivi psychiatrique ou psychothérapeutique.

Lors de la première hospitalisation sur le secteur, le patient vit avec son amie dans un appartement payé par le père. L'amie qui perçoit directement l'argent du père gère le budget du couple, auquel le patient n'a pas accès. Néanmoins, il continue à consommer de multiples toxiques (surtout de l'alcool et de la cocaïne) avec l'argent que lui donne sa mère. L'hospitalisation fait suite à une altercation avec son amie suite à des consommations croissantes d'alcool, de benzodiazépines et de cocaïne. Il se présente alors très tendu et impulsif, dans une grande froideur affective et une banalisation de ses comportements. Soulagé par le traitement antipsychotique retard instauré, il formule le projet de reprendre ses études et de passer un diplôme d'accès aux études universitaires (DAEU).

Dès sa sortie de l'hôpital, le suivi s'avère difficile et l'observance médicamenteuse est très aléatoire, le patient ne venant pas faire ses injections retard au CMP et se faisant prescrire des benzodiazépines par différents médecins généralistes. Il se retrouve rapidement en échec dans ses études et reconsomme massivement de l'alcool et de la cocaïne. Il est alors réhospitalisé à plusieurs reprises dans le service suite à des disputes très violentes avec son amie qui finalement se sépare de lui et part vivre dans un appartement payé par le père, lequel dit la considérer comme sa fille. Lors de ces hospitalisations (trois en 3 mois), il est tendu et impulsif. Il exprime des

angoisses très massives dissociatives. Il apparaît également très apragmatique lorsqu'il est à distance des toxiques. Il investit peu les soins. Il refuse la prise en charge en hôpital de jour qu'il met en échec par de multiples transgressions, l'AAH et la mesure de curatelle. Sa mère propose de l'envoyer dans une structure spécialisée en addictologie en Angleterre. Elle disqualifie le service tout en tenant des propos inquiétants sur son fils et en lui exprimant parfois des propos morbides qui déclenchent chez lui des angoisses massives. Le père, qui est davantage dans l'adhésion aux soins, refuse le départ en Angleterre.

En 2008, alors qu'il vit seul et consomme massivement des toxiques, le patient se montre de plus en plus impulsif. Une prise en charge en hospitalisation séquentielle est instaurée avec une majoration des traitements neuroleptiques. Lors d'une permission, il frappe sa mère à la tête et celle-ci reste inanimée pendant plusieurs heures à son domicile. Elle ne prévient pas la police et ne ramènera pas son fils à l'hôpital. Ce nouveau passage à l'acte sera évoqué par la mère lors d'un entretien de suivi, dans un moment de colère, contre le service justifiant son souhait d'interrompre la prise en charge. Le patient est alors réhospitalisé dans le service en HDT signée par le père. Il reçoit un traitement associant plusieurs neuroleptiques et bénéficie d'une cure de sismothérapies. Le cadre institutionnel est très strict, sans permission, sans visite. Il est vu à plusieurs reprises par un psychiatre addictologue spécialisé. Son contact s'améliore, son impulsivité diminue et son discours, même s'il reste superficiel, est plus ancré dans la réalité des troubles. Il tolère mieux la frustration et commence à nouer des liens avec l'équipe soignante. Il peut décrire des moments d'angoisse intense dissociative par lesquels il explique son « automédication précoce par les toxiques ». Il rapporte également des périodes de vécu délirant persécutif et mystique avec des hallucinations en période de forte consommation de toxiques. Il recommence à participer aux activités thérapeutiques du service. Il perçoit alors ses difficultés cognitives et son apragmatisme de plus en plus marqué, ce qui entraîne un mouvement dépressif. Pour la première fois depuis le début de la prise en charge, les dosages de toxiques urinaires sont négatifs. Les parents sont reçus très régulièrement par le médecin responsable du secteur, mais pas dans l'unité de soins où se trouve hospitalisé le patient. Ce suivi permet une meilleure adhésion aux soins. Les parents acceptent de participer à la demande d'AAH et de curatelle. La mère accepte de débiter un suivi auprès d'un psychiatre. Elle peut même exprimer un certain soulagement à être séparée de son fils, tout en réclamant de le voir souvent.

Malgré la nette amélioration clinique, le patient n'arrive pas à investir le projet qui lui est proposé : hôpital de jour et suivi sur le CMP. Il reprend des attitudes de défi et d'arrogance vis-à-vis de l'équipe. Il reprend le projet de reprise des études pour passer le DAEU et intégrer un cursus universitaire. Il y a même une rechute de la consommation de cannabis. Un autre projet est alors progressivement construit, notamment porté par le père du patient : celui d'intégrer une clinique thérapeutique de soins institutionnels. Ce projet est rapidement investi positivement par le patient qui se projette à nouveau dans l'avenir. L'impulsivité diminue et le contact s'améliore à nouveau. Le patient intègre une clinique thérapeutique où son intégration se déroule bien, sans réémergence de troubles comportementaux.

La prise en charge de ce patient met en évidence l'importance du temps et de la continuité des soins, de la prise en charge familiale qui a permis une prise de conscience des troubles, une meilleure adhésion aux soins et donc leur continuité, et l'intérêt de travailler avec d'autres structures de soins non sectorisées dans l'élaboration du projet de réinsertion.

## CAS CLINIQUE N° 6 : EMMANUEL C.

Monsieur Emmanuel C. est né en 1969. Il est hospitalisé d'office en 2007. Il est adressé en HO suite à une expertise psychiatrique conduite pendant une garde à vue secondaire au dépôt d'une plainte par sa mère pour agression physique. À l'époque où survient cette HO, il a déjà un long parcours psychiatrique mais également judiciaire.

Il ne travaille plus depuis environ 5 ans (son ancien métier est non connu tant le patient « brode » sur sa biographie et son passé), vit dans un petit appartement avec sa mère âgée de 89 ans, handicapée par une maladie arthrosique sévère et un diabète. Sa sœur aînée est décédée d'un cancer métastasé à l'âge de 20 ans. Son père, séparé de sa mère quand il était enfant, est décédé au Maroc à l'âge de 90 ans. Le patient est venu enfant en France dans des conditions sociales très difficiles. Il a reçu une éducation assez traditionaliste, et plutôt rigide. Sur le plan scolaire, il se retrouve rapidement en difficulté et redouble à deux reprises en primaire et au collège. Il est par la suite orienté vers un CAP de tourneur fraiseur qu'il n'obtient pas.

Il commence à consommer des toxiques (alcool et cannabis dans l'adolescence). Lorsqu'il commence à travailler, il débute une consommation de cocaïne progressivement croissante. Il est impliqué dans plusieurs affaires de trafic de stupéfiants et est incarcéré à deux reprises. Il est également incarcéré pendant 4 mois suite à des violences sur agent de police. Il débute son suivi sur le secteur suite à une injonction de soins dans les suites de violences contre sa mère. Avant d'être hospitalisé d'office, le patient est hospitalisé à quatre reprises pour des rechutes de consommation massive d'alcool associée à des mouvements dépressifs et des conduites suicidaires. Depuis qu'il vit avec sa mère, le patient multiplie les passages à l'acte autoagressifs. Il est fréquemment conduit aux urgences suite à des consommations massives d'alcool associées aux benzodiazépines, à l'origine d'une ostéonécrose bilatérale des têtes fémorales. Lors de ces hospitalisations, il n'est pas dissocié ni délirant, mais son contact est bizarre, alternant des moments d'adhésivité de nature schizoïde et de tendance à la manipulation. Il transgresse fréquemment le cadre de soins. Son discours est essentiellement centré sur son désir de mettre fin à ses consommations de toxiques.

L'HO fait suite à une période de plusieurs semaines de rupture de soins et de consommation croissante d'alcool et de benzodiazépines. Le patient se retrouve en échec dans ses tentatives de réinsertion, ce dont il accuse sa mère. Il dit avoir raté des entretiens d'embauche parce qu'elle a arrêté le réveil ou lui a volé son curriculum vitae. La veille de son arrivée, dans un contexte d'alcoolisation, il agresse physiquement sa mère qui refuse de payer son abonnement de téléphone portable. La curatrice de celle-ci porte plainte malgré l'opposition de sa protégée. Au cours de la garde à vue, monsieur C. est expertisé puis adressé à l'infirmier psychiatrique de la préfecture de police. Le rapport d'expertise ne met pas en évidence d'éléments délirants ou hallucinatoires, mais souligne la présence d'un syndrome dissociatif et d'une dépersonnalisation. L'expert conclut à une abolition complète du discernement et du contrôle des actes au moment des faits. Dans le certificat de placement d'office, « l'expansivité théâtrale et l'hypercontrôle obséquieux » font pourtant évoquer une personnalité pathologique, associée à des éléments de discordance. La prise de toxiques est soulignée comme un facteur de dangerosité et de récidive.

Un traitement antipsychotique par voie orale puis injectable est instauré, associé à un sevrage en benzodiazépines et à un rééquilibrage des traitements

antiépileptiques. Le contact s'améliore rapidement. Le discours est correctement organisé, mais reste empreint de réticence. En revanche, le patient se montre impulsif, intolérant aux frustrations, et transgresse tous les cadres qui lui sont proposés. Au décours de l'hospitalisation en cardiologie de sa mère se développe une importante recrudescence anxieuse qui nécessite la prescription d'un traitement neuroleptique classique. Ce traitement permet un meilleur apaisement anxieux mais n'empêche pas la poursuite des transgressions : alcoolisation et consommation de cannabis dans le service, introduction de plusieurs téléphones portables interdits dans l'établissement. Le patient offrant un bon contact superficiel, reste dans une position de toute-puissance, sans réelle critique de ses agissements. Il est dans le déni de ses troubles et montre une revendication vis-à-vis des soins qui lui sont imposés. Les tests psychologiques de niveau et projectifs montrent un niveau intellectuel élevé avec des niveaux de performance préservés et des éléments de structuration psychotique sous-jacente associés à des modes de défense pervers et narcissiques.

Après 6 mois d'hospitalisation, les troubles comportementaux s'apaisent suffisamment pour que, progressivement, le patient puisse s'intégrer à l'hôpital de jour du secteur à temps partiel puis à temps complet. Il y montre un bon investissement dans les activités thérapeutiques. Les transgressions persistent mais restent tolérables pour l'institution. Prenant de l'Espéral<sup>®</sup>, il ne rechute pas de sa consommation d'alcool mais consomme assez régulièrement du cannabis. Il intègre progressivement le foyer thérapeutique du secteur et paraît commencer à s'investir dans les entretiens psychiatriques et psychothérapeutiques. Il revoit sa mère âgée à l'hôpital et peut évoquer ses sentiments de haine à son égard. Maintenu en sortie d'essai d'HO, il accepte bien la mise en place d'une mesure de curatelle renforcée et le versement de l'AAH. Durant ses soins apparaissent des troubles neurologiques moteurs évocateurs de sclérose en plaques pour lesquels un traitement par bolus de corticoïdes est débuté, entraînant une certaine instabilité thymique avec des moments d'excitation notamment. Cette symptomatologie thymique justifie la prescription d'un traitement thymorégulateur.

Au décours du suicide par déféstration d'une patiente prise en charge au foyer thérapeutique, il ne rentre pas de permission. À l'issue d'une visite à l'ancien domicile de sa mère, avec la police, il est retrouvé mort dans son lit.

L'instruction judiciaire qui s'est poursuivie durant toute la durée de la prise en charge de ce patient n'a pu être conduite à son terme avant le décès du patient.

Le cas de ce patient illustre les difficultés de prise en charge des patients présentant un trouble de personnalité de type antisocial associé à une structuration psychotique. Les troubles du comportement et l'impulsivité étant au premier plan de la clinique avec un accès difficile aux symptômes psychotiques sur lesquels les traitements psychotropes sont potentiellement plus actifs. La prise en charge pluridisciplinaire de ce patient avec l'implication des différentes structures du secteur a néanmoins permis un apaisement anxieux et comportemental compatible avec une sortie de l'hôpital sans récurrence violente. L'isolement familial de ce patient a clairement représenté une limite dans ses projets de réinsertion qui ne pouvaient que s'appuyer sur le secteur seul. La cause du décès n'a pu être déterminée. La question du suicide reste posée, du fait de la proximité du décès avec un geste suicidaire d'une patiente prise en charge dans la même structure, mais la précarité de l'état somatique secondaire au moins en partie au mode de vie a également pu précipiter un décès à l'âge de 39 ans.

## CAS CLINIQUE N° 7 : NICOLAS V.

Monsieur Nicolas V. est né en 1963. En 2002, il est hospitalisé pour la première fois sur le secteur en HO au sortir d'une UMD où il était hospitalisé depuis environ 1 an et demi, après conduites hétéroagressives envers les patients et le personnel paramédical d'un autre secteur de soins. Ce secteur, du fait de la gravité des violences commises par monsieur V., n'a pas souhaité reprendre le suivi de ce patient à l'issue du séjour en UMD.

Ce patient est d'origine réunionnaise. Il est le quatrième d'une fratrie de cinq enfants. Il est le seul fils que la mère ait eu avec un amant, décédé à l'hôpital psychiatrique, après un long parcours de prise en charge pour schizophrénie. Il est élevé par le mari de sa mère qui le reconnaît comme son fils. Il est cependant assez différent physiquement du reste de la fratrie, très grand (1,92 m à l'âge adulte) et musculeux, il ressemble beaucoup à son père biologique. Les parents divorcent quand il est adolescent et il s'installe alors avec sa mère dans la région parisienne. Il est rapidement en échec scolaire et ne poursuit pas ses études au-delà du collège. Débutent alors des comportements de type délinquantiel avec vols, dégradations, implications dans des bagarres. Il fait plusieurs séjours en prison avant l'âge de 20 ans. En prison, il découvre le culturisme et commence à faire des exercices pour développer sa masse musculaire. Il a même recours à des produits anabolisants. Il consomme également de l'alcool et du cannabis. À la suite de ses comportements délictueux, sa famille s'éloigne de lui et refuse de l'héberger. Il loue alors une chambre dans un foyer Sonacotra dans la banlieue nord, où il se retrouve très isolé.

La prise en charge en psychiatrie débute lorsque le patient a 25 ans. Il est d'abord hospitalisé en secteur psychiatrique puis rapidement adressé en UMD où il effectue trois séjours de plusieurs mois suite à des menaces et à des passages à l'acte violents envers les autres patients et les équipes soignantes. Toutes les tentatives de réinsertion sont rapidement mises en échec du fait des troubles du comportement. Sur un certificat d'expertise diligentée pour des violences, la dangerosité apparaît clairement repérée puisque l'expert écrit cette phrase lapidaire : « C'est un miracle que ce patient n'ait encore tué personne. »

À son admission, dans le service, le patient est peu loquace, méfiant, il se montre d'emblée réfractaire à toute investigation biologique faite dans le cadre d'une hospitalisation. L'opposition est exprimée dans un contexte délirant à thématique d'hostilité et de vécu persécutif. Cette thématique délirante est exacerbée par tout contact avec un soignant et ce quel que soit le statut, allant de l'aide-soignante qui pénètre dans sa chambre pour nettoyage ou réfection du lit à l'infirmière lors de la dispensation des traitements et au médecin pour les entretiens. Il se montre alors irritable, menaçant, au bord du passage à l'acte violent, les propos sont empreints d'un vécu persécutif majeur, les signes dissociatifs tant dans ses attitudes que dans son discours sont francs. Dans ces moments, aucun contact n'est possible avec lui. Le déni de la maladie est important. Il se montre souvent vindicatif, se réclamant d'un autre secteur et demandant à réintégrer sa chambre au foyer Sonacotra et à trouver « un petit boulot ». Il fugue du service et retourne dans sa chambre où il vit reclus pendant 48 h avant d'être interpellé par la police.

Après plusieurs mois de soins et malgré ces difficultés, un projet d'hôpital de jour, 2 fois par semaine, est mis en place sur une structure extérieure au service avec une admission progressive en clinique-relais. La prise en charge en hôpital de jour est rapidement interrompue, le patient se montrant très menaçant à l'égard du médecin

responsable de la structure, qui doit s'enfermer dans le bureau pour échapper au patient. Au foyer thérapeutique, l'angoisse se majore rapidement. Après plusieurs semaines de prise en charge, l'équipe s'aperçoit qu'il stocke ses excréments dans sa chambre et accumule des chaînes de motos et des barres de fer dans une armoire. Il est alors réintégré à l'hôpital à temps plein. Il se montre incapable d'investir les activités thérapeutiques et se montre progressivement de plus en plus menaçant envers les infirmiers. Les modalités de fonctionnement du service font que l'équipe de soins s'avère incapable de protéger le patient de l'environnement autour de lui (entrées et sorties des autres patients), environnement qu'il ne supporte absolument pas, ce qui entraîne des mesures d'enfermement qu'il supporte encore moins. La famille pourtant sollicitée à de nombreuses reprises ne parvient pas à s'investir dans les soins, se tenant à distance et ne se manifestant que par l'envoi de colis de nourriture. Il est à nouveau transféré en UMD en début d'année 2005 à la suite de menaces répétées sur le médecin responsable de l'unité où il est pris en charge.

Le patient est réadressé dans le service en 2008. Un entretien préparatoire en UMD est organisé avec les psychiatres du secteur. Les conditions d'hospitalisation sont précisées au patient, inspirées de la prise en charge en UMD : temps d'isolement en chambre définis au cours de la journée, nombre d'appels téléphoniques hebdomadaires, rappel de l'obligation de la prise des traitements per os et de la réalisation de l'injection retard.

Après 3 semaines de prise en charge sur le secteur, l'état clinique du patient se dégrade à nouveau. Il tient des propos délirants, menaçants, à thème cru, de violences et de tueries, et se montre désinhibé avec les patientes (les invitant dans sa chambre) et les infirmières. Il accepte difficilement son traitement par moments, et refuse toute réévaluation. Au décours d'une contention qui s'avère nécessaire du fait d'une trop grande impulsivité et d'une menace de passage à l'acte, un bilan présismothérapie est réalisé, pour la première fois. Une cure de sismothérapie est débutée alors que le patient est toujours en contention. Ce traitement associé à des traitements neuroleptiques à fortes posologies permet une amélioration progressive du contact et de la symptomatologie psychotique. Le patient supporte mieux les entretiens médicaux et peut commencer à évoquer certains éléments de sa biographie, et notamment son père. Il est moins froid et dissocié, davantage dans l'affect. Il commence même à nouer des relations privilégiées avec certains soignants, notamment par le biais de commandes qu'il fait par correspondance. Il rapporte un moindre envahissement hallucinatoire et se montre moins persécuté par les soins, dont il dénie pourtant toujours la nécessité. Il accepte avec beaucoup d'ambivalence le maintien des sismothérapies à un rythme hebdomadaire, mettant en avant des troubles mnésiques. Progressivement, 1 fois par mois, des permissions de quelques heures, accompagnées de deux infirmiers, sont organisées dans Paris. Après un moment de recrudescence anxieuse liée à ces permissions, le patient les investit. Il commence à percevoir que sortir de l'institution est difficile et angoissant. Il persiste néanmoins dans des projets irréalisables de retour dans sa chambre du foyer Sonacotra et d'insertion professionnelle. La famille ne se manifeste pas auprès des soignants si ce n'est pour protester contre le maintien des sismothérapies tout en leur reconnaissant un effet positif (reprenant une revendication du patient). Seul le frère aîné, résidant au Danemark, rend visite au patient une seule fois durant toute la durée de sa prise en charge.

Celle-ci se heurte à des limites qui paraissent difficilement surmontables pour le patient. Lorsque des projets plus construits d'extériorisation de l'hôpital sont proposés, celui-ci est à nouveau plus anxieux et montre très rapidement un regain du vécu persécutif et une réémergence hallucinatoire.

Le patient décède dans le service brutalement fin 2008 avec une symptomatologie évocatrice d'une embolie pulmonaire massive.

Le cas de ce patient illustre la dangerosité de certains patients souffrant de schizophrénie cumulant plusieurs facteurs de risque : antécédents de violence, limitation intellectuelle, pathologie paranoïde intense résistante aux chimiothérapies classiques, consommation de toxiques, déni des troubles, isolement social et affectif. Si le recours aux sismothérapies s'est avéré positif pour ce patient résistant aux traitements médicamenteux, l'absence de mobilisation de la famille autour de la prise en charge, voire son attitude disqualifiante, a renforcé les difficultés à mettre en place un projet de réinsertion ou tout du moins un projet d'extériorisation de l'hôpital.

## CAS CLINIQUE N° 8 : LAURENT

À 32 ans, Laurent a déjà derrière lui un parcours psychiatrique impressionnant quoique encore assez bref : les troubles ont commencé relativement tard, mais chaque épisode psychotique s'est révélé très productif et compliqué d'une agitation intense, toujours favorisé par une consommation de toxiques hallucinogènes. Les hospitalisations sous contrainte se sont succédé, au cours desquelles les mêmes thèmes ont été mis en évidence : Laurent est doué de pouvoirs surnaturels, il doit contrecarrer les desseins des démons qui ont pris l'apparence des passants qu'il apostrophe ou bouscule. Entre les épisodes aigus, Laurent est plutôt sarcastique, discrètement discordant et surtout banalisant. Il reste très anosognosique, de sorte que le traitement, pourtant remarquablement efficace sur les aspects comportementaux de sa maladie, n'est jamais pris plus de quelques semaines hors de l'hôpital.

Lors de la dernière poussée processuelle, c'est une complication tragique qui a lieu : l'entourage a bien prévenu le secteur qui le prenait en charge jusque-là, mais Laurent a justement récemment déménagé, et la famille a été dirigée vers une autre équipe. Un peu désabusée après tant de récurrences, la mère a préféré s'éloigner quelques jours, laissant Laurent sous la surveillance de son père. Après l'appel des voisins alertés par des cris, ce dernier est retrouvé par la police, dans une mare de sang, Laurent quasi-catatonique dans la pièce d'à côté, fumant mécaniquement cigarette sur cigarette. Après examen aux urgences, il est adressé directement en UMD ; il sera déresponsabilisé.

Aujourd'hui, 6 ans après ce drame, il est suivi en ambulatoire. De retour d'UMD, il a encore passé 18 mois en unité protégée dans son service de secteur. Les différents traitements antipsychotiques n'ayant apporté qu'une amélioration de surface, c'est finalement sous clozapine que Laurent a pris la mesure de ses troubles. En foyer de postcure puis en appartement associatif, bénéficiant en outre de soins en hôpital de jour, il a consolidé son état. L'HO a été abrogée. Il travaille maintenant en ESAT, et les stages en milieu ordinaire laissent penser qu'il pourra s'intégrer complètement dans le monde professionnel. Il vient d'emménager dans un studio HLM où il est soutenu par un service d'accompagnement. Il se sent protégé par le traitement et pour rien au monde il n'oublierait une prise médicamenteuse. Mais sa mère, à qui il écrit parfois pour lui donner de ses nouvelles, ne lui a jamais répondu.

## LA NÉCESSITÉ D'UNE CONTINUITÉ DES SOINS

La dangerosité psychiatrique existe bel et bien, elle n'est certes pas pure invention d'une opinion publique mal informée. Mais ce que le public sait moins bien, c'est

qu'elle peut bénéficier de mesures curatives efficaces, pour peu que le système sanitaire sache se montrer disponible et soutenant. Dans le cas rapporté ici, la prise de toxiques et la mauvaise observance mais aussi la médiocre réactivité du service de soins ont été autant de facteurs de risque additionnés : ainsi, le changement d'équipe, chez de tels patients présentant une mauvaise observance et un déni au moins partiel des troubles, est un facteur fragilisant souvent mal pris en compte. La récurrence homicide est rare et presque exceptionnelle dans les cas similaires à celui de Laurent, et même un geste aussi tragique n'interdit pas une réinsertion de bonne qualité lorsque la prise en charge est maintenue avec la poursuite d'un traitement et l'organisation du suivi.

### CAS CLINIQUE N° 9 : ANDREA

Andrea a 30 ans aujourd'hui. D'origine italienne, il est fils unique, et son père étant très diminué par une affection neurologique, il vit avec sa mère une relation de grande proximité, dans un climat quasi incestueux. Sa maladie schizophrénique a commencé à l'âge de 20 ans, elle est marquée avant tout par la discordance et la froideur affective. Les éléments délirants ne sont dits que par allusions, sans doute est-il question d'une sorte de transformation du cerveau... il n'en a jamais dit davantage. Le contact d'Andrea, fait d'impénétrabilité, est tout simplement glaçant : « C'est une plaque de marbre », dit-on, et d'aucuns imaginent déjà le geste meurtrier, pourquoi pas précédé (ou suivi) d'un viol qui ne manquera pas de se produire un jour si sa mère ne marque pas mieux les distances. Il faut dire que chacune de ses décompensations a été motivée par des épisodes d'allure catatonique, au cours desquels son regard, seul en mouvement, reste fixé sur elle dans une expression effrayante. Entre les hospitalisations, la méconnaissance des troubles reste absolue et Andrea interrompt à chaque fois très vite les antipsychotiques, certes peu efficaces, qui lui sont prescrits. C'est peu après l'admission la plus récente que l'idée germe d'un transfert en UMD : « Ce patient est une bombe, nous n'avons pas les moyens de lui venir en aide. » Apprenant qu'une HO a été demandée et dans quel but, Andrea parvient à fuguer avec l'aide passive de sa mère, opposée à ce projet, et part se réfugier en Italie.

Des mois plus tard, après bien des pérégrinations, et alors que l'HO n'aura pas été abrogée entre-temps, il sera réadmis dans le service, mais le transfert en UMD n'aura pas lieu. C'est finalement sous clozapine et au terme d'un long séjour permettant une véritable approche institutionnelle que le contact va s'améliorer petit à petit, et qu'un lien authentiquement thérapeutique se nouera.

Aujourd'hui, Andrea respecte scrupuleusement les soins, il vit seul, il fréquente régulièrement un hôpital de jour et doit bientôt faire un stage en ESAT. La dernière hospitalisation remonte à plus de 3 ans, et encore a-t-elle été motivée non par une poussée processuelle, mais par un mouvement dépressif dans une phase de prise de conscience douloureuse de son étrangeté. Certes, le contact reste pour le moins particulier et empreint de réticence, mais son psychiatre ne sait pas très bien quoi répondre quand Andrea lui demande : « Docteur, je ne comprends pas : vous avez voulu m'envoyer en UMD, où il n'y a que des assassins. Mais moi, qu'ai-je donc à voir avec ces gens-là ? »

Ce cas illustre la difficulté de l'évaluation de la dangerosité psychiatrique. En effet, la dangerosité ressentie par le service et qui a fait envisager le recours à une HO et à un transfert en UMD ne se basait pas sur des antécédents de violence : Andrea n'a jamais commis le moindre geste agressif. Mais le tableau clinique était marqué

par une telle étrangeté que même une équipe entraînée a éprouvé une inquiétude inhabituelle. Sur un instrument d'évaluation standardisé, Andrea n'aurait pas « scoré » beaucoup... mais le jugement clinique basé sur l'expérience aboutissait à un résultat tout différent. De deux prédictions aux conclusions aussi divergentes, laquelle était la bonne ?

## CAS CLINIQUE N° 10 : IDRISSE

Le premier contact d'Idriss avec la psychiatrie, c'est en prison qu'il le noue. Incarcéré pour homicide à 24 ans, il se dit anxieux et tendu. Le médecin du service médicopsychiatrique régional (SMPR) note surtout une rigidité et une interprétativité véritablement inquiétantes. Du reste, c'est parce qu'il s'est senti insulté qu'il a poignardé un camarade : l'un et l'autre étaient alcoolisés ; en outre Idriss, avait consommé du clonazépam. L'expertise psychiatrique a conclu à un trouble de personnalité qui n'entravait pas le discernement.

Six ans plus tard, libéré, il se présente spontanément aux urgences pour décrire les idées de persécution qui l'assaillent et il est hospitalisé en HL. Ce premier séjour en psychiatrie est l'occasion de mettre en évidence le rôle majeur des toxiques qu'il consomme en grande quantité. Mais Idriss se ressaisit très vite, dénie les phénomènes hallucinatoires qu'il avait commencé à évoquer, et demande sa sortie.

Pour autant, il entame tout de même un suivi en CMP, qui s'avère difficile : s'il se montre plutôt fidèle au suivi malgré ses fréquents retards aux rendez-vous, Idriss est tout de même constamment sur la défensive, méfiant, interprétatif, souvent hostile. Quand il est sous toxiques, ce qui est fréquent, la mégalomanie et les idées de persécution se majorent, prenant alors une dimension très menaçante.

Par deux fois, alors qu'il a proféré des menaces de mort, le psychiatre qui le suit en vient à mettre en œuvre une HO. Le résultat n'est guère différent de ce qu'il a été lors de son premier séjour : à distance des toxiques et des benzodiazépines, Idriss s'apaise. Ses idées délirantes disparaissent et il revient à son fonctionnement antérieur, fait de méfiance et de rigidité, sans vouloir entendre les mises en gardes relatives à son attrait pour les substances. La contre-indication aux benzodiazépines lui est signifiée, elle est mentionnée dans son dossier.

Huit mois après son dernier séjour à l'hôpital, resté fidèle malgré tout au suivi ambulatoire, son état est stable. Il dit prendre le traitement antipsychotique prescrit, mais refuse la forme retard tout autant que les dosages sanguins qui permettraient d'objectiver sa compliance. Ses progrès ne sont pas nuls, puisqu'en entretien il aborde plus facilement qu'avant des thèmes comme la colère, ou sa tendance à l'interprétation.

Trois jours après la dernière consultation, son médecin reçoit un appel du commissariat : Idriss a tué pour la deuxième fois. Comme lors de son premier geste, il a consommé alcool et benzodiazépines qu'il s'est procurées dans la rue, il s'est senti insulté par un compagnon de bar et il a sorti son couteau. Deux des huit coups qu'il a portés étaient mortels.

Ce cas illustre la frontière parfois ténue entre dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique. La dangerosité d'Idriss n'est malheureusement plus à prouver. Est-elle d'ordre psychiatrique ou criminologique ? Certes, il y a eu des symptômes psychotiques en lien avec ses gestes meurtriers, mais toujours en lien aussi avec une prise d'alcool, de psychotropes et de produits illicites. À l'issue de ce deuxième

homicide, l'avocat d'Idriss a fait valoir la fragilité psychologique de son client. Mais ce que l'expert a retenu, c'est qu'il ne pouvait ignorer l'effet délétère des substances qu'il absorbait, l'ayant déjà éprouvé, et Idriss a été une fois encore jugé responsable de ses actes. Sans doute, à l'issue de sa peine, fera-t-il l'objet de mesures de sûreté très strictes.

# Conclusion

Derrière la notion de « dangerosité » se cachent celles de « danger », « menace », « violence », « crime ». Son évaluation et celle du risque de récidive occupent, dans le débat social actuel, une place majeure avec des conséquences notables sur l'organisation des soins en psychiatrie. L'ensemble des travaux de recherche, on l'a vu tout au long de ce travail, montre la difficulté de sa prédictivité. Des outils d'évaluation existent, ils s'appuient sur deux modes d'approche différents : certains considèrent des variables actuarielles et ne donnent qu'une probabilité quantitative statistique du risque sans tenir compte du contexte spécifique ; d'autres s'appuient sur des variables d'ordre clinique et sur le contextuel individuel et permettent une appréciation qualitative du risque. Pour autant, aucune de ces deux approches n'a de valeur prédictive fiable et leurs instruments de mesure sont d'origine anglo-saxonne, non validés sur des populations françaises.

Le concept de dangerosité a lui-même évolué au cours du temps, et ses déterminants sont mieux connus et mieux appréhendés de nos jours, différenciant dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique, quoique certains aient contesté cette distinction. La dangerosité psychiatrique est celle qui nous intéresse plus particulièrement. L'évaluer, c'est évaluer le risque de passage à l'acte et de récidive d'un patient, comme expression directe d'un trouble mental, tout en tenant compte des soins proposés, de la réponse thérapeutique et surtout de l'observance. L'évaluation de la dangerosité criminologique repose, elle, sur l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte.

Certains malades mentaux peuvent présenter une dangerosité potentielle, soit de façon permanente, soit à un moment donné en réponse à un environnement ou à un événement de vie particulier. Cela inquiète, au point de stigmatiser tous les malades mentaux, de les assimiler systématiquement à la violence et au crime, et de multiplier les mesures d'exclusion et de contrainte.

La prise en charge des malades mentaux réputés dangereux ou susceptibles de présenter des risques de dangerosité ne repose pas uniquement sur des solutions

purement pharmacologiques. Il est nécessaire de traiter la pathologie du sujet, ses comorbidités (addictions, troubles thymiques, troubles de personnalité et troubles psychotraumatiques), en tenant compte de son parcours de vie, de ses antécédents familiaux, mais également des situations exposantes affectives, professionnelles et sociales. Tout particulièrement, insistons sur le travail psychodynamique autour du passage à l'acte afin de le restituer dans sa trajectoire, et d'éviter ainsi le déni et la répétition. Si le dépistage précoce des troubles mentaux, la gestion de la crise et de l'urgence, les soins appropriés au plus près du patient et la préoccupation constante de leur continuité permettent d'enrayer une grande part de la dangerosité, aucune mesure, si complète soit-elle, ne peut garantir la suppression de tout risque. La continuité des soins ne peut s'envisager que dans une réévaluation régulière des différentes stratégies mises en œuvre.

La société, par son actuelle évolution sécuritaire, tend à n'accepter plus aucune notion de risque. Même si la méfiance à l'égard de la psychiatrie conduit à un renforcement du contrôle des soins, nous devons travailler au quotidien avec le « risque », le connaître, l'évaluer afin de tendre vers la stabilisation des patients et leur réinsertion.

Notre discipline doit tout faire pour garder la responsabilité du soin, sans se désengager, et en ayant conscience de ses limites. Elle doit rester concentrée sur ses missions premières du traitement de la maladie mentale, et ne pas se disperser en tentant de répondre à toutes les demandes concernant les malaises de la société. C'est à ce prix qu'elle restera humaine et ouverte, fidèle à elle-même et à sa vocation, préservant le lien individuel primordial avec le patient.