



HAL
open science

Schizophrénie et homicide, irresponsabilité pénale et missions des soignants

Caroline Azzoulai

► **To cite this version:**

Caroline Azzoulai. Schizophrénie et homicide, irresponsabilité pénale et missions des soignants. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01254288

HAL Id: dumas-01254288

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01254288>

Submitted on 12 Jan 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

*Unité de Formation et de Recherche de Médecine
d'Amiens
3, rue des Louvels
80036 Amiens Cedex 1*

Année 2015, N°2015-30

**THESE D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Mention Spécialité**

**SCHIZOPHRENIE ET HOMICIDE, IRRESPONSABILITE PENALE ET
MISSIONS DES SOIGNANTS**

Présentée et soutenue publiquement le **17 avril 2015**

Par **Caroline AZZOULAI**

Le Président de Jury,

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILÉ

Les Juges,

Monsieur le Professeur Christian MILLE

Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

La directrice de thèse,

Madame le Docteur Valérie YON

SOMMAIRE

I. Introduction	4
II. Vignettes cliniques	5
1. Cas clinique 1 : Monsieur Y	5
1.1 Motif d'hospitalisation	5
1.2 Antécédents	5
1.3 Biographie	5
1.4 Passage à l'acte	5
1.5 Saisie du dossier	6
1.6 Décision du juge d'instruction	6
1.7 Arrivée dans le service	7
1.8 Premières semaines d'hospitalisation	7
1.9 Date anniversaire	8
1.10 Problèmes institutionnels	9
1.11 Discussion	9
2. Cas clinique 2 : Monsieur Z	11
2.1 Motif d'hospitalisation	11
2.2 Antécédents	11
2.3 Biographie	11
2.4 Passage à l'acte	11
2.5 Parcours institutionnel	12
2.6 Caractéristiques psychopathologiques	13
2.7 Discussion	14
III. La schizophrénie	15
1. Clinique	15
1.1 Désorganisation ou dissociation	15
1.2 Symptômes positifs ou productifs	16
1.3 Automatisme mental	16
1.4 Symptômes négatifs	18
1.5 Formes cliniques	18
2. Prise en charge	20
3. Particularité de l'homicide du schizophrène	21

3.1	Violence et schizophrénie.....	21
3.2	Comorbidités addictives	25
3.2.1	Alcool	26
3.2.2	Cannabis	26
3.2.3	Autres	26
3.3	Temporalité de l'homicide du schizophrène	28
3.3.1	L'homicide, avant	28
3.3.2	L'homicide, pendant	29
3.3.3	L'homicide, après	31
3.4	Caractéristiques criminologiques	31
3.5	Parricide, fratricide et infanticide	33
3.6	Le suicide après l'homicide	35
3.7	Neurophysiologie	36
3.8	Récidive	37
IV.	Volet judiciaire	39
1.	Parcours judiciaire.....	39
1.1	L'expertise psychiatrique pénale	39
1.2	Le déroulement d'une audience en cas d'homicide	41
1.3	L'irresponsabilité pénale	42
1.4	Conditions de détention avant la décision de l'irresponsabilité pénale	44
1.5	Unités Hospitalières Spécialement Aménagées	46
2.	Prise en charge institutionnelle « imposée » par la justice	48
2.1	Hospitalisation en SPDRE judiciaire	48
2.2	Création des Unités pour Malades Diffiles	49
2.3	Unité de Soins Intensifs Psychiatriques	52
V.	Missions des soignants	53
1.	Réinsérer ou enfermer ?	53
1.1	Temps d'observation et d'évaluation	53
1.2	Du déni au soulagement	54
1.3	Projet de soin	55
1.4	Projet de vie	56
1.5	Accompagnement vers l'extérieur	56
2.	Notion de la dangerosité psychiatrique à l'évaluation du risque de récidive	57

3. Outils d'évaluation	59
4. Lutte contre la stigmatisation	60
VI. Conclusion	64
VII. Bibliographie	65

⇒ **Annexes**

Annexe n°1-Formulaire pré-imprimé d'expertises psychiatriques pénales.....	73
Annexe n°2-Items constituant le VRAG.....	73
Annexe n°3-Items constituant la HCR-20.....	74
Annexe n°4-Textes législatifs.....	75

I. Introduction

« L'individu cesse d'être responsable quand il est fou, et il est fou quand il n'a plus la liberté de construire et de diriger sa personne dans l'univers social » (P. Clervoy, 1997) [1].

L'homicide, défini par le meurtre d'un être humain, a toujours interrogé le psychiatre et l'aliéniste. À quel moment un tel acte est-il le produit de la folie ? À l'inverse, à quel moment la folie produit-elle un homicide ? Le patient atteint d'une pathologie psychiatrique à l'origine d'un meurtre questionne également le grand public mais favorise la stigmatisation de ces troubles, comme la schizophrénie. C'est bien plus souvent ce diagnostic qui est cité dans des faits divers impressionnants et sanguinaires. Actuellement ce sujet est un problème de santé publique et fait l'objet de nombreux articles.

Bien que les passages à l'acte hétéro-agressifs chez les patients atteints de schizophrénie ne soient pas rares, l'homicide reste tout de même exceptionnel et ces patients sont bien plus souvent des victimes de notre société. La schizophrénie est une maladie complexe, stigmatisée depuis de nombreuses années, et peu connue réellement du public. Lorsque le patient schizophrène commet un homicide dans un contexte délirant, il peut être déclaré par la justice irresponsable pénalement. Cette décision oblige le psychiatre à prendre en charge ce patient avec des missions parfois hors du cadre de la psychiatrie classique. L'objectif final de toute prise en charge étant la réinsertion et l'amélioration de la qualité de vie, la sortie de ces patients va poser un réel problème en termes de prévention de la récurrence. Dans un climat d'insécurité sociale, politique et juridique, le psychiatre est incité à devenir un garant de l'ordre public.

Tout d'abord, nous illustrerons ce sujet par deux vignettes cliniques. Puis, nous développerons la schizophrénie et les particularités du passage à l'acte d'un schizophrène. Nous aborderons ensuite le parcours judiciaire, puis psychiatrique des schizophrènes pénalement irresponsables. Nous finirons par les missions des soignants, les outils disponibles, et les problématiques soulevées par la prise en charge de ces patients à l'hôpital psychiatrique.

II. Vignettes cliniques

1. Cas clinique 1 : Monsieur Y

1.1 Motif d'hospitalisation

Monsieur Y, âgé de 49 ans, a été transféré en 2012 de la maison d'arrêt vers un service de psychiatrie en pavillon d'entrée, sur décision d'irresponsabilité pénale, suite au double homicide de son oncle et de sa tante deux ans plus tôt.

1.2 Antécédents

Ses antécédents psychiatriques retrouvent une alcoolo-dépendance sevrée depuis trois ans ainsi que plusieurs brèves hospitalisations pour motifs identiques récurrents : délire à type de persécution, rupture thérapeutique, agressivité et violence envers son entourage et ses voisins. La dernière hospitalisation avant le passage à l'acte avait duré un mois, sous contrainte en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT), le tiers étant la mère, pour agressivité envers un collègue de travail dans un contexte délirant.

Les antécédents familiaux retrouvent un père décédé de complications d'alcoolisme chronique.

1.3 Biographie

M. Y a 48 ans, il est divorcé depuis plusieurs années et a quatre enfants : trois filles de 25, 24, et 21 ans et un garçon de 19 ans. Il n'est en contact seulement avec sa première fille.

Sa mère est en bonne santé et il maintient de bons contacts avec elle selon lui.

Il travaillait comme jardinier.

1.4 Passage à l'acte

En décembre 2010, il s'est rendu armé de son fusil de chasse chez son oncle et sa tante qui habitaient en face de chez lui. Il a d'abord tiré sur son oncle qui se trouvait dans la chambre puis a rejoint sa tante dans la cuisine pour faire feu sur elle. Il n'a pas tenté de dissimuler les

crimes. Il a été arrêté rapidement et n'a pas nié les crimes. Il a été placé en détention provisoire en maison d'arrêt. Il y est resté prévenu pendant 2 ans et n'a jamais présenté de troubles psychiatriques incompatibles avec la détention.

1.5 Saisie du dossier

En juillet 2011, dans le cadre de l'enquête judiciaire en cours, le dossier médical de M. Y a été saisi par des officiers de police sur réquisition dans le cadre d'une commission rogatoire ordonnée selon l'article 56 du Code de procédure pénale.

1.6 Décision du juge d'instruction

En 2012, suite à l'enquête et aux cinq expertises psychiatriques pénales, ce patient a été admis sur irresponsabilité pénale en milieu psychiatrique sur décision du juge d'instruction. La mesure d'hospitalisation s'est faite en Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat (SPDRE) judiciaire.

Cette affaire n'est donc pas passée aux assises, comme c'est le cas habituellement pour les homicides volontaires. Face aux antécédents du patient et aux expertises réalisées allant toutes dans le sens d'un trouble psychiatrique, le juge d'instruction a décidé d'une irresponsabilité pénale et du placement du patient en milieu psychiatrique.

Dans ces situations, le Préfet transmet une ordonnance demandant d'admettre sans délai le patient dans son secteur psychiatrique. A soixante-douze heures, le certificat médical initial est réalisé et l'arrêté préfectoral maintient l'hospitalisation au vu des articles 122-1 et 706-135 du Code pénal. Il n'y a pas de passage devant le juge avant le quinzième jour, comme prévu habituellement pour le patient hospitalisé en SPDRE, car dans cette situation il est admis par le biais du tribunal. Le prochain passage devant le juge est donc prévu à six mois. Les certificats médicaux doivent être mensuels comme prévu par la loi pour toutes mesures d'hospitalisation sous contrainte.

1.7 Arrivée dans le service

M. Y est donc transféré de la maison d'arrêt vers le service psychiatrique d'entrée de son secteur, directement en chambre d'isolement pour observation psychiatrique de son comportement.

En entretien, il rapporte plusieurs antécédents d'hospitalisation pour divorce et problèmes au travail. Lorsqu'il revient sur les raisons de son incarcération, il décrit froidement le meurtre de son oncle et sa tante par arme à feu, sans émettre de critique ou de regret de son geste. Il explique que son oncle et lui-même communiquaient par télépathie et que cela lui était insupportable. Il décrit son oncle comme étant le « diable » et dit qu'il préférerait être jugé par le « Vatican que par le médecin ». Il justifie le meurtre de sa tante pour lui éviter la souffrance de la perte de son mari.

Il n'émet aucune critique ni culpabilité, et ce tout au long de son hospitalisation. Il qualifie son double homicide « d'incontournable » et dit se sentir beaucoup plus apaisé depuis.

Il a abordé ses deux ans vécus en prison de façon douloureuse en disant qu'il avait été déçu du manque de surveillance et qu'il avait été en danger à maintes reprises. Il s'isolait dans sa chambre la plupart du temps.

1.8 Premières semaines d'hospitalisation

Dans les premiers jours de son hospitalisation, M. Y est instable sur le plan psychomoteur et logorrhéique. Son discours est dans l'ensemble décousu et incohérent. Il présente une dissociation idéique et affective. Les éléments délirants sont de mécanismes intuitifs, interprétatifs et hallucinatoires auditifs. Les thématiques dominantes retrouvées sont le mysticisme, le messianisme et la persécution. Il répète avoir le don de communiquer par télépathie : « Mon oncle est le diable et moi son Jésus, je n'ai pas lu la bible mais je sais ce qui se passe en moi », « je communique par télépathie, il n'y a que le Vatican qui peut quelque chose pour moi, qui peut comprendre ».

Le délire n'est pas systématisé, il y adhère totalement et la participation affective est modérée. On relève également un automatisme mental passé : Dieu lui aurait dit « il faut le tuer » pendant plusieurs mois précédant l'acte. Les éléments délirants retracés semblent constants et ayant débutés à l'âge de 20 ans.

Une rencontre avec sa fille au début de l'hospitalisation nous rapporte qu'elle le trouvait de plus en plus replié sur lui-même avant le passage à l'acte. Elle pensait que c'était une dépression. Elle déclare n'avoir jamais entendu de propos délirants mais avoir toujours ressenti une bizarrerie dans le contact de son père et sa façon d'être par rapport aux autres personnes de son entourage. Nous n'avons jamais vu la mère du patient, ni même eu l'écho qu'elle ait téléphoné dans le service. Aucun autre membre de sa famille ne s'est d'ailleurs manifesté.

Le diagnostic psychiatrique a été rapidement posé après son arrivée : schizophrénie paranoïde évoluant depuis plusieurs années.

La sortie de chambre d'isolement s'est faite progressivement en quelques semaines ; à un mois d'hospitalisation il bénéficiait d'un lit en chambre double. La mise en place de traitements associant un neuroleptique et un antipsychotique a permis un apaisement et une diminution des éléments délirants. Il a reçu de la rispéridone sous forme d'injection retard et de la cyamémazine. L'intégration auprès des autres patients a été compliquée et le patient paraissait bien souvent très isolé mais sans s'en plaindre.

Bien que l'instauration du traitement ait permis une diminution de la symptomatologie productive, il persistait tout de même des éléments délirants à bas bruit. Le patient a toujours été anosognosique malgré l'éducation et l'explication de la maladie. Il répétait : « vous verrez, ça ne fonctionnera pas » en parlant du traitement, même si l'équipe constatait une amélioration clinique évidente.

1.9 Date anniversaire

A la date anniversaire du décès de son oncle et sa tante, nous avons assisté à une recrudescence de symptômes productifs. Il a présenté une insomnie pendant trois jours, une instabilité psychomotrice plus importante et un envahissement délirant avec des hallucinations

cénesthésiques. Une prise en charge rapide avec mise à distance thérapeutique par l'intermédiaire d'une chambre d'isolement et majoration du traitement a permis un apaisement en quelques jours.

1.10 Problèmes institutionnels

Le projet de vie se travaillant également en plus du projet de soin, des activités à l'ergothérapie ont été instaurées. Ces activités permettent une évaluation cognitive et d'autonomie afin d'adapter et d'individualiser au mieux l'orientation du patient après la sortie. Mais ceci a posé problème : pour se rendre aux activités, il est convenu que le patient mette ses vêtements puisque c'est une préparation à la sortie. Or les patients en SPDRE n'ont pas le droit de s'habiller et doivent porter le pyjama de l'hôpital. Cette consigne émise par le directeur de l'établissement a pour but de rendre les patients plus repérables pour limiter les risques de fugue. Les activités hors du service n'ont donc pas pu être mises en place. Suite à ce refus, le directeur a évoqué par courrier la possibilité d'orienter le patient en Unité pour Malades Difficiles (UMD) ce qui lui permettrait de pratiquer des activités librement.

Le dossier d'admission en UMD a donc été préparé à partir du mois de décembre 2012 et le patient a été transféré en juin 2013, soit 7 mois après son arrivée.

Un transfert au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) jugé nécessaire suite à un autre épisode en lien avec un problème somatique a été refusé par le préfet pour cause de *dangerosité du patient*. L'urgence n'était pas vitale (auquel cas il n'y aurait pas d'attente de décision mais transfert immédiat), mais un avis chirurgical était nécessaire et le patient risquait d'être amputé de la jambe droite si la suspicion d'ischémie de membre se confirmait. Le préfet a alors consigné le passage du chirurgien au centre hospitalier psychiatrique, ce qui a retardé significativement sa prise en charge.

1.11 Discussion

La symptomatologie du patient présentait une résistance au traitement et certains éléments délirants envahissants persistaient. Les hallucinations et l'automatisme mental ainsi que le syndrome d'influence ont bien réagi au traitement puisque M. Y ne présentait plus ces symptômes

au bout d'un mois d'hospitalisation. Il persistait par contre les idées délirantes mystiques accompagnées de la conviction au don de télépathie, la dissociation, un discours hermétique, un émoussement affectif et un rationalisme morbide.

L'adhésion au bienfait de son crime est restée importante avec la conviction délirante omniprésente d'avoir été le messager de Dieu. L'effet de soulagement depuis le meurtre de son oncle associé à la disparition de télépathie avec ce dernier, a conforté le patient que ce qu'il a fait devait être fait, pour son bien-être. Il disposait de très peu de capacités d'introspection, ou d'*insight*, et ne mettait pas en lien son vécu persécutif avec une éventuelle maladie. L'oncle était le persécuteur désigné et l'émergence d'un nouveau délire incluant un nouveau persécuteur est à surveiller de très près.

La question de la neutralité des membres de l'équipe soignante au cours des soins est également intéressante à discuter, chacun accueillant le patient avec ses propres convictions et son histoire de vie. Malgré l'empathie et le grand professionnalisme de l'équipe, accueillir des idées violentes n'est pas toujours évident, c'est pourquoi des réunions institutionnelles permettant un espace de verbalisation pour l'équipe sont à intensifier en cas de patients difficiles.

Le caractère particulièrement froid de ce double homicide a été fortement médiatisé dans le département, ce qui a concouru au fait que les médiations thérapeutiques proposées ont été entravées ainsi que les déplacements au CHU pour recevoir des soins somatiques appropriés. En effet, la dangerosité supposée de ce patient a freiné les administrations à autoriser les sorties, même dans le cadre d'activités au sein de l'hôpital. La mise en place du projet de vie ainsi que la prise en charge globale étaient difficilement réalisables c'est pourquoi il a été transféré en UMD, structure plus habituée et disposant de plus de surveillance pour permettre à ces patients de recevoir des soins appropriés.

Cette situation m'a intéressée car j'ai pu suivre le parcours de ce patient et son intégration au sein d'un service intra-hospitalier. Elle a suscité beaucoup de réactions dans l'équipe soignante et également au niveau de l'administration puisque nous recevions des directives spécifiques le concernant, directives provenant de personnels n'ayant jamais eu de contact avec le patient et le connaissant uniquement au travers de transmissions et de médiatisations. Je me suis

alors intéressée à d'autres patients dans la même situation, hospitalisés dans d'autres services, afin de comparer les prises en charge. J'ai retenu la situation présentée ci-dessous.

2. Cas clinique 2 : Monsieur Z

2.1 Motif d'hospitalisation

M. Z a commis, à l'âge de 20 ans, un double parricide. Il a été placé en Hospitalisation d'Office (anciennement HO et actuellement SPDRE) sur décision d'irresponsabilité pénale et a vécu 20 ans à l'hôpital psychiatrique, dont les 7 premières en UMD.

2.2 Antécédents

Il n'y a pas eu d'antécédent psychiatrique avant l'hospitalisation suite à l'acte. Il est retrouvé dans son dossier une tendance à quelques alcoolisations intermittentes depuis l'adolescence et une augmentation massive de consommation d'alcool depuis deux ans avant le passage à l'acte. Il consomme également du tabac.

Il n'y a pas d'antécédents psychiatriques familiaux retrouvés.

2.3 Biographie

Au moment du passage à l'acte, M. Z est célibataire sans enfant et vit avec ses parents. Il est fils unique et travaille dans le bar de ses parents.

Son parcours scolaire retrouve un niveau moyen avec peu de travail et peu de stimulation de la cellule familiale. Il a vécu plusieurs redoublements en primaire. L'entrée au collège s'est faite en secteur privé. Il a quitté l'institution scolaire à 16 ans sans formation ni diplôme.

2.4 Passage à l'acte

Un soir d'hiver, alors qu'il était alcoolisé, M. Z a assassiné son père et sa mère par arme à feu et huit heures après, a commis une agression physique à mains nues sur son ancienne petite amie.

L'acte criminel a eu lieu quelques semaines après une rupture sentimentale avec cette dernière. Elle avait rompu, considérant leur différence d'âge trop importante (elle était plus jeune de quelques années). Or peu de temps après la rupture, elle s'est mise en couple avec un homme plus âgé que M. Z. Le patient ne comprenant pas, il a cherché à communiquer avec elle pour avoir plus d'informations, ce qui s'est rapidement transformé en harcèlements. C'est suite à une énième dispute avec ses parents qui l'empêchaient de l'appeler que M. Z, alcoolisé, s'est emparé d'un fusil présent dans la maison et les a tués dans le salon. Huit heures après il s'est dirigé vers le lieu d'habitation de son ex petite amie et l'a agressée, avec l'intention de la tuer. Il a été arrêté rapidement et n'a pas nié les faits. Son état étant jugé incompatible avec la garde à vue et la prison, il a été directement orienté vers l'hôpital psychiatrique de son secteur.

2.5 Parcours institutionnel

Dès son arrivée à l'hôpital, la décision d'irresponsabilité pénale a été prise. Le patient a été transféré en UMD et y est resté 7 ans. Les comptes-rendus de l'UMD révèlent un comportement effacé et solitaire au départ mais il s'est finalement bien intégré au groupe. Il a participé aux activités, était respectueux vis-à-vis des soins proposés et a évolué de façon favorable. La prise en charge en UMD étant terminée, il est retourné à l'hôpital psychiatrique dans le service de son secteur d'origine pour poursuivre les soins.

Au sein de l'hôpital psychiatrique les mêmes caractéristiques concernant ce patient ont été décrites : il était effacé et peu en contact avec les autres patients. Il a toujours été très réceptif aux soins et aux activités proposées.

Au bout de six années d'hospitalisation, il a bénéficié d'un congé d'essai (c'est une sortie d'essai toujours sous mesure d'hospitalisation sous contrainte en SPDRE judiciaire) de quelques semaines mais a présenté rapidement des troubles du comportement dangereux et *bizarres* et a cessé de respecter le contrat de soin par non présentation à ses rendez-vous médicaux et non observance du traitement. Une décision de réintégration en hospitalisation a donc été posée et actée.

2.6 Caractéristiques psychopathologiques

L'acte criminel a été décrit comme immotivé faisant suite à une décompensation psychotique consécutive à la rupture sentimentale. L'acte, qui résulte probablement d'une décompensation schizophrénique passée inaperçue avant, est appelé acte inaugural de la maladie. La psychose schizophrénique à type de schizophrénie héboïdophrénique, c'est à dire comportant des traits de personnalité antisociale, a été diagnostiquée en UMD et confirmée à l'hôpital psychiatrique.

Malgré l'absence de contact avec la psychiatrie avant cet épisode, l'anamnèse a permis de retracer le premier élément délirant à 15 ans. Le délire était non systématisé, avec des thématiques de persécution et d'érotomanie, des mécanismes principalement hallucinatoires interprétatifs et sensoriels auditifs intrapsychiques avec automatisme mental. Il présentait probablement une personnalité pré-morbide de type schizoïde avec repli sur soi, tendance à l'introversion, difficultés dans les rapports aux autres, absence de chaleur affective et détachement. Les consommations d'alcool semblaient s'expliquer comme automédications contre l'angoisse.

La relation avec ses parents est rapportée comme conflictuelle avec une augmentation des disputes dans les années précédant le passage à l'acte, sans expliciter les raisons de discordes. Sur des observations médicales, j'ai retrouvé des citations de ce patient concernant ses parents : il décrivait sa mère comme « décideuse », « responsable de l'agencement de la maison » et son père comme « courageux ».

En hospitalisation, il était décrit comme conformiste avec une présentation pseudo-adaptée et une pensée pauvre et stéréotypée. Il était constaté une réticence pathologique, une dissociation affective et idéique, un rationalisme morbide, un maniérisme et une bizarrerie de contact. Il présentait également un émoussement affectif important et une absence totale de culpabilité. Un déficit d'*insight* était avéré avec peu d'élaboration autour de son délire. Il exposait un vécu persécutif et un positionnement de victime par rapport à son double crime et sa tentative d'assassinat, banalisant à chaque fois ses actes en les qualifiant de « faits divers ». Ses consommations d'alcool étaient plus importantes dans les deux ans ayant précédés l'acte.

Il n'a jamais présenté de trouble aigu, ou de recrudescence symptomatique bruyante pendant les hospitalisations mais livré à lui-même et hors des murs de l'hôpital psychiatrique, il a rapidement échappé au système de soin et par les conditions prévues par la loi, un retour à l'hôpital a pu s'effectuer. Le cadre proposé par l'hospitalisation a été reconnu comme bienfaisant par le patient, selon lui : « le fait d'avoir un cadre, ça aide à tenir, à ne pas franchir certaines règles ». Malgré l'acceptation et la passivité dont il faisait preuve par rapport aux soins et aux traitements, son discours retrouvait une certaine ambivalence aux soins.

Le traitement délivré était un antipsychotique atypique anti-productif : l'olanzapine ainsi qu'un neuroleptique sédatif : la lévomépromazine. Il a aussi bénéficié d'anxiolytiques comme le diazepam et un hypnotique : le zopiclone. Cependant les traitements avaient peu d'effets.

Sa vie sexuelle aurait débuté à l'hôpital avec une patiente hospitalisée. Son ex petite amie avait 16 ans lorsqu'il en avait 20, c'était une relation platonique sur le plan sexuel mais lui suscitant beaucoup de jalousie.

2.7 Discussion

Cette situation a attiré mon attention car la forme de schizophrénie héboïdophrénique est rare et à haut risque de passage à l'acte. Il s'agit d'une forme avec des traits de psychopathie, peu productive, déficitaire et répondant mal aux thérapeutiques.

Il est intéressant de noter que le respect et l'importance du cadre ont été repérés comme bénéfiques par le patient.

Le problème à nouveau a été de travailler une sortie et un projet de vie. Le patient, totalement anosognosique, a rompu le lien thérapeutique dès sa sortie. Le défi a été de maintenir un lien avec le soin et d'éduquer le patient afin qu'il puisse reconnaître les signes avant-coureurs d'une décompensation dangereuse pour lui et pour les autres.

La relation visiblement pathologique qu'entretenait le patient avec ses parents peut faire penser qu'ils étaient dans une impasse relationnelle, ce qui favorise les passages à l'acte agressifs de ces patients.

Ce patient n'a jamais été confronté à la prison, cela pourrait jouer un rôle dans la culpabilité et la représentation qu'il avait de son meurtre. Comment peut-on lui demander d'élaborer sur sa dangerosité quand la justice elle-même n'y a (presque) pas répondu ? Il y a donc

plusieurs questions qui posent problème pour la prise en charge de ce patient : sa dangerosité, immédiate et/ou hors des murs, la sévérité de sa forme de schizophrénie, ainsi que sa froideur concernant un double homicide choquant. La psychiatrie est-elle alors responsable du patient lui-même ?

J'ai souhaité réaliser ce travail pour approfondir les risques de passages à l'acte de patients schizophrènes et les prendre en charge au mieux lorsque le pire a été commis.

III. La schizophrénie

1. Clinique

Nommée en 1860 démence vésanique par B.A. Morel, en 1871 hébéphrénie par E. Hecker, en 1874 catatonie par K.L Kahlbaum et en 1899 démence précoce par E. Krapelin, c'est finalement le psychiatre E. Bleuler qui introduit le terme de schizophrénie en 1911. Il le définit par des troubles de l'association des idées et de l'affectivité. Pour Bleuler, c'est la notion de « dissociation » ou de « dislocation » des fonctions psychiques qui forme le cœur de la description clinique de la pathologie. Ce qui explique le choix du terme grec *schizo* signifiant la coupure [2-5].

Sa prévalence en population générale est de 1 %, soit en France, 400 000 malades [6].

C'est une maladie qui appartient au groupe des troubles psychotiques chroniques. Elle débute généralement chez le sujet jeune, avant 30 ans. Son diagnostic est clinique et s'étaye sur l'évolution. Il repose sur l'observation sémiologique de symptômes, présents depuis au moins 6 mois, et s'organise autour d'un trépied symptomatique : dissociation, symptômes productifs et symptômes négatifs [7].

1.1 Désorganisation ou dissociation

C'est la rupture de l'unité psychique, se définissant par une désorganisation de l'activité mentale. La désorganisation se manifeste par une incapacité à construire un comportement, un discours ou un ressenti cohérent. Au niveau intellectuel, le syndrome dissociatif se manifeste par des troubles du cours de la pensée et une altération du système logique. Il en découle des troubles du cours de la pensée et du langage : agrammatisme, barrages, discours allusifs, incohérence voir schizophasie, néologisme, paralogisme ou encore pensée illogique. Au niveau affectif, la

dissociation se manifeste par des affects inappropriés entraînant des actes insolites, une bizarrerie et une désorganisation émotionnelle. Enfin au niveau moteur, ce syndrome se définit par des troubles du comportement, parfois par une absence totale de gestuelle à la sollicitation appelée négativisme psychomoteur, ou par une gestuelle décalée : des stéréotypies, une catalepsie ou un maniérisme. Tous ces éléments discordants vont participer au fait qu'un patient atteint de schizophrénie parait « bizarre » ou déconnecté du réel et des conventions sociales. Certains parleront de troubles du comportement [2] [7-9].

1.2 Symptômes positifs ou productifs

C'est l'activité délirante. Elle est différente d'un individu à un autre mais certaines caractéristiques sont constantes. Elle peut être plus ou moins intense, cela dépend également de la forme de schizophrénie dont est atteint le patient. Les mécanismes peuvent être multiples : interprétatifs, imaginatifs, intuitifs, hallucinatoires avec ou sans automatisme mental. Les thèmes sont variés, bien que généralement constants pour un patient donné, on y retrouve fréquemment la persécution, la mégalomanie, l'hypocondrie ou encore le mysticisme ou le messianisme. Le délire n'est pas systématisé, c'est-à-dire non structuré. L'adhésion est totale et la participation affective peut varier d'un patient à l'autre allant du patient très angoissé à celui débordant d'énergie pour réaliser sa mission. La participation affective a tendance à disparaître avec l'âge et avec la connaissance du patient de sa pathologie [7,8].

1.3 Automatisme mental

L'automatisme mental est un syndrome hallucinatoire qui a été décrit par le psychiatre G. de Clérambault en 1910 et 1920. Il peut se rencontrer dans la schizophrénie mais aussi dans d'autres maladies mentales telle la psychose hallucinatoire chronique ou encore lors d'un épisode de manie délirante. Il est caractérisé par « le fonctionnement automatique, spontané et dissident d'une partie de l'activité psychique » [10]. Il existe le petit et le grand automatisme mental [11].

Le petit automatisme mental fait partie des troubles du cours de la pensée et se manifeste par des phénomènes subtils : la pensée parasitée, l'arrêt de la pensée ou la passivité ainsi que l'écho de la pensée. Ce dernier est le phénomène central de ce syndrome, c'est une hallucination qui peut être sensorielle **acoustico-verbale** (le patient entend les sons comme s'ils

provenaient de l'extérieur) ou **intrapsychique** (les sons proviennent de l'intérieur de sa tête). Les patients savent bien le préciser quand nous le leur demandons. Les sons perçus peuvent être des interpellations, des échos de la pensée, des énonciations d'actes, ou des commentaires des actes et/ou de la pensée [8,10,11].

Le grand automatisme mental ou triple automatisme mental touche les trois fonctions suivantes :

- Idéique et idéo verbale : ce sont les phénomènes observés dans le petit automatisme mental.
- Motrice : ce sont des mouvements que le patient fait sans pouvoir les contrôler, il a l'impression que ses actes sont contrôlés de la même manière que le sont ses pensées. Ses actions peuvent aussi résulter d'injonctions des voix entendues, ce qui rentre dans le cadre d'un syndrome d'influence.
- Sensitive et sensorielle : ce sont des hallucinations olfactives, gustatives, visuelles ou cénesthésiques.

Les patients atteints de ce syndrome ont la conviction délirante d'être influencés par une force étrangère et extérieure qui dicte leurs pensées et leurs actes. Leurs actions leur paraissent guidées et ils ne se pensent plus maîtres de leur volonté. Des interprétations délirantes peuvent se rajouter avec pour thématiques la plupart du temps la persécution et/ou le mysticisme.

Ce syndrome prend son importance dans les homicides lorsque les injonctions commandent au patient de tuer quelqu'un.

Le patient le plus souvent nous livrera ses angoisses par rapport à ces ordres et ne passera pas à l'acte. Mais parfois les actes se manifestent de façon automatique, le patient se sentant obligé de les réaliser.

Lorsqu'une expertise sera menée chez un patient délirant ou suspecté délirant, il est important de rechercher ce syndrome. Tout d'abord, il peut être toujours présent et ordonner d'autres actes hétéro-agressifs ou auto-agressifs, ensuite, il peut être vécu de façon très angoissante et persécutrice pour le sujet. Ce syndrome peut constituer un argument supplémentaire consistant à invoquer que le patient était envahi de pensées délirantes au moment

des faits qui lui sont reprochés et qu'il n'était donc pas entièrement conscient de ce qu'il commettait.

1.4 Symptômes négatifs

Anciennement appelés syndrome autistique, ils se caractérisent par le repli sur soi, l'isolement social, l'apragmatisme, l'aboulie, l'anhédonie, l'anergie, la froideur affective et l'apathie [7,8].

Des troubles cognitifs sont associés à la schizophrénie, ils sont fréquents et très invalidants. Ils touchent la mémoire, l'attention, les fonctions exécutives, les cognitions sociales, la vitesse du traitement de l'information et la métacognition.

1.5 Formes cliniques

L'hétérogénéité de la schizophrénie a favorisé la définition de différentes formes cliniques répertoriées dans divers ouvrages. Certaines sont fréquentes, d'autres plus rares et nécessitant parfois des années de suivi avant d'être diagnostiquées [7] :

- Paranoïde : c'est la forme la plus fréquente avec une prédominance du syndrome délirant.
- Simple ou indifférenciée : cette forme survient sur une personnalité pré-morbide de type schizoïde ou schizotypique. On y retrouve peu de délire et une vie plutôt ritualisée. Les symptômes négatifs et les troubles cognitifs prédominent.
- Schizo-affective ou forme dysthymique : c'est une forme qui mêle des symptômes de schizophrénie avec des symptômes du trouble bipolaire. Cette forme est d'évolution périodique. La présence d'un délire et d'une discordance en dehors des phases maniaques et dépressives permettent de poser le diagnostic. En phase maniaque, les patients peuvent se montrer très agressifs et les passages à l'acte hétéro-agressifs sont fréquents.
- Catatonique : forme dans laquelle certains troubles moteurs sont au premier plan, comme la catalepsie et le négativisme.
- Hébéphrénique : cette forme survient généralement chez l'adolescent désinvesti sur le plan social et scolaire, avec une prédominance des symptômes négatifs. Des phases

d'agressivité aiguës peuvent survenir. L'activité délirante est pauvre et le mode de raisonnement est abstrait [5].

- Héboïdophrénique ou schizophrénie pseudo psychopathique : c'est une forme introduite en 1889 par L. Kahlbaum. Elle est marquée par des comportements asociaux, avec peu ou pas de délire. Les passages à l'acte hétéro-agressifs sont fréquents et coexistent avec une désorganisation psychotique. Cette forme peut être retrouvée chez certains délinquants et dans les prisons [12].
- Résiduelle : forme avec quelques symptômes persistants à bas bruits.

Dans les débuts de la pathologie, pour la forme la plus fréquente, les symptômes productifs sont au premier plan. Les patients adhèrent fortement au délire et sont très angoissés.

Les symptômes s'accompagnent souvent d'une réticence pathologique, cela peut donc prendre plusieurs mois afin de connaître le délire sous-jacent.

L'évolution de la maladie est différente d'un patient à l'autre. En général les symptômes productifs s'amenuisent au fil des années, certains éléments délirants s'enkystent et restent tout de même résistants au traitement. Les symptômes négatifs et les troubles cognitifs évoluent pour leur propre compte. Plus ils apparaissent tardivement, meilleur est le pronostic car ils sont responsables de la dégradation cognitive du patient, d'une perte d'autonomie et d'un isolement social important.

Mais l'évolution de la maladie dépend de la forme clinique, de l'âge du début des troubles, de la qualité de l'entourage du patient, du milieu social et culturel dont est issu le patient et de la précocité de la prise en charge [7].

L'un des symptômes que l'on retrouve fréquemment, l'anosognosie, signifie que le patient ne sait pas qu'il est malade. Appelé aussi défaut d'*insight*, ce symptôme pose beaucoup de problèmes car il participe au fait que le patient ignore qu'il est malade et que ses symptômes ne sont pas la réalité.

2. Prise en charge

La schizophrénie nécessite bien souvent une ou plusieurs hospitalisations en milieu psychiatrique au cours de la vie. Le recours aux soins sous contrainte peut être nécessaire si le patient refuse les soins et que son état le met en danger ou compromet la sûreté de l'ordre public ou sa propre sécurité. Il est important de préciser que dans ce travail nous revenons sur les points importants et non sur toute la prise en charge d'un patient atteint de schizophrénie, le but étant de comprendre les limites de la prise en charge des patients sous SPDRE.

Les traitements médicamenteux utilisés sont les neuroleptiques antipsychotiques pour leur action sédatrice et anti-productive (c'est-à-dire anti-délicirante) selon la classe utilisée. La précocité de la prise en charge médicamenteuse, ainsi que la bonne réponse au traitement sont des facteurs de bons pronostics [7].

L'objectif en urgence, face à une décompensation, est d'apaiser l'angoisse en leur proposant des produits sédatifs et un cadre hospitalier rassurant et protecteur.

À moyen terme, le but des traitements est de diminuer les éléments délicirants sans avoir comme objectif de les supprimer totalement. Le fait de diminuer l'activité délicirante pourra, en revanche, supprimer certains symptômes gênants.

À long terme, l'objectif est de limiter le déclin cognitif, l'isolement social et maintenir l'insertion de ces patients.

Les formes de neuroleptiques antipsychotiques retardés consistent en des injections tous les quatorze ou vingt-huit jours, et peuvent être utilisées en cas d'adhésion fragile afin de surveiller la prise du traitement, ou lorsque le patient oublie trop souvent son traitement du fait de sa maladie, ou encore si le patient préfère cette voie d'administration. Ce mode d'administration est généralement la forme requise par les experts pour accepter la sortie d'un patient sous SPDRE.

Pour certains patients résistants aux molécules classiques, des séances de sismothérapie peuvent être proposées [7].

Une information claire, loyale et appropriée donnée aux patients sur leur état de santé, la schizophrénie, son évolution, ses traitements et la nécessité d'un suivi ultérieur fait partie de l'éducation thérapeutique et est primordiale dans la prise en charge.

Une prise en charge sociale est bien souvent indispensable surtout si l'environnement immédiat du patient est relativement pauvre. Une mesure de protection des biens pourra être envisagée. La schizophrénie est prise en charge par l'assurance maladie à 100% car elle fait partie des Affections Longues Durées (ALD) [7].

La prise en charge ambulatoire repose sur une surveillance régulière avec des rendez-vous médicaux dans un Centre-Médico-Psychologique (CMP) de secteur ou en ville par un psychiatre libéral.

Des psychothérapies de soutien, de groupe, ou encore familiale peuvent être proposées en fonction des situations. Les psychothérapies de type Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) et réhabilitation psycho-sociale sont de plus en plus utilisées et ont montré leur efficacité dans la limitation du déclin cognitif.

Il faut aussi prendre en considération les addictions aux produits toxiques et proposer dans tous les cas un sevrage, y compris tabagique.

Des activités d'ergothérapie sont également proposées au sein des hôpitaux et des CMP qui disposent de Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP). Elles ont pour missions d'évaluer les capacités cognitives du patient, de le stimuler à l'activité et éventuellement de l'orienter vers un travail en milieu protégé si cela est possible. Ces activités adaptées aux patients sont animées par des infirmiers et permettent aussi de lutter contre l'isolement social.

Au total, la prise en charge de ces patients est pluridisciplinaire, l'objectif primordial étant la réinsertion du patient dans la société grâce à la maîtrise des symptômes et l'amélioration de sa qualité de vie.

3. Particularité de l'homicide du schizophrène

3.1 Violence et schizophrénie

Bien que le diagnostic de schizophrénie soit associé à un risque plus élevé de violence par rapport à la population générale, les passages à l'acte hétéro-agressifs à type d'homicide sont extrêmement rares. Les crimes violents des patients atteints de schizophrénie ne dépassent pas 10% et ce chiffre diminue encore si on enlève les comorbidités et/ou l'abus de substance [13].

En ce qui concerne le risque de passage à l'acte pour les patients atteints de schizophrénie, dans la littérature, les chiffres varient. Une étude réalisée en Finlande a comparé des auteurs d'homicide schizophrènes et non schizophrènes et a conclu qu'être atteint de schizophrénie multiplie entre 4 à 10 fois le risque de commettre un homicide. Une autre étude estime que ce risque est de 7 pour un homicide. Une étude réalisée en 2004 conclut que les hommes schizophrènes sans abus de substance ont 2,7 fois plus de risque de violence par rapport à la population générale et qu'un patient schizophrène a 4 fois plus de chance de manifester des comportements violents qu'un non malade [13-15].

Une publication de la Haute Autorité de Santé (HAS) en Mars 2011, à visée préventive, a étudié les facteurs de risque des passages à l'acte chez les schizophrènes. Il a été remarqué que les comportements violents touchent le plus souvent la famille et les proches, sauf en milieu hospitalier où les personnes agressées sont les autres patients et le personnel de santé. Les patients agressent rarement à un inconnu [16]. Cependant, une étude réalisée en 1998, a montré que les patients schizophrènes sont plus violents dans les 20 semaines qui suivent une hospitalisation : « Les patients schizophrènes sans antécédent de violence physique, ayant été hospitalisés, ont néanmoins été violents dans 7% des cas au cours des 20 semaines suivant leur sortie de l'hôpital et ceux qui sont violents le sont majoritairement dès les 20 premières semaines après la sortie de l'hôpital » [14,17].

Il existe de nombreux facteurs de risque bien documentés qui ont pu être mis en évidence au cours de nombreuses études, certains sont généraux, concernant la violence et l'homicide dans la population générale, d'autres plus spécifiques regroupant les patients schizophrènes, ou encore les schizophrènes ayant commis un homicide [3,13,17-30].

Les facteurs de risques intrinsèques sont :

- L'âge jeune et le sexe masculin. L'âge moyen de passage à l'acte est 30 ans.
- Les antécédents dans l'enfance : la maltraitance par la famille et l'entourage, ou également lorsque le patient a été spectateur de scènes de violence sans nécessairement les avoir subies.
- Les antécédents : pour un patient connu pour des faits de violences, le risque de récurrences de comportements violents est plus élevé que pour un patient n'ayant pas eu de comportement violent par le passé. Il faut toujours rechercher si, à l'adolescence, le

patient a présenté des troubles du comportement. Il convient aussi de rechercher les antécédents d'arrestations liées aux consommations de toxiques.

- Le ou les antécédents de traumatisme(s) crânien(s).
- Les comorbidités psychiatriques : premièrement notons les troubles de la personnalité associée, notamment la personnalité antisociale comme dans la forme de schizophrénie héboïdophrénique. Deuxièmement, citons les consommations de substances, d'alcool ou d'autres drogues, principalement les drogues psycho-actives. Cette comorbidité peut également être classée parmi les facteurs de risque extrinsèques. Un chapitre à part leur est dédié.

Les facteurs de risque liés à l'expression de la maladie sont :

- Le déni des troubles : l'anosognosie ou le défaut d'*insight* faisant partie des facteurs de risque concernant l'observance et le maintien du suivi. Ce facteur va être lié à une mauvaise adhésion aux soins puisqu'un défaut d'*insight* s'accompagne d'une mauvaise conscience de soi et de sa maladie rejoignant les facteurs de risque liés à la rupture de soin, aux rechutes plus fréquentes et à la mauvaise observance du traitement. L'évolution est plus péjorative dans ces situations. Des études ont mis en lien la violence et le défaut d'*insight* et retrouvent un risque de violence accrue [31].
- L'activité délirante : plus elle est importante et accompagnée d'un automatisme mental, plus le risque de passage à l'acte est élevé. Une durée de plus d'un an a été mise en évidence comme favorisant le passage à l'acte. Le délire est plus à risque quand le thème est la persécution avec syndrome d'influence et forte adhésion aux idées délirantes. La participation affective exprimée par l'angoisse suscitée par le délire n'entraîne que l'objectif de mettre fin aux préjudices ressentis, les méthodes sont alors la fuite ou l'attaque.
- L'émoussement affectif et émotionnel.
- L'anxiété majeure.
- L'impulsivité et l'imprévisibilité.

Facteurs liés aux soins :

- Le retard dans la prise de contact avec le milieu soignant et/ou un faible nombre d'hospitalisations.
- La durée de suivi courte.
- Un ou plusieurs antécédents d'hospitalisations sous contrainte.
- La rupture thérapeutique et/ou la mauvaise observance thérapeutique : le fait qu'un patient ne se présente plus à ses consultations ou aux activités thérapeutiques doit alerter les soignants. Il peut s'agir soit d'une rechute soit d'un arrêt de la prise du traitement.

Les facteurs de risque extrinsèques sont :

- La précarité sociale : les faibles ressources, les difficultés pour trouver un logement et se nourrir peuvent majorer le risque de comportements délinquants (ceci est également valable pour la population générale).
- Le niveau socio-économique bas, bien qu'à ce sujet les avis divergent : une étude réalisée en Tunisie a montré que ce facteur n'entrait pas en compte [13].
- L'échec scolaire.
- Une situation aiguë de stress, de crise ou de conflit.
- Un goût prononcé pour les armes.
- L'absence de famille ou de référent : la plupart des études s'accordent sur les conditions sociales de ces profils : célibataire, sans enfant et sans emploi. Il est important de prendre en compte l'isolement social et/ou affectif du patient.

Au total, beaucoup d'études se sont intéressées aux facteurs de risque de violence du malade mental et plus précisément du schizophrène. Elles s'accordent tout de même principalement sur le fait que les facteurs psychopathologiques et contextuels entrent en jeu et sur le fait que les schizophrènes violents présenteraient plus de symptômes, aussi bien positifs que négatifs. Il existe également des facteurs protecteurs qui ont été mis en évidence, qui rejoignent en réalité l'absence de facteurs de risque. Ces facteurs (ou cette absence de facteur de risque) seraient en faveur d'un moindre risque de récurrence mais leur qualité d'indicateurs ne peut présumer de l'avenir [22].

3.2 Comorbidités addictives

La toxicomanie est définie par l'usage de substances illicites modifiant le comportement et entraînant une dépendance, mais inclut également des produits licites tels l'alcool, le tabac et la consommation de certains médicaments utilisés de façon détournée ou surconsommée. Il existe 3 types de consommation : l'usage, l'abus (entraînant des complications somatiques ou psychiques) et la dépendance. La toxicomanie peut entraîner des troubles sociaux, psychiatriques et aussi organiques en fonction des substances consommées [32].

Tous les auteurs s'accordent pour insister sur la comorbidité addictive associée à l'homicide. Une étude a montré que le risque d'homicide se voit multiplié par 8 chez les schizophrènes présentant un abus de substance, l'alcool représentant la majorité des consommations à risque [20]. Mais, pour Wallace et al. l'abus de substances chez un schizophrène est un facteur interdépendant du risque d'être violent. De plus les schizophrènes enclins à la violence présenteraient plus de risque de sombrer dans la toxicomanie [29,33].

Une question se pose alors : la violence résulte t-elle de la substance et de ses effets ou alors est-elle responsable d'une exacerbation symptomatique déjà présente ?

La toxicomanie est une comorbidité à dépister le plus précocement possible et pose de nombreux problèmes en termes de présentation clinique et de prise en charge. Ces conduites de consommations à risque peuvent survenir avant le déclenchement de la maladie mais aussi après, certains patients pensant y trouver des bénéfices pour apaiser leur symptomatologie. Ces patients viennent le plus souvent de milieu défavorisé où les produits sont facilement à leur disposition. De plus, ces patients sont vulnérables dans la société à l'instar des réseaux de la toxicomanie. Il n'est pas rare qu'ils se laissent exploiter par des dealers pour un usage détourné de leurs traitements psychotropes. Ils sont facilement repérés, influençables et attirés par les éventuels bénéfices d'un tel trafic.

Quant aux effets recherchés par la consommation de toxiques, ils varient, de l'apaisement induit par le cannabis et l'alcool à la stimulation induite par la cocaïne et les amphétamines. Une étude a montré que les substances consommées par les schizophrènes auteurs d'homicide étaient l'alcool, le cannabis, les amphétamines et les benzodiazépines [32].

3.2.1 Alcool

L'alcool communément utilisé à des fins anxiolytiques, produit également un effet désinhibiteur important, entravant les relations sociales et favorisant la violence. En effet, l'alcool altère les processus cognitifs et comportementaux du contrôle des impulsions et diminue la peur. Il exacerbe les affects de colère et de haine. Au long cours, il favorise aussi l'installation de sentiments de dépression, de paranoïa, de colère voire de rage. La forme de schizophrénie héboïdophrénique s'accompagne souvent de consommation d'alcool au moment des passages à l'acte violents [34].

3.2.2 Cannabis

Parmi les drogues consommées par les patients schizophrènes, le cannabis alimente de nombreux débats. En effet, certaines études ont prouvé qu'une consommation de cannabis, occasionnelle ou régulière, pourrait précipiter une décompensation psychotique d'allure schizophrénique chez des patients présentant une vulnérabilité psychique et/ou génétique.

Cette drogue douce appartient au groupe des psychodysléptiques et peut constituer la voie d'entrée de consommations de drogues dures. L'étude épidémiologique *Epidemiologic catchment area* a montré que sur 20 000 sujets 47% des schizophrènes présentent une co-dépendance alcool et cannabis, le cannabis pouvant être en lien avec des symptômes de persécution et de l'agressivité [35]. Il y a une tendance à la sous-estimation et la sous-verbalisation des patients sous cannabis, c'est pourquoi il faut insister sur le dépistage et la communication des effets nocifs de cette drogue.

3.2.3 Autres

Une étude a montré que les schizophrènes consommeraient plus de substances stimulantes et hallucinogènes qui accroissent la symptomatologie psychotique [29]. Bien souvent, il ne s'agit pas que d'une seule substance en particulier, mais d'une consommation anarchique en mélangeant plusieurs stimulants occasionnant une aggravation du délire et des hallucinations par le biais d'une accentuation des symptômes positifs. Ces effets resteraient transitoires au moment de l'intoxication. Plusieurs études, concernant tout type de population, ont insisté sur le fort

risque de passage à l'acte sous substances psychoactives ainsi que sur le lien avec la désinsertion sociale [36].

La violence s'expliquerait aussi par l'action pharmacologique des substances sur les systèmes cérébraux qui stimulent les comportements agressifs [29]. La cocaïne, le crack (mélange de cocaïne et de bicarbonate de soude) et les amphétamines lèvent les inhibitions et sont souvent impliqués dans les passages à l'acte violents, des délits ou des actes impulsifs répréhensibles [32].

Les drogues psycholeptiques tels les opiacés, ont pour propriété d'être sédatives, et procurent une sensation de bien-être dans les minutes qui suivent la prise. La phase suivante procure une sensation d'apaisement de toute tension et une somnolence.

Les patients atteints de schizophrénie présentant souvent des troubles du sommeil avec parfois inversion totale du rythme nyctéméral malgré les traitements hypnotiques, peuvent être incités à utiliser ce type de drogue permettant également l'apaisement éphémère de leurs angoisses intenses [29].

Ces différentes consommations modifient donc le comportement et potentialisent l'agressivité. Elles constituent des précipitants de violence et peuvent favoriser un passage à l'acte impulsif en le rendant d'autant plus violent. L'usage d'alcool et/ou de stupéfiants est une circonstance aggravante aux yeux de la loi. Le risque de récurrence est également plus élevé en cas d'abus de consommation de substances [20,29].

Cependant, il reste difficile de différencier les personnes violentes non schizophrènes consommant des toxiques de l'association schizophrénie-toxique. L'abus d'alcool est un facteur de risque de passage à l'acte pour tout individu. Les consommations de toxique en lien avec la violence ne sont donc pas spécifiques de la maladie schizophrénie mais peuvent, le cas échéant, pour un patient atteint d'une pathologie mentale, potentialiser la violence. Il est donc important pour tous patients atteints d'une pathologie psychiatrique de prendre en compte les consommations de toxiques dès le début de la prise en charge, et de repérer chez les consommateurs, des éléments en faveur de comportements violents. La prise en charge de ces patients consiste en une réduction des risques obtenue en informant le patient et en proposant des sevrages ou encore des cures et des postcures.

3.3 Temporalité de l'homicide du schizophrène

3.3.1 L'homicie, avant

« Exprimer verbalement ou par écrit son agressivité peut être un moyen efficace de se protéger de son passage à l'acte » (F. Millaud) [37].

Comprendre ce qui se passe avant le passage à l'acte, dans les jours précédents ou dans les minutes avant l'acte, pourrait nous aider à intervenir à temps et à prendre en charge de façon adaptée le patient schizophrène envahi d'idées de meurtre dans une perspective prévisonnelle.

Cette phase d'alarme est appelée *acting out* en psychanalyse.

Certains auteurs se sont intéressés à ce moment critique comme Maier (1912) et Wertham (1937) qui introduisent le terme de « crise catathymique » en 5 phases :

- 1) *Conflit affectif inconscient provoquant une tension psychique ayant fréquemment pour corollaires des hallucinations et un état confusionnel dépressif ;*
- 2) *La tension psychique atteint son paroxysme, le sujet se replie sur lui même. Une idée de suicide ou d'homicide se constitue comme échappatoire à cet état ;*
- 3) *L'idée de suicide ou d'homicide culmine ;*
- 4) *L'acte d'homicide a un effet de soulagement. La tension se dissipe, le meurtrier devient calme et serein ;*
- 5) *Avec le temps soit l'équilibre psychique se rétablit avec le temps soit le patient régresse au premier stade et peut alors commettre d'autres actes.*

Cette phase se traduit donc par un état de tension interne intense accompagné d'une forte angoisse aboutissant à une conclusion inconsciente au patient étant que sa délivrance se fera par la mort : un crime ou un suicide. Schlesinger définit une phase « d'incubation » qui peut durer de quelques jours à plusieurs années [38].

Plus précisément, des prodromes ont également été identifiés dans plusieurs études. Une étude réalisée en 1974 par Nivoli a pu mettre en évidence des signes prémonitoires de passage à l'acte : annonce par le patient, achat d'une arme, menaces verbales, idées suicidaires et

antécédents judiciaires. Les moyens létaux les plus utilisés sont les armes blanches, la strangulation et les armes à feu, procédé d'accès aisé [18,37].

Certaines émotions présentes avant le passage à l'acte ont pu aussi être mises en évidence telles la colère, la peur, la jalousie, la tristesse et la passion [18].

Ou encore des sensations de tension intense telle « l'obligation de passer à l'acte pour se soulager » ont été décrites [13].

Il est également décrit une recrudescence de symptômes notamment une forte anxiété, une dépression, un repli sur soi, un refus de soin, ou encore une insomnie et une anorexie [39].

D'autres phénomènes comme la déréalisation et/ou la dépersonnalisation ont également été observés [37].

L'existence d'un ou de plusieurs facteurs précipitants pré-crimes ou précritiques a donc été démontrée, mais ne permet pas de connaître l'élément précis déclencheur du passage à l'acte.

Toutefois, on ne peut pas parler de *l'avant homicide*, sans évoquer la préméditation. La préméditation est un facteur criminogène important puisqu'il signifie que le meurtrier a planifié l'acte. Généralement il planifie aussi sa dissimulation. La planification neuronale fait appel aux fonctions exécutives, faculté altérée chez la plupart des patients atteints de schizophrénie dont ils ont cependant la capacité mais avec toujours un certain degré de désorganisation, ce qui rend compliqué une préméditation précise avant l'acte [40].

3.3.2 L'homicide, pendant

« Le passage à l'acte vise à réduire la tension anxieuse et les enjeux sont des enjeux de vie ou de mort. La mort de soi ou de l'autre devient la solution » (F. Millaud) [37].

Appelée crise homicide, elle est constituée d'étapes dont certaines ont été décrites, amenant le patient vers son crime : la naissance d'une situation vécue comme dangereuse pour le patient, la recherche de cause de cette situation dangereuse, la recherche de solution pour sortir de cette situation dangereuse, et enfin le meurtre comme unique solution inadéquate. La violence psychotique est le plus souvent une réponse de défense à un sentiment de menace intense et de perte de contrôle interne. D'autres choisiront la fugue pour s'éloigner du problème ou la solution la plus adaptée consistant à demander de l'aide (cf. fig. 1 [24]) [13,37].

Comme il a été vu précédemment, le passage à l'acte peut résulter d'émotions négatives telles la peur l'angoisse et la colère en réponse aux éléments délirants perçus comme menaçant, depuis plusieurs années, ou depuis plusieurs heures. Nous retrouvons souvent la menace pour leur intégrité physique et parfois même un état de dépression associé. L'homicide est toujours un acte *utile* pour le patient. Il a rarement lieu par hasard sur une simple pulsion meurtrière. En effet il a été étudié que généralement, il sert soit à éliminer l'agresseur (le persécuteur, vu comme agresseur par le patient), soit comme acte dissuasif dans la conviction délirante ou encore, il peut avoir la signification sacrificielle [41].

Qu'il ait été prémédité ou pas, abordé avant ou tenu silencieux, le quant il survient et le pourquoi il survient à ce moment précis semblent inconnus de tous. Il a été relevé des mots de certains patients après un homicide : « tout à coup », « enchaînement », « ce n'était pas moi », « hors de moi » ou encore « c'était lui ou moi » [37,42].

Pour la majorité des crimes de schizophrènes, c'est un moment de violence inouïe, de cruauté pratiquement inhumaine, faisant presque référence à un phénomène de déréalisation paroxystique. La consommation d'alcool ou de drogues notamment psycho-actives potentialisent ce moment, le rendant plus accessible et peut être encore plus cruel qu'il ne l'est déjà.

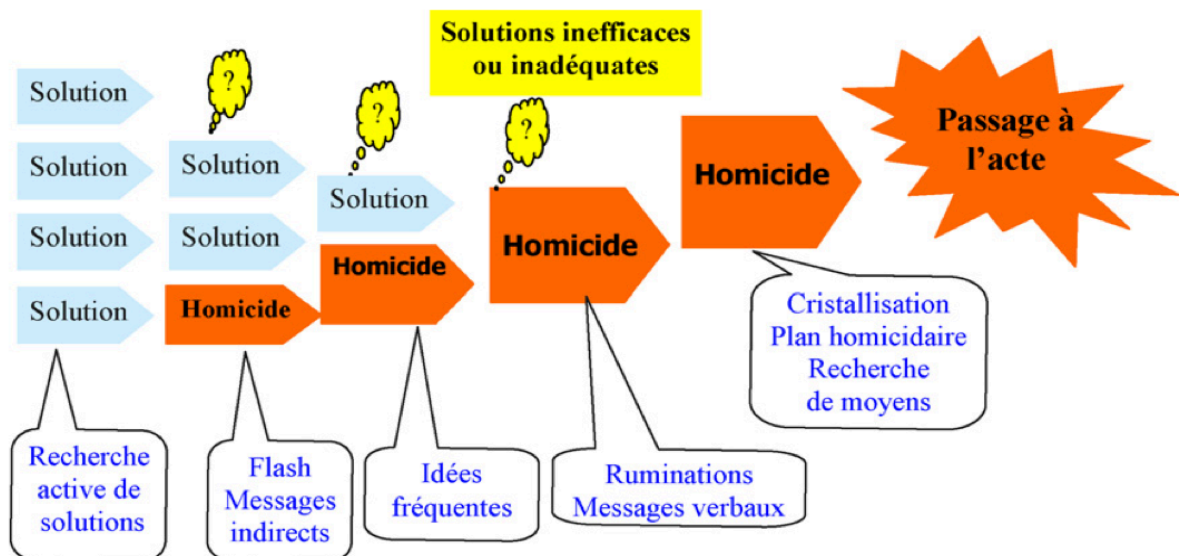


Figure 1: La crise homicidaire.

3.3.3 L'homicide, après

« Dans l'après-coup de l'acte, il ne restera bien souvent que cette vérité crue » (A. Ochonisky) [43].

La réaction postcritique immédiate serait un effet de libération, de soulagement de satisfaction, de suicide finalement, où le patient se voit revivre sous un jour nouveau, sans cet élément qui l'empêchait d'avancer. L'indifférence et le détachement sont également des ressentis fréquents [13,37].

L'attitude de l'auteur après l'acte donne d'ailleurs des indices sur le caractère pathologique de celui-ci. Il a été démontré que le plus souvent, l'auteur manifestait des conduites de réparation, comme appeler la police ou se présenter au poste de police. Le cadavre est alors laissé sur place, non dissimulé. L'auteur ne laisse ni note ni document. Un peu plus tardivement, s'il ne se livre pas aux autorités, il va présenter un ensemble de comportements et d'indices menant à lui. Il sera ainsi retrouvé et avouera rapidement les faits [13,18,22].

Une atténuation de la violence après l'acte, et une pauvreté de verbalisation accompagnée d'une sorte d'étrangeté à l'acte ayant pour résultante l'effet économique de la libération d'une surtension longtemps contenue, font que le patient se satisfait inconsciemment d'avoir trouvé une solution évitant sa destruction psychique. Il n'exprimera d'ailleurs que rarement de la culpabilité [25,30].

3.4 Caractéristiques criminologiques

Beaucoup d'études ont porté sur des populations de patients psychotiques, et plus particulièrement schizophrènes auteurs d'homicide, et des caractéristiques criminologiques en sont ressorties. Certaines de ces caractéristiques sont récurrentes et, bien que souvent constatées rétrospectivement, pourraient être utilisées à titre informatif et préventif.

Tout d'abord, deux formes de schizophrénie sont les plus souvent en lien avec un passage à l'acte à type d'homicide :

- La forme **paranoïde**, qui représente la forme la plus fréquente. La richesse de son délire et l'adhésion totale du patient à celui-ci conduisent à des meurtres absurdes, monstrueux et

hors de proportion. Il a été prouvé que le délire domine les hallucinations en termes de passage à l'acte, la signification de celui-ci étant la préoccupation majeure du patient. Dans 86% des cas, le délire motivait l'acte. Les thématiques prédominantes étaient la persécution, le syndrome d'influence, la mégalomanie et le mysticisme [18]. L'exception peut être faite sur un patient présentant un syndrome d'influence avec automatisme mental, auquel cas le passage à l'acte résulterait d'un acte dicté ou d'un ordre direct. Malgré la fréquence de ce syndrome, le réel passage à l'acte sous son influence reste rare [13].

- Et la forme **héboïdophrénique**, plus rare. La présence de traits psychopathiques et la pauvreté du délire expliquent la fréquence des passages à l'acte hétéro-agressifs et les conséquences judiciaires en découlant.

Il n'est donc pas rare de retrouver d'autres délits non spécifiques commis dans les jours précédents, tels le vol à l'étalage, des agressions sur passants ou encore des dégradations de biens publics. Mais parfois le crime reste le seul et l'unique comportement délinquant du patient. D'ailleurs, Hodgin et son équipe ont décrit deux profils de schizophrènes violents : les *early-starters* débutant une carrière criminelle et présentant des caractéristiques antisociales à l'adolescence et les *late-starters* débutant une criminalité à l'âge adulte, secondairement à la maladie mentale [29]. Un troisième groupe plus discret, évoqué par certains auteurs, serait les schizophrènes avec une forte atteinte neurologique [44].

Ce type de passage à l'acte peut survenir à n'importe quel moment de la maladie. Durant la phase d'installation de la schizophrénie, on parle de crime inaugural. Une étude réalisée en Russie, sur 30 ans de suivi, a montré que 3 patients sur 149 ont commis leur premier homicide avant d'être diagnostiqués schizophrènes [45]. Une autre étude à Toulouse sur des psychotiques auteurs d'homicide a montré que 90% étaient schizophrènes et que dans 30% des cas, le crime était inaugural [15].

Les moyens utilisés retrouvés dans la littérature sont nombreux mais l'arme du crime est quasiment dans tous les cas une arme d'opportunité, c'est à dire le moyen légal à disposition immédiate du patient sur le moment. De ce fait, sont rapportées dans les procès, les armes blanches ou objets contendants tels un couteau, des ciseaux, une pioche, un marteau, des pierres ou encore des barres de fer mais aussi une arme à feu ou la strangulation [13].

Le lieu de l'agression est le plus souvent le domicile de la victime ou du patient et l'agression vise dans 50% à 67% des cas un proche ou un membre de la famille [13,25].

Généralement brutale et soudaine, elle ne dépasse pas quelques minutes faisant parfois suite à une dispute. Il n'y a pas de complice ni de mobile par définition de l'homicide pathologique car les motivations sont délirantes avec un rationalisme morbide discordant pour tenter d'expliquer le crime [22].

Plusieurs études révèlent que les passages à l'acte de patients psychotiques résulteraient d'une impasse relationnelle entre l'auteur et la ou les victime(s), d'une sensation d'étouffement et d'échec de tentative de mise à distance de la relation conflictuelle de la part du patient [13,22,25].

En conclusion, l'homicide perpétré par le patient schizophrène regroupe un certain nombre de caractéristiques souvent présentes bien que non obligatoires. C'est le plus souvent un acte individuel, qui touche un proche ; sans mobile évident excepté pour le patient et la plupart du temps non prémédité. Le crime n'est pas dissimulé. Le passage à l'acte meurtrier peut être inaugural dans la maladie ou associé à un trouble de l'humeur ou encore sous l'emprise d'alcool et/ou de stupéfiants. Certains symptômes sont associés au passage à l'acte. Devant une dissociation sévère, le crime semble surtout « immotivé » sans logique ni raison saisissable. Devant un automatisme mental on aura donc un acte *imposé*. Devant un délire paranoïde, on peut trouver plusieurs cas de figure dont la plus commune est l'agression du persécuté désigné qui est généralement connu du patient et se trouvant dans son entourage proche. Systématiquement, un patient qui exprime des intentions de tuer est 4 fois plus à risque de le faire qu'un autre patient ne proférant aucune menace [24,26,46].

3.5 Parricide, fratricide, uxoricide et infanticide

« On ne se tue bien qu'en famille » (M. Bénézech) [47].

Le parricide, meurtre d'un parent au premier degré, naturel ou adoptif ou encore défini par le meurtre sur ascendant légitime, est puni par la réclusion criminelle à perpétuité selon l'article 221-4 du Code pénal. Il représente 3 à 6 % de l'ensemble des homicides dans le monde et 2 à 3% des homicides en France soit 30 cas par an avec 3 à 7 tentatives par an. Le patricide, meurtre du père, est plus fréquent que le matricide, meurtre de la mère, et sont l'œuvre de psychotiques pour 20 à 30 % des cas [13,25,48-51].

Une étude réalisée à l'UMD Henri-Colin a montré que la schizophrénie paranoïde représentait 79,3% des parricides. Concernant les parricides non psychotiques, on retrouve des

meurtriers adolescents avec un acte commis au cours d'une explosion de violence et avec un père décrit violent et tyrannique. Les meurtres qui ont été commis par les mineurs représentent 6 à 28% et la moitié des parricides ont été commis par les moins de 21 ans [26].

Depuis toujours ces meurtres sont considérés comme abominables et fascinants. Ils sont souvent abordés dans la littérature ou au théâtre. De plus c'est un concept largement utilisé par Freud, en référence notamment au *complexe d'œdipe*.

Ces crimes sont par définition contre nature et entraînent un choc éthique et émotionnel dans l'opinion publique [52].

Leur auteur bénéficie le plus souvent d'irresponsabilité pénale, le parricide apparaissant comme le plus pathologique qui soit [26].

Concernant les parricides de schizophrènes, certaines études ont montré que 2 fois sur 3, c'est le fils qui tue le père quand ce dernier est violent, et la mère dans 1 cas sur 3, surtout en cas de dynamique fusionnelle. L'acte a le plus souvent lieu avant les 30 ans du patient et dans la chambre de la victime avec un objet contendant. Il est décrit comme vengeur, soudain, acharné, et soulageant pour l'auteur avec un long murissement de l'idée avant, sans parler pour autant de préméditation. Le meurtre des deux parents est rare et représente 1 cas sur 10. On parle alors de double parricide [25,47,49]. Bien souvent la relation n'était pas totalement conflictuelle mais s'était détériorée. L'apparition de la symptomatologie du patient a pu contaminer la relation avec des parents déniant la maladie et le patient ne recevant pas les soins appropriés. Il se produirait comme un masquage de la symptomatologie psychotique avec un délire envahissant la relation. Les parents peuvent alors identifier un problème mais n'en saisissent pas l'ampleur et la nature [51].

Selon M. Bénézech : « S'il tue sa mère il est enfant unique et vivait seul avec celle-ci, dominatrice et possessive. S'il tue son père sa relation avec lui était cruelle et agressive, et il avait une fratrie nombreuse et une mère protectrice et tolérante » [47].

L'uxoricide est utilisé pour qualifier le meurtre de la conjointe. Il concerne moins souvent des homicides psychotiques et se retrouve plus dans les crimes décrits « passionnels », résultant plutôt de personnes nevrosées ou de patients souffrant de psychose à début tardif (délire paranoïaque). Les termes maricide, mariticide et viricide désignent le meurtre de l'époux par la femme [51].

Le meurtre d'un membre de la fratrie s'appelle le fratricide et très peu de données concernent des auteurs schizophrènes.

L'infanticide est l'homicide d'un enfant. Nous parlons de libéricide lorsque l'enfant est âgé de plus de trois jours, délai légal en France pour déclarer une naissance. Il est recensé en France 5% des infanticides parmi les homicides volontaires. Cependant les méthodes de contraception et d'interruption volontaire de grossesse ont contribué à une nette diminution de cette fréquence [48].

Dans le cas d'une mère atteinte d'une pathologie mentale, les modes de perpétration les plus fréquents sont l'étouffement, l'étranglement ou la noyade [48].

Les mères schizophrènes peuvent avoir un trouble dans leur capacité de maternage. En effet, des observations dans la relation mère-enfant ont montré que des mères psychotiques avaient une disparition de la sollicitation primaire anxieuse et de ce fait, ne répondaient pas de façon adaptée aux besoins du nourrisson. De plus, leurs angoisses de morcellement, d'anéantissement ou encore leur activité délirante peuvent conduire à des comportements de négligence ou dangereux envers l'enfant. Des guidances parentales peuvent être proposées aux mères dans les Unités Mère-Enfant si des signes avant-coureurs inquiétants alertent les sages-femmes ou l'entourage de la patiente. Les signes alertant après la grossesse témoignent d'une dynamique dysfonctionnelle entre la mère et l'enfant, la mère se comportant en étrangère ou menacée par son enfant, ou semblant attendre une reconnaissance de la part du bébé. L'enfant étant dans l'incapacité de donner preuve de reconnaissance, se trouve rejeté par la mère. Un déni de grossesse est également préoccupant et doit faire l'objet d'une surveillance plus rapprochée durant toute la grossesse et après l'accouchement.

3.6 Le suicide après l'homicide

« Le suicide est l'équivalent subjectif du meurtre d'autrui, par identification à l'objet et retournement de l'agressivité contre le sujet lui-même » (F. Millaud) [37].

Les liens entre homicide et suicide sont très étroits. Les processus psychopathologiques seraient liés cliniquement, biologiquement et neurophysiologiquement. Freud les relie d'ailleurs en parlant d'une « pulsion de mort » que ce soit envers autrui ou envers soi [53]. 86% des sujets exprimant des idéations homicidaires avaient simultanément des idéations suicidaires [24]. Les

taux annuels d'homicide-suicide sont stables et vont de 0,20 à 0,30% pour 100 000 habitants par an. Dans 85 à 95% des cas l'auteur est de sexe masculin [54].

Cette intrication homicide-suicide est observée plus rarement chez les patients atteints de schizophrénie et plus fréquemment chez les sujets mélancoliques.

Un autre cas de figure serait celui du schizophrène persécuté par plusieurs personnes. Ne parvenant pas à éliminer tous ses persécutants et se sentant toujours fortement menacé, il retournerait l'arme contre lui-même. Dans cette dynamique il peut donc tuer une ou plusieurs personnes avant de se tuer [54].

3.7 Neurophysiologie

Plusieurs études récentes ont mis en évidence des facteurs biologiques, neurologiques et environnementaux en lien avec des comportements violents chez des patients atteints de schizophrénie.

Tout d'abord la sérotonine par l'intermédiaire de son métabolite 5-HIAA serait impliquée dans la régulation de l'agressivité [23]. Il a été retrouvé des concentrations plus faibles du 5-HIAA dans le Liquide Céphalo-Rachidien (LCR) de schizophrènes suicidés et certaines études ont montré qu'une activité réduite de la sérotonine entraînerait un état d'agressivité passager. Ce facteur pourrait aussi être utilisé comme facteur prédictif de récurrence violente [23,24,39].

Ensuite la dopamine et la noradrénaline seraient également impliquées dans la régulation de la violence par le biais de la Catéchol-O-Méthyl-Transférase (COMT). La COMT est une enzyme responsable du catabolisme de la dopamine et de la noradrénaline dans le cerveau. Une mutation de méthionine à la place de valine sur le codon 158 du gène codant pour la COMT a été identifiée sur le chromosome 22q11 et entraîne une baisse de l'activité enzymatique. C'est une faible activité enzymatique qui augmenterait le risque d'être violent. Les porteurs homozygotes de la mutation présenteraient également plus de comportements impulsifs et des difficultés à gérer leurs émotions. Mais aucun lien avec l'homicide n'a été mis en évidence [55].

Puis, dans la littérature, il apparaît que les schizophrènes avec une « forte atteinte neurologique », notamment avec des antécédents de traumatisme crânien, sont aussi à risque d'avoir plus de comportements violents. Mais le traumatisme crânien est-il à l'origine de comportements violents ? Ou est ce que les passages à l'acte violents favorisent le risque de traumatismes crâniens [44] ?

Enfin, les drogues « dures » telles les amphétamines et la cocaïne sont à risque de faire émerger des comportements violents par le biais de leur action sur la dopamine dans le système nerveux central.

Mais tout cela ne concerne que les comportements violents et non spécifiquement l'acte d'homicide [55]. Certains auteurs se sont donc intéressés spécifiquement à des schizophrènes responsables d'homicide. L'imagerie structurale réalisée sur ces patients a mis en évidence des anomalies cérébrales tels un cortex frontal et temporal inférieur réduits, une matière blanche médiodorsale accrue et des volumes d'amygdale plus large. De même, il a été trouvé un déficit cognitif, principalement dans les fonctions exécutives telles le calcul mental et la fluence verbale [56].

Les thérapeutiques actuelles efficaces sur les comportements violents sont les bêtabloquants et la clozapine. Principalement, le propranolol en agissant sur l'activité noradrénergique aurait des effets anti-agressifs. La clozapine est un antipsychotique indiqué dans les schizophrénies résistantes ; sa mise en place doit faire l'objet d'une surveillance clinique et biologique régulière caractérisée par un carnet de suivi du patient en raison du risque d'agranulocytose. La clozapine possède une action sédatrice en début de traitement puis assure dans un second temps une fonction anti-productive et anti-déficitaire, donnant un effet anti-agressif qui résulterait de son activité sérotoninergique. Malgré ces pistes intéressantes, de telles prescriptions sont pour l'instant hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour ces indications et surtout utilisées en UMD [44,57].

3.8 Récidive

La récidive a pour définition un homicide commis après des conclusions d'enquêtes d'un homicide commis antérieurement [58]. Pour récidiver, il faut avoir été condamné selon le Code pénal français pour une infraction répondant aux conditions prévues par la loi ; les irresponsables pénaux échappent donc à cette définition légale.

Le fait de récidiver entraîne souvent une aggravation de la peine [39].

Plusieurs études ont été réalisées afin d'estimer le risque de récidive d'homicide chez des patients atteints de schizophrénie comparativement à des auteurs d'homicide non atteints de schizophrénie. Une méta-analyse a répertorié 3 études publiées qui ont respectivement montré

que les patients atteints de schizophrénie auteurs d'un homicide en avaient déjà commis un antérieurement dans 43%, 45% et 10,7% des cas. D'autres études ont évalué un risque de récurrence allant de presque nul à environ 4%. Deux facteurs protecteurs identifiés seraient une bonne observance thérapeutique et une bonne adhésion au suivi au long cours [45].

Des mesures de prévention actuelles sont en vigueur comme le suivi socio judiciaire (article 131-36-1 du Code pénal), l'injonction de soins (article 131-36-4 du Code pénal), le sursis avec mise à l'épreuve (article 132-40 du Code pénal), la libération conditionnelle (article 729 du Code de procédure pénale), la surveillance électronique mobile (article 131-36-9 du Code pénal), la surveillance judiciaire (article 723-29 du Code de procédure pénale) et la rétention de sûreté (article 706-53-13 et 706-53-14 du Code de procédure pénale) [59-62].

Des caractéristiques criminologiques spécifiques à la récurrence d'homicide chez le patient schizophrène ont été identifiées. Les victimes étaient connues des patients et dans un tiers des cas étaient leur partenaire de chambre à l'hôpital psychiatrique ou de cellule s'ils étaient incarcérés. Le crime était impulsif et violent, de manière identique au crime inaugural, réalisé avec une arme d'opportunité [39]. Mais aucune prédiction du moment de la récurrence n'est possible : certaines récurrences se sont produites plusieurs années après le premier homicide ou encore plusieurs années après la sortie du patient [58]. Une étude a estimé le deuxième crime approximativement à 8,9 ans après le premier en tenant compte de ces situations explorées dans cette étude [39].

Les facteurs de risque de récurrence homicide chez le patient schizophrène répertoriés sont [19,20,39,58] :

- Les premières années d'évolution de la maladie.
- Un ou des antécédent(s) de traumatisme(s) crânien(s).
- Plusieurs hospitalisations en psychiatrie.
- Le lieu d'habitation en milieu rural.
- L'abus d'alcool et autres toxiques.
- Un trouble de la personnalité antisociale associé ou la forme de schizophrénie héboïdophrénique.
- Des symptômes positifs avec persécution et dépression associée.
- Des troubles du comportement dans l'enfance.

Ces facteurs s'ajoutent aux caractéristiques générales criminologiques vu précédemment et donnent des éléments à rechercher ainsi que des pistes de travail pour le suivi. Le thème de la récidive est particulièrement sensible, la psychiatrie étant souvent pointée du doigt. Tout se passe comme si de par la décision d'irresponsabilité pénale, la justice se dédouanait d'un second acte et que ce second acte était donc le fait d'une mauvaise prise en charge ou surveillance de l'hôpital psychiatrique.

IV. Volet judiciaire

1. Parcours judiciaire

1.1 L'expertise psychiatrique pénale

« L'expert est invité à témoigner principalement de son savoir pour diagnostiquer le phénomène vraiment psychopathologique et ainsi, mais subsidiairement, à aider la justice à ne pas commettre d'injustice » (P. Clervoy) [1*].

L'apparition et l'évolution des expertises psychiatriques pénales font écho à l'évolution de la responsabilité en droit pénal.

Au XVIIe siècle déjà, P. Zacchias, médecin légiste, réclame pour les « fous » criminels un examen médical. Ensuite, en 1825, Georget soutient la nécessité d'un avis médical expert en matière de responsabilité pénale ce qui contribuera probablement à la sortie, en 1832, de la loi sur les circonstances atténuantes nécessitant une expertise psychiatrique. Les expertises se développent, deviennent de plus en plus fréquentes et se généralisent. Enfin, en 1876, C. Lombroso, professeur italien de médecine légale, renforce le rôle des experts en cours d'assises [1,63,64].

En 1905, la circulaire de Chaumier demande de « dire si l'examen psychiatrique ne révèle point chez l'accusé des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer, dans une certaine mesure, sa responsabilité ».

Du fait de cette *psychiatisation* de certains délinquants, une catégorie de malades mentaux voit le jour et leur place entre la prison et l'hôpital fait l'objet de beaucoup d'hésitations politiques.

Au début du XXe siècle, Henri Ey définit des conditions relatives aux expertises : l'expert doit être un médecin choisi parmi les psychiatres, garder une fonction de soignant et non d'expert professionnel sans pouvoir prédire à l'avance les résultats [1].

Rogues de Fursac, en 1923, continue dans ce sens et déclare qu'un médecin psychiatre peut qualifier un individu de responsable ou non afin de bénéficier de plus d'indulgence de la part de la justice.

Mais les attentes de la justice vis-à-vis des experts psychiatriques évoluent. Trois niveaux de demande sont mis en évidence : le niveau 1 consiste à rechercher, diagnostiquer et discuter un trouble mental et son rapport avec l'acte criminel. Le niveau 2 consiste en une analyse psychopathologique du passage à l'acte et le niveau 3 consiste en une analyse psychocriminologique en donnant des éléments de dangerosité et en une évaluation du risque de récidive. Le débat est encore actuel, certains estimant ne devoir répondre qu'au niveau 1, d'autres aux 2 premiers niveaux. Mais très peu défendent le niveau 3 [63].

P.M. Foucault, philosophe français, a beaucoup critiqué la psychiatrie au sens général et notamment l'expertise psychiatrique, déclarant : « Le vilain métier de punir se trouve ainsi retourné dans le beau métier de guérir. C'est à ce retournement que sert, entre autres, l'expertise psychiatrique » [65].

En 1950, la reconnaissance d'une pathologie psychiatrique au moment des faits entraîne systématiquement l'irresponsabilité pénale [63,66].

De nos jours, lorsqu'une affaire d'homicide est prise en charge, il y a saisine d'un juge d'instruction qui se poursuit en Chambre d'accusation [67]. Lorsqu'un auteur d'homicide semble présenter des troubles psychiatriques, a des antécédents psychiatriques, ou tout simplement parce que l'affaire est délicate, l'Autorité Judiciaire peut demander une expertise psychiatrique pénale. C'est le juge d'instruction qui la demande. Cependant à tout moment de l'affaire, une expertise psychiatrique peut aussi être demandée par le Tribunal de Police, le Tribunal Correctionnel, la Chambre des appels correctionnels, la Chambre d'accusation ou la Cour d'assises au cours d'un procès aux assises [68,69].

L'expert commis est un médecin figurant soit sur une liste nationale établie par le bureau de la Cour de cassation, soit sur une des listes dressées auprès des Cours d'Appel et n'est donc pas choisi par le patient. En l'absence d'obligation thérapeutique le patient ne peut pas bénéficier du secret médical. Le patient en est informé avant l'entretien par l'expert psychiatre [41,68].

L'expertise peut se dérouler à la maison d'arrêt ou au cabinet du médecin si le patient est en liberté, ce qui n'est pas le cas en situation d'homicide. L'expert, après avoir informé le patient de sa mission et après accord de celui-ci, doit diriger son entretien afin de répondre à une série de questions prédéfinies (cf. annexe 1). La mission de l'expert est d'apprécier l'état mental du patient afin de pouvoir répondre à la problématique suivante : la responsabilité du sujet dans l'affaire est-elle entière, diminuée ou nulle [41,68]. Pour être précis, il s'agit d'une expertise pénale pré-sentencielle [70].

L'expert remet ensuite son rapport au juge qui le transmet aux parties. Le juge fixe alors un délai pour que les parties puissent présenter des observations ou demander des compléments d'expertise ou des contre-expertises. Le juge a également la possibilité de désigner plusieurs experts si les circonstances le justifient d'après l'article 81 du Code de procédure pénale. En revanche, s'il refuse de nommer d'autres experts à la demande des parties, celles-ci peuvent saisir la Chambre d'accusation selon l'article 167 du Code de procédure pénale [68,69].

Lors d'un procès jugé aux assises, l'expert psychiatre est cité à comparaître.

L'expertise psychiatrique pénale en France est actuellement une pièce clé du dossier, déterminante pour l'avenir du sujet, son jugement et sa réinsertion. Mais cet entretien unique, évaluant un acte passé, de survenue souvent tardive par rapport aux faits et avec une absence de données cliniques sur le patient sont autant d'éléments qui tendent à poser un diagnostic et un pronostic bien souvent éloignés de la réalité [15,71].

1.2 Le déroulement d'une audience en cas d'homicide

L'audience se déroule devant la Cour d'assises, elle est publique et contradictoire, c'est-à-dire que les deux parties s'expriment. Elle peut se dérouler à huis clos dans certains cas où, sur décision de la Cour, la publicité des débats est jugée dangereuse pour l'ordre public ou les mœurs, ou encore si une victime le demande et que le chef d'accusation porte sur un viol ou sur des actes de tortures ou de barbaries, avec agressions sexuelles [62].

Le jury est composé de 6 jurés qui n'ont pas connaissance du dossier. Deux juges et un Président sont présents [62].

L'audience s'ouvre par l'acte d'accusation consistant en la lecture de l'acte criminel par le Président de la Cour, exposé le plus souvent crûment car les faits reprochés, et les éléments à charge et à décharge sont dictés tels qu'ils figurent dans la décision de mise en accusation [41].

Le Président de la Cour interroge ensuite l'accusé ou son avocat, insistant sur certains points et demandant des précisions ou des explications supplémentaires sur d'autres points. Puis il procède aux auditions des victimes, témoins et experts. Les experts doivent effectuer un travail de préparation avant leur déposition car ils vont devoir rendre compte oralement de leurs analyses et de leurs conclusions sans modifier leur rapport. Ils ont le droit d'utiliser leur texte écrit à la différence des témoins. Ils devront répondre aux questions des magistrats, jurés, du ministère public et des avocats. Le Président peut demander un nouveau diagnostic ou un avis personnel de l'expert, en considérant que le temps écoulé entre l'expertise et le procès peut être considérable. Une des difficultés pour l'expert est de ne pas outrepasser sa mission initiale en gardant un jugement objectif sans prendre parti [41,48].

Les débats se terminent par les plaidoiries de l'avocat des familles des victimes, puis de l'avocat général, et enfin de l'avocat de l'accusé. L'accusé est obligatoirement représenté par un avocat. Les débats se déroulent généralement sur plusieurs audiences, le procès pouvant durer jusqu'à un mois. Il est important de préciser que le prévenu n'est pas dans l'obligation d'assister aux audiences, il est alors représenté par son avocat. Au terme du procès, les 3 juges et les 6 jurés délibèrent [62]. Lorsque le président de la Cour d'assises prononce l'irresponsabilité pénale et que le Tribunal correctionnel rend un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale, il précise que l'accusé a commis les faits reprochés [59]. Après cette décision, l'auteur qui devient patient va affronter cette sanction au travers de la réponse pénale apportée [15,28,67].

1.3 L'irresponsabilité pénale

Platon, dans son livre Des Lois (livre IX.864), énonce : « La folie ou l'atteinte par les maladies, l'excès de vieillesse sont des excuses à un acte sans elles tenu pour criminel ».

Depuis des siècles, la question du malade mental qui commet une infraction pénale a entraîné de multiples réflexions. La revendication médicale en droit pénal et l'irresponsabilité pénale sont des principes juridiques anciens.

La responsabilité, en latin *respondere* (répondre de), est une évidence psychologique et morale de tout individu dans une société. La responsabilité de l'individu a évolué au fil du temps et notamment sous l'impulsion des Stoïques qui amènent la notion d'intentionnalité fondée par Zénon de Cittium (335-264 av. J-C). Cela influence fortement Rome jusqu'au décès de Marc Aurèle (180 av. J-C), suite à quoi une nouvelle composition d'Etat appelée le *dominat* place

l'empereur comme détenteur des pleins pouvoirs. A l'époque d'Hadrien (76-138), l'élément psychologique s'affirme et prime la volonté de l'auteur dans les affaires d'homicide. Les méfaits sont automatiquement excusés pour les impubères, *impubes*, et les fous, *furiosis*. La loi *Divus Marcus* parle de la « non-punissabilité du sujet » [41,64,66,72,73].

Au Moyen-âge, le malade mental est puni comme tous les autres criminels, voire même plus sévèrement. Il est exclu de la société ou envoyé en pèlerinage.

Au XVI^e siècle, Jean Wier, médecin, parle de la situation des sorcières comme état pathologique et préconise des soins pour les « désordres d'esprit ». Au XVII^e siècle, P. Zacchias, réclame une exonération pénale pour permettre au patient de recevoir des soins adaptés. Cela ne se pratique pas encore et les juges détiennent le pouvoir. Ils peuvent acquitter le criminel pour cause d'aliénation mentale seulement si la folie est indiscutable. Ce n'est qu'au XVIII^e siècle que l'on voit renaître les théories juridiques romaines [64,66].

En 1810, il paraît dans la première partie de l'article 64 du Code pénal napoléonien la célèbre phrase : « 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 » [28,63,73,67].

De nos jours, elle est prévue à l'article 122-1 du Code pénal du 1^{er} mars 1994, situé dans le Livre I^{er}, Titre II, Chapitre II « des causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité » [28,62,67] :

Alinéa 1 : « 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 ».

Lorsqu'il est appliqué la justice rend une décision et le préfet prendra une mesure de Soins Pschiatriques à la Demande du Représentant de l'État (SPDRE), ancienne Hospitalisation d'Office (HO).

Alinéa 2 : « 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 ».

Lorsque cet alinéa est appliqué, la responsabilité du sujet est atténuée mais il sera jugé.

Dans certains cas, il est possible que le juge d'instruction décide de ne pas mener l'affaire devant les assises, notamment si les expertises témoignent d'une pathologie mentale et que l'individu présente plusieurs antécédents psychiatriques. Le juge d'instruction qui analyse les éléments à charge et à décharge peut décider de l'irresponsabilité pénale et transférer le patient directement à l'hôpital, excluant un procès aux assises.

La décision d'irresponsabilité pénale n'empêche pas l'indemnisation des familles des victimes.

Législations étrangères:

La loi belge expose une « incapacité du contrôle des actions » en raison d'un état de démence qui abolit le jugement ou d'un état grave de débilité ou de déséquilibre mental qui atténue le jugement. Les patients bénéficient d'une prise en charge médico-pénitentiaire au sein d'institutions spécialisées accompagnée de projets de réinsertion sociale et libération d'essai [33].

En Grande Bretagne, un arrêt de 1843 se base sur une jurisprudence invoquant l'irresponsabilité pénale [63].

Aux Etats-Unis la loi varie selon les Etats. A New York c'est la capacité du meurtrier à suivre son procès qui est jugée et fixée par l'article 730 du Code de procédure criminelle de l'Etat de New York. Si l'individu est déclaré *incompetent* il sera orienté vers une structure de soins jusqu'à ce qu'il devienne *competent* puis se posera la question de l'irresponsabilité pénale, de définition proche de la définition française [63].

En Autriche, Allemagne, Espagne, Italie et au Danemark, les définitions sont similaires à la définition française [63].

En Suède, l'irresponsabilité est remplacée par une circonstance atténuante n'entraînant pas l'emprisonnement d'un malade mental [63].

1.4 Conditions de détention avant la décision d'irresponsabilité pénale

« S'il existe une pathologie de l'incarcération, est-il du ressort des psychiatres des hôpitaux de l'assumer ? La tâche des psychiatres des hôpitaux serait-elle d'adapter le prisonnier à la prison ? La création de la psychiatrie carcérale est-elle une façon d'entériner la pénurie de crédits pour la santé mentale ? Cette psychiatrie spéciale à laquelle nous sommes conviés à coopérer sous le regard d'une presse qui a tendance à ne voir en nous que des gardiens de l'ordre, des flicatures, ne risque-t-elle pas de ternir notre image. [...] Les psychiatres des hôpitaux qui ont

mis plus de 120 ans à sortir de leurs asiles vont-ils aller maintenant en prison ? » (J. Fortineau, 1997) [74].

Avant la décision d'irresponsabilité pénale, les coupables d'un homicide qui se sont rendus ou qui ont été arrêtés à la suite de l'enquête de police sont placés en détention provisoire à la maison d'arrêt suite à un mandat de dépôt émis par le juge d'instruction. Ils ont un statut de prévenus, en attente de leur procès, pouvant durer des mois voire des années. En cas d'homicide cette durée dépasse rarement un ou deux ans [75]. Selon l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP) 3 à 5% de la population carcérale serait psychotique [76].

Le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) est responsable des conditions de détention des prévenus et donne son accord pour un placement de l'individu en maison d'arrêt. Si l'individu présente un état de santé incompatible avec les conditions de détention, le JLD l'orientera alors vers une unité d'hospitalisation. Si les conditions sont réunies et que rien n'empêche la détention du prévenu, il validera alors le mandat de dépôt du juge d'instruction et le prévenu ira en prison en attendant le procès (Cf. Fig.2) [75].

L'essor de la place de la psychiatrie en milieu carcéral est récent.

En mai 1945, P. Amor, directeur général de l'administration pénitentiaire, crée des annexes psychiatriques dans les établissements pénitentiaires. À l'arrivée du nouveau Code de procédure pénal de 1958, 4 articles définissent le service psychiatrique en milieu carcéral (cf. annexe 4) [1] [28]. P. Hivert est à l'origine de la création d'un Centre Médico-Psychologique Régional (CMPR) expérimental et J. Mérot crée le premier secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Une circulaire de 1967 officialise alors ces centres sous direction du chef d'établissement pénitentiaire. Le décret du 14 mars 1986 définit alors les Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) [28].

Cette unité permet de prendre en charge de façon adaptée les prisonniers présentant des troubles mentaux. Il s'agit d'un service rattaché à un établissement de santé, implanté dans l'établissement pénitentiaire. Il en existe 30 en France [76].

Ce service est composé d'une équipe infirmière, de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux et de secrétaires médicales. Il propose un lieu d'accueil et de suivi pour tout prisonniers en demande ou en cas de souffrance psychique décelée à l'entrée en prison ou au cours de la détention sous condition d'obtention du consentement du patient [76,77]. Les missions de ce service sont de dépister les troubles psychiatriques, de mettre en place un suivi et parfois un traitement, d'avoir une action de prévention, d'éducation et de lutte contre l'alcoolisme et la

toxicomanie et de coordination avec l'hôpital psychiatrique. En effet, si le patient présente un état d'urgence psychiatrique il sera alors transféré dans l'hôpital psychiatrique de référence selon les modalités d'une hospitalisation en SPDRE. Le patient réintègrera la prison lorsque les médecins de l'hôpital jugeront que son état ne relève plus de l'urgence et est toujours compatible avec l'incarcération (cf. Fig. 2) [76].

Les expertises sont pratiquées pendant la période d'incarcération. Certains patients schizophrènes ne présentant pas un état clinique rendant absolument impossible leur détention se retrouvent en prison en attente de leur procès. Cette attente peut être extrêmement mal vécue et peut induire des comportements suicidaires malgré une prise en charge au SMPR. Cumulé à leurs angoisses et leur activité délirante, leur bizarrerie de comportement est détectée par les autres détenus. Leur vulnérabilité est vite repérable et les rendent victimes des autres détenus.

La rareté de la décision d'irresponsabilité pénale a concouru au fait de l'augmentation de patients schizophrènes dans les prisons. Les SMPR et les UMD surencombrés et faisant l'objet de longues listes d'attentes ont conduit à la création des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) [28,70,76,77].

1.5 Unités Hospitalières Spécialement Aménagées

Ces unités ont été instaurées en 2002, suite à la loi Perben. Elles travaillent en lien avec l'établissement pénitentiaire et permettent l'accueil des personnes incarcérées qui nécessitent des soins psychiatriques ainsi qu'une hospitalisation avec une surveillance accrue avec ou sans leur consentement (cf. Fig.2) [28].

Actuellement il y en a à Lyon-Le Vinatier, Nancy, Toulouse, Orléans, Rennes, Paris, Lille, Bordeaux et Marseille.

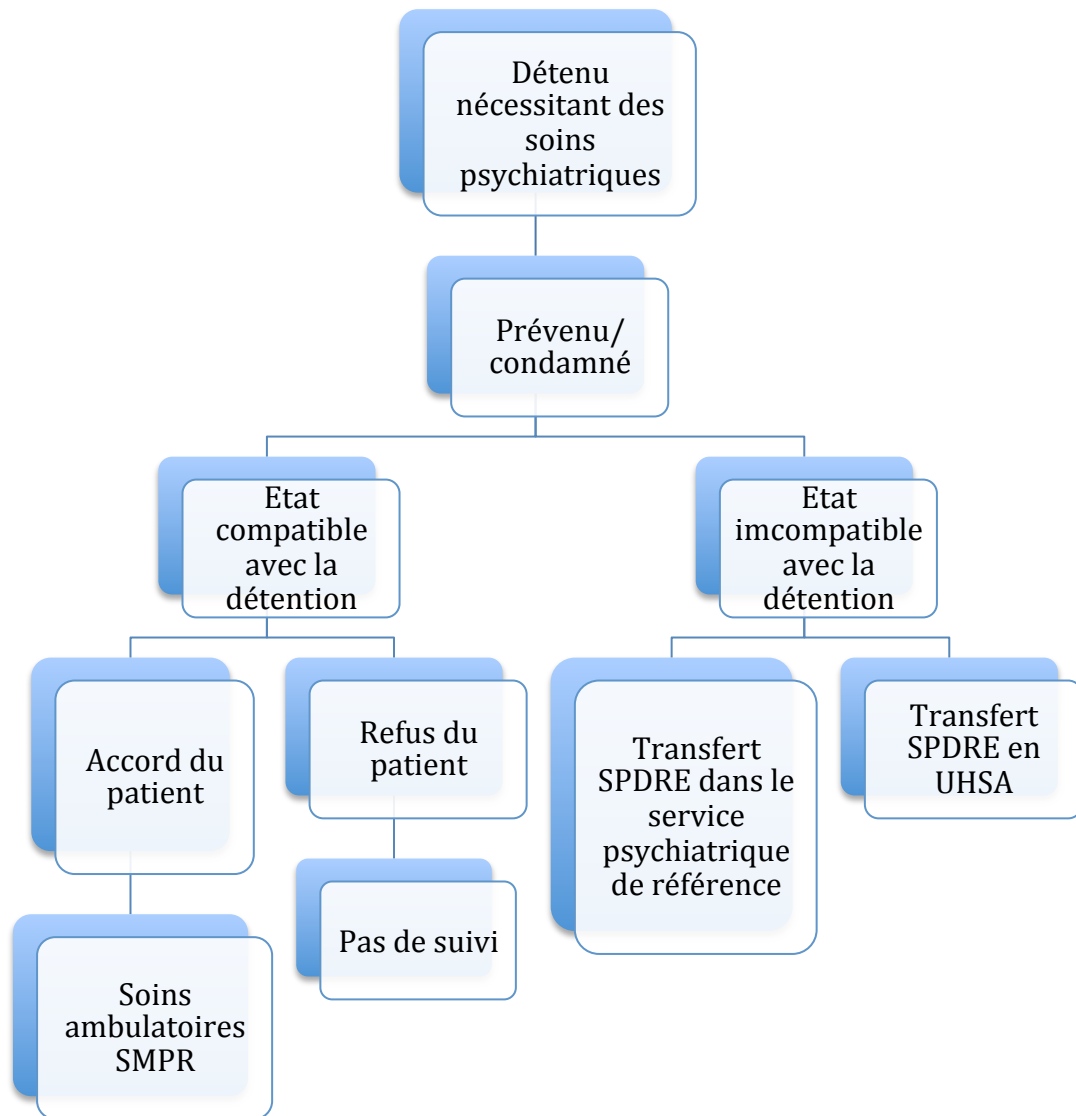


Figure 2: Arbre décisionnel d'orientation du malade mental en prison ou maison d'arrêt.

2. Prise en charge institutionnelle « imposée » par la justice

« Les aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante et dont on doit rechercher par les moyens les plus simples à rétablir la raison égarée » (P. Pinel) [78].

2.1 Hospitalisation en Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat judiciaire

Lorsque la décision d'irresponsabilité pénale a été établie par la justice, l'individu est considéré malade et nécessitant des soins. Le patient, immédiatement transféré de la maison d'arrêt vers l'hôpital psychiatrique de son secteur, intègre un service classique en SPDRE selon la procédure de soins psychiatriques sur décision judiciaire (art. 706-135 du Code de procédure pénale) [62].

L'arrivée de ce patient dans un service de psychiatrie n'est pas anodine pour les soignants et les patients.

En milieu psychiatrique, les équipes sont bien souvent exposées à des patients dangereux ou imprévisibles, déjà passés à l'acte, ou agressifs de façon quotidienne. Mais, l'accueil dans un service d'un meurtrier venu directement de prison déclaré non responsable, peut entraîner diverses réactions. Les préjugés de certains individus peuvent entraver la prise en charge, l'écoute et l'accompagnement de ces patients.

Quant aux patients, ils ne sont pas informés des raisons d'hospitalisation des autres patients en vertu du secret médical. Cependant, la communication entre patients engendre la découverte de leurs pathologies respectives. Les patients au sein d'une même unité d'accueil présentent des pathologies diverses ainsi que des intensités d'expression variables de leur maladie. Certains patients ressentiront la peur, d'autres atteints de la même pathologie pourront s'identifier au meurtrier jusqu'à imaginer la réalisation d'un acte meurtrier inéluctable.

Enfin, le patient meurtrier peut vivre cette décision d'écartement du système judiciaire vers un service psychiatrique comme un bouleversement, passant du milieu carcéral hostile où il a pu être victime d'autres délinquants à un milieu médical lui prodiguant des soins. Parfois, il peut être transféré d'emblée en milieu psychiatrique sans effectuer de prison au préalable et peut

ne pas comprendre la nécessité de recevoir des soins hospitaliers. Il peut également se considérer innocent. Si le patient ne reconnaît pas les faits, cela peut entraver le travail thérapeutique.

A contrario, certains patients reconnaissent leur crime et ont un désir d'être punis comme tout le monde, surtout lorsqu'ils ne se croient pas malades. Ce qui est souvent le cas.

L'arrivée d'un patient irresponsable pénalement dans un service de psychiatrie génère donc une ambiance générale particulière où se confrontent les sentiments des uns et des autres. Les soignants accueillent et informent le patient de son statut avant l'instauration des soins sur une demande judiciaire et non médicale au préalable.

Cet état de faits est indéniablement générateur d'agressivité au sein d'un service et le principe de délivrance de soins comme seul objectif a parfois du mal à rester au premier plan [79]. De plus, contrairement à une peine carcérale de durée déterminée, la durée de l'hospitalisation complète en milieu psychiatrique est indéterminée et pas uniquement dépendante des soins. Le résultat sociétal attendu est un changement, des remords, de la culpabilité, l'obtention d'aveux ou des propos en adéquation avec ce que la société veut entendre. Les soignants en psychiatrie le considérant au même titre que les autres patients attendent une rémission, un apaisement de l'esprit et de travailler un projet de vie adapté. L'hôpital est un lieu de réassurance et de protection contre le regard d'autrui et la honte, et les soignants se doivent de perpétuer cette sécurité.

Les différentes attentes de la société et du médecin rendent d'autant plus difficile la prise en charge de ces patients. Des Unités pour Malades Difficiles (UMD) ont été créées pour palier à ces difficultés et fonctionnent actuellement sur liste d'attente.

2.2 Création des Unités pour Malades Difficiles

« A partir du moment où le criminel est reconnu comme aliéné, c'est un malade digne de sympathie et de pitié » (Senninger JL et Fontaa V) [73].

L'enfermement de malades perturbateurs ou dangereux est un concept ancien. En effet, au XIVe siècle, dans les archives urbaines on peut observer l'incarcération de « frénétiques en crise ». À la même époque, des salles sont réservées aux *fous* dans les hôpitaux. Au XVIe et XVIIe siècles, il se produit une augmentation de l'hospitalisation de ces patients avec le développement d'unités pour les pauvres, souvent atteints de maladies mentales. Mais, jusqu'à la

fin du XVIIIe siècle, aucun d'établissement adapté à la prise en charge des « fous dangereux » n'est recensé, ils sont en prison ou marginalisés [73].

En 1838, Georget demanda la création d'asiles spéciaux pour les « aliénés criminels » suivant le même modèle créé en Angleterre. Ce projet fut refusé, l'exclusion étant une priorité car ces malades compromettaient l'ordre public et la sûreté des personnes. Cependant en 1840, l'hôpital Bicêtre accueillait des malades mentaux perturbateurs non-criminels des autres services ainsi que des malades mentaux criminels. Un problème s'est alors posé concernant les mesures restrictives obligatoires imposées également aux autres malades qui n'étaient pas dangereux et ne nécessitaient pas de ces mesures d'enfermement [73].

Falret était opposé à la création de services spéciaux pour les malades dangereux déclarant que le patient était un malade avant tout. Il dit en 1868 : « l'idée de créer des asiles spéciaux pour aliénés criminels paraît au premier abord comme une monstruosité » [73].

Il y eut tout de même une aile ouverte pour les criminels devenus malades mentaux à la prison de Gaillon, de 1876 à 1901 [73].

En 1910, c'est Henri Colin qui ouvrit le premier quartier de sûreté ou UMD à Villejuif. Son désir était d'y rassembler « des aliénés vicieux qui sont une cause de troubles pour les services ordinaires, où leur présence implique la nécessité de mesures de sûreté spéciales qu'il est inutile de prendre à l'égard de la majorité des aliénés ». Le Conseil général de la Seine lui a alors imposé d'y admettre aussi les « aliénés criminels » [73,77].

En 1933, un quartier pour femmes s'est ouvert à l'UMD de Villejuif. Puis, en 1947 suivirent l'ouverture de l'UMD de Montfavet dans le Vaucluse, en 1957 celle de Sarreguemines en Moselle et en 1963 celle de Cadillac-sur-Garonne en Gironde. Actuellement, il y en existe une dizaine en France totalisant 530 lits environ.

La fonction initiale de ces quartiers de sûreté, était d'exclure une nouvelle fois les malades mentaux criminels, à la fois du champ social mais aussi du champ juridique, afin de les *psychiatriser* [73]. La première réforme reconnaissant la spécificité des UMD, autre qu'en des termes d'établissement psychiatrique pour malade « dangereux pour lui-même et pour autrui », apparut dans la circulaire numéro 109 du 5 juin 1950 du Ministre de la santé. Elle classe les malades en trois catégories [73,80] :

« 1 : Les malades agités qui, en raison de leurs réactions destructrices, constituent un élément perturbateur constant dans les services où ils se trouvent placés.

2 : Les déséquilibrés antisociaux, médico-légaux ou non, qui présentent des troubles du comportement les rendant très difficiles à être supportés par les autres malades sans exiger essentiellement des mesures de surveillance.

3 : Les grands déséquilibrés antisociaux, généralement médico-légaux, qui ont des troubles du comportement plus graves, avec possibilité de réactions criminelles, préméditées et complotées ».

Le décret numéro 86-602 du 14 mars 1986 et l'arrêté du 14 octobre 1986 furent les reconnaissances juridiques de ces services. Ils régissent à présent, les modalités d'admission, de transfert, et de sortie des patients au sein des UMD. Ainsi, l'admission au sein d'une UMD est prononcée par un arrêté émanant du Commissaire de la République au vu d'un dossier médical et administratif complet. Le transfert nécessite également l'avis du médecin de l'UMD, la décision du Préfet du département de l'UMD et deux arrêtés préfectoraux. La durée de l'hospitalisation est fixée à six mois, renouvelable une fois. Les patients doivent obligatoirement être en SPDRE. La sortie peut être définitive, sous la forme d'un programme de soins ou le patient peut être transféré dans l'établissement de son secteur, ce qui est majoritairement le cas [73].

Les mesures de surveillance au sein des UMD sont intensifiées par rapport à un service classique. Elles visent à réduire les comportements agressifs et sont partie intégrante du système thérapeutique. Cet établissement offre un espace rassurant et contenant pour les psychotiques ce qui maîtrise leur dangerosité. Les mesures de sécurité peuvent être modifiées au cours du séjour en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient. Il existe des possibilités d'activités ergothérapeutiques ou encore de permissions hors des murs. Il a été rapporté par une étude réalisée par Senninger en 1985, que les comportements agressifs diminuaient au cours de l'hospitalisation, les psychotiques présentant moins de comportements hétéro-agressifs par rapport aux non psychotiques [73].

Pour conclure, les UMD sont en conclusion une sorte d'alternative à la prison disposant de soins médicaux adaptés dont l'objectif est de soigner le symptôme cible : l'agressivité. En France 40 à 50% des admissions en UMD concernent des patients schizophrènes et les demandes d'admission sont de plus en plus fréquentes [25,80]. Une ambiguïté flagrante quant au placement d'un malade en UMD consiste à un vécu d'exclusion de son lieu de soins habituel et un abandon

de sa prise en charge par ses médecins. Certains patients peuvent ainsi le vivre comme une punition.

3.3 Unités de Soins Intensifs Psychiatriques

Ce sont des unités intermédiaires entre les services de psychiatrie générale et les UMD. Elles ont été créées en 2005 pour y accueillir des patients agités ou perturbateurs à un moment donné, les rendant difficilement maintenables dans un service de psychiatrie classique, sans pour autant qu'ils relèvent d'une UMD. Il en existe huit en France à Pau, Nice, Paris, Cadillac, Lyon, Montpellier, Eygurande et Prémontré [80,81].

Elles offrent un cadre contenant pour des patients en crise et fonctionnent sur un mode intersectoriel. Elles disposent généralement de dix à quinze lits. Les patients admis doivent être en soins sous contrainte. Leur admission se fait pour une durée de deux mois, renouvelable, avec un maximum de deux ans pour certains cas. Un à deux lits maximum peuvent être réservés pour des détenus en crise mais pour une brève durée [80,81].

Elles ont été créées devant un nombre croissant de demandes d'admission en UMD pour des patients très agités et résistants au traitement avec de gros troubles du comportement. Les UMD ont souvent refusé ces demandes qui ne correspondaient pas vraiment aux conditions requises malgré le fait que ces états transitoires rendent incompatibles le maintien de ces patients dans un service de psychiatrie classique [80,81].

Ainsi, lorsqu'un cadre n'est plus suffisamment contenant il est préférable de transférer ces patients dans ces unités afin qu'ils bénéficient d'une surveillance plus stricte et de ce fait, également plus rassurante pour eux. L'aménagement des locaux a été pensé pour des conditions de sécurité maximales avec prévention de fugue. À sa sortie, le patient retourne dans son secteur d'origine afin de préserver la continuité des soins [80].

Le profil de malades accueillis dans ces unités diffère donc de celui des malades des UMD. Ce sont le plus souvent des patients en crise, présentant une agitation majeure, non consentant aux soins, avec des troubles du comportement et de ce fait une agressivité pouvant être tournée vers eux ou vers les autres. Les états sont plus souvent aigus et on y trouvera moins de malades ayant commis des passages à l'acte gravissimes, cela restant toutefois possible. Les

UMD, quant à elles, sont principalement réservées à des malades dont l'agressivité est latente, chronique, imprévisible et ayant déjà, pour la plupart, commis l'irréparable.

Le projet de vie et la coordination de l'équipe avec l'équipe de secteur de référence est à privilégier.

V. Missions des soignants

1. Réinsérer ou enfermer ?

« Le criminel, au moment où il accomplit son crime, est toujours un malade » (FM. Dostoïevski, 1866) [82].

1.1 Temps d'observation et d'évaluation

Le patient est accueilli dans le service psychiatrique de son secteur parfois d'emblée ou après un séjour en UMD. Il est informé des raisons de son hospitalisation par les médecins de l'unité et est pris en charge par une équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, psychologues, infirmiers diplômés d'état et travailleurs sociaux.

Le patient va être orienté en chambre de soins intensifs durant plusieurs jours ou semaines afin de poser ou d'affiner un diagnostic duquel découlera la suite de sa prise en charge individualisée.

La première prise de contact entre le patient et son médecin référent est importante pour l'alliance thérapeutique, elle-même déterminante pour la suite des soins. L'alliance est compliquée à établir dans le cas d'un patient hospitalisé en soins sous contrainte, le recours à ce mode d'hospitalisation signifiant que le patient refuse les soins en première intention. Le cas de figure d'un irresponsable pénal diffère car le patient peut accepter les soins, mais il est possible aussi qu'il soit en opposition ce qui peut compliquer considérablement la tâche. Il est donc primordial de lui réitérer la décision du juge et la préciser plusieurs fois en entretien afin de décrypter le ressenti du patient, sa compréhension et analyser les mécanismes émotionnels sous-jacents.

Les objectifs des premières semaines de prise en charge sont l'information délivrée au patient, son accueil dans une structure psychiatrique, l'observation et l'évaluation de la pathologie sous-jacente et la mise en place d'une alliance thérapeutique.

1.2 Du déni au soulagement

Le mutisme ou la réticence pathologique ne sont pas rares chez les patients schizophrènes ; le personnel soignant doit aussi respecter ce silence dans la compréhension de la souffrance et aborder d'autres symptômes sans aucune brusquerie. Ce mutisme peut ensuite se transformer en déni généralement associé à une activité délirante encore importante autour de l'homicide commis ou ses conséquences. De plus, l'absence d'un jugement de culpabilité par une juridiction en cas d'irresponsabilité pénale peut résonner chez le patient comme un acte inexistant, ou n'étant pas totalement l'œuvre de sa personne. Le patient peut clamer son innocence et rester persuadé qu'il n'a pas sa place ni en hôpital psychiatrique ni en prison. Le patient peut également préférer aller en prison plutôt qu'être hospitalisé.

En droit pénal, le principe de culpabilité entraîne la présence d'un élément moral au crime et la conception de la faute chez l'auteur sauf chez le patient irresponsable qui commet l'acte sous l'effet délirant de sa maladie, ce qui sous tend la non-imputabilité au crime [28*]. Cette décision pour un acte d'une telle gravité qui se veut juste et protectrice se retourne finalement contre eux. Aliénante, elle soutient leur déni, ce qui constitue un défi supplémentaire pour les soignants qui ont pour objectif de soigner et de construire un projet d'avenir pour le patient. Une des missions du personnel soignant consiste à faire prendre conscience au patient de la réalité de son geste, malgré sa participation pathologique.

De même, la banalisation est fréquente chez les patients atteints de schizophrénie. Les soignants se doivent lors de leurs entretiens avec le patient de replacer les actes dans leur contexte en insistant sur leur gravité afin d'éduquer le patient au mieux pour éviter toute récurrence.

Une étude s'est intéressée à la reconnaissance des faits dans une population de schizophrènes irresponsables pénalement auteurs de parricide hospitalisés dans une UMD ainsi que leur(s) motivation(s) et leur comportement après le crime. Dans 87,5% des cas les patients reconnaissent leur crime, parfois de façon différée, mais n'exprimeront pas de remords et ne critiqueront pas leur geste du fait de la nécessité que représentait l'acte à leurs yeux. Cela ne semble pas conditionner le pronostic, sous réserve d'un suivi régulier et respecté. Les motivations retrouvées sont pour chaque patient délirantes. La froideur affective est retrouvée de façon récurrente accompagnée d'un sentiment de délivrance suite à l'acte [50].

Le sentiment d'apaisement et la diminution de l'angoisse induits par la disparition du persécuteur doivent être abordés finement et peuvent constituer une piste intéressante pour

favoriser la verbalisation de l'acte. Le fait d'aborder des idées de violence parfois honteuses à partager pour le patient et qui entretiennent son caractère violent imperceptible, peut également constituer un soulagement pour le patient. La relation de confiance et la sécurisation du patient sont à privilégier.

Lorsque l'état du patient s'améliore et que les éléments pathologiques régressent, le déni peut faire place à une phase de deuil surtout dans le cas où la victime était un proche. Généralement dans ce type de situation, un réaménagement familial va se mettre en place autour du patient jusqu'à la perte de contact avec l'ensemble de ses proches. Il faut alors surveiller l'apparition d'idées suicidaires ou encore d'éléments en faveur d'un état de stress post-traumatique dépendant des souvenirs du patient [28**].

1.3 Projet de soin

L'objectif de la prise en charge hospitalière du patient est celui d'un patient schizophrène. La prise en charge est plurielle, elle associe classiquement un traitement pharmacologique, une éducation thérapeutique et différentes approches psychothérapeutiques dont au moins une psychothérapie de soutien. Il est important de rester vigilant quant à l'adhésion au suivi et à l'observance thérapeutique.

La mise en place ou l'ajustement du traitement adapté en fonction de la symptomatologie se fait en collaboration avec le patient et dans la mesure du possible avec son accord et doit lui être bien expliquée, l'objectif étant d'agir sur les symptômes productifs gênants ou envahissants. Le but de ce traitement n'est pas l'élimination totale de tout délire mais de permettre au patient un meilleur ancrage dans la réalité.

La prise en charge du patient s'accompagne également de la mise en place d'activités d'ergothérapie au sein de l'hôpital afin d'évaluer ses capacités cognitives, le but étant l'amélioration de la qualité de vie du patient et permettre sa réinsertion socioprofessionnelle.

Une étude s'est intéressée au traitement des croyances délirantes schizophréniques criminogènes par Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) en association à la chimiothérapie et l'a appliquée à un patient schizophrène hospitalisé en UMD auteur d'un double homicide. La thérapie a utilisé les outils classiques de TCC telle la restructuration cognitive avec la cotation du doute concernant la principale croyance délirante (celle ayant motivé les meurtres). A la fin de la thérapie le patient ne présentait plus cette croyance délirante et a pu réintégrer son centre hospitalier d'origine [83].

La TCC appliquée à des patients atteints de psychose chronique fonctionnerait mieux en phase précoce de la maladie et lors de l'émergence principale d'une croyance délirante. Le patient doit également donner son accord pour un travail sur sa croyance, ce qui nécessite déjà un bon niveau d'introspection et une pathologie peu bruyante.

1.4 Projet de vie

Le sujet de la réinsertion est délicat à aborder pour les auteurs d'homicide.

Les symptômes peuvent s'apaiser voir disparaître suite au traitement et le patient peut être stabilisé rapidement. Le patient peut être sortant de l'hôpital en cas d'alliance de bonne qualité et d'adhésion aux soins constituant des facteurs protecteurs.

De plus, si l'évaluation cognitive en activités est satisfaisante sa réinsertion peut être envisagé par un travail en milieu protégé.

Mais, la sortie du patient au bout de quelques semaines ou quelques mois d'hospitalisation après un homicide est complexe, l'accord de sortie étant donné par le préfet après décision motivée du médecin référent du service.

Le médecin en charge du patient n'est pas le seul décisionnaire de la sortie d'un patient en SPDRE judiciaire. Le médecin responsable peut demander une main levée conduisant à l'hospitalisation du patient en soin libre, ou une sortie en programme de soins maintenant la mesure de SPDRE. Dans les deux cas, le préfet rendra sa décision après avis du collège médical et deux expertises psychiatriques concordantes, les experts devant être indépendants de la prise en charge du patient. Ces démarches expliquées au patient contribuent de nouveau à contrarier l'alliance thérapeutique. L'hospitalisation peut alors se prolonger bien au delà du temps nécessaire à la rémission, entravant le projet de vie et transformant l'hôpital en lieu d'enfermement.

1.5 Accompagnement vers l'extérieur

Lorsque la sortie est autorisée, elle se fait le plus souvent en maintenant la mesure de SPDRE. Un programme de soins est établi et doit mentionner le mode d'administration du traitement, la fréquence de celui-ci, la fréquence du suivi au CMP impliquant la date du prochain rendez-vous et le projet de vie. Ce programme peut être également refusé par le juge en cas d'expertises non concordantes ou défavorables. Le préfet a la possibilité, par l'intermédiaire d'un

arrêté, de proposer des aménagements du programme de soins en intensifiant le suivi ou même en modifiant le mode d'administration du traitement. En effet le traitement par voie injectable peut être requis sous réserve d'une sortie. Les médecins informent alors le patient de toutes ces décisions ainsi que l'obligation de réintégrer l'hôpital en cas de non respect des rendez-vous planifiés dans le programme de soin.

Au cours de cette prise en charge ambivalente, le médecin est influencé, guidé et orienté dans ses choix avec une mission de garder enfermé plutôt que de réinsérer.

2. Notion de dangerosité psychiatrique à l'évaluation du risque de récurrence

« La violence surgit dans une situation donnée, à un moment défini, et dans une dynamique interrelationnelle propice à son éclosion. Le caractère incertain et imprévisible de cette triple concordance temporelle, spatiale et dynamique explique la difficulté à anticiper la survenue de certains comportements violents » (Richard-Devantoy S) [20].

Le terme danger vient du latin *damnarium* signifiant amende, châtement, dommage, associé au terme *dominarium* évoquant la puissance. L'évaluation de la dangerosité en psychiatrie est une préoccupation d'actualité dans la plupart des sociétés démocratiques [28].

Le terme dangerosité revêt plusieurs significations. La définition de la dangerosité criminologique selon Bénézech est la suivante : « Etat, 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. » [84]. Une autre définition de la dangerosité, notamment la dangerosité psychiatrique a été décrite lors d'une audition publique de la Fédération Française de Psychiatrie en 2007 par « la manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale » et lors de cette même audition la dangerosité criminologique était définie par « l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence d'un passage à l'acte ».

La HAS a publié en Mars 2011, à la demande du Ministère de la Santé, des recommandations par rapport à la dangerosité en milieu psychiatrique en évaluant des facteurs de risques de violence hétéro-agressive chez les patients schizophrènes et bipolaires. L'objectif de

cette étude est principalement la prévention des passages à l'acte hétéro-agressif par une meilleure prise en compte de la clinique.

La question de la prévention est une priorité judiciaire pour une société organisée. Le rôle d'un médecin psychiatre dans la prévention de la récurrence et l'évaluation de la dangerosité d'un patient atteint d'une maladie mentale est un autre enjeu [79,85,86].

De façon générale, il existe deux types de prévention : la prévention primaire concernant le patient n'étant jamais passé à l'acte et la prévention secondaire empêchant la récurrence.

De nombreux auteurs ont proposé des critères de risque de récurrence mais le fait est que l'évaluation de facteurs de dangerosité pouvant prédisposer à un crime n'est qu'une prévision, et non une certitude [45].

Un article de Richard-Devantoy et al. consiste à repérer la *triade létale* suivante : schizophrénie, toxiques et antécédents de violence [20].

Selon une autre étude réalisée en Grande-Bretagne par Munro et Rungay, 27,5% des homicides commis par des patients atteints d'une pathologie psychiatrique étaient prévisibles et 65% auraient pu être empêchés par des soins psychiatriques et une évaluation du risque. Ces chiffres prennent en compte les patients atteints de schizophrénie et les patients atteints de psychoses paranoïaques, les passages à l'acte de ces derniers représentant une bonne partie des crimes prévisibles du fait que leur crime est plus élaboré et construit que les passages à l'acte plutôt désorganisés et impulsifs de patients schizophrènes [19].

Des facteurs protecteurs d'un passage à l'acte ont aussi été mis en évidence tels une hospitalisation en milieu psychiatrique, une bonne alliance thérapeutique, une bonne observance, un environnement familial et social étayant et un suivi médical rapproché après la sortie [45,28].

Le repérage de signes précurseurs de dangerosité nécessite une forte alliance thérapeutique, un accès à toutes les zones d'ombre du patient dans le maintien d'une relation de confiance et l'information du patient de l'obligation du personnel soignant d'alerter les autorités si besoin. Une autre étude de Richard-Devantoy et al. donne d'ailleurs des clés pour apprécier un éventuel passage à l'acte en décrivant une conduite d'entretien proche d'un entretien d'évaluation du risque suicidaire. Cet entretien consiste en une exploration approfondie des idées hétéro-agressives, des intentions de meurtre et des fantasmes de violence associés, de nommer la ou les personnes visées, de mesurer le degré d'urgence du passage à l'acte, d'induire la narration du ou des éventuels scénarios homicides imaginés par le patient s'il y en a et la faisabilité de ceux-ci

en évaluant la disponibilité des moyens létaux, de rechercher une éventuelle critique de ses idées, ce pourquoi il ne l'a pas déjà fait et ce qui l'empêche de le faire [24].

Grâce à l'ensemble de ces données, un patient présentant plusieurs facteurs de risque prédictifs d'un passage à l'acte peut faire l'objet d'une surveillance accrue permettant de limiter l'accès à des moyens létaux et de lutter contre l'isolement en améliorant son soutien social [23,87,88].

Cependant la perception de la dangerosité reste une évaluation subjective en tant que phénomène ressenti, une inquiétude qui peut être contagieuse dans un service. De plus la sensation liée à la peur chez tout être humain le rend plus attentif. Monahan en 1981 a évoqué une tendance des psychiatres à surévaluer la dangerosité et à priver de liberté 3 fois plus de patients que ceux qui devaient récidiver [28***].

La politique actuelle consiste à soigner la violence suggérant que la prise en charge psychiatrique pourrait limiter chez l'individu toute pulsion agressive. Aucune étude validée n'a pourtant montré une atténuation de la violence par une action sur le psychisme et peu d'études ont été réalisées pour évaluer l'impact de la prise en charge thérapeutique sur la violence en général [63].

De plus des questionnements éthiques, scientifiques et cliniques quant à la prédiction du risque de récurrence se posent, la plupart des facteurs d'évaluation étant des facteurs dynamiques, par définition, soumis au changement. Le positionnement le plus juste serait d'utiliser toutes les données de la littérature et d'investiguer au mieux des idées de violence pour adapter la prise en charge tout en gardant à l'esprit l'obligation de moyens et non de résultats, principe valable pour tous médecins.

3. Outils d'évaluation

Certaines échelles, appelées échelles actuarielles, ont été développées afin d'objectiver la dangerosité potentielle du patient. L'évaluation actuarielle a été importée de Chicago par Ernest Burgess en 1920 [28***]. Dans les années soixante, ces évaluations de la dangerosité ont été mises en place suite à plusieurs études qui montraient que l'évaluation clinique seule était insuffisante en terme d'évaluation de la violence. Cependant, beaucoup d'auteurs ont déclaré l'impossibilité de prédire la survenue d'un comportement violent [15,87,89].

Ces échelles actuarielles statistiques visent à documenter et quantifier des facteurs de risque. Certaines utilisent des données purement statiques d'autres des données statiques mêlées à des éléments plus dynamiques notamment en évaluant le mode de vie du patient [89].

Il existe l'échelle actuarielle *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG) de Quinsey permettant de prédire un comportement violent (Cf. annexe 2). L'échelle *Historical Clinical Risk-20* ou HCR-20 de Webster, semi-structurée, prend en compte des éléments biographiques du patient ainsi que des facteurs cliniques (Cf. annexe 3). Il existe aussi la *Short-term assessment of risk and treatability* (START) ou la « Psychopathie Check List révisée » ou PCL-R ou encore *l'Homicidal Behavior Survey* [15,24,59,87,88].

Il est possible d'utiliser également des échelles qualitatives, tels les tests de personnalité comme le *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), et de recourir à des tests projectifs, dont certains ont été élaborés spécifiquement pour repérer l'agressivité tels le test de frustration de Rosenzweig, le *Thematic Apperception Test* (TAT) de Muray, ou le Rorschach, non spécifique de violence mais pouvant refléter une composante agressive au niveau de certaines réponses [73].

Il existe également des échelles quantitatives tels l'échelle d'agressivité manifeste ou *l'Overt Aggression Scale* (OAS) de Yudofsky dont les résultats reflètent l'intensité globale de l'agressivité tournée vers l'extérieur et contre soi-même en fonction d'un score total [73].

Les évaluations actuelles sont composées de risque de violence, de statistiques et de probabilités, donnant une évaluation qui se veut objective de la dangerosité en fonction de facteurs de risque et d'antécédents et constituant des outils complémentaires d'une appréciation clinique globale. Les outils d'évaluation sont à utiliser avec précaution car ils donnent un résultat entraînant un jugement du thérapeute pouvant entraver une confusion des rôles [89]. Ces résultats ne peuvent présumer de l'avenir et risque de participer à la stigmatisation. Ils sont uniquement des indicateurs permettant d'intensifier la surveillance et la vigilance du personnel soignant.

4. Lutte contre la stigmatisation

« Certes, il est socialement anormal de tuer, mais *l'anormal social* ne présente pas forcément de trouble psychologique et encore moins de maladie mentale » (Richard-Devantoy S) [21].

L'image du patient atteint de schizophrénie et plus grossièrement du malade mental dans la société est et a toujours été effrayante. Cependant elle a évolué : les mots asile et aliénés étaient employés et pendant une longue période dangerosité et maladie mentale étaient confondues dans la croyance populaire. La schizophrénie revêt des aspects différents pour le patient qui vit des expériences déconcertantes, les famille des patients qui peuvent vivre cela comme une tragédie et les cliniciens pour lesquels elle constitue une maladie grave et chronique. Pour l'antipsychiatrie la schizophrénie a déjà été définie comme un mythe. Et enfin pour le sens commun elle représente « la folie » [90].

Plusieurs études ont montré que la maladie mentale multipliait par environ 2 pour les hommes et 6 pour les femmes le risque d'homicide, mais au total ne représente que 0,16 cas d'homicide pour 100 000 habitants, pour un taux qui est de 1 à 5 en population générale sur 1000 000 habitants par année. Une étude réalisée par Richard-Devantoy et al. a montré que 48% des français et 61% des américains pensent que les personnes souffrant de schizophrénie sont dangereuses pour autrui alors que 90% des patients schizophrènes n'ont jamais été violents [17,20,21].

Les actes meurtriers de patients schizophrènes, bien que rares, sont souvent choquants car d'une extrême violence, exécutés avec froideur et cruauté avec la plupart du temps une absence de remords exprimée. Les médias (télévision et journaux) vont surenchérir et parler de façon péjorative de crimes impulsifs, immotivés ou encore incohérents. L'image du schizophrène qui tue intéresse et captive le grand public. De ce fait, la tendance est de généraliser les cas de schizophrènes passant à l'acte à tous les schizophrènes. Les médias accentuent un climat d'insécurité en véhiculant l'image du « fou criminel » imprévisible, pouvant s'attaquer à n'importe qui n'importe quand. Cette surmédiation majore la crainte et le rejet de la communauté envers ces patients [21].

Cette image augmente la stigmatisation de la schizophrénie et même plus largement de la pathologie mentale ayant pour conséquences des conditions d'hospitalisation et surtout de sortie d'hospitalisation plus strictes et surveillées par l'état.

En annonçant le diagnostic au patient et à ses proches, il faut tenir compte de cette image véhiculée qui ne correspond pas à la réalité. Certains patients demandent si leur maladie

implique une fatalité meurtrière. Il existe également une forte réticence du patient à l'annonce de sa maladie au sein de son milieu professionnel et amical, le patient pouvant craindre une mise à l'écart. La stigmatisation est en effet à l'origine d'une grande souffrance avec des répercussions sur la qualité de vie pouvant entraîner une baisse de l'estime de soi, une marginalisation, un isolement, des problèmes de logement et d'adaptation et même une exclusion professionnelle, ceci pouvant retentir sur la prise en charge par une absence de recours aux soins par honte ou culpabilité, une rupture thérapeutique et un désinvestissement du patient par son entourage. Une étude a d'ailleurs prouvé que les schizophrènes avec un bon *insight* avaient une plus mauvaise qualité de vie [91].

La lutte contre la stigmatisation des malades mentaux est donc un enjeu dans le domaine de la santé mentale. Au niveau international, des programmes de déstigmatisation pour le grand public ont été instaurés au travers de campagnes de communication généralistes ou ciblées dans de nombreuses villes menées principalement par des professionnels de santé et des psychiatres. Par exemple en Irlande et en Andalousie, des témoignages de personnes souffrant de troubles psychiques et des messages de tolérance via la télévision ou des sites internet ont été diffusés. Au Canada cette campagne s'est réalisée via un programme international de l'Association de Psychiatrie Internationale nommé *open the doors*. Ce programme a d'ailleurs été repris aux Etats Unis et en Ecosse avec comme partenaires : les médias, munis d'un guide de bonnes pratiques et un dispositif de veille et d'alerte visant à lutter contre la diffusion d'information stigmatisantes. Un plan de lutte contre la stigmatisation organisé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en janvier 2006 a invité à la lutte contre la discrimination en sensibilisant à la maladie mentale. (cf. Fig 3) [91,92].

**Et si votre voisin voit autre chose que vous...
Vous le mettez à l'écart ?**



**ACCEPTER LES DIFFÉRENCES,
ÇA VAUT AUSSI POUR LES TROUBLES PSYCHIQUES**

Figure 3: Exemple d'une image de campagne de lutte contra la stigmatisation

VI. Conclusion

La situation actuelle en France fonctionne avec une politique médicojudiciaire et une tolérance zéro qui éloigne de notre fonction initiale et implique une grosse responsabilité en terme de santé publique, de maintien de l'ordre et de prévention de la récidive. Dans ce climat d'insécurité et une société qui se veut prévoyante, l'irruption du judiciaire au sein de la pratique psychiatrique quotidienne a entraîné une nouvelle fonction : auxiliaire de maintien de l'ordre public. L'exigence de soins pour toutes déviations amène une confusion des rôles entre soigner et punir.

Mais l'essentiel de la violence n'est pas liée aux malades mentaux et si l'on voulait s'attaquer aux racines de cette violence ce n'est probablement pas la psychiatrie qui pourra résoudre les problèmes de violence de la société. L'agressivité est une émotion ressentie chez tout être humain et la violence est une composante sociale inévitable. L'imprévisibilité des passages à l'acte homicide d'un patient atteint de schizophrénie est une exception et non un fait exclusif du schizophrène.

Les rapports actuels sont donc tendus entre la psychiatrie et la justice et les reproches font état d'une psychiatrie trop liberticide pour certains, trop libératoire pour d'autres. Il est donc important de rappeler que les soins psychiatriques associés à une sanction pénale sont multidisciplinaires, éducatifs et sociaux avec comme objectif une réinsertion satisfaisante. Les enjeux actuels de la psychiatrie sont des questions de curabilité, de criminalité, de responsabilité et d'accessibilité à la sanction pénale. L'ambiguïté flagrante de ces prises en charges est constamment présente.

D'un point de vue éthique et pour soigner au mieux, le psychiatre ne peut pas être thérapeute et garant de l'ordre public. La sécurité publique est aux mains de la justice et de la police, la prise en charge thérapeutique des schizophrénies, du ressort du psychiatre.

VII. Bibliographie

- [1] Clervoy P. *Henri Ey : cinquante ans de psychiatrie en France*. Éd. Le Plessis-Robinson, Institut synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1997, p. 118 ; *p.277
- [2] Guelfi JD., Rouillon F. *Manuel de psychiatrie*, éd. Elsevier Masson.
- [3] Haustgen T, Bourgeois ML. *Cinquante ans d'histoire des psychoses à la Société médico-psychologique (1852-1902)*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, volume 160, Issue 10, 2002, Pages 730-738.
- [4] Bazot M, Deleuze G. Schizophrénie. Encyclopaedia universalis. Éd. numérique pour la recherche documentaire et l'enseignement.
- [5] A. Bottéro. *Classifier sans stigmatiser : le cas de la schizophrénie. Troubles schizophréniques et délirants*. L'information psychiatrique 2011 ; 87 : 199-209
- [6] Haute couverture S, Limosin F, Rouillon F. *Epidémiologie des troubles schizophréniques*. La Presse Médicale, Vol. 35, Issue 3, Part. 2, 2006, p. 461-468.
- [7] Gasman I. *Psychiatrie de l'adulte, de l'adolescent et de l'enfant*, éd. VG 2008.
- [8] Tribolet S., Mazda S. *Nouveau Précis de sémiologie des troubles psychiques*, éd. heures de France.
- [9] Vandevoorde J, Le Borgne P. *Dissociation et passage à l'acte violent : une revue de littérature*. L'évolution Psychiatrique, 2014.
- [10] Vassilis K. *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*, éd. puf.
- [11] Clerambault G. G. Préface de J. Garrabé. *L'automatisme mental*. Éd. Delagrangé, 1992
- [12] Foullu S, Estingoy P. *De l'intérêt clinique du concept d'héboïdophténie. A propos de deux cas de schizophrénie criminelle*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, volume 164, Issue 9, 2006, pages 756-763.
- [13] Bouhlel S., Nakhli J., Ben Meriem H, et al. *Les facteurs liés aux actes d'homicide chez les patients tunisiens atteints de schizophrénie*. L'évolution psychiatrique 79(2014) 611-618.
- [14] Voyer M. *Schizophrénie et violences*, DIU Psychiatrie criminelle et médico-légale, Poitiers 2011.
- [15] Gravier B, Lustenberger Y. *L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, volume 163, Issue 8, 2005, pages 668-680.

- [16] Haute Autorité de Santé :Dangerosité psychiatrique: étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Date de validation : mars 2011.
- [17] Dubreucq JL, Joyal C, Millaud F. *Risque de violence et troubles mentaux graves*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, volume 163, Issue 10, 2005, pages 852-865.
- [18] Richard-Devantoy S, Duflot JP, Chocard et al. *Homicide et schizophrénie : à propos de 14 cas de schizophrénie issus d'une série de 210 dossiers d'expertises psychiatriques pénales pour homicide*. Annales médico-psychologiques 167 (2009) 616-624.
- [19] Bénézech M, Le Bihan P, Chapenoire et al. *Réflexions sur la fréquence, l'organisation et les facteurs prédictifs des homicides psychotiques : à propos de trois observations avec mutilation corporelle*. Annales Médico-Psychologiques 166(2008) 558-568.
- [20] Richard-Devantoy S, Bouyer-Richard AI, Jollant F et al. *Homicide, schizophrénie et abus de substances : des liaisons dangereuses ?* EM consulte, Revue d'épidémiologie et de santé Publique. 61 (2013) 339-350.
- [21] Richard-Devantoy S, Olie JP, Gourevitch. *Risque d'homicide et troubles mentaux graves : revue critique de la littérature*. L'encéphale (2009) 35, 521-530.
- [22] Richard-Devantoy S., Chocard AS, Bouyer-Richard et al. *Homicide et psychose : particularités criminologiques des schizophrènes, des paranoïaques et des mélancoliques. A propos de 27 expertises*. L'encéphale(2008) 34, 322-329.
- [23] Vandamme MJ. *Schizophrénie et violence : facteurs cliniques, infracliniques et sociaux*. Annales Médico-psychologiques vol. 167, Issue 8, 2009.
- [24] Richard-Devantoy S, Voyer M, Gohier B et al. *Communication : Homicidal crisis :Counterpart of a suicidal crisis ? Particularities in schizophrenic subjects*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, volume 168, Issue 1, 2010.
- [25] Cornic F, Olié JP. *Le parricide psychotique. La prévention en question*. L'Encéphale, vol. 32, Issue 4, 2006.

- [26] Le Bihan, Bénézech M. *Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. A propos de 42 observations.* Annales Médico-psychologiques revue psychiatrique, vol. 162, Issue 8, 2004, p. 615-625.
- [27] Bram Khemiri N, Ghazali I, Ridha R. *Schizophrénie et crimes intrafamiliaux. Etude analytique et comparative à propos de 80 cas.* L'information psychiatrique 2012, vol. 88, p. 62.
- [28] Senon JL, Jonas C, Voyer M. *Psychiatrie légale et criminologie clinique.* Ed. Elsevier Masson 2013, p. 371-373 ; *p. 195 ; **p. 404 ; ***p.350.
- [29] Vandamme MJ. *Schizophrénie et violence : comorbidités et typologies.* Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Vol. 167, Issue 9, 2009.
- [30] Bénézech M. *Folie où es-tu ? : Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques.* Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 168, Issue 1, 2010, p. 48-56.
- [31] Voyer M, Jaafari N, Senon JL. *Insight et comportements violents chez les patients souffrant d'une schizophrénie.* Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Vol. 169, Issue 7, 2011.
- [32] Polomeni P, Célérier I, Bry D. *Comprendre les addictions et le traitement de la toxicomanie.* Éd. John Libbey, 2005.
- [33] Barbera Pera S, Dailliet A. *Homicide par des malades mentaux : analyse clinique et criminologique.* L'Encéphale, vol. 31, Issue 5, 2005, p. 539-549.
- [34] Litinetskaia M. *Dangerosité, délinquance et passage à l'acte : psychopathologie et prédictivité.* Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 170, Issue 2, 2010, p. 99-102.
- [35] Laqueille X. *Le cannabis est-il un facteur de vulnérabilité des troubles schizophrènes ?* Archives de Pédiatrie, vol. 16, Issue 9, septembre 2009. p. 1302-1305.
- [36] Dervaux A, Krebs MO, Laqueille X. *Schizophrénie et dépendance aux amphétamines.* L'Encéphale, vol. 31, Issue 2, avril 2005, p. 247-250..
- [37] MILLAUD F. *Le passage à l'acte, 2^e édition.* éd. Masson, mars 2009.
- [38] Declercq F., Maleval JC. *Homicide sadique sexuel, schizophrénie et « crise catathymique » : étude de cas I.* L'évolution psychiatrique 77(2012) 67-79.
- [39] Le Bihan P, Bénézech M. *La récurrence dans l'homicide pathologique.* Etude descriptive et analytique de douze observations. Annales Médico-Psychologiques 163(2005) 642-655.

- [40] Bouchard JP. *Violences, homicides et délires de persécution*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 163, Issue 10, 2005.
- [41] Albernhe T. *Criminologie et psychiatrie*. Éd. Ellipses.
- [42] Bouchard JP. « *C'était eux ou moi !* » : la fuite sans issue d'un futur auteur de double parricide psychotique. L'Encéphale, volume 39, Issue 2, 2013, Pages 115-122.
- [43] Ochonisky A. *Contribution à l'étude du parricide. À propos de douze observations cliniques*. Psychiatr Enfant 1963 ; 6 : 411-87.
- [44] Joyal C.C. *Schizophrénie et violence : mise à jour des connaissances et spécification des motifs et circonstances associés*. Psychiatrie & violence, Forensic numéro spécial, mai 2005.
- [45] A. Golenkov, C. Nielssen, M. Large. *Systematic review and meta-analysis of homicide recidivism and schizophrenia*. BNC Psychiatry 2014, 14 :46.
- [46] Le Bihan P, Ureten S, Lavolé Y. *Autour de la reconnaissance du crime en psychiatrie médico-légale : une étude sur le parricide*. Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique, volume 170, Issue 2, 2012, pages 145-146.
- [47] Bénézech M. *De quoi souffrent les parricides ?* Perspective Psychiatrique 1992 ; 34 : 207-12.
- [48] Benezech M, Le Bihan, Bourgeois ML. *Criminologie et psychiatrie*. Encyclopédie médico-chirurgicale 37-906-A-10.
- [49] Gabisson-Hermann D, Raymond S, Mathis D et al. *Le parricide psychotique : description et évolution des patients pris en charge à l'unité pour malades difficiles Henri-Colin*. L'évolution psychiatrique, Issue 1, 2010, pages 35-43.
- [50] Le Bihan P, Ureten S, Lavolé Y. *Autour de la reconnaissance du crime en psychiatrie médico-légale : une étude sur le parricide*. Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique, volume 170, Issue 2, 2012, pages 145-146.
- [51] Léveillé S, Lefebvre J. *Le passage à l'acte dans la famille*. Presses de l'Université du Québec, 2011.

- [52] Bouchard JP, Bachelier AS. *Schizophrénie et double parricide : à propos d'une observation clinique*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 162, Issue 8, 2004, p. 626-633.
- [53] S. Freud. *Pulsions et destins des pulsions*. Editions Payot & Rivages, 2012 ; p.41.
- [54] Chocard AS. *Approche psychopathologique du passage à l'acte homicide-suicide*. Imaginaire et inconscient 2005, éd. L'Esprit du temps ; p. 184.
- [55] Jay P. Singh, J. Volaska, P. Czobor et al. *A meta-Analysis of the Val 158Met COMT Polymorphism and violent Behavior in Schizophrénia*. 2012 Vol. 7 Issue 8 e43423.
- [56] S. Richard-DevantoyI, M. Orsat, A. Dumais et al. *Neurocognitive Vulnerability : Suicidal and homicidal Behaviours in patients With Schizophrenia*. La revue de psychiatrie, vol 59, No1, janvier 2014.
- [57] Sauvaget C, Tollec C, Augy J, et al. *Effet anti-agressif de la clozapine dans les pathologies neuropsychiatriques complexes*. Annales Médico-psychologiques, Volume 167, Issue 4, mai 2009. Pages 285-289.
- [58] A. Golenkov, M. Large, A. Nielssen. *A 30-year study of homicide recidivism and schizophrenia*. Criminal Behaviour and Mental Health. 23 : 347-355 (2013).
- [59] 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*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 167, Issue 1, 2009, p. 39-50.
- [60] Decret n°2008-361 du 16 avril 2008 relatif notamment aux décisions d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Journal du droit des jeunes 2008/5 (N°275) Edition Association jeunesse et droit. Page 47-48.
- [61] Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (J.O. 26/02/2008). Journal du droit des jeunes 2008/4 (N°274° Association jeunesse et droit Page 51-56.

- [62] Site internet légifrance : <http://legifrance.gouv.fr/>
- [63] Senon JL, Manzanera C. *Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 164, Issue 10, 2006, p. 818-827.
- [64] Bouley D, Massoubre C, Serre C et al. *Les fondements historiques de la responsabilité pénale*. Annales Médico-psychologique, revue psychiatrique, Vol. 160, Issues 5-6. 2002, p. 396-405.
- [65] M Foucault. *Qu'appelle t-on punir ?* Entretien avec F. Ringelheim. Dits et écrits, IV. Paris, éd.Gallimard.
- [66] Gaïffas A.R. Thèse : *responsabilité pénale et schizophrénie, étude descriptive d'expertises dans le cadre d'un homicide*. UFR des sciences médicales université Bordeaux 2-Victor Segalen, 2007.
- [67] Kolb P, Leturmy L. *L'essentiel du Droit pénal général*. Éd. Gualino 2014.
- [68] Cordier B, Leyrie J. *Expertises psychiatriques*. Encyclopédie médico-chirurgicale 37-902-A-10 et sa fiche additive sur l'irresponsabilité psychiatrique.
- [69] Dubec M., Andronikof A. *Expertise psychologique et médicopsychologique*. Encyclopédie médico-chirurgicale 37-903-A-10.
- [70] Dubret G. *La prison, ultime institution psychiatrique pour soigner et punir ?* L'information psychiatrique 2006/8 (Volume 82) page 663-668
- [71] Richard-Devantoy S, Voyer M, Richard AI et al. *Réquisitions et expertises psychiatriques pénales : quelles exigences pour le psychiatre ?* Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 169, Issue 10, 2011, p. 648-651.
- [72] Cause F. *De la comparution pénale du malade mental déclaré irresponsable*. Mémoire 2006-2007.
- [73] Senninger JL., Fontaa V. *Les unités pour malades difficiles*. Observatoire de la violence psychiatrique, édition Heures de France.
- [74] Fortineau J. *Les psychiatres des hôpitaux en prison*. Bulletin des psychiatres des hôpitaux. 1997;3:18-9.
- [75] Dormoy O. *Soigner et/ou punir, Questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison*. éd. l'Harmattan.

- [76] Manzanera C, Senon JL. *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens psychopathologies et réponses thérapeutiques*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 162, Issue 8, 2004, p. 686-699.
- [77] Senon JL. *Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 162, Issue 8, 2004, p. 646-652.
- [78] R. Sémelaigne. *Philippe Pinel et son oeuvre. Au point de vue de la santé mentale*. Ed. l'Harmattan 2001 ; p. 117.
- [79] Morasz L. *Comprendre la violence en psychiatrie. Approche clinique et thérapeutique*, éd. Dunod.
- [80] Puig-Verges N, Schewitzer MG. *Violences, prédictivité et attentes sociales. Probabilités et certitudes, vers de nouvelles logiques*. Annales Médico-psychologiques 163 (2005) 816-819.
- [81] Le Bihan P., Pages C., Naudet JB., Esfandi L., Roure L., Weiss P. *Place des unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) dans le dispositif de soins*. Annales médico-psychologiques.
- [82] Dostoïevski FM. *Crime et châtiment*. Paris : éd. Gallimard. Bibliothèque de la Pléiade ; 1950, chap. III, 5.
- [83] JP Bouchard. *Intérêt curatif et préventif des thérapies cognitives et comportementales (TCC) dans le traitement de croyances délirantes schizophréniques criminogènes : TCC d'une conviction délirante ayant généré un double homicide à l'extérieur de la famille*. Annales Médico-Psychologiques 172(2014) 741-750.
- [84] A, Morali A, Halleguen O. *La vérité sur l'expertise post-sentencielle : évaluation clinique contre échelle actuarielle*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 170, 2012, p. 96-98.
- [85] Landry M. *L'état dangereux, un jugement déguisé en diagnostic*. Éd. l'Harmattan, 2002.
- [86] Renneville M. *Crime et folie, deux siècle d'enquêtes médicales et judiciaires*. Éd. Fayard, 2003.
- [87] Millaud F, Dubreucq JL. *Evaluation de la dangerosité du malade mental psychotique : introduction*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 163, Issue 10, 2005, p. 846-851.

- [88] Hunt E, Côté G. *Le rôle du soutien social dans la prédiction de la violence chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves*. L'évolution Psychiatrique, vol. 74, Issue 4, 2009, p. 592-605.
- [89] Cote G. *Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique*, 2001.
- [90] Barrett R. *La traite des fous : la construction sociale de la schizophrénie*. Éd. Broché, 2000, p.19.
- [91] Lamboy B, Saïas T. *Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 171, Issue 2, 2013, p. 77-82.
- [92] Breton N, Aubreton C, Dalmay F et al. Stigmatisation de la schizophrénie : enquête auprès de quarante patients schizophrènes stabilisés. L'information psychiatrique 2010/9, vol. 86, p.785-793.

ANNEXE 1

Formulaire pré-imprimé rédigé pour les expertises psychiatriques pénales

« 1° Dire si l'examen du sujet révèle des troubles psychiques. Le cas échéant, les décrire et formuler un diagnostic.

2° Dire si l'infraction commise a eu une relation avec ces éventuels troubles, en particulier si la personne était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes, ou d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes, en application de l'article 122-1 du nouveau code pénal.

3° Le sujet présente-t-il un état dangereux ?

4° Le sujet est-il accessible à une sanction pénale.

5° Le sujet est-il curable ou réadaptable ? »

ANNEXE 2

Items constituant le Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)

- 1) avoir vécu avec ses deux parents biologiques jusqu'à l'âge de 16 ans
- 2) Inadaptation scolaire à l'école primaire
- 3) Antécédents familiaux ou personnels de problèmes liés à l'alcool
- 4) Statut marital
- 5) Antécédents criminels non violents
- 6) Antécédents de bris de condition
- 7) Âge au moment du délit
- 8) Conséquences pour la victime
- 9) Schizophrénie
- 10) Sexe de la victime
- 11) Score au PCL-R
- 12) Trouble de la personnalité

La probabilité de récidive violente est calculée en fonction de deux perspectives temporelles : 7 et 10 ans, et en fonction de neuf catégories de scores totaux.

ANNEXE 3

Items constituant la HCR-20

Facteurs historiques :

H1 : Violence antérieure

H2 : Premier acte de violence commis à un jeune âge

H3 : Instabilité des relations intimes

H4 : Problèmes d'emploi

H5 : Problèmes de toxicomanie

H6 : Maladie mentale grave

H7 : Psychopathie

H8 : Inadaptation durant l'enfance et l'adolescence

H9 : Troubles de la personnalité

H10 : Échec antérieur de la surveillance

Facteurs cliniques :

C1 : Introspection difficile

C2 : Attitudes négatives

C3 : Symptômes actifs de maladie mentale grave

C4 : Impulsivité

C5 : Résistance au traitement

Gestion du risque :

R1 : Plans irréalisables

R2 : Exposition à des facteurs déstabilisants

R3 : Manque de soutien personnel

R4 : Inobservation des mesures curatives

Cotation : 0=item absent, 1=présent partiellement, 2= présent.

ANNEXE 4

Textes législatifs

Article D395 à D398 du Code de Procédure Pénal de 1959 :

Article D395: « des consultations d'hygiène mentale peuvent être organisées dans chaque maison d'arrêt;

Article D396: les détenus peuvent, sur leur consentement écrit et après l'avis conforme du médecin, être soumis à une cure de désintoxication alcoolique avant leur libération ;

Article D397: des services psychiatriques sont organisés dans certains établissements pénitentiaires sous l'autorité médicale d'un psychiatre désigné par le ministre de la Justice, sur proposition du directeur régional et après l'avis du préfet. Les détenus écroués dans lesdits établissements sont soumis à un examen mental systématique de dépistage et, s'il y a lieu, placés en observation au service psychiatrique ;

Article D398: 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 faire procéder à leur internement. Cet internement doit être effectué d'urgence s'il s'agit d'individus dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui. »

SCHIZOPHRÉNIE ET HOMICIDE, IRRESPONSABILITÉ PÉNALE ET MISSIONS DES SOIGNANTS

Résumé

La schizophrénie est une psychose chronique débutant chez le sujet jeune dont le taux de prévalence est environ de 1%. L'homicide réalisé par un schizophrène lors d'un épisode délirant reste extrêmement rare mais sa forte médiatisation associée à une méconnaissance de la pathologie par le grand public stigmatisent depuis toujours les patients atteints. Lorsque cet évènement se produit, une ou plusieurs expertises psychiatriques peuvent être demandées afin que le juge puisse décider ou non d'une irresponsabilité pénale. À partir de situations cliniques rencontrées, nous nous intéressons ici à la prise en charge médicale et hospitalière des patients déclarés pénalement irresponsables. Dans un climat tendu entre psychiatrie et justice, différentes fonctions vont se voir attribuées aux psychiatres avec une confusion possible des rôles entre soigner et punir. Ce travail fait l'objet d'une réflexion dont le but est de clarifier les missions des soignants afin de prendre en charge au mieux ces patients.

Mots clés

Schizophrénie – Homicide - Irresponsabilité pénale - Expertise psychiatrique – Psychiatrie - Justice.

SCHIZOPHRENIA AND HOMICIDE IRRESPONSIBILITY CRIMINAL AND MISSIONS CAREGIVERS

Abstract

Schizophrenia is a chronic psychosis disease beginning in young adults whose prevalence rate is about 1%. The homicide carried out by a schizophrenic during a delusional episode is extremely rare but the intense media coverage associated with a lack of awareness of the disease by the general public has always stigmatize the patients. When this event occurs, one or more psychiatric reports can be requested to the judge to decide whether a criminal irresponsibility. From clinical situations encountered, we are interested in the medical and hospital care for patients declared criminally irresponsible. In a tense atmosphere between psychiatry and law, different functions will be assigned to psychiatrists with a possible confusion of roles between treatment and punishment. This work is the subject of reflection which aims to clarify the duties of caregivers to support the most of these patients.

Keywords

Schizophrenia,- Homicide – Psychiatric expertise - Psychiatry - Justice.