



HAL
open science

Dangerosité et santé mentale : une étude descriptive et comparative en Unité pour Malades Difficiles

Benjamin Letertre

► **To cite this version:**

Benjamin Letertre. Dangerosité et santé mentale : une étude descriptive et comparative en Unité pour Malades Difficiles. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02501227

HAL Id: dumas-02501227

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02501227v1>

Submitted on 6 Mar 2020

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2019

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'état)

Par

Benjamin LETERTRE

Né le 05 Mars 1986 à Saint-Germain-en-Laye

Présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2019

**Dangerosité et santé mentale:
une étude descriptive et comparative en
Unité pour Malades Difficiles**

DIRECTEUR DE THESE : Mr le Professeur Olivier GUILLIN

MEMBRES DU JURY:

Mr le Professeur Olivier GUILLIN

Mme le Professeur Gisèle APTER

Mr le Professeur Vincent LAUDENBACH

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie

Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie

M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale Mr Jean-François
MUIR (<i>sumombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>sumombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>sumombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique

Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES UNIVERSITAIRES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
---------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Alice MOISAN	Virologie
Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
M. Henri GONDE	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie MOHAMED	Chimie Organique
--------------------	------------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HGN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation *SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

A Monsieur le Professeur GUILLIN,

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury et d'être mon directeur de thèse,
Pour la qualité et la richesse de votre enseignement de la clinique et de la thérapeutique,
Pour la valeur de votre encadrement et votre disponibilité, et aussi (surtout) pour les séances de rigolades, je vous remercie.

A Madame le Professeur Gisèle APTER et Monsieur le Professeur Vincent LAUDENBACH

Merci de me faire l'honneur d'être dans mon jury de thèse.

A Madame le Professeur GERARDIN,

Pour la qualité de votre enseignement et votre disponibilité pour les étudiants, je vous remercie.

A Monsieur le Docteur FOULDRIN,

Pour la richesse de votre enseignement clinique de la Psychiatrie et pour votre encadrement, je vous remercie.

A Madame le Docteur ROTHARMEL,

Pour l'aide précieuse apportée à ce travail, je vous remercie.

Aux secrétaires médicales du Centre Hospitalier du Rouvray

Pour leur gentillesse, leur compréhension et leur aide précieuse dans la récupération des dossiers et des données concernant les patients inclus dans cette étude. Sans eux, ce travail n'aurait pas été possible.

A ma famille : mes parents, ma sœur, mon frère et à Romain. On ne choisit pas sa famille, j'ai eu beaucoup de chance.

A ma famille alsacienne : Nadine, Yves, Camille, Omi, Margot et Charles, Chantal et Agnès. On ne choisit pas non plus sa belle-famille, mais j'ai encore eu de la chance.

Merci particulièrement à Yves pour son investissement dans ce travail et sa bienveillance.

A mes amis : Isabelle, Eric, David, Pierre-François, Nono, Basile, Seb, Amine, Bérengère, Anouck.

A Chuck et Gary.

A Claire surtout, je t'aime. Sans toi, rien n'aurait de saveur.

Sommaire

Première partie : Dangerosité et santé mentale	20
I) Définitions et concepts	20
II) Dangerosité et santé mentale : historique et représentations.....	20
a) La genèse de la psychiatrie	20
b) Les années 1970 et la désinstitutionnalisation	22
c) Représentations collectives et maladie mentale	23
III) Etudes épidémiologiques concernant les troubles mentaux graves et la dangerosité.....	23
IV) Facteurs associés aux comportements violents chez les sujets présentant une maladie mentale grave	24
a) Les éléments cliniques	24
b) Les éléments sociodémographiques.....	25
c) Les éléments biographiques	25
d) Les substances psycho-actives	26
e) Les facteurs liés à la prise en charge psychiatrique	26
f) Les facteurs environnementaux	27
Deuxième partie : Une étude descriptive et comparative en Unité pour Malades Difficiles	28
I) Introduction	28
II) Objectifs	28
III) Méthodes.....	29
a) Type d'étude et définitions.....	29
b) Critères d'inclusion et d'exclusion	29
c) Recueil des données	31
d) Analyse statistique	33
1) Variables quantitatives	33
2) Variables qualitatives	34
IV) Résultats.....	35

1) Facteurs socio-démographiques	35
a) Age d'admission en UMD	35
b) Modèle familial dans l'enfance	35
c) Niveau d'études	37
d) Statut professionnel lors du passage à l'acte	37
e) Présence actuelle d'une mesure de protection juridique.....	38
2) Facteurs cliniques.....	39
a) Diagnostic actuel.....	39
b) Age lors du diagnostic actuel.....	40
c) Nombre de diagnostics différents sur vie entière.....	41
d) Motifs d'admission des hospitalisations précédentes	42
e) Antécédent de tentative de suicide.....	43
3) Les substances psycho-actives	44
a) Consommation de substances psycho-actives	44
b) Types de substances psycho-actives	45
4) Facteurs liés aux modalités de soins	46
a) Age du début présumé des troubles psychiatriques	46
b) Age de première prise en charge pour la pathologie mentale.....	46
c) Age de première prise en charge psychiatrique	47
d) Nombre de séjours en UMD	49
e) Présence d'une prise en charge psychiatrique lors du passage à l'acte	49
f) Type de prise en charge lors du passage à l'acte.....	50
g) Traitement en rapport avec le diagnostic lors du passage à l'acte.....	51
h) Mauvaise observance du traitement lors du passage à l'acte	52
i) Traitement par clozapine	53
5) Facteurs biographiques	55
a) Age lors du passage à l'acte.....	55
b) Responsabilité juridique pour le passage à l'acte	55
c) Antécédents de condamnations avant le passage à l'acte	56
d) Antécédent d'homicide et de tentative d'homicide avant le passage à l'acte.....	57
e) Antécédent d'actes violents avant le passage à l'acte.....	58
f) Victimes des tentatives d'homicide et homicides	58
V) Discussion	60

VI) Conclusion	71
Bibliographie	73
Annexes	80
Annexe 1 : Grille d'analyse des dossiers médicaux	80
Annexe 2 : Inventaire des échelles anglo-saxonnes d'évaluation du risque de violence : instruments actuariels et entretiens cliniques structurés	84
Annexe 3 : Echelle de dangerosité Violence Risk Appraisal Guide	85
Annexe 4 : Echelle de dangerosité HCR-20.....	86
Résumé	88

Table des illustrations

Figures

Figure n° 1 : Diagramme de flux.....	30
Figure n° 2 : Age moyen d'admission en UMD.....	Erreur ! Signet non défini.
Figure n° 3: Modèle familial dans l'enfance	36
Figure n° 4: Nombre moyen d'années d'études	37
Figure n° 5: Présence d'un emploi au moment du passage à l'acte	38
Figure n° 6: Présence actuelle d'une mesure de protection juridique	38
Figure n° 7: Répartition des diagnostics dans le groupe total de patients (N=46).....	39
Figure n° 8: Troubles appartenant au spectre de la schizophrénie dans les trois groupes de patients	40
Figure n° 9: Age moyen lors du diagnostic (diagnostic actuel)	41
Figure n° 10 : Nombre moyen de diagnostics différents posés sur la vie entière du sujet.....	41
Figure n° 11 : Motifs d'admission des hospitalisations précédentes	42
Figure n° 12: Antécédent de tentative de suicide	43
Figure n° 13: Antécédent de consommation régulière de substances psycho-actives	44
Figure n° 14: Type de substances psycho-actives consommées	45
Figure n° 15 : Age moyen du début présumé des troubles psychiatriques	46
Figure n° 16: Age moyen de première prise en charge pour la pathologie mentale	47
Figure n° 17: Age moyen de première prise en charge psychiatrique	47
Figure n° 18: Chronologie de prise en charge pour les trois groupes de patients	48
Figure n° 19: Nombre moyen de séjours en UMD.....	49
Figure n° 20: Présence d'une prise en charge psychiatrique lors du passage à l'acte.....	50
Figure n° 21: Type de prise en charge spécialisée lors du passage à l'acte	51
Figure n° 22: Présence d'un traitement en rapport avec le diagnostic lors du passage à l'acte.....	52
Figure n° 23: Mauvaise observance du traitement psychotrope lors du passage à l'acte	53
Figure n° 24: Traitement par clozapine chez les patients porteurs d'un trouble appartenant au spectre de la schizophrénie	54
Figure n° 25: Age moyen lors du passage à l'acte	55
Figure n° 26: Reconnaissance d'une responsabilité juridique pour le passage à l'acte	56

Figure n° 27: Antécédents de condamnations avant le passage à l'acte	56
Figure n° 28: Antécédent de tentative d'homicide avant le passage à l'acte	57
Figure n° 29: Antécédent d'actes violents avant le passage à l'acte	58
Figure n° 30: Victimes des homicides et tentatives d'homicide	59

Illustrations

Tableau de Tony Robert-Fleury (1876). Pinel délivrant de leurs chaînes les déments de l'hôpital Bicêtre en 1793.....	21
--	----

Première partie : Dangerosité et santé mentale

I) Définitions et concepts

Le terme de dangerosité renvoie à une notion complexe, difficilement quantifiable, non nécessairement associée aux troubles mentaux. Elle reste cependant le 'mythe fondateur' de la psychiatrie.

Le concept de dangerosité émerge au XIX^{ème} siècle avec l'école positiviste et l'essor de la criminologie (Garofalo, 1885). Selon le criminologue italien, Raffaele Garofalo (22), « c'est la quantité de mal qu'on peut redouter de la part d'un individu ». Ce concept de dangerosité prend progressivement de l'ampleur plus récemment dans les années 1980, en lien avec un climat global d'insécurité, tant sur le plan social que politique et juridique (25).

Selon Senninger (46), la dangerosité naît de la confrontation de trois éléments : "l'auteur, son environnement socio-affectif, et la victime". Cela met en évidence les interactions entre sujet et environnement et l'existence de facteurs de risque dynamiques de violence, modifiables, et donc accessibles à des mesures de prévention ou de contrôle social.

Un certain nombre de circonstances réunies à un moment dans la vie du sujet exposent à cette dangerosité. On peut donc plus parler d'état ou de moment dangereux que de patient dangereux.

Selon un rapport de l'HAS de 2011 (25), le danger se définit par « ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence de quelqu'un ou de quelque chose. »

La dangerosité quant à elle est « une perception subjective, qui connaît des évolutions en fonction des temps et des lieux au regard des exigences variables du droit pénal positif et de la protection de la société » (25).

Cette définition de l'HAS met en avant le caractère subjectif et culturel de la notion de dangerosité. Celle-ci dépend du système de valeurs morales propres à la société à une époque donnée, de la tolérance de celle-ci aux différentes formes d'atteinte à la vie et aux mœurs et des connaissances scientifiques de l'époque.

La dangerosité est habituellement assimilée à un risque, une probabilité de passage à l'acte violent dans les études internationales. Elle est ainsi évaluée par le biais de ces passages à l'acte violents ou de condamnations pour actes de violence (12).

II) Dangerosité et santé mentale : historique et représentations

a) La genèse de la psychiatrie

L'association entre maladie mentale et dangerosité remonte aux origines de la psychiatrie avec le courant aliéniste de la fin du XVIII^{ème} siècle.

Avant cette période, et ce depuis l'édit royal de 1656, s'opérait ce que l'on appelle "le Grand Enfermement". Dans les Hôpitaux Généraux de toutes les grandes villes et les gros bourgs étaient regroupées toutes les personnes constituant une charge pour la société (fous, délinquants, débauchés, marginaux, mendiants, etc...). Cette mesure venait répondre à une paupérisation importante de la population à la fin du XVIème siècle et au début du XVIIème (26).

Dans ces Hôpitaux Généraux, aucune distinction n'était faite entre fou et criminel. Cet enfermement n'avait aucune visée médicale, mais faisait fonction de régulateur social, moral et économique.

C'est dans ce contexte que Philippe Pinel fut nommé médecin-chef de l'Hôpital Général de Bicêtre en 1793. Il prôna la sortie des malades mentaux de ces Hôpitaux Généraux et l'instauration de structures de soins spécifiques pour les accueillir. Les fous passèrent alors du statut de criminels à celui de malades mentaux (26, 46).

C'est le mythe de la 'libération des chaînes' à Bicêtre, tel qu'illustré par le tableau de Tony Robert-Fleury de 1876 (44).

Pinel délivrant de leurs chaînes les déments de l'hôpital Bicêtre en 1793. Tableau de Tony Robert-Fleury (1876).



Extrait de : <https://www.histoire-image.org/fr/etudes/approche-historique-folie>

Philippe Pinel continua ses travaux lorsqu'il fut muté en tant que médecin-chef à la Salpêtrière en 1795, où il écrivit son "Traité médico-psychologique sur l'aliénation mentale" (1801-1809) (6, 23, 26).

Pour Philippe Pinel, l'aliénation mentale était pourvoyeuse de tous les excès (7), et notamment d'actes criminels, ces derniers s'expliquant par un état de démence ôtant à leur auteur toute responsabilité. Le sujet, avant tout victime de ses troubles, devait bénéficier de soins spécifiques dans des établissements adaptés.

En accord avec ces principes, sous l'impulsion d'aliénistes tel qu'Esquirol, élève de Pinel, la loi du 30 juin 1838 dite 'loi des Aliénés' imposa ultérieurement l'établissement d'un asile d'aliénés dans chaque département, établit deux modes d'hospitalisation, le placement volontaire et le placement d'office, et posa ainsi les fondations de la psychiatrie française pour les 150 ans à venir (6, 7, 23).

b) Les années 1970 et la désinstitutionnalisation

La psychiatrie prit un nouveau tournant à partir de 1952, avec l'apparition du premier traitement neuroleptique (17).

L'introduction de traitements pharmacologiques permettant une stabilisation clinique fit se poser la question de la réinsertion sociale de ces patients psychotiques.

L'évolution du système asilaire débuta dans les années 1970 en France, avec les courants de désinstitutionnalisation de la psychiatrie et de l'anti-psychiatrie (1).

Cette politique, humaniste mais aussi économique, entraîna progressivement le développement de structures extra-hospitalières, la fermeture de lits d'hospitalisations à temps complet, diminua les durées d'hospitalisations, ouvrit les Hôpitaux psychiatriques vers l'extérieur. L'objectif était de privilégier une prise en charge ambulatoire des patients et ainsi de favoriser leur insertion dans la société.

Certains auteurs allèguent que l'insuffisance de structures extra et intra-hospitalières résultante amena de nouvelles problématiques : patients en situation d'errance, mauvaise compliance aux soins, conduites addictives, voire hausse de la criminalité (1, 59).

L'autre conséquence fut la proximité accrue de la société avec les malades mentaux, dorénavant sortis de ce système asilaire fermé, alimentant de ce fait la peur du malade mental laissé sans surveillance (25).

c) Représentations collectives et maladie mentale

L'imaginaire collectif associe maladie mentale et dangerosité, plus particulièrement en ce qui concerne la schizophrénie (9, 24, 42).

Dans une enquête française de 2002 portant sur l'image de la schizophrénie auprès du grand public, 48% des personnes interrogées considéraient les personnes souffrant de schizophrénie comme dangereuses envers autrui (42).

L'image du « fou dangereux » commettant un acte de violence gratuit est entretenue par les médias au travers de faits divers très médiatisés. L'acte violent est synonyme de folie pour le grand public car destructeur, incontrôlable, et semblant échapper à toute raison (7).

Les psychiatres sont de plus en plus amenés, dans un contexte de demande sécuritaire croissante, à exercer un rôle de contrôle d'une population désignée comme 'à risque', celle des malades mentaux, alors que dans les faits les patients sont plus souvent les victimes d'actes de violence qu'ils n'en sont les auteurs (25).

III) Etudes épidémiologiques concernant les troubles mentaux graves et la dangerosité

De nombreuses études ont prouvé l'existence d'un lien statistique entre maladie mentale grave et dangerosité, avec une grande hétérogénéité du risque calculé selon les études (11, 18, 27, 28, 60). La définition des troubles mentaux graves utilisée dans cette étude est celle, consensuelle, de Hodgins *et al.* (28), qui comprend les troubles de l'humeur, la schizophrénie et les autres troubles psychotiques dont le délire paranoïaque.

Ces études présentaient des méthodologies très différentes en termes de pathologies psychiatriques étudiées, de populations et de protocoles d'étude (5, 13, 19, 28, 31, 32, 40, 52, 53, 55-57). Plus récemment, des études de méthode rigoureuse et des méta-analyses ont retrouvé que :

- les personnes ayant des troubles mentaux graves représentaient 3 à 5 % (56), voire 10 % (54), des actes de violence dans la société.

- la grande majorité des homicides n'était pas en lien avec la maladie mentale (43).

Si dans les pays industrialisés le taux des homicides est compris entre 1 et 5 pour 100 000 habitants, les personnes atteintes de troubles mentaux graves ne seraient responsables que de 0,16 homicide pour 100 000 habitants, soit environ un homicide sur 20 (2).

- le lien entre dangerosité et troubles mentaux graves, et notamment en cas de troubles du spectre de la schizophrénie, est plurifactoriel et renforcé par les comorbidités et par la violence environnante. Il existe des facteurs associés à la dangerosité communs aux personnes souffrant

de troubles mentaux graves et à la population générale, comme les troubles liés à l'usage de substances psycho-actives (21, 40, 52, 59).

Il est plus légitime de parler de facteurs associés à la dangerosité que de facteurs de risque de dangerosité, un lien statistique démontré n'étant pas un lien de causalité. Il en est de même pour l'association entre maladie mentale grave et violence (59).

IV) Facteurs associés aux comportements violents chez les sujets présentant une maladie mentale grave

a) Les éléments cliniques

Chez les patients avec schizophrénies, plusieurs éléments cliniques sont associés aux comportements violents : on note l'importance des symptômes psychotiques dits positifs (symptômes paranoïdes, méfiance, hostilité, idées de persécution, délire à dominante mystico-religieuse ou mégalomane, syndrome d'influence, participation émotionnelle intense) (25, 54), certains symptômes étant plus particulièrement associés avec des actes violents (délire grandiose, rêveries diurnes d'agresser autrui, idéations et pratiques perverses, fascination pour les armes, menaces écrites ou verbales évoquant un scénario de passage à l'acte en cours de constitution, idées, fantasmes et propos de violence), une schizophrénie évoluant sur une personnalité antisociale prémorbide: violence clastique envers le proche ou le compagnon (50).

Certains auteurs évoquent aussi le potentiel criminogène de certains symptômes négatifs (retrait social, émoussement affectif) et dissociatifs marqués par des troubles cognitifs rendant difficiles l'insertion et la réhabilitation (25, 30, 45).

Il faut aussi noter l'anosognosie totale ou partielle des troubles, qui représente un risque important de dangerosité et semble présente auprès de la totalité des patients violents au moment du passage à l'acte (33, 45).

En ce qui concerne les troubles bipolaires, M. Bénézech et M. Bourgeois (10) soulignent la très forte corrélation entre homicide et dépression et infirment le lien entre homicide et manie. Et selon Swanson *et al.* (53), les symptômes dépressifs et idées suicidaires apparaissent comme un facteur de dangerosité envers autrui, aussi bien chez les patients avec schizophrénie qu'au sein de la population générale. Ces mêmes auteurs retrouvent une forte corrélation entre idéations voire comportements suicidaires et homicides.

Certains auteurs comme Frédéric Millaud, Jean-Luc Dubreucq et Christian Joyal nous incitent à nous intéresser plus particulièrement au lien entre dangerosité et atteinte cérébrale ou déficience intellectuelle (18).

De plus, les antécédents de troubles des conduites dans l'enfance et l'adolescence sont associés à une augmentation significative du risque de violence, chez les patients porteurs de troubles mentaux graves comme dans la population générale (5, 25).

b) Les éléments socio-démographiques

Ils s'appliquent aussi bien aux personnes souffrant de troubles mentaux graves qu'à la population générale :

- l'âge : les adultes jeunes, avant 40 ans, apparaissent les plus à risque de violence (20, 45).
- le sexe : le sexe masculin est également un facteur de dangerosité important puisque les hommes sont responsables d'environ 90% de la violence envers autrui. Néanmoins, pour des auteurs comme Hodgins (27, 28) ou Monahan (36), lorsqu'il s'agit de personnes souffrant de troubles mentaux graves, le sexe ne peut plus être retenu comme un facteur discriminant, la schizophrénie augmentant de façon plus importante le risque de violence chez les femmes (28).
- l'état matrimonial : les célibataires présenteraient un risque plus élevé de violence (21, 53) par l'intermédiaire de l'isolement social. De manière plus générale, l'existence d'un cadre familial et d'un soutien social seraient des facteurs protecteurs face à la violence (21, 25).
- le statut socio-économique : la faiblesse du statut socio-économique est identifiée comme un facteur de dangerosité dans certaines études (51, 53).
- le faible niveau éducatif (25).

c) Les éléments biographiques

Ces facteurs que l'on peut qualifier de statiques sont particulièrement importants à recueillir, du fait de leur poids dans l'évaluation du risque de passage à l'acte :

- l'exposition à un environnement familial perturbé, à des modèles familiaux violents et à de la maltraitance dans l'enfance (39), tout antécédent délictuel (29), tout antécédent de violence, considéré comme le meilleur prédictif de violence ultérieure, en population générale comme dans la population souffrant de troubles mentaux graves (18, 33, 61).

- les modèles moraux d'identification du patient peuvent jouer un rôle favorisant ou protecteur. Les antécédents familiaux judiciaires, de violence envers autrui ou d'incarcération augmentent le risque de violence (25, 33).
- les facteurs de stress comme les ruptures affectives récentes, les situations conflictuelles, le chômage, le fait d'avoir été victime de violence dans l'année ainsi que l'exposition à des événements psychotraumatiques majorent le risque de comportements violents (25, 43, 54).

d) Les substances psycho-actives

Les données de la littérature indiquent qu'il s'agit du facteur le plus important dans la population générale et chez les patients porteurs de troubles mentaux graves (13, 21, 39, 40, 52, 58, 59). Toutes les études illustrent l'importance de prendre en charge les troubles liés à l'usage de substances psycho-actives (alcool, cannabis ou autre substance), qui multiplie par un facteur souvent supérieur à 10 le risque de violence du patient avec trouble mental grave (3, 8, 53, 57).

e) Les facteurs liés à la prise en charge psychiatrique

Selon Jean-Luc Dubreucq, les personnes avec schizophrénie sans antécédent d'arrestation pour violence physique et sans idéation violente, ayant été traitées à l'hôpital l'année précédente et ayant accepté de poursuivre l'étude pendant un an, avaient néanmoins été violentes dans 7 % des cas au décours des 20 semaines suivant leur sortie de l'hôpital. L'usage de substances psycho-actives rend compte d'une large part de la violence des patients, de même que leur marginalisation et leur précarisation (35, 38, 39, 41, 47-49, 52).

De nombreux facteurs peuvent expliquer ces résultats: la fragilité de l'alliance thérapeutique entre l'équipe de soins et le malade, générant des défauts d'observance du traitement et une rupture précoce de soins (18, 33), les difficultés de réinsertion et de réhabilitation des patients avec schizophrénie (34), la fragilité de l'étayage familial.

Plusieurs études, dont celle de Millaud et Dubreucq (33) sur une série de cas d'homicides commis par des patients porteurs de troubles du spectre de la schizophrénie, montrent qu'avant le passage à l'acte violent, le patient peut formuler une demande d'aide soit directe auprès de l'équipe soignante, soit indirecte (entourage, forces de l'ordre), souvent par la verbalisation de symptômes dépressifs. 40 % des patients avaient formulé directement ou indirectement une demande d'aide avant l'homicide dans l'étude de Millaud et Dubreucq.

La prise en compte de ces demandes d'aide du patient, par ailleurs bon marqueur de l'insight et d'une alliance thérapeutique de qualité, permettrait de contribuer grandement à la réduction du risque de violence (25).

Par ailleurs, un patient qui a été violent lors d'une hospitalisation a beaucoup plus de risque de l'être à l'hospitalisation suivante : cela met en avant l'importance d'un dossier médical précis qui contient l'histoire du patient et ses antécédents de violences (50).

L'étude MacArthur de Monahan de 2002 (37), portant sur des patients suivis sur une période de vingt semaines après une hospitalisation en psychiatrie, souligne que le nombre d'événements violents est inversement proportionnel à l'intensité du suivi psychiatrique: dans cette étude, le groupe de patients suivis toutes les 4 semaines avait 4 fois plus de passages à l'acte violents que le groupe suivi hebdomadairement.

Les chercheurs finlandais Hodgkins et Eronen (19) estiment qu'au cours de la première année suivant la sortie de l'hôpital, les patients qui se sont vus imposer à la suite d'un crime une hospitalisation en psychiatrie, sans obligation de soins à la sortie, ont un risque d'homicide 300 fois supérieur à la population générale (18, 19).

L'insuffisance de suivi psychiatrique au décours immédiat d'une hospitalisation apparaît donc clairement comme un facteur de dangerosité. Un cadre légal aux soins, imposant notamment aux patients criminellement irresponsables des soins externes et une réadmission à l'hôpital, apparaît comme un facteur protecteur (18).

f) Les facteurs environnementaux

Pour ces facteurs, les données de la littérature sont contradictoires (45).

Mullen (40) en 2000 ou Wallace (59) en 2004, en Australie, retrouvent que, sur 25 ans, l'augmentation de la violence physique des patients psychiatriques envers autrui est proportionnelle à l'augmentation de la violence au sein de la population générale. Pour Wallace (59), les facteurs influençant le risque de violence dans la société affecteraient également les patients, par exemple l'augmentation de l'usage des substances psycho-actives.

Fazel *et al.* (21) remettent en cause l'hypothèse selon laquelle l'association entre violence et maladie mentale serait modifiée par le contexte local comme l'accès aux armes à feu (4, 32, 50). En effet, ils ne retrouvent pas de différence significative entre les risques calculés dans les différentes régions du monde. Pour eux, le risque de violence ne semble pas non plus différent dans les études menées avant et après 1990. Ils défendent l'opinion selon laquelle les modifications survenues entre-temps dans les modalités de prise en charge, comme la désinstitutionnalisation, n'auraient pas influencé le risque de violence.

Deuxième partie : une étude descriptive et comparative en Unité pour Malades Difficiles

I) Introduction

La violence des personnes souffrant de troubles mentaux graves est décrite depuis les premiers travaux qui ont fondé la clinique psychiatrique. La description de la violence dans la maladie mentale a oscillé entre une stigmatisation et une affirmation non moins militante de l'absence de dangerosité du malade mental (50).

Il est reconnu que les troubles mentaux graves sont à l'origine d'un risque majoré de violence ou même d'homicide. Néanmoins, ce risque - comme pour la population générale - est plurifactoriel et renforcé par les comorbidités et les facteurs environnementaux.

Les Unités pour Malades Difficiles (UMD) sont des services destinés à accueillir des patients dangereux. Ayant travaillé six mois lors de mon internat à l'UMD de Sotteville-lès-Rouen, je me suis interrogé sur la présence, chez ces patients avec antécédents de violence, de facteurs associés à la dangerosité dans la littérature.

La nature du motif d'hospitalisation dans cette unité est commune : tous ces patients ont commis des actes violents. Cependant, le degré de violence diffère : certains patients ont commis des homicides, d'autres des tentatives d'homicides et une autre partie des passages à l'acte violents répétés au cours de leur vie.

La question posée était donc : existe-t-il des différences cliniques, biographiques et socio-démographiques selon le degré de violence ?

II) Objectifs

L'objectif principal poursuivi par cette étude monocentrique, rétrospective, descriptive et comparative était de décrire et de comparer trois groupes de patients, le premier constitué de patients ayant commis un homicide, le second, une tentative d'homicide et le troisième d'autres types de passages à l'acte violents contre autrui, à l'aide d'un ensemble de variables cliniques, biographiques et socio-démographiques, associées à la dangerosité dans la littérature, à savoir :

- 1) la présence de comorbidités addictives
- 2) la présence d'antécédents d'actes violents avant le passage à l'acte
- 3) la présence d'antécédents de passages à l'acte auto-agressifs
- 4) la présence d'antécédents légaux avant le passage à l'acte
- 5) l'existence de différences entre ces trois groupes de patients, notamment en termes de clinique et de parcours de soins au moment du passage à l'acte.

III) Méthodes

a) Type d'étude et définitions

Les résultats présentés ici sont issus d'une étude observationnelle, rétrospective, descriptive et comparative, portant sur 46 patients hommes hospitalisés sur l'UMD Erasme de Sotteville-lès-Rouen (76), admis à l'UMD entre le 29 mai 2012 (date d'ouverture de l'UMD) et le 05 octobre 2018.

Les définitions d'homicide et de tentative d'homicide utilisées dans cette étude étaient celles régies par les articles 221-1, 221-6 et 121-5 du *Code Pénal* (14-16) :

- l'homicide se définit comme l'atteinte portée à la vie humaine, qu'il soit volontaire ou non (homicide involontaire), prémédité (assassinat) ou non prémédité (meurtre).

Etaient inclus dans cette étude tous les homicides :

- sans distinction d'intentionnalité ou de préméditation

- définis en tant que tels par la justice, sans distinction de responsabilité juridique.

- la tentative d'homicide est l'atteinte avortée portée à la vie humaine, qui n'a échoué qu'en raison de circonstances extérieures, indépendantes de la volonté de son auteur.

Ont donc été classés dans le groupe Tentative d'homicide tous les patients :

- dont le passage à l'acte le plus grave aurait eu une finalité létale sans intervention extérieure

- qui était reconnu comme une tentative d'homicide par la justice, sans distinction de responsabilité juridique.

La responsabilité juridique pour le passage à l'acte a été étudiée comme variable dans les trois groupes de patients.

- Tous les autres actes hétéro-agressifs, engendrant des souffrances même extrêmement importantes mais ne tendant pas à la mort, ne sont pas considérés comme des tentatives d'homicide par le Code Pénal, et ont donc été classés dans le 3^{ème} groupe de notre étude : Autres passages à l'acte hétéro-agressifs.

Les critères diagnostiques utilisés dans notre étude étaient ceux du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition* (DSM-V). On parlait donc de troubles du spectre de la schizophrénie ou de schizophrénies, incluant la schizophrénie, le trouble schizo-affectif, la personnalité schizotypique et les autres troubles psychotiques dont le délire paranoïaque.

b) Critères d'inclusion et d'exclusion

Un patient était inclus dans l'étude s'il était auteur d'au moins un passage à l'acte hétéro-agressif précédant l'hospitalisation actuelle en UMD, soit un homicide, soit une tentative d'homicide, soit tout autre type de passage à l'acte hétéro-agressif.

Ce passage à l'acte hétéro-agressif commis hors les murs de l'UMD pouvait être soit le motif d'admission en UMD, soit antérieur et se dérouler à n'importe quel moment dans la vie du sujet.

Les passages à l'acte auto-agressifs n'ont pas été inclus, mais ont été étudiés comme variable dans les trois groupes.

Les patients inclus étaient des hommes ayant effectué un ou plusieurs séjours à l'UMD Erasme entre le 29 mai 2012 (date d'ouverture de l'UMD Erasme) jusqu'à la date d'inclusion de notre étude (le 05 octobre 2018), quelle que soit la nature de leur pathologie psychiatrique.

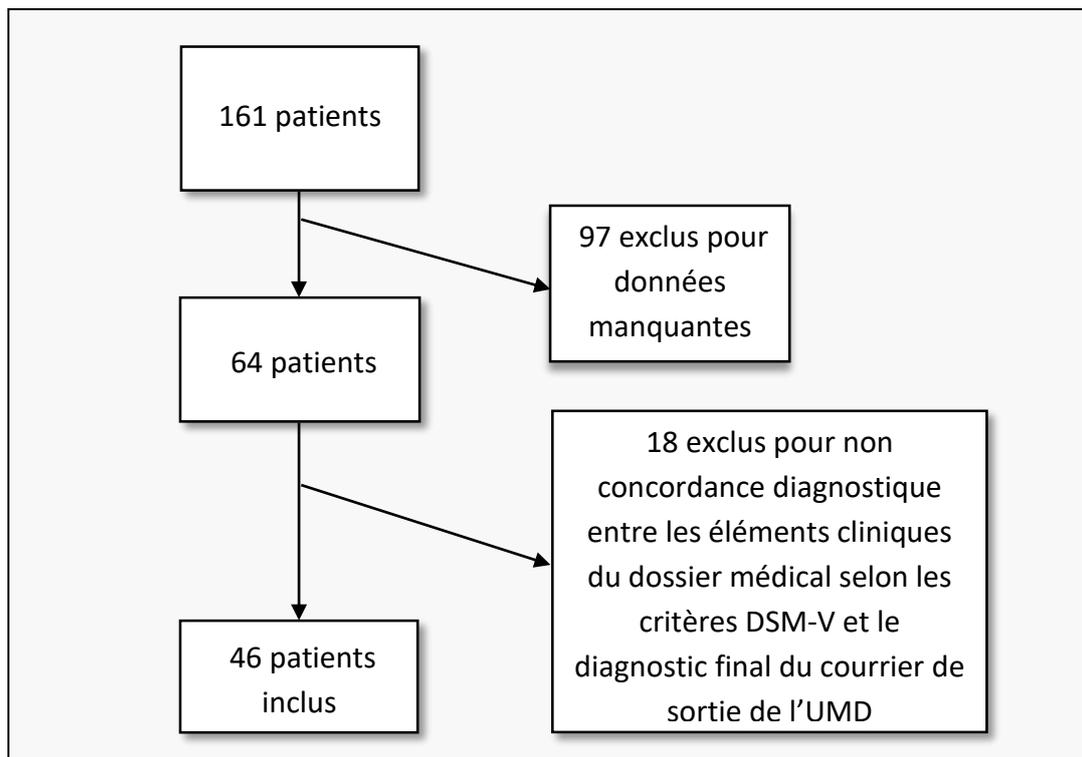


Figure n°1 : Diagramme de flux

- 161 patients, hospitalisés à l'UMD Erasme depuis la création du service en 2012, ont été initialement sélectionnés.

Après une première lecture des dossiers médicaux, 97 ont été exclus en raison de données manquantes quant aux différentes variables étudiées.

18 ont été ensuite exclus après relecture des dossiers pour une absence de concordance diagnostique entre :

- les éléments cliniques rapportés dans le dossier médical selon les critères DSM-V
- le diagnostic final posé lors du courrier de sortie de l'UMD.

Cette analyse de concordance diagnostique a été effectuée en aveugle par deux opérateurs indépendants. Si les résultats étaient concordants, le patient était inclus dans l'étude. Le diagnostic retenu pour la présente étude était celui du courrier de sortie de l'UMD selon le DSM-V.

Le diagramme de flux est représenté en figure n°1.

- Un total de 46 patients a été finalement inclus à l'étude.
Les patients ont été séparés en trois groupes en fonction du passage à l'acte hétéro-agressif le plus grave sur vie entière pour chacun d'entre eux (indépendamment du motif d'admission actuel en UMD) :
 - 17 patients dans le groupe Homicide
 - 12 patients dans le groupe Tentative d'homicide
 - 17 patients dans le groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs.

c) Recueil des données

Le recueil des données a été effectué à partir :

- du logiciel de soins *Cortexte* (dossier médical informatisé) pour le traitement actuel, les antécédents médicaux et addictifs, l'âge d'admission en UMD.
- des dossiers médicaux archivés et des dossiers d'hospitalisation des patients présents pour toutes les autres variables.
Ces dossiers comprenaient les synthèses médicales et infirmières rédigées pour les commissions de l'UMD, les dossiers d'hospitalisation, les expertises psychiatriques pénales et les dossiers de demandes d'admission en UMD.

Nous avons élaboré une grille d'évaluation comprenant 27 variables (cf. Annexe 1), regroupées en 5 catégories, comprenant notamment des facteurs associés à la dangerosité dans la littérature.

- Facteurs socio-démographiques :

Age d'admission en UMD, modèle familial dans l'enfance, niveau d'études, statut professionnel lors du passage à l'acte, présence actuelle d'une mesure de protection juridique.

- Facteurs biographiques :

Age au moment des faits et responsabilité juridique pour le passage à l'acte, victimes des tentatives d'homicide et des homicides, antécédents de condamnations, d'homicide, de tentative d'homicide et d'actes violents avant le passage à l'acte.

- Facteurs cliniques :

Diagnostic actuel, âge lors du diagnostic actuel, nombre de diagnostics différents sur vie entière, motifs d'admission des hospitalisations précédentes, antécédent de tentative de suicide.

- Facteurs liés aux modalités de soins :

Age du début présumé des troubles psychiatriques, de première prise en charge pour la pathologie mentale, de première prise en charge psychiatrique, nombre de séjours en UMD, présence lors du passage à l'acte d'une prise en charge psychiatrique, d'un traitement en rapport avec le diagnostic et observance de ce traitement, type de prise en charge psychiatrique lors du passage à l'acte et traitement par clozapine chez les patients avec schizophrénies lors du passage à l'acte, à l'arrivée en UMD et actuellement.

- Facteurs liés aux substances psycho-actives :

Consommation de substances psycho-actives comorbide et type de substances.

Pour chaque variable, les données non documentées ont été exclues de l'analyse statistique. Le nombre de patients pour lesquels la variable était documentée (ou nombre d'observations) a été précisé pour chaque variable étudiée dans les résultats, plus spécifiquement dans les histogrammes correspondants. Les résultats ont été traités avec le logiciel Excel™.

d) Analyse statistique

1) Variables quantitatives

- Statistiques descriptives

Le logiciel Statistica™ a permis de caractériser chaque variable quantitative par :

- le nombre d'observations de la variable
- sa moyenne
- sa médiane
- son mode
- sa valeur minimale
- sa valeur maximale
- son écart-type.

Un histogramme est venu illustrer la relation entre la variable quantitative d'intérêt (moyenne et écart-type) et le type de passage à l'acte. Ces figures ont été conçues avec le logiciel Excel™.

- Statistiques inférentielles

La normalité des distributions des variables a été vérifiée en premier lieu à l'aide d'un test de Shapiro-Wilk avec un risque α de 5%.

L'hypothèse nulle H_0 de ce test est que l'échantillon provienne d'une distribution normale. Le rejet de l'hypothèse nulle conduit à accepter l'hypothèse alternative H_1 selon laquelle l'échantillon ne suit pas une loi normale.

En cas de normalité des distributions d'une variable au sein des 3 groupes de passages à l'acte (homicide, tentative d'homicide, autres passages à l'acte hétéro-agressifs), une analyse de variance ANOVA à un facteur a été mise en œuvre afin de comparer les moyennes de la variable au sein des 3 groupes.

L'hypothèse nulle associée H_0 postule qu'il n'y a pas de différence entre les moyennes de la variable considérée au sein des trois groupes (homicide, tentative d'homicide, autres passages à l'acte hétéro-agressifs).

L'hypothèse alternative ou H_1 postule par contre qu'il existe une différence entre les moyennes des trois groupes de la variable d'intérêt.

Dans le ou les cas où une distribution d'une variable n'obéissait pas à une loi normale tel que révélé par un test de Shapiro-Wilk significatif (valeur $p < 0,05$), un test non-paramétrique de Kruskal-Wallis est privilégié en place d'une ANOVA à un facteur. Le test de Kruskal-Wallis est en effet utilisé comme une alternative à l'ANOVA dans le cas où l'hypothèse de normalité n'est pas acceptable. L'hypothèse nulle H_0 du test de Kruskal-Wallis postule que les différents échantillons à comparer (ici les trois groupes de passage à l'acte) sont issus de la même distribution ou de distributions de même médiane.

L'hypothèse alternative H1 du test de Kruskal-Wallis postule au contraire que les différents échantillons à comparer sont issus de distributions distinctes ou de distributions de médiane différente.

Toutes ces statistiques inférentielles ont été implémentées à l'aide du logiciel Statistica™.

2) Variables qualitatives

- Statistiques descriptives

Un tableau de contingence a permis de dénombrer l'effectif ainsi que les pourcentages correspondant à la conjonction de la variable qualitative d'intérêt et du type de passage à l'acte (homicide, tentative d'homicide, autres passages à l'acte hétéro-agressifs). Ces tableaux ont été générés à l'aide du logiciel Excel™. Un histogramme est venu illustrer la relation entre la variable qualitative d'intérêt et le type de passage à l'acte.

- Statistiques inférentielles

Le test exact de Fisher, test statistique exact utilisé pour l'analyse des tables de contingence, a été privilégié par opposition au test du χ^2 afin de vérifier l'indépendance des variables qualitatives. Le test du χ^2 requiert en effet que tous les effectifs théoriques soient supérieurs à 5 et que l'effectif total soit supérieur à 50, conditions qui n'étaient pas remplies dans notre étude.

L'hypothèse nulle H0 du test exact de Fisher postule une absence de relation entre les deux variables catégorielles.

L'hypothèse alternative H1 postule a contrario qu'il existe bel et bien une relation entre ces deux variables catégorielles.

Ce test exact de Fisher a été entrepris à l'aide de BiostaTGV – Statistiques en ligne: <https://biostatgv.sentiweb.fr/>, outil de biostatistiques disponible en ligne.

IV) Résultats

1) Facteurs socio-démographiques

a) Age d'admission en UMD

Pour cinq patients, on retrouvait deux hospitalisations successives sur l'UMD Erasme. Les données intégrées dans l'étude étaient celles des premières hospitalisations.

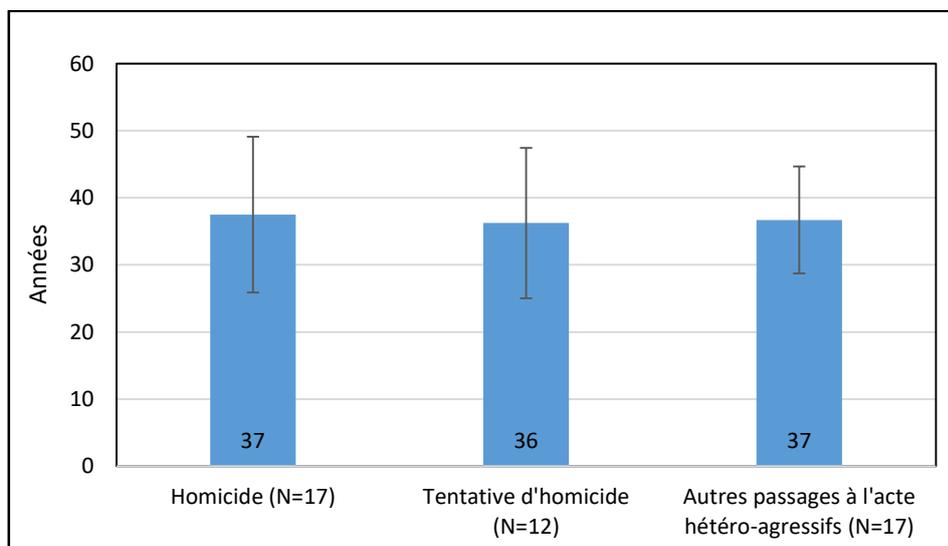


Figure n° 2 : Age moyen d'admission en UMD (moyenne et écart-type)

Il n'y avait pas de différence significative d'âge moyen d'admission en UMD entre les trois groupes de patients, avec un p égal à 0,325 ($p > 5\%$) selon l'ANOVA (test paramétrique).

L'âge moyen de tous les patients de l'étude était de 37 ± 10 ans (N=46).

b) Modèle familial dans l'enfance

Cette variable prenait en compte les personnes ayant élevé le patient jusqu'à sa majorité, qui étaient soit :

- les deux parents du sujet
- un parent célibataire ou une famille recomposée
- la famille élargie du sujet (oncles, tantes, grands-parents, ...)

- un foyer ou une famille d'accueil dans le cadre d'un placement.

Quand un patient était élevé successivement par plusieurs personnes (ex : parents puis placement ou famille élargie), le modèle familial pris en compte était celui qui était le plus pérenne.

Pour la totalité des patients de l'étude (N=46), 48% des patients avaient été élevés par leurs deux parents (n=22), 33% par une famille monoparentale ou recomposée (n=15), 4% par leur famille élargie (n=2) et 15% avaient été placés (n=7).

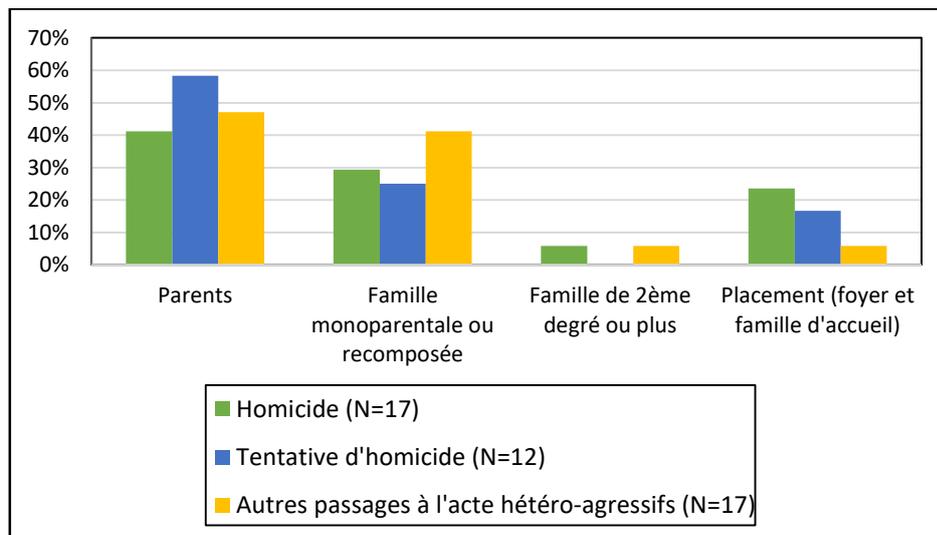


Figure n° 3: Modèle familial dans l'enfance

Comme illustré sur la figure n° 3, le groupe Homicide comprenait le moins de sujets élevés par leurs deux parents avec 41% de sujets concernés (n=7), contre 58% dans le groupe Tentative d'Homicide (n=7) et 47% dans le groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs (n=8).

Les groupes Homicide et Tentative d'homicide comptabilisaient le plus d'enfants placés, avec 24% dans le groupe Homicide (n=4), 17% dans le groupe Tentative d'homicide (n=2) et 6% dans le groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs (n=1).

Pour le modèle familial dans l'enfance, aucune différence significative n'a été retrouvée entre les trois groupes, avec un p de 0,765 selon le test exact de Fischer ($p > 5\%$).

33% des patients du groupe total (N=46) avaient été élevés successivement par plusieurs personnes avec un modèle familial instable, soit respectivement 65% du groupe Homicide (n=11), 33% du groupe Tentative d'homicide (n=4) et 29% du groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs (n=5).

Les antécédents de maltraitance et de carences affectives et/ou éducatives dans l'enfance concernaient 33% du groupe total (n=15), avec respectivement 23% (n=4), 42% (n=5) et 35% (n=6) des groupes Homicide, Tentative d'homicide et Autres passages à l'acte hétéro-agressifs.

c) Niveau d'études

Cette variable étudiait le nombre moyen d'années de scolarité réussies depuis l'école élémentaire (CP) pour les trois groupes de patients (cf. figure n° 4). Les années non validées et la scolarité adaptée (IME, IMPro) n'étaient pas prises en compte.

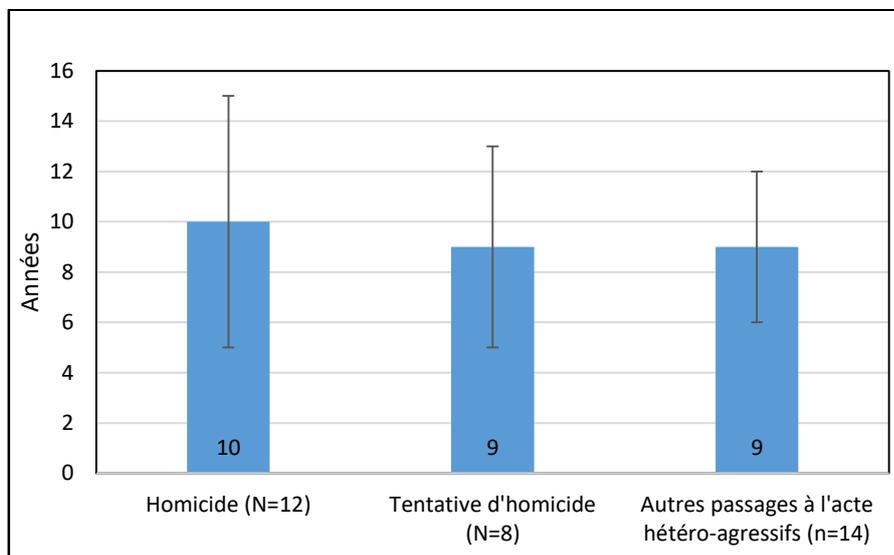


Figure n° 4: Nombre moyen d'années d'études

Il n'y avait pas de différence significative entre les trois groupes concernant le nombre moyen d'années d'études, avec un p égal à 0,433 ($p > 5\%$) selon le test de Kruskal-Wallis (test non paramétrique).

Pour le groupe total de patients (N=34), le nombre moyen d'années d'études était de 9 ± 4 ans, ce qui correspond à la classe de troisième.

d) Statut professionnel lors du passage à l'acte

Les patients qui travaillaient moins de la moitié de l'année étaient considérés comme sans emploi. La majorité des patients du groupe total (N=46) étaient sans emploi au moment du passage à l'acte (87%).

Comme illustré sur la figure n° 5, 29% des patients du groupe Homicide travaillaient lors du passage à l'acte (n=5), contre 0% dans le groupe Tentative d'homicide (n=0), et 6% dans le groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs (n=1).

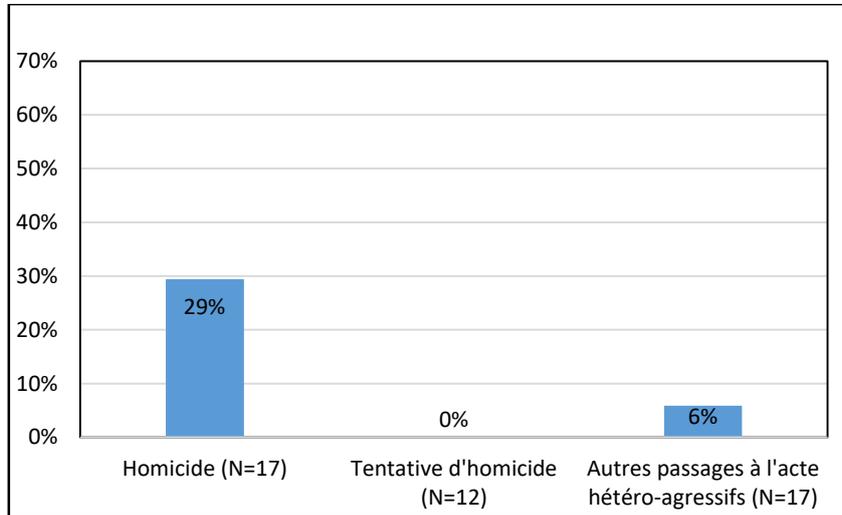


Figure n° 5: Présence d'un emploi au moment du passage à l'acte

Cependant, il n'y avait pas de différence significative entre les trois groupes concernant la présence d'un emploi lors du passage à l'acte, avec un p de 0,058 selon le test exact de Fischer ($p > 5\%$).

e) Présence actuelle d'une mesure de protection juridique

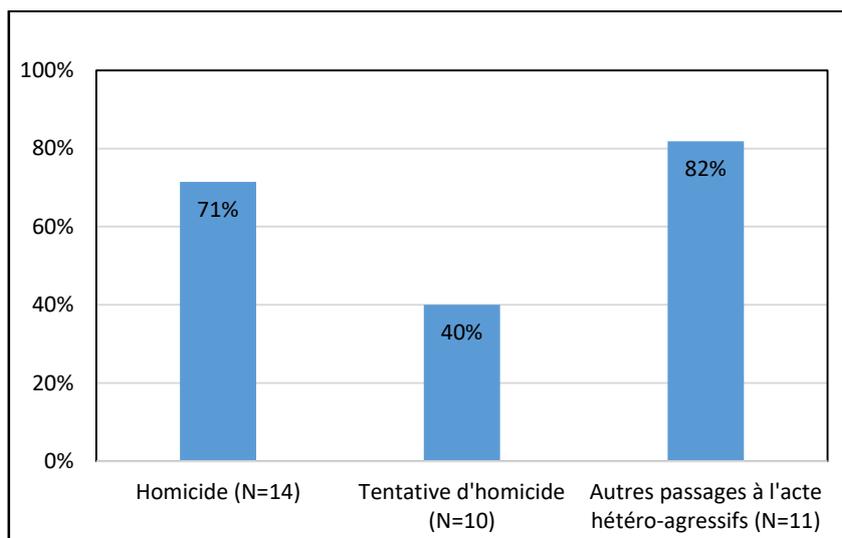


Figure n° 6: Présence actuelle d'une mesure de protection juridique

Cette variable prenait en compte la présence d'une mesure de protection juridique à l'admission en UMD. Sur la totalité des patients de l'étude (N=35), 66% bénéficiaient d'une mesure de protection juridique à leur admission en UMD.

Comme illustré sur la figure n° 6, 71% des patients du groupe Homicide bénéficiaient d'une mesure de protection juridique à leur admission en UMD (n=10), 82% du groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs (n=9), et 40% dans le groupe Tentative d'homicide (n=4).

Il n'y avait pas de différence significative entre les trois groupes en termes de présence de mesure de protection juridique à l'admission en UMD, avec un p de 0,156 selon le test exact de Fischer ($p > 5\%$).

2) Facteurs cliniques

a) Diagnostic actuel

Chaque patient était porteur d'un diagnostic principal posé lors de son séjour en UMD, selon les critères DSM-V.

Le groupe des schizophrénies regroupait tous les troubles appartenant au spectre de la schizophrénie du DSM-V (schizophrénie, trouble schizo-affectif, personnalité schizotypique et autres troubles psychotiques dont le délire paranoïaque).

- Groupe total de patients (N=46)

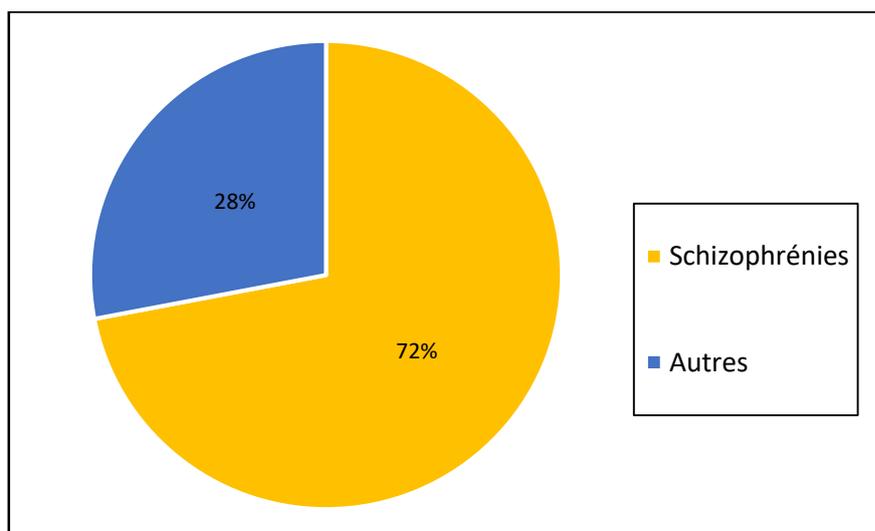


Figure n° 7: Répartition des diagnostics dans le groupe total de patients (N=46)

Dans le groupe total de patients inclus (N=46), on retrouvait une majorité de patients porteurs d'un trouble appartenant au spectre de la schizophrénie (72%, n=33), suivie de 22% de troubles de la personnalité (n=10), 4% de troubles bipolaires et dépressifs (n=2) et 2% de déficience intellectuelle (n=1). Les troubles de la personnalité présents (n=10) étaient de type antisociale (n=4), limite (n=4) et paranoïaque (n=2).

- Groupes Homicide, Tentative d'homicide et Autres passages à l'acte hétéro-agressifs

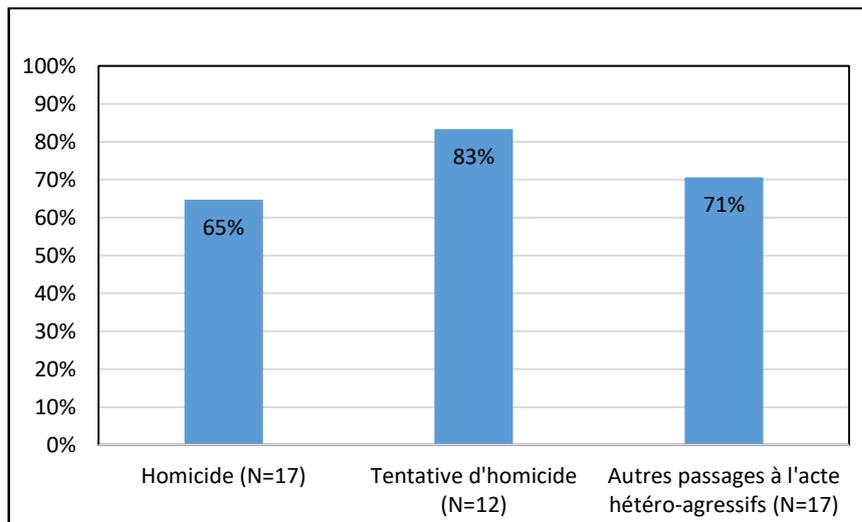


Figure n° 8: Troubles appartenant au spectre de la schizophrénie dans les trois groupes de patients

Comme illustré sur la figure n° 8, la majorité des patients des trois groupes étaient porteurs d'un trouble appartenant au spectre de la schizophrénie, sans différence significative entre les trois groupes ($p=0,156$ selon le test exact de Fischer, supérieur à 5%).

b) Age lors du diagnostic actuel

Cette variable étudiait l'âge auquel ce diagnostic, antérieur ou non à l'hospitalisation actuelle en UMD, avait été porté.

L'âge moyen lors du diagnostic actuel était de 29 ± 11 ans pour l'ensemble des patients de l'étude (N=46).

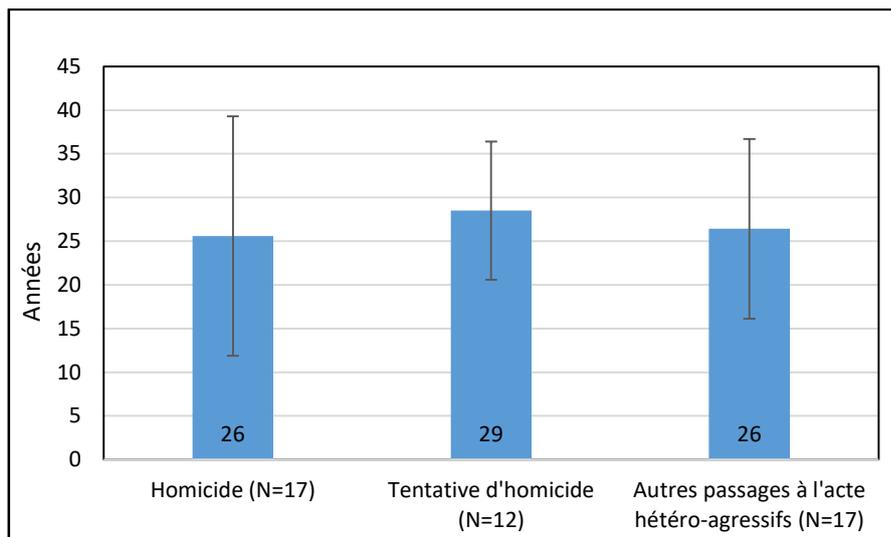


Figure n° 9: Age moyen lors du diagnostic (diagnostic actuel)

Les trois groupes ne présentaient pas de différence significative en termes d'âge moyen lors du diagnostic, avec un p de 0,669 selon le test de Kruskal-Wallis.

c) Nombre de diagnostics différents sur vie entière

Cette variable étudiait, pour chaque patient, le nombre de diagnostics psychiatriques différents portés au cours de leurs vies, incluant le diagnostic actuel.

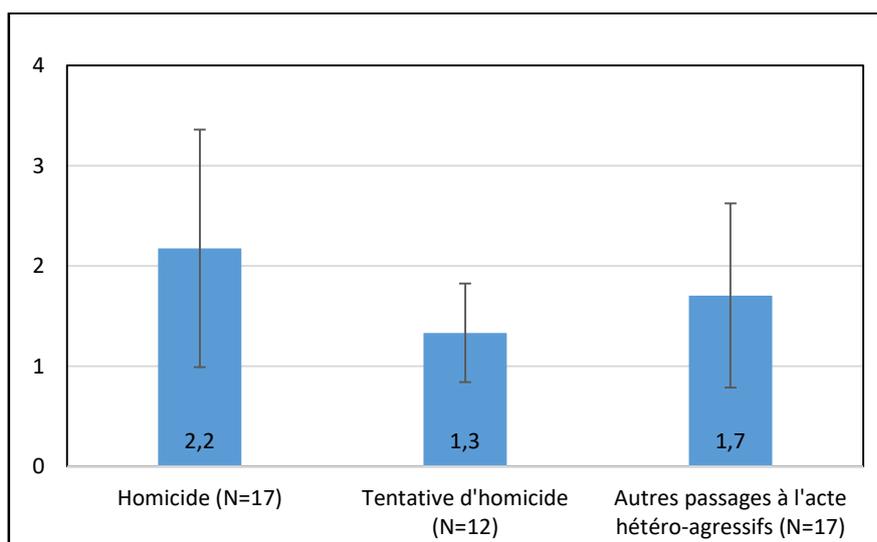


Figure n° 10 : Nombre moyen de diagnostics différents posés sur la vie entière du sujet

Il n'y avait pas de différence significative entre les trois groupes de patients concernant le nombre moyen de diagnostics différents portés sur vie entière, avec un p de 0,080 selon le test de Kruskal-Wallis (p>5%).

Pour l'ensemble des patients de l'étude (N=46), $1,8 \pm 1$ diagnostics étaient portés en moyenne pendant leur vie.

d) Motifs d'admission des hospitalisations précédentes

Cette variable évaluait les motifs d'admission de toutes les hospitalisations en psychiatrie précédant l'hospitalisation actuelle en UMD (cf. figure n° 11).

La symptomatologie thymique regroupait toute symptomatologie anxio-dépressive ou maniaque, la symptomatologie psychotique positive les éléments délirants et/ou hallucinatoires.

Les passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs comprenaient les tentatives d'autolyse et comportements hétéro-agressifs de tous types, les conduites addictives les hospitalisations pour sevrage et imprégnations aiguës.

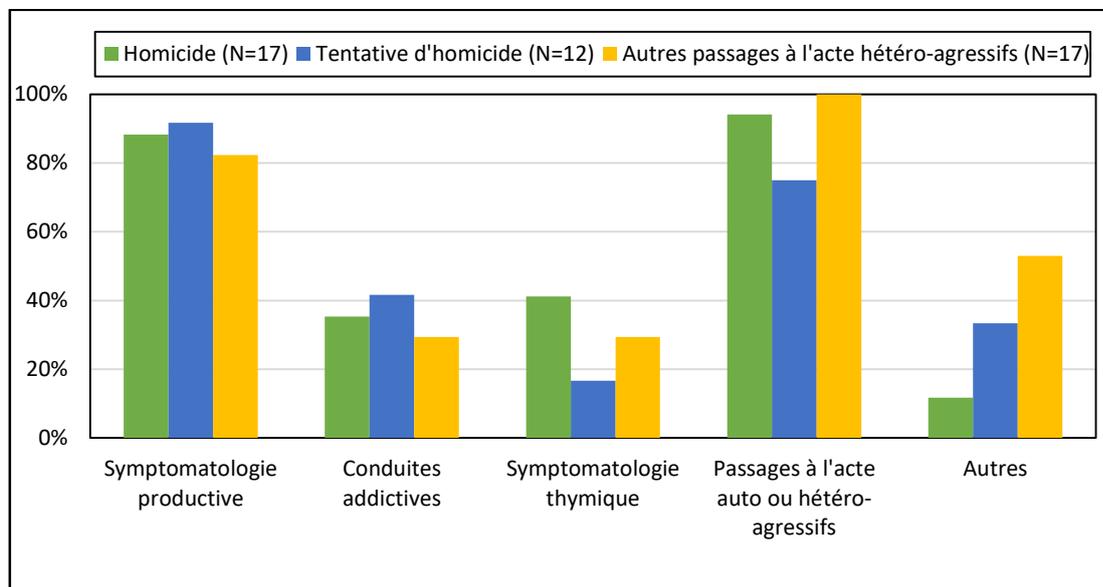


Figure n°11 : Motifs d'admission des hospitalisations précédentes

Les troubles appartenant au spectre de la schizophrénie étant sur-représentés dans les trois groupes (cf. figure n° 8), la majorité des trois groupes de patients avaient déjà été hospitalisés pour une symptomatologie psychotique positive (cf. figure n° 11) :

88% dans le groupe Homicide (n=15), 92% dans le groupe Tentative d'homicide (n=11), et 82% dans le groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs (n=14).

La majorité des patients des trois groupes avaient également déjà été hospitalisés pour des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs (cf. figure n° 11) :

94% dans le groupe Homicide (n=16), 75% dans le groupe Tentative d'homicide (n=9) et 100% du groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs (n=17). Ils étaient donc déjà majoritairement connus pour avoir été violents.

Aucune différence statistique n'était significative entre les trois groupes de patients concernant les motifs d'admission des hospitalisations précédentes avec le test exact de Fischer ($p > 5\%$).

e) Antécédent de tentative de suicide

Plus de la moitié des patients du groupe Homicide avaient un ou plusieurs antécédent(s) de tentative de suicide au moment de l'inclusion dans notre étude (59%, n=10), contre 42% dans le groupe Tentative d'homicide (n=5) et 35% dans le groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs (n=6).

Il n'y avait pas de différence significative entre les trois groupes en termes d'antécédent de tentative de suicide, avec un p de 0,423 selon le test exact de Fischer ($p > 5\%$).

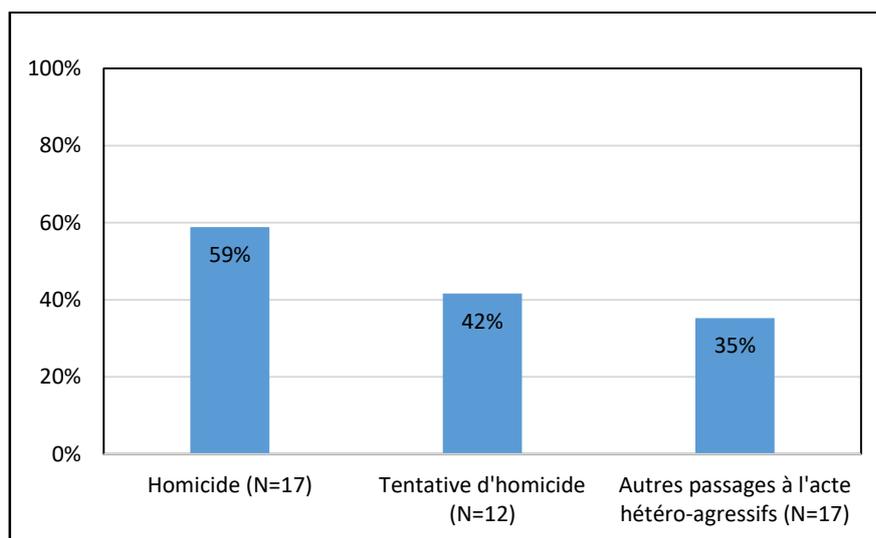


Figure n° 12: Antécédent de tentative de suicide

46% du groupe total de patients (N=46) présentaient des antécédents de tentative de suicide au moment de l'inclusion à notre étude, avec un nombre médian de 1 tentative de suicide par patient.

3) Les substances psycho-actives

a) Consommation de substances psycho-actives

La consommation régulière de substances psycho-actives était évaluée sur la vie entière du sujet. Elle était prise en compte même si le sujet était sevré au moment de l'inclusion dans notre étude. Les données provenaient des compte-rendus d'hospitalisation, des dossiers de demandes d'admission et des dires rapportés des patients.

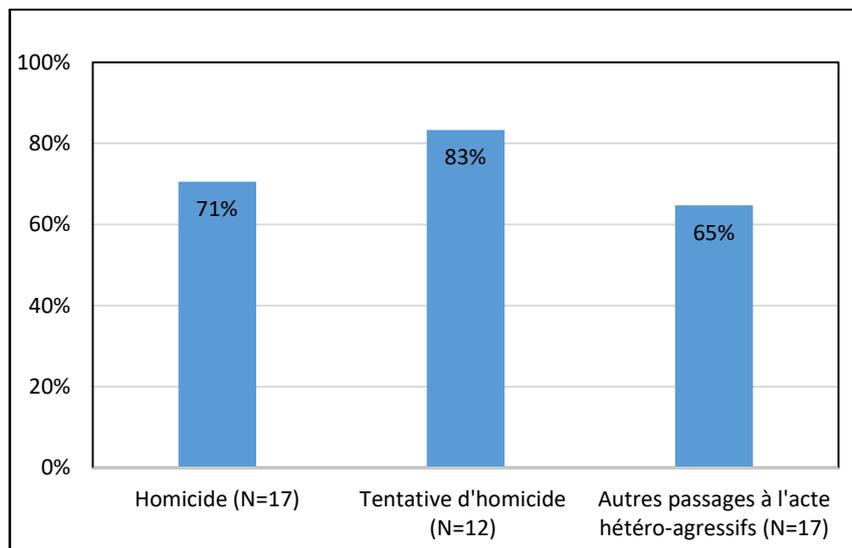


Figure n° 13: Antécédent de consommation régulière de substances psycho-actives

Les antécédents de consommation régulière de substances psycho-actives étaient majoritaires dans les trois groupes de patients (figure n° 13).

Il n'y avait pas de différence significative entre les trois groupes en termes de consommation régulière de substances psycho-actives, avec un p de 0,647 selon le test exact de Fischer ($p > 5\%$).

Sur l'ensemble des patients de l'étude (N=46), 33 avaient été des consommateurs réguliers de substances psycho-actives avant l'admission en UMD, soient 72% du groupe.

b) Types de substances psycho-actives

Cette variable évaluait les substances psycho-actives consommées de manière régulière avant l'admission en UMD (cf. figure n° 14). Pour l'alcool étaient retenues toutes les catégories de mésusages ou troubles liés à l'usage d'alcool. L'usage simple n'était pas pris en compte.

La plupart des sujets admis en UMD étaient transférés après des hospitalisations de longue durée dans un secteur classique ou après une période de détention. Ils étaient majoritairement sevrés en substances psycho-actives à leur arrivée en UMD. La dépendance aux produits (craving) n'a ainsi pas pu être évaluée dans notre étude.

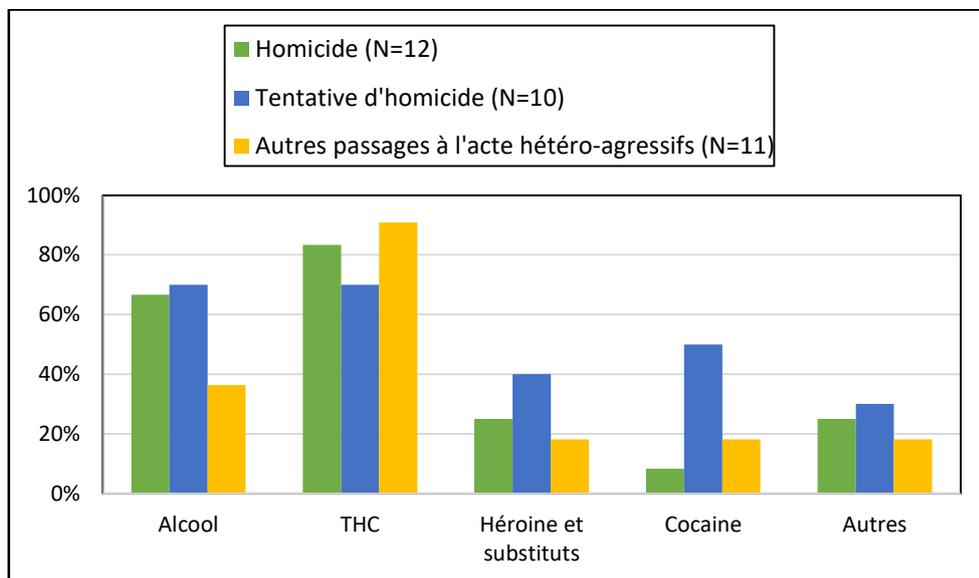


Figure n° 14: Type de substances psycho-actives consommées

A titre descriptif, la majorité des patients des trois groupes était régulièrement consommatrice de tétrahydrocannabinol (THC) avant l'admission en UMD (figure n° 14):

83% dans le groupe Homicide (n=10), 70% dans le groupe Tentative d'homicide (n=7) et 91% dans le groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs (n=10).

La majorité des patients des groupes Homicide et Tentative d'homicide avaient eu un trouble lié à l'usage d'alcool avec 67% dans le groupe Homicide (n=8) et 70% dans le groupe Tentative d'homicide (n=7).

Les consommations d'autres substances psycho-actives (ecstasy, amphétamines, champignons hallucinogènes, surconsommation de benzodiazépines ...) étaient considérées comme négligeables chez ces patients car ne dépassaient jamais les 25% (surconsommation de benzodiazépines dans le groupe Homicide, 25%, n=3).

Il n'y avait pas de différence significative entre les trois groupes de patients en termes de types de substances psycho-actives consommées, avec des valeurs p toujours supérieures à 5% selon le test exact de Fischer.

4) Facteurs liés aux modalités de soins

a) Age du début présumé des troubles psychiatriques

Cette variable étudiait l'âge du sujet lors des premiers troubles psychiatriques présentés, quel que soit le diagnostic posé alors (différent du diagnostic actuel ou non).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les trois groupes de patients concernant l'âge moyen du début présumé des troubles psychiatriques, avec un p de 0,552 selon le test de Kruskal-Wallis ($p > 5\%$).

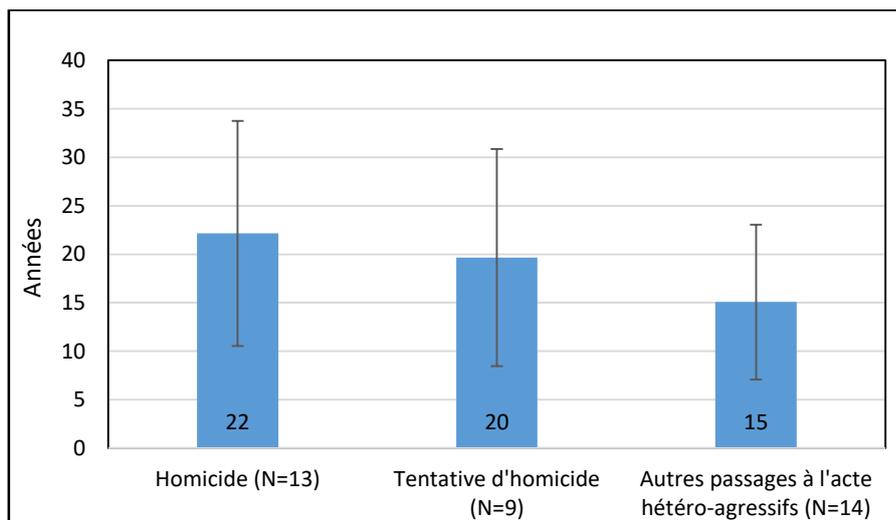


Figure n° 15 : Age moyen du début présumé des troubles psychiatriques

L'âge moyen du début présumé des troubles psychiatriques était de 19 ± 10 ans pour l'ensemble des patients de l'étude (N=36).

b) Age de première prise en charge pour la pathologie mentale

Cette variable étudiait l'âge lors de la première consultation pour la pathologie mentale, quel que soit l'intervenant de santé (médecin traitant, psychologue, psychiatre,...).

Il n'y avait pas de différence significative entre les trois groupes en termes d'âge moyen de première consultation pour la pathologie mentale, avec un p de 0,360 selon le test de Kruskal-Wallis ($p > 5\%$).

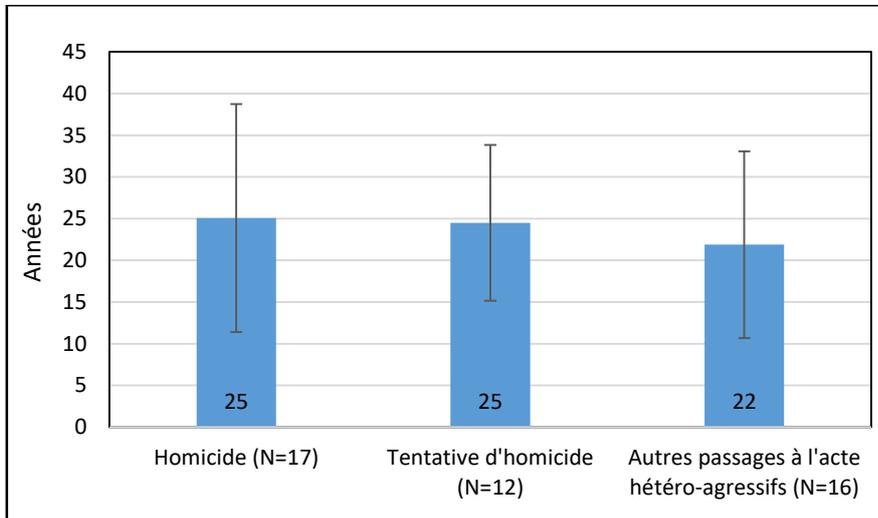


Figure n° 16: Age moyen de première prise en charge pour la pathologie mentale

L'âge moyen dans le groupe total de patients lors de la première consultation pour pathologie mentale était de 24 ± 11 ans (N=45).

c) Age de première prise en charge psychiatrique

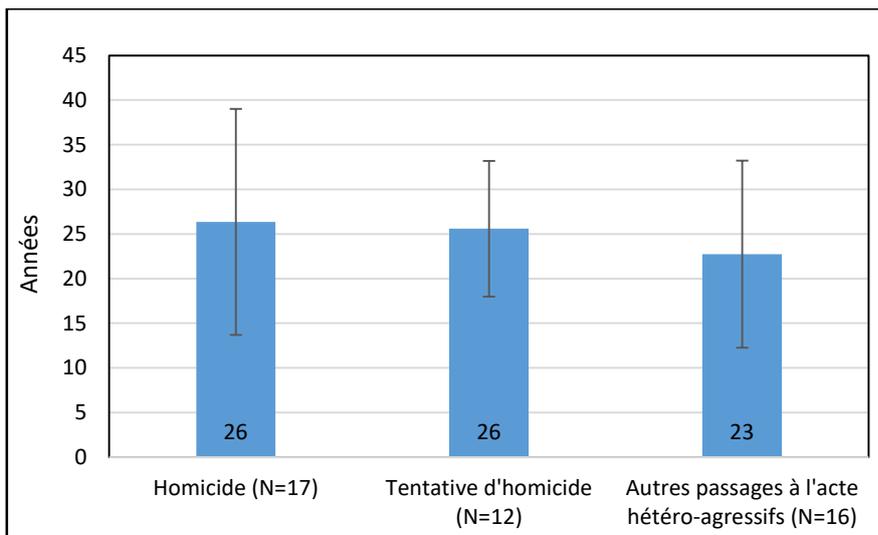


Figure n° 17: Age moyen de première prise en charge psychiatrique

Cette variable évaluait l'âge lors de la première prise en charge psychiatrique, quel que soit le type de prise en charge (ambulatoire, hospitalière).

Il n'y avait pas de différence significative en termes d'âge moyen de première prise en charge psychiatrique entre les trois groupes de patients, avec un p de 0,219 selon le test de Kruskal-Wallis ($p > 5\%$).

Pour la totalité des patients de l'étude (N=45), l'âge moyen de première prise en charge psychiatrique était de 25 ± 11 ans.

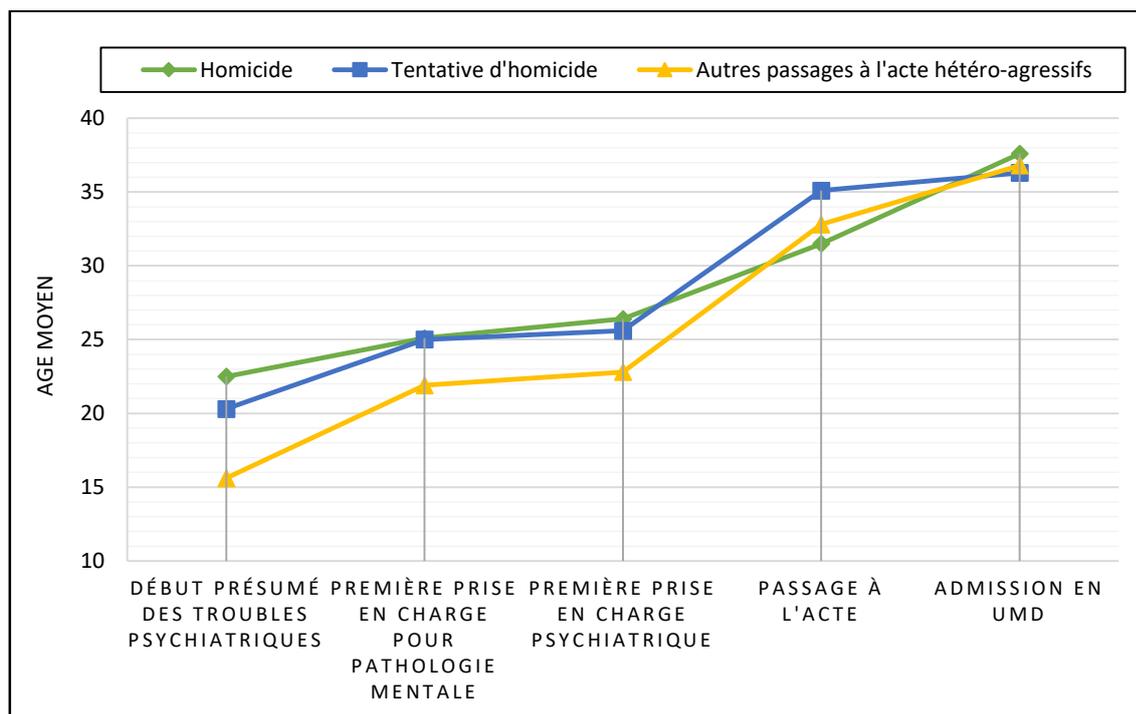


Figure n° 18: Chronologie de prise en charge pour les trois groupes de patients

A titre descriptif :

- Dans les trois groupes, le délai moyen entre la première prise en charge pour la pathologie mentale et la première prise en charge psychiatrique était faible (cf. figure n° 18). Il était de 1 ± 3 ans dans le groupe total de patients (N=45).
- Le délai moyen entre le début présumé des troubles psychiatriques et la première prise en charge psychiatrique était modéré dans les trois groupes. Ce délai moyen était de 5 ± 8 ans dans le groupe total (N=36).
- Pour 20% des patients du groupe total (n=9), le passage à l'acte hétéro-agressif était inaugural c'est-à-dire à l'origine de la première prise en charge pour la pathologie mentale et de la première prise en charge psychiatrique. C'était le cas pour 35% des patients du groupe Homicide (n=6) et pour 25% des patients du groupe Tentative d'homicide (n=3).

d) Nombre de séjours en UMD

Cette variable incluait le séjour actuel (cf. figure n° 19). Pour les patients ayant effectué plusieurs séjours successifs à l'UMD Erasme, tous les séjours étaient pris en compte.

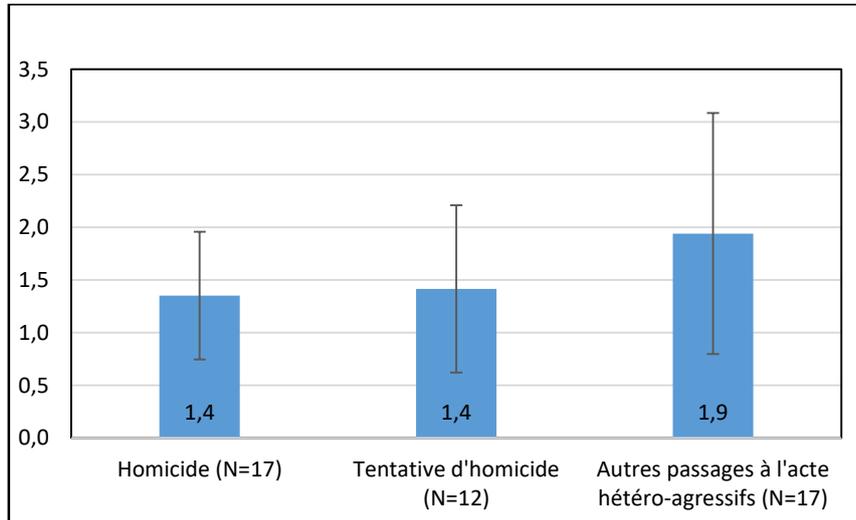


Figure n° 19: Nombre moyen de séjours en UMD

Il n'y avait pas de différence significative entre les trois groupes de patients en termes de nombre moyen de séjours en UMD, avec un p de 0,131 selon le test de Kruskal-Wallis ($p > 5\%$).

Pour l'ensemble des patients de l'étude (N=46), le nombre moyen de séjours en UMD était de $1,6 \pm 0,9$.

e) Présence d'une prise en charge psychiatrique lors du passage à l'acte

62% soit 28 patients du groupe total (N=45) bénéficiaient d'une prise en charge psychiatrique au moment du passage à l'acte, avec 41% dans le groupe Homicide (n=7), 67% dans le groupe Tentative d'homicide (n=8) et 81% dans le groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs (n=13).

Il n'y avait pas de différence significative entre les trois groupes en termes de présence de prise en charge psychiatrique lors du passage à l'acte, avec un p de 0,059 selon le test exact de Fischer ($p > 5\%$).

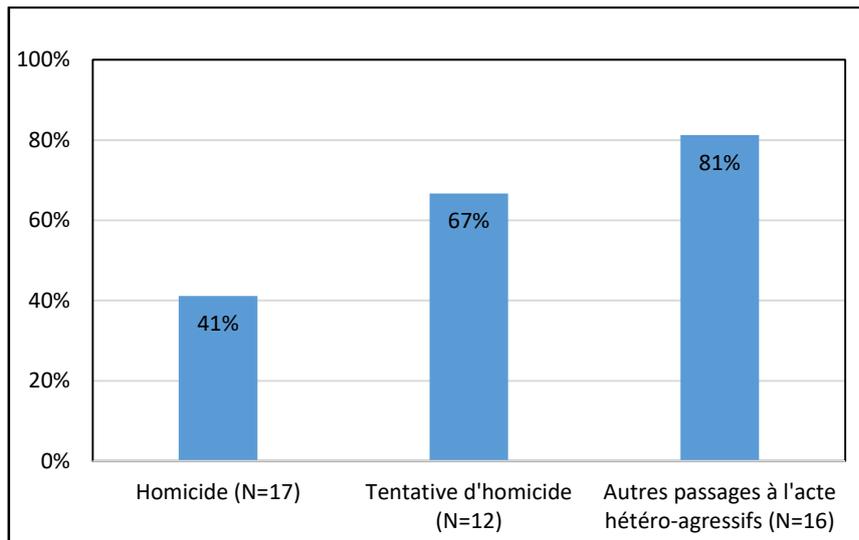


Figure n° 20: Présence d'une prise en charge psychiatrique lors du passage à l'acte

f) Type de prise en charge lors du passage à l'acte

Cette variable précisait le type de suivi psychiatrique pour les 28 patients bénéficiant d'un suivi au moment du passage à l'acte.

Les patients du groupe Homicide étaient les moins bénéficiaires d'un suivi psychiatrique (59% sans suivi, n=10) et les moins hospitalisés (6%, n=1) au moment du passage à l'acte. Aucun patient du groupe Homicide, suivi en ambulatoire au moment des faits, ne bénéficiait d'un programme de soins.

Ces différences étaient statistiquement significatives avec un p de 0,019 selon le test exact de Fischer (p<5%).

Pour le groupe total de patients (N=45), 31% étaient hospitalisés au moment du passage à l'acte (n=14) et 33% bénéficiaient d'un suivi ambulatoire (n=15), dont un seul patient avec un programme de soins, dans le groupe Tentative d'homicide.

36% des patients du groupe total ne bénéficiaient d'aucun suivi (n=16) lors du passage à l'acte.

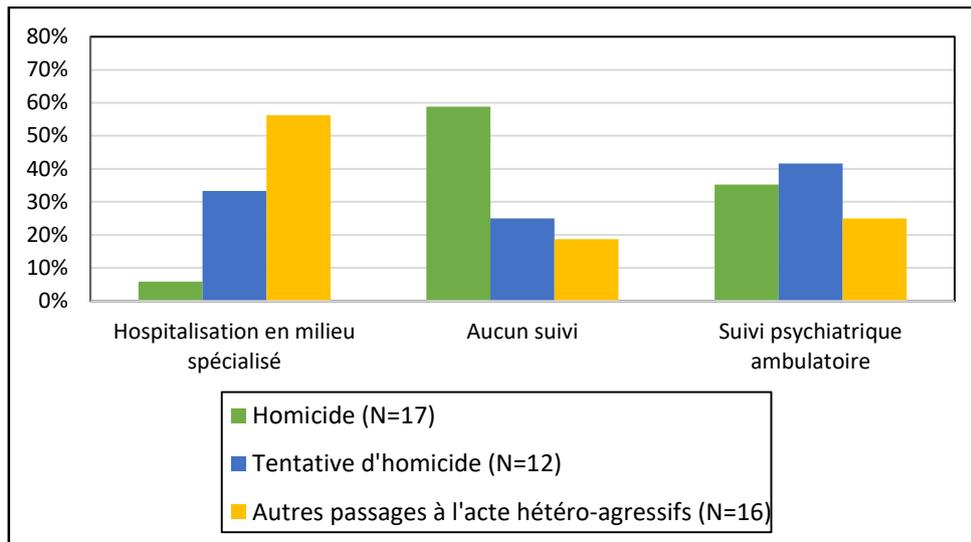


Figure n° 21: Type de prise en charge spécialisée lors du passage à l'acte

g) Traitement en rapport avec le diagnostic lors du passage à l'acte

Cette variable évaluait la présence d'un traitement psychotrope de classe adaptée (neuroleptique, antidépresseur, régulateur de l'humeur) à leur diagnostic actuel au moment du passage à l'acte. Pour les troubles de la personnalité et les déficiences intellectuelles avec passages à l'acte hétéro-agressifs, un traitement neuroleptique ou un régulateur de l'humeur (y compris les anti-épileptiques) à visée anti-impulsive étaient considérés comme adaptés au diagnostic.

Les patients du groupe Homicide n'étaient pas majoritairement bénéficiaires d'un traitement correspondant à leur diagnostic lors du passage à l'acte :

31% des patients avaient un traitement psychotrope adapté dans le groupe Homicide (n=5), 64% dans le groupe Tentative d'homicide (n=7) et 79% dans le groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs (n=11).

Concernant la présence d'un traitement psychotrope adapté au diagnostic lors du passage à l'acte, les différences entre les trois groupes n'étaient pas significatives, avec un p de 0,156 selon le test exact de Fischer ($p > 5\%$).

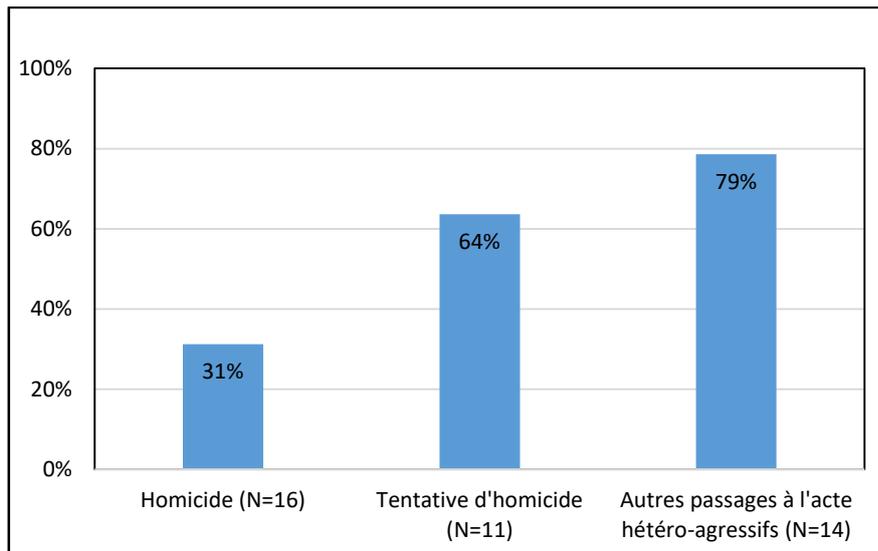


Figure n° 22: Présence d'un traitement en rapport avec le diagnostic lors du passage à l'acte

Pour le groupe total de patients (N=41), 56% des patients bénéficiaient d'un traitement psychotrope en accord avec leur diagnostic au moment des faits (n=23) :

- il s'agissait pour la majorité d'entre eux d'un traitement neuroleptique (78% des patients traités pharmacologiquement, n=18), la majorité des patients du groupe total étant porteurs d'un trouble appartenant au spectre de la schizophrénie (cf. figure n° 7). Parmi ces patients, près de la moitié bénéficiaient d'un traitement neuroleptique à injection retard (n=8) lors du passage à l'acte.
- 26% des patients traités pharmacologiquement (n=6) bénéficiaient d'un traitement thymo-régulateur (lithium, carbamazépine ou valproate de sodium).
- 3 patients du groupe total (N=41), soit 7% d'entre eux, bénéficiaient de séances d'électroconvulsivothérapie (ECT) au moment des faits.

h) Mauvaise observance du traitement lors du passage à l'acte

Cette variable ciblait la mauvaise observance du traitement psychotrope prescrit au moment du passage à l'acte, que ce soient :

- un traitement per os ou injectable (injections retard de neuroleptique)
- un traitement adapté au diagnostic actuel ou non
- une prise irrégulière de traitement ou une absence totale de prise.

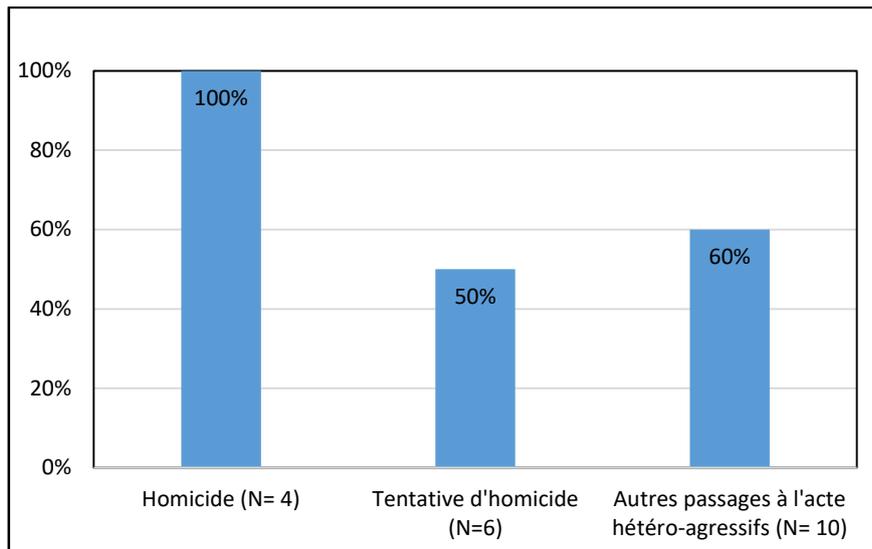


Figure n° 23: Mauvaise observance du traitement psychotrope lors du passage à l'acte

Aucun des patients du groupe Homicide, pour lesquels la variable était documentée (N=4), n'était observant lors du passage à l'acte.

Le groupe Tentative d'homicide comptait 50% de patients non-observants au moment du passage à l'acte (n=3, N=6) et le groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs 60% (n=6, N=10).

Il n'y avait pas de différence significative entre les trois groupes en termes de compliance au traitement psychotrope lors du passage à l'acte, avec un p de 0,055 selon le test exact de Fischer ($p > 5\%$).

Concernant le groupe total (N=20), 65% des patients étaient non-observants lors du passage à l'acte (n=13).

i) Traitement par clozapine

Parmi les 33 patients porteurs d'un trouble appartenant au spectre de la schizophrénie inclus dans l'étude, la variable était documentée pour :

- 29 patients au moment du passage à l'acte et de l'inclusion à notre étude
- 28 patients à l'admission en UMD.

Aucun patient des groupes Homicide (N=10) et Tentative d'homicide (N=9), porteurs d'un trouble appartenant au spectre de la schizophrénie, ne bénéficiait d'un traitement par clozapine au moment du passage à l'acte (cf. figure n° 24), contrairement au groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs où c'était le cas pour 20% d'entre-eux (n=2, N=10).

Aucun patient du groupe Tentative d'homicide (N=9) ne bénéficiait d'un traitement par clozapine au moment de l'admission en UMD, contrairement aux groupes Homicide (22%, n=2, N=9) et Autres passages à l'acte hétéro-agressifs (20%, n=2, N=10).

Au moment de l'inclusion à notre étude, les patients avec schizophrénies des groupes Homicide et Tentative d'homicide étaient les plus bénéficiaires de traitement par clozapine avec 56% de patients traités par clozapine dans le groupe Homicide (n=5, N=9), 56% dans le groupe Tentative d'homicide (n=5, N=9), contre 45% dans le groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs (n=5, N=11).

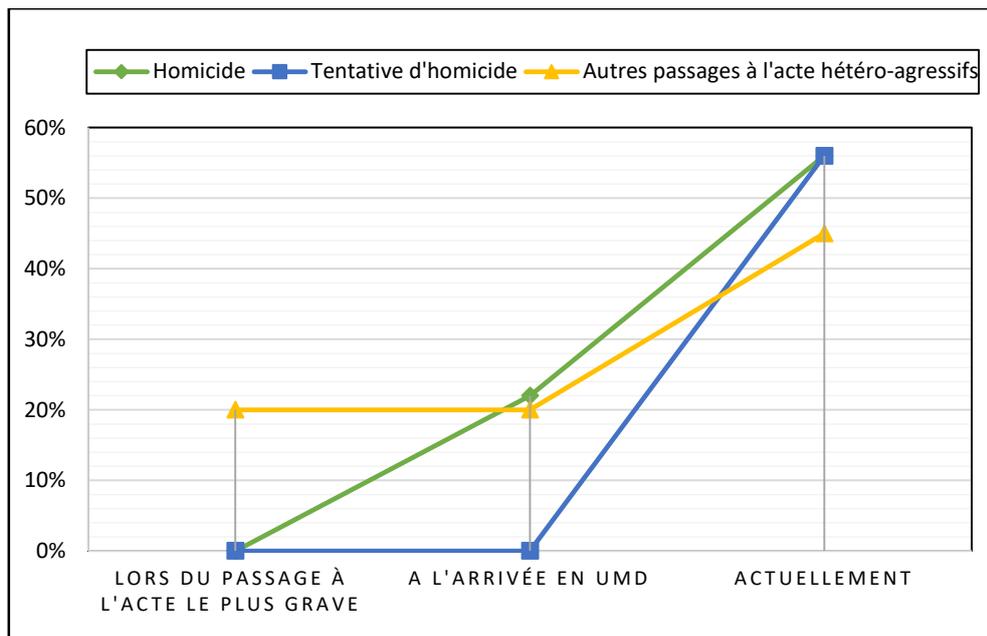


Figure n° 24: Traitement par clozapine chez les patients porteurs d'un trouble appartenant au spectre de la schizophrénie

Cependant, aucune différence significative selon le test exact de Fischer ($p > 5\%$) n'a pu être retrouvée entre les trois groupes concernant le traitement par clozapine chez les patients porteurs d'un trouble appartenant au spectre de la schizophrénie : lors du passage à l'acte ($p=0,244$), lors de l'admission en UMD ($p=0,244$) et lors de l'inclusion à notre étude ($p=0,592$).

Pour la totalité des patients de l'étude, porteurs d'un trouble appartenant au spectre de la schizophrénie, 7% étaient traités par clozapine lors du passage à l'acte (n=2, N=29), 14% à l'admission en UMD (n=4, N=28), et 52% au moment de l'inclusion à notre étude (n=15, N=29).

5) Facteurs biographiques

a) Age lors du passage à l'acte

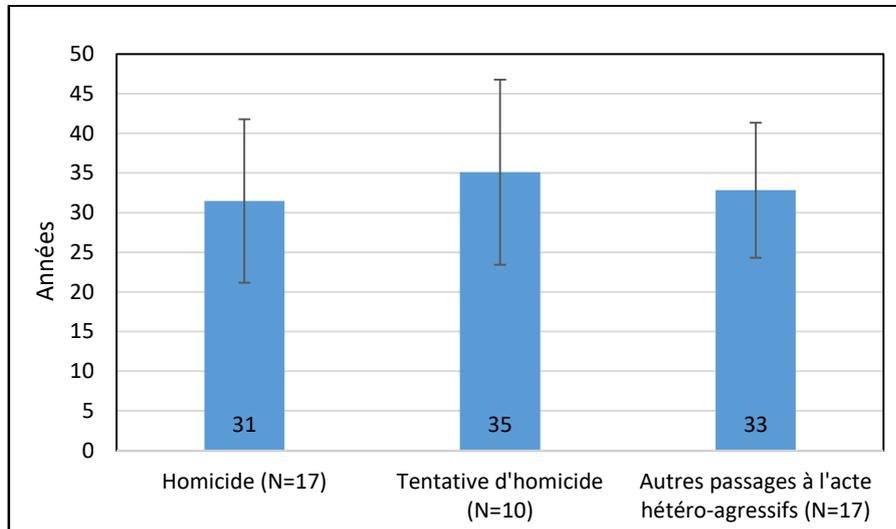


Figure n° 25: Age moyen lors du passage à l'acte

Si plusieurs passages à l'acte similaires étaient dénombrés pour un patient (par exemple plusieurs homicides successifs), celui pris en compte était le plus tardif.

Il n'y avait pas de différence significative entre les trois groupes en termes d'âge moyen lors du passage à l'acte, avec un p de 0,663 selon l'ANOVA (test paramétrique).

L'âge moyen lors du passage à l'acte était de 33 ± 10 ans pour la totalité des patients de l'étude (N=44).

b) Responsabilité juridique pour le passage à l'acte

Si la justice n'avait pas encore statué quant à la notion de responsabilité pour le passage à l'acte, elle était étiquetée 'non connue' et exclue de l'analyse statistique.

La majorité des patients du groupe Homicide étaient reconnus responsables pour leur passage à l'acte (60%, n=9), contre 36% dans le groupe Tentative d'homicide (n=4) et 24% dans le groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs (n=4).

Cependant, aucune différence significative n'a été retrouvée entre les trois groupes concernant la responsabilité juridique pour le passage à l'acte, avec un p de 0,114 selon le test exact de Fischer (p>5%).

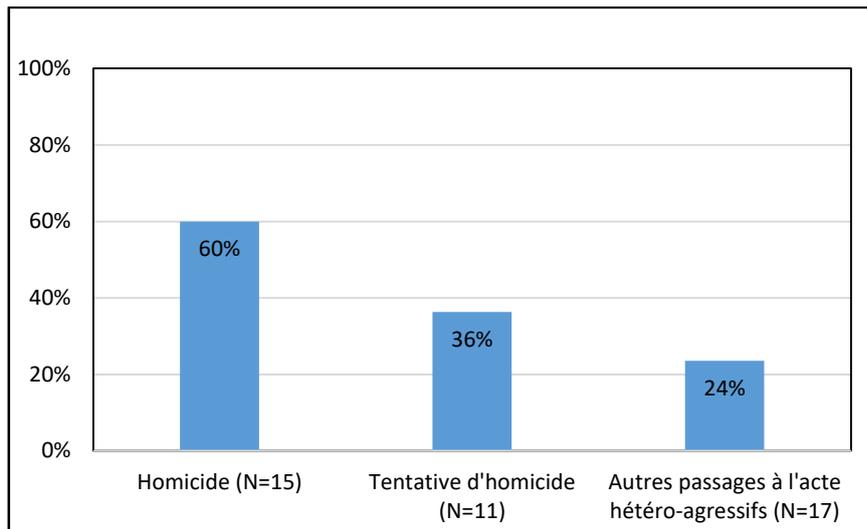


Figure n° 26: Reconnaissance d'une responsabilité juridique pour le passage à l'acte

Concernant la totalité des patients de l'étude (N=43), 40% avaient été reconnus responsables de leurs actes (n=17). Plus de la moitié d'entre eux soit 53% étaient porteurs d'un trouble de la personnalité (n=9). 35% d'entre eux étaient porteurs d'un trouble du spectre de la schizophrénie (n=6), et deux patients étaient porteurs respectivement d'un trouble dépressif (mélancolie) et d'une déficience intellectuelle.

c) Antécédents de condamnations avant le passage à l'acte

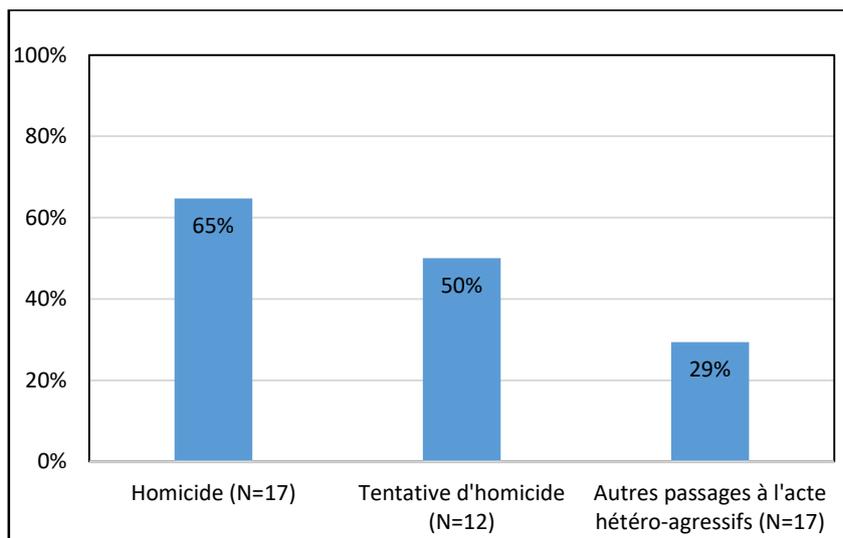


Figure n° 27: Antécédents de condamnations avant le passage à l'acte

Une majorité des patients des groupes Homicide et Tentative d'homicide présentaient des antécédents de condamnations par la justice avant le passage à l'acte (cf. Figure n° 27):

65% dans le groupe Homicide (n=11), 50% dans le groupe Tentative d'homicide (n=6), contre 29% dans le groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs (n=5).

Il n'y avait cependant pas de différence significative entre les trois groupes en termes d'antécédents de condamnations avant le passage à l'acte, avec un p de 0,126 selon le test exact de Fischer ($p > 5\%$).

Des antécédents de condamnations avant le passage à l'acte concernaient 48% du groupe total de patients (n=22).

d) Antécédent d'homicide et de tentative d'homicide avant le passage à l'acte

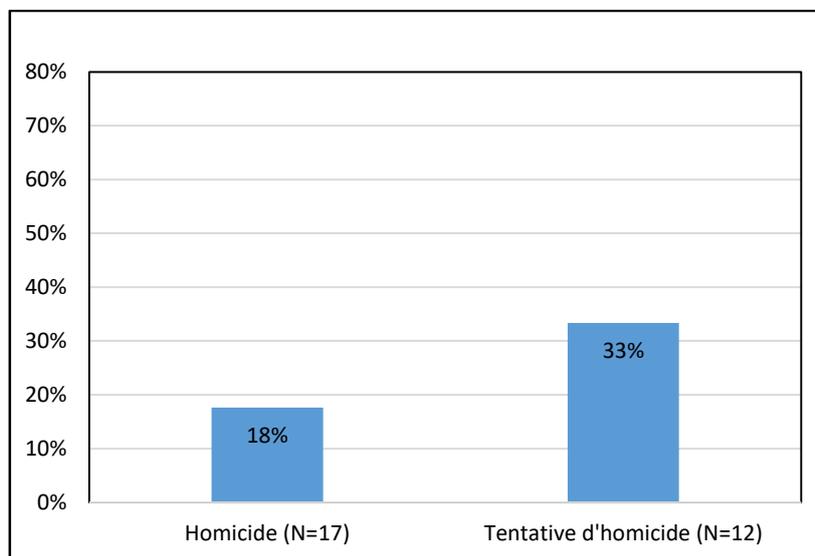


Figure n° 28: Antécédent de tentative d'homicide avant le passage à l'acte

Dans le groupe Homicide (N=17), 12% des patients avaient commis plus d'un homicide (n=2) au cours de leur vie.

Concernant les antécédents de tentatives d'homicide (cf. Figure n° 28):

- 18% des patients du groupe Homicide avaient déjà commis une tentative d'homicide avant l'acte homicide (n=3).
- 33% des patients du groupe Tentative d'homicide avaient commis plus d'une tentative d'homicide au cours de leurs vies (n=4).

Au total, 24% des patients des deux groupes (N=29) avaient déjà commis une tentative d'homicide avant le passage à l'acte.

Les différences entre les trois groupes étaient significatives en termes d'antécédent de tentative d'homicide (p de 0,036 selon le test exact de Fischer à 5%), ce qui était cohérent avec la constitution des trois groupes.

e) Antécédent d'actes violents avant le passage à l'acte

Cette variable prenait en compte les antécédents d'actes hétéro-agressifs de tout type avant le passage à l'acte. Concernant la totalité des patients de l'étude ($N=46$), 89% avaient déjà présenté des comportements violents avant le passage à l'acte ($n=41$).

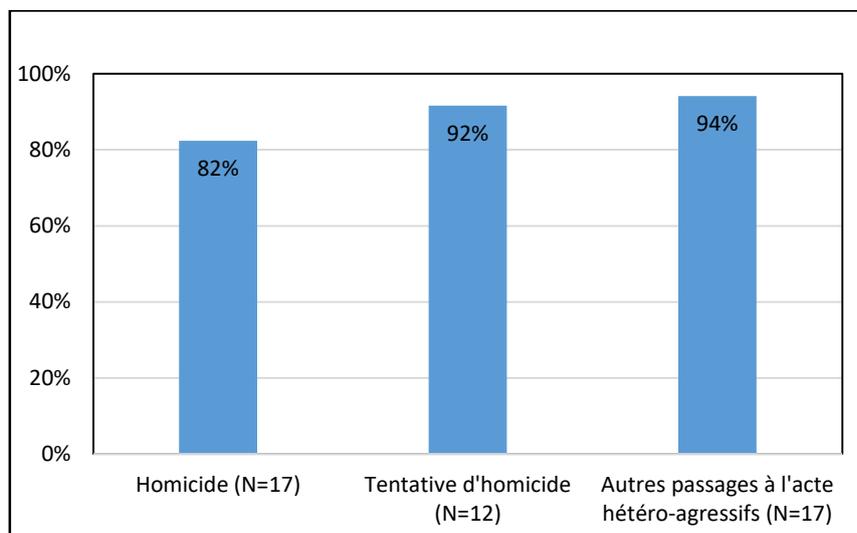


Figure n° 29: Antécédent d'actes violents avant le passage à l'acte

La majorité des patients des trois groupes avaient déjà eu des comportements violents envers autrui avant le passage à l'acte (cf. Figure n° 29):

82% des patients du groupe Homicide ($n=14$), 92% du groupe Tentative d'homicide ($n=11$) et 94% du groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs ($n=16$).

Les différences n'étaient pas significatives entre les trois groupes en termes d'antécédent de comportements violents, avec un p de 0,615 selon le test exact de Fischer ($p>5\%$).

f) Victimes des tentatives d'homicide et homicides

Les variables 'victimes des tentatives d'homicide' et 'victimes des homicides' prenaient en compte respectivement :

- toutes les victimes connues des tentatives d'homicide commises au cours de leurs vies par les patients des groupes Homicide (N=4) et Tentative d'homicide (N=13).
- toutes les victimes connues des patients du groupe Homicide (N=17).

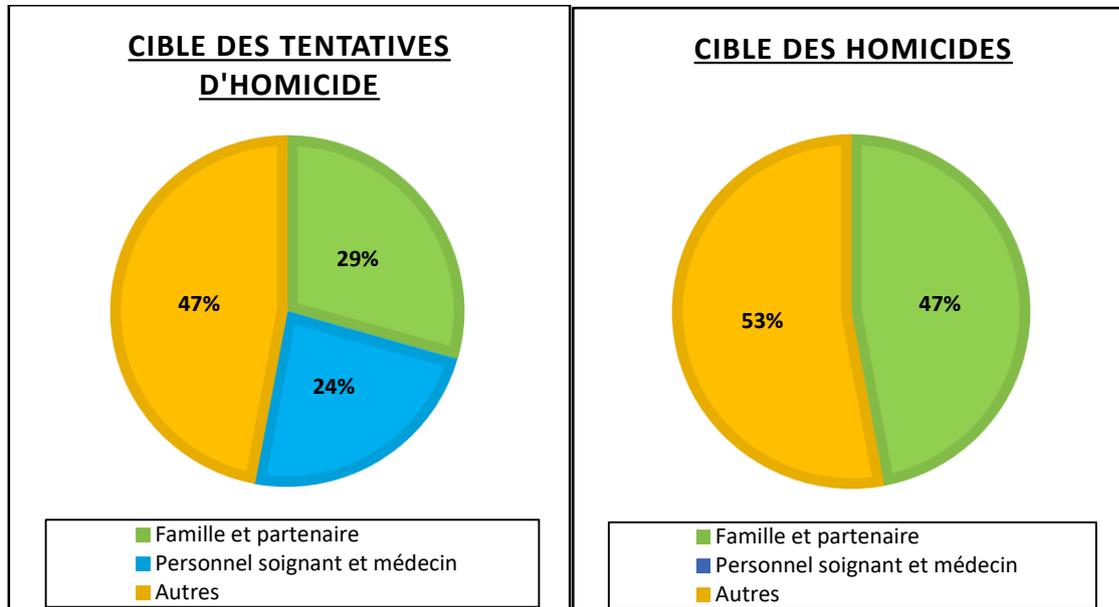


Figure n° 30: Victimes des homicides et tentatives d'homicide

A titre descriptif, on constatait que les tentatives d'homicide étaient prioritairement dirigées contre des personnes extérieures au cercle familial et au personnel médical et paramédical (47%, n=8), puis contre la famille et le partenaire (29%, n=5), et enfin contre le personnel soignant ou leurs médecins (24%, n=4).

La catégorie 'Autres' prenait en compte les victimes inconnues du patient mais également d'autres personnes proches n'appartenant pas au cercle familial (amis, tuteur/curateur).

Pour les homicides, on notait une plus grande proportion d'actes dirigés contre la famille ou le partenaire (47%, n=8). Aucun homicide n'avait concerné le personnel médical ou paramédical.

V) Discussion

Même si les patients sont plus souvent les victimes d'actes de violence qu'ils n'en sont les auteurs (25), de nombreuses études ont prouvé l'existence d'un lien statistique entre dangerosité et maladie mentale grave au sens de Hodgins *et al.*, comprenant les troubles du spectre de la schizophrénie, les troubles bipolaires et dépressifs selon la classification du DSM-V (11, 18, 27, 28, 60).

Ce lien est renforcé par la présence de comorbidités et autres facteurs environnementaux mis en évidence dans la littérature, tels que les comorbidités additives (13, 21, 39, 40, 52, 58, 59), une personnalité antisociale prémorbide (50), des antécédents de violence (18, 33, 61) et délictuels (29), une symptomatologie anxio-dépressive, des idéations et passages à l'acte suicidaires (10, 53), une mauvaise observance du traitement et une rupture précoce de soins (18, 33).

L'objectif principal poursuivi par cette étude rétrospective, descriptive et comparative réalisée en Unité pour Malades Difficiles, était de décrire et de comparer trois groupes de patients, le premier constitué de patients ayant commis un homicide, le second, une tentative d'homicide et le troisième d'autres types de passages à l'acte violents contre autrui.

Notre étude observationnelle comprenait 46 patients, tous des hommes, actuellement hospitalisés ou ayant été hospitalisés à l'Unité pour Malades Difficiles de Sotteville-lès-Rouen (76) depuis son ouverture en 2012.

Nous voulions vérifier la présence, dans ces trois groupes de patients, de facteurs associés à la dangerosité dans la littérature, et voir s'il existait pour ces facteurs des différences en fonction de la gravité du passage à l'acte hétéro-agressif.

Le but d'une telle démarche était de pouvoir reconnaître les facteurs associés à la dangerosité et les profils symptomatiques susceptibles de favoriser les actes de violence chez nos patients, afin d'apporter une réponse adaptée en termes de prévention du passage à l'acte.

1) Diagnostic

Sur les 46 patients de notre étude, la majorité soit 72% souffraient de troubles appartenant au spectre de la schizophrénie (cf. figure n° 7).

L'augmentation du risque de violence chez les personnes souffrant de schizophrénies comparativement à la population générale est retrouvée dans de nombreuses études, même après correction de facteurs tels que l'usage de substances psycho-actives et les facteurs socio-démographiques (5, 11, 13, 18, 19, 27, 28, 31, 32, 40, 52, 53, 55-57, 60).

La littérature met l'accent sur certains symptômes comme facteurs majorant encore davantage cette dangerosité (25, 30, 33, 54), tels qu'une symptomatologie de type paranoïde, des

symptômes psychotiques positifs, des idéations et pratiques perverses, une anosognosie des troubles.

22% des 46 patients de notre étude étaient porteurs de troubles de la personnalité comme diagnostic principal, notamment de type antisociale (n=4), trouble associé dans la littérature à un risque accru de dangerosité (50), de manière isolée ou prémorbide des troubles du spectre de la schizophrénie. Selon Richard-Devantoy (43), les troubles de la personnalité de l'ancien cluster B du DSM-IV (antisociale, borderline, hystérique et narcissique) multiplieraient par dix à 29 le risque d'homicide par rapport à la population générale chez les hommes, et par 10,5 chez les femmes. Une autre étude d'Eronen *et al.* (19) retrouve un tiers de patients hommes et femmes ayant un trouble de la personnalité (n=343) parmi 994 auteurs d'homicide, dont 114 de type antisociale.

Une minorité de patients de notre étude étaient porteurs de déficience intellectuelle (2%) et de troubles dépressifs ou bipolaires (4%), pathologies également en lien avec une augmentation du risque de comportements violents dans la littérature (10, 18, 53).

Les trois groupes de patients ne différaient pas significativement en termes de diagnostic ($p=0,156$). Il n'y avait donc pas significativement plus de patients porteurs de troubles du spectre de la schizophrénie ou de trouble de la personnalité dans le groupe Homicide ou Tentative d'homicide par rapport au groupe de patients présentant des passages à l'acte hétéro-agressifs répétés de moindre gravité.

2) Troubles neuro-psychologiques

a) Lésions cérébrales

Peu de patients dans notre étude étaient porteurs de lésions cérébrales (2 patients présentaient des lésions cérébrales secondaires à un traumatisme crânien). Nous n'avons donc pas pu étudier l'influence des lésions cérébrales sur l'incidence des comportements violents, facteur pourtant associé à la dangerosité dans la littérature chez les personnes souffrant de troubles mentaux, particulièrement en cas de lésions frontales (13, 43).

Les lésions et dysfonctionnements frontaux, notamment dans les psychoses déficitaires, pourraient augmenter le risque de violence en diminuant les capacités de contrôle pulsionnel et de gestion de la colère (21, 25).

b) Déficience intellectuelle

En raison du faible nombre de patients porteurs de déficience intellectuelle dans notre étude (n=1), nous n'avons pas pu étudier la corrélation entre déficience intellectuelle et passages à

l'acte violents. La littérature met en évidence une relation directe entre Quotient Intellectuel (QI) et passages à l'acte violents (18, 21). Les troubles du jugement, la rigidité cognitive, l'impulsivité et les perturbations affectives associés aux déficiences intellectuelles pourraient favoriser les troubles du comportement violents répétés. Une autre limitation de notre étude était constituée par l'absence de tests de QI documentés pour les patients.

3) Symptomatologie anxio-dépressive et tentatives de suicide

D'autres facteurs associés à la dangerosité dans la littérature sont la dépression et la dysthymie (43), les idées et passages à l'acte suicidaires (10, 53), précédant fréquemment le passage à l'acte hétéro-agressif et à l'origine d'une demande d'aide du patient (33).

Ce sont des facteurs retrouvés à la fois dans la population générale (53), chez les patients porteurs de troubles bipolaires et dépressifs (4, 5, 10, 13, 40), mais aussi chez les patients avec schizophrénies (25, 53), avec une forte corrélation entre idéations voire comportements suicidaires et homicides. Ces associations se trouvent majorées en cas de trouble lié à l'usage de substances comorbide (43).

On retrouve cette corrélation dans notre étude avec 46% du groupe total de patients violents (N=46) présentant des antécédents de tentative de suicide (cf. figure n° 12).

La majorité des patients du groupe Homicide étaient concernés (59%), ainsi que 42% du groupe Tentative d'homicide et 35% du groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs, sans différence significative cependant entre les trois groupes ($p=0,423$).

Le type de tentative de suicide n'a pas pu être étudié dans notre étude en raison du manque d'informations disponibles dans les dossiers médicaux.

4) Facteurs socio-démographiques

a) Sexe masculin

L'exclusivité masculine de notre échantillon est liée au recrutement de l'UMD de Sotteville-lès-Rouen, qui ne prend en charge, à ce jour, que des hommes. Le facteur genre n'a donc pas pu être étudié dans notre étude.

Si la littérature retrouve une plus grande proportion d'actes violents imputables aux hommes, responsables de près de 90% des actes de violence dans la société, la maladie mentale grave modifie ces proportions en augmentant davantage le risque de passage à l'acte violent chez les femmes (5, 13, 21, 27, 28, 36, 54). Richard-Devantoy en 2009 (43) retrouve un risque d'homicide chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves par rapport à la population générale multiplié par 2 chez les hommes et par 6 chez les femmes.

b) Autres facteurs socio-démographiques

Des facteurs tels que l'exposition à un environnement familial perturbé, la maltraitance dans l'enfance (39), le chômage (25, 43, 54), le célibat et l'isolement socio-familial (21, 53), la faiblesse du statut socio-économique (51, 53) et du niveau éducatif (25) sont décrits dans la littérature comme associés à un risque accru de passages à l'acte violents, ceci pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves comme au sein de la population générale.

Ces facteurs étaient présents chez nos patients, notamment dans le groupe Homicide, avec le moins de patients (41%) élevés par leurs deux parents (figure n° 3), le plus d'enfants placés (24%), sans que les différences entre les trois groupes ne soient significatives ($p=0,765$). Le groupe Homicide comptait également le plus de patients ayant été élevés successivement par plusieurs personnes (65%), et 23% des patients de ce groupe présentaient des antécédents de maltraitance et/ou de carences éducatives dans l'enfance.

On retrouvait également ces facteurs dans le groupe total de patients ($N=46$), avec une majorité de patients sans activité professionnelle au moment du passage à l'acte (87%), sans différence significative entre les trois groupes ($p=0,058$). Le nombre moyen d'années d'études était de 9 ± 4 ans pour le groupe total, équivalent à la classe de troisième, également sans différence significative entre les trois groupes ($p=0,433$).

5) Age de début des troubles psychiatriques

Le début des troubles était précoce dans nos trois groupes de patients, avec une moyenne de 19 ± 10 ans pour l'ensemble des patients de l'étude ($N=36$), 23 ± 15 ans dans le groupe Homicide, 20 ± 10 ans dans le groupe Tentative d'homicide, et 15 ± 5 ans dans le groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs (cf. figure n° 15), sans différence significative entre les trois groupes ($p=0,552$).

L'âge précoce d'apparition des troubles psychiatriques apparait comme un facteur de dangerosité dans la littérature (45). Certains auteurs comme Hodgins (27, 28) identifient des profils différents de patients violents avec schizophrénies en fonction de la chronologie des troubles :

- les '*early-starters*' dont les actes violents, en lien avec un trouble de la personnalité antisociale prémorbide, précèdent l'apparition des troubles psychiatriques, avec une exposition précoce aux substances psycho-actives, davantage de ruptures de soins et des passages à l'acte violents moins dirigés contre l'entourage proche, et plus dans un contexte d'intolérance à la frustration.

- les '*late-starters*' dont les comportements violents, plus en lien avec des symptômes psychotiques positifs, débutent en parallèle des troubles psychiatriques, avec davantage de troubles liés à l'usage d'alcool comorbide, une violence mieux canalisée par les traitements pharmacologiques et des victimes dans l'entourage proche (25, 50).

6) Un début franc des troubles psychiatriques

Un certain nombre d'éléments de notre étude suggéraient une entrée en maladie franche, avec une symptomatologie psychotique positive riche et une absence d'errance diagnostique pour les patients des trois groupes :

- le faible délai moyen entre la première prise en charge pour la pathologie mentale et la première prise en charge psychiatrique (1 ± 3 ans dans le groupe total de patients), témoignant du peu d'errance diagnostique pour les patients, rapidement orientés vers une prise en charge spécialisée (figure n° 18).
- le délai moyen modéré entre le début présumé des troubles psychiatriques et la première prise en charge psychiatrique (5 ± 8 ans dans le groupe total), témoignant là aussi d'une orientation rapide vers la psychiatrie et donc d'une symptomatologie évocatrice (figure n° 18).
- le faible nombre moyen de diagnostics différents portés sur vie entière pour le groupe total de patients ($1,8 \pm 1$), sans différence significative entre les trois groupes, suggérant l'absence d'errance diagnostique (figure n° 10).
- les antécédents d'hospitalisations pour symptomatologie psychotique positive, présents pour 87% des patients du groupe total (figure n° 11).

7) Age lors du passage à l'acte

D'après certaines études, il semble que l'association violence-troubles psychotiques aigus soit limitée dans le temps, voire inaugurale, et que le premier épisode psychotique de même que les premières années qui suivent constituent un moment de plus fort risque d'actes violents (5, 54).

Dans notre étude, le passage à l'acte hétéro-agressif était inaugural pour 20% de la totalité des patients, 35% des patients du groupe Homicide et 25% des patients du groupe Tentative d'homicide.

Dans la littérature, l'âge jeune (moins de 40 ans) augmente le risque de violence pour les patients porteurs de troubles mentaux graves ainsi qu'au sein de la population générale (20).

Notre étude retrouvait un âge moyen jeune lors du passage à l'acte pour l'ensemble des patients de l'étude (33 ± 10 ans), le groupe Homicide (31 ± 10 ans), Tentative d'homicide (35 ± 12 ans) et Autres passages à l'acte hétéro-agressifs (33 ± 9 ans), sans différence significative entre les trois groupes ($p=0,663$).

8) Comorbidités addictives

En ce qui concerne la consommation de substances psycho-actives, les données de la littérature montrent de façon cohérente qu'il s'agit d'un facteur de risque majeur de passage à l'acte violent dans la population générale, et plus encore chez les personnes atteintes de troubles mentaux (13, 21, 39, 40, 52, 58, 59).

La méta-analyse de Fazel de 2009 (21), portant sur 20 études et incluant 18 423 patients, retrouvait une augmentation systématique du risque de violence chez les patients souffrant de schizophrénie en cas de trouble lié à l'usage de substances comorbide, avec un rapport des chances (OR) variant de 3 à 25. Cette même étude retrouvait qu'en présence de trouble lié à l'usage de substances psycho-actives, l'OR du risque de violence chez les patients souffrant de schizophrénie était de 8,9 (IC 95 % [5,4 - 14,7]) par rapport à la population générale, contre 2,1 (IC 95 % [1,7-2,7]) sans trouble lié à l'usage de substances.

Dans notre étude, 72% de l'ensemble des patients étaient ou avaient été au cours de leur vie des consommateurs réguliers de substances psycho-actives, avec 71% dans le groupe Homicide, 83% dans le groupe Tentative d'homicide et 65% dans le groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs, sans différence significative entre les trois groupes ($p=0,647$).

L'impact de la consommation de substances psycho-actives dans la survenue d'un acte violent est clairement reconnu dans la population générale et celle des personnes souffrant de troubles mentaux, notamment l'imprégnation aigüe en substances au moment des faits.

Il n'y a cependant pas de données précises spécifiant les risques pour chaque produit (43). L'alcool étant le produit le plus consommé, c'est celui qui est le plus fréquemment associé aux passages à l'acte violents, chez les patients porteurs de troubles mentaux graves comme dans la population générale (43).

Dans notre étude, la majorité des patients des groupes Homicide (67%) et Tentative d'homicide (70%) avaient eu au cours de leur vie un trouble lié à l'usage d'alcool (cf. figure n°14). Une plus faible proportion du groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs était concernée (36%), sans différence significative entre les trois groupes ($p=0,161$).

On peut donc considérer la réduction de la consommation des substances psycho-actives comme un objectif thérapeutique chez nos patients, afin de stabiliser les troubles psychiques et réduire la violence à la fois actée et subie.

Il ne faudrait cependant pas négliger le fait que la consommation de substances psycho-actives puisse être un symptôme à part entière chez les patients avec schizophrénies, qui les consomment à visée anxiolytique et parfois anti-productive. Selon Dubreucq (18), « on peut très bien concevoir que l'abus de substances puisse sinon appartenir à la pathologie principale, du moins être en relation avec elle ». Une thérapeutique pharmacologique adaptée pourrait donc entraîner une baisse des consommations de substances psycho-actives en parallèle de la rémission symptomatique.

Une limite de notre étude a été l'impossibilité d'évaluer le risque addictologique, et notamment

le craving. En effet, la plupart des sujets admis en UMD étaient transférés après des hospitalisations de longue durée dans un secteur classique ou après une période de détention. Ils étaient donc majoritairement sevrés en toxiques à leur arrivée en UMD.

De plus, la consommation de substances psycho-actives des patients a pu être sous-estimée dans notre étude, les informations concernant les consommations antérieures à l'hospitalisation actuelle provenant en partie des dires rapportés des patients.

Il serait intéressant de conduire de nouvelles études, par exemple par l'intermédiaire de mesures de la conductivité électro-dermale, pour évaluer le craving et avoir une idée plus fiable de la consommation de substances psycho-actives des sujets.

9) Antécédents de comportements violents

Les antécédents de violence sont considérés comme les meilleurs prédicteurs de violence ultérieure, dans la population générale comme chez les personnes souffrant de troubles mentaux, et notamment de schizophrénies (5, 18, 21, 33, 61).

Dans notre étude, la majorité soit 89% de la totalité des patients (N=46) avaient déjà eu des comportements violents envers autrui avant le passage à l'acte (cf. figure n° 29), avec 82% des patients du groupe Homicide, 92% du groupe Tentative d'homicide et 94% du groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs, sans différence significative entre les trois groupes ($p=0,615$).

La majorité soient 91% des patients du groupe total avaient également déjà été hospitalisés pour des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs (cf. figure n° 11), avec 94% dans le groupe Homicide, 75% dans le groupe Tentative d'homicide et 100% du groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs, sans différence significative entre les trois groupes ($p=0,078$).

Les patients des trois groupes étaient donc déjà majoritairement connus pour être violents, mais seule une minorité de patients avaient déjà commis un acte violent de gravité similaire antérieurement dans les groupes Homicide (12%) et Tentative d'homicide (24%).

Un patient qui a été violent lors d'une hospitalisation a beaucoup plus de risque de l'être à l'hospitalisation suivante : cela met en avant l'importance d'un dossier médical précis qui contient l'histoire du patient et les antécédents de violences (50).

Ces informations sont plus systématiquement recherchées et connues en UMD que dans les services d'hospitalisation classique, où ces informations proviennent souvent des dires du patient et de son entourage et ont donc plutôt tendance à être sous-estimées.

10) Antécédents de condamnations

Les antécédents de délits et de condamnations par la justice sont reconnus comme des facteurs majorant le risque de violence, tant dans la population générale que parmi les personnes souffrant de troubles mentaux (29).

Dans notre étude, une majorité des patients des groupes Homicide (65%) et Tentative d'homicide (50%) présentaient des antécédents de condamnations avant le passage à l'acte (cf. figure n° 27), contrairement au groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs (29%), sans différence significative cependant entre les trois groupes ($p=0,126$).

11) Victimes des passages à l'acte

Selon Dubreucq (18), la crainte du public, véhiculée par les médias, de se faire attaquer au hasard sur la voie publique par un patient violent n'est pas fondée statistiquement. Son étude retrouve que les victimes des agressions sont majoritairement connues du patient : famille (51%), conjoint, connaissance ou ami (35 %), et beaucoup plus rarement un inconnu (14 %). Les agressions surviennent peu dans des endroits publics (moins d'un tiers des cas), et rarement avec préméditation (13%).

Notre étude retrouvait cette répartition concernant les victimes des homicides, avec une majorité d'actes dirigés contre la famille ou le partenaire (47%). Pour les tentatives d'homicide, les passages à l'acte concernaient moins la famille et le partenaire (29%), davantage le personnel soignant et les médecins (24%) et dans 47% des cas d'autres personnes, pouvant être d'autres proches du patient (connaissances, amis) ou des inconnus (cf. figure n° 30).

12) Responsabilité pour le passage à l'acte

La majorité des patients du groupe Homicide (60%) étaient reconnus responsables pour leur passage à l'acte (cf. figure n° 26), contrairement au groupe Tentative d'homicide (36%) et Autres passages à l'acte hétéro-agressifs (24%), sans différence significative entre les trois groupes ($p=0,114$).

Néanmoins, on peut s'interroger quant à l'importante proportion de patients ayant commis un homicide, hospitalisés en UMD, et pourtant reconnus responsables :

Un grand bassin de 'recrutement' de l'UMD reste le monde carcéral, avec des sujets reconnus comme responsables de leurs actes. Certains diagnostics comme les troubles de la personnalité ne relèvent pas d'une irresponsabilité pénale. Sur les 9 patients de notre étude ayant commis un

homicide et reconnus responsables, 4 soit 44% d'entre eux étaient porteurs d'un trouble de la personnalité.

D'autre part, les patients transférés en UMD depuis le milieu carcéral après avoir commis un homicide passent parfois plusieurs années en détention avant que leur irresponsabilité pénale ne soit reconnue. Dans notre étude, le délai entre l'homicide et la décision judiciaire était documenté pour seulement 5 patients, et était de 2,4 ans en moyenne. Les traits psychopathiques pouvant initialement masquer le diagnostic de trouble du spectre de la schizophrénie, il arrive que les symptômes de maladie mentale grave ne soient démasqués qu'en détention.

Enfin, le groupe Homicide, comme les deux autres groupes de patients, était majoritairement consommateur de substances psycho-actives, et notamment d'alcool (cf. figures n° 13 et 14). Les substances psycho-actives sont non seulement un facteur favorisant les comportements violents, mais sont aussi en France un facteur aggravant tendant vers la responsabilité, constituant une circonstance aggravante au crime.

13) Modalités de soins

a) Suivi psychiatrique lors du passage à l'acte

De nombreuses études montrent que les patients ayant commis un acte de violence, notamment criminel, se trouvent fréquemment en situation de rupture de soins (18, 37).

De plus, la fréquence du suivi psychiatrique, comme nous le montre l'étude MacArthur (37), joue un rôle dans la prévention des passages à l'acte violents : dans cette étude, le nombre d'événements violents au cours d'une période de vingt semaines suivant une hospitalisation en psychiatrie était inversement proportionnel à l'intensité du suivi psychiatrique en termes de fréquence.

Ceci démontre la nécessité d'accompagner le patient pendant cette période suivant l'hospitalisation, où se présentent souvent des difficultés de réinsertion et de resocialisation.

L'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité est un élément qui contribue notablement à la diminution de la dangerosité (33).

Dans notre étude, seulement 41% des patients du groupe Homicide bénéficiaient d'un suivi psychiatrique au moment du passage à l'acte (cf. figure n° 20), contre 67% dans le groupe Tentative d'homicide et 81% dans le groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs, sans différence significative entre les trois groupes ($p=0,059$).

Concernant le type de prise en charge psychiatrique au moment du passage à l'acte, 35% des patients du groupe Homicide étaient pris en charge en ambulatoire au moment des faits (cf. figure n° 21), mais aucun en programme de soins, avec des résultats statistiquement significatifs ($p=0,019$).

Les patients du groupe Homicide étaient les moins hospitalisés lors du passage à l'acte (6%). Il faut cependant noter que dans le groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs, où la proportion de patients hospitalisés au moment des faits était plus élevée (56%), le passage à l'acte violent considéré coïncidait souvent avec le motif de transfert en UMD, et survenait fréquemment dans un service d'hospitalisation classique.

b) Observance du traitement lors du passage à l'acte

La présence d'un traitement adapté au diagnostic et son observance jouent un rôle central dans la diminution de la dangerosité.

L'étude MacArthur de Monahan (37) démontre que la majorité des patients fidèles à leur traitement ne sont pas violents à la sortie de l'hôpital. Ceux qui passent à l'acte le font principalement dans les 20 premières semaines après la sortie, et parmi eux 25 % des patients ne prenaient pas la médication prescrite au moment du geste violent.

Dans notre étude, seulement 31% des patients du groupe Homicide avaient un traitement adapté à leur diagnostic lors du passage à l'acte, contre 64% dans le groupe Tentative d'homicide et 79% dans le groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs (cf. figure n° 22).

Parmi les patients du groupe Homicide bénéficiant d'un traitement adapté, aucun n'était observant lors du passage à l'acte. Les deux autres groupes comptaient davantage de patients observants avec 50% dans le groupe Tentative d'homicide et 40% dans le groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs (cf. figure n° 23).

Aucun patient souffrant de schizophrénies des groupes Homicide et Tentative d'homicide ne bénéficiait d'un traitement par clozapine au moment du passage à l'acte, contrairement au groupe Autres passages à l'acte hétéro-agressifs où c'était le cas pour 20% d'entre eux (cf. figure n°24).

Pour ces variables, il n'y avait pas de différence significative entre les trois groupes de patients (présence d'un traitement adapté $p=0,156$, observance $p=0,055$, et traitement par clozapine lors du passage à l'acte $p=0,244$).

Cela souligne néanmoins le rôle clé de la thérapeutique pharmacologique et notamment du traitement de schizophrénie résistante dans la prévention du passage à l'acte violent chez nos patients.

14) Limites de notre étude

Un certain nombre de limites méthodologiques ont pu être mis en évidence dans notre étude :

- un nombre élevé de variables statistiques (27) par rapport à la taille de l'échantillon (N=46), ce qui augmente la probabilité d'avoir des résultats significatifs liés au hasard.

- l'insuffisance de taille de notre échantillon, qui a pu contribuer à l'absence de résultats statistiquement significatifs. Le nombre de patients du groupe Homicide (N=17) était limité. En effet, seulement 17 patients hospitalisés à l'UMD de Sotteville-lès-Rouen depuis son ouverture avaient commis un homicide et avaient un dossier médical complet nous permettant de documenter les 27 variables. Des études complémentaires de plus grande puissance statistique semblent nécessaires pour approfondir le sujet, en augmentant le nombre de patients inclus dans les autres groupes ou dans le groupe Homicide via une étude multicentrique et en diminuant le nombre de variables étudiées. Il serait également intéressant de comparer l'exposition aux facteurs de dangerosité entre nos patients violents hospitalisés en UMD et une population de patients non violents hospitalisés en secteur classique.

- le caractère rétrospectif de l'étude

- l'absence d'une évaluation standardisée des facteurs associés à la dangerosité par l'utilisation d'échelles de dangerosité telles que le *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG) ou le *Historical Clinical Risk Management 20 item scale* (HCR-20), même si nous nous sommes basés en partie sur des items des différentes échelles de dangerosité existantes (cf. Annexes 3 et 4). Nous souhaitons une analyse plus exhaustive des facteurs associés à la dangerosité dans la littérature (27 variables dans notre étude, 12 items dans le VRAG, 20 dans le HCR-20), et certains éléments cliniques et biographiques de ces échelles étaient difficilement évaluables de manière rétrospective à la lecture seule des dossiers médicaux archivés.

- pour les variables quantitatives, la distribution n'était pas normale dans ou plusieurs des trois groupes de patients pour la plupart des variables. Nous avons donc majoritairement utilisé le test non paramétrique de Kruskal-Wallis. Les résultats n'étant pas significatifs pour les variables quantitatives avec un risque alpha de 5%, nous n'avons pas eu à réaliser de tests post-hoc (tests de Tukey ou de Bonferroni).

- pour les variables qualitatives, nous avons préféré utiliser le test exact de Fischer par rapport au χ^2 , le χ^2 ne permettant d'obtenir qu'une valeur approximative du p, et les conditions de réalisation du χ^2 (effectif théorique total > 50, effectif théorique pour chaque case du tableau de contingence > 5) n'étant pas remplies.

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

VI) Conclusion

Les troubles mentaux graves comme les troubles du spectre de la schizophrénie sont associés à une augmentation significative du risque de comportements violents dans la littérature (5, 13, 19, 28, 31, 32, 40, 52, 53, 55-57). Même si l'opinion publique, alimentée par des faits médiatisés, reste majoritairement persuadée du lien entre violence et troubles mentaux, le nombre absolu d'actes violents commis par des personnes souffrant de troubles mentaux reste faible. Ceux-ci sont avant tout victimes d'actes violents (25).

La définition des troubles mentaux graves utilisée dans notre étude était celle, consensuelle, de Hodgins *et al.* (27, 28), incluant les délires schizophréniques et non schizophréniques ainsi que les troubles de l'humeur.

Selon certaines études, les personnes souffrant de troubles mentaux graves ne représenteraient qu'une minorité des actes de violence dans la société, allant de 3-5 % (56) à 10 % (54).

Il en est de même pour les homicides : les patients souffrant de troubles mentaux graves représenteraient moins d'un homicide sur 20 (2).

Un certain nombre de facteurs surajoutés, majorant ce risque de passage à l'acte violent chez les personnes avec troubles mentaux graves, ont pu être identifiés dans la littérature. Certains sont spécifiques aux troubles mentaux graves, d'autres communs avec la population générale.

Ces facteurs sont notamment les comorbidités addictives, les antécédents d'actes violents et de condamnations, un trouble de la personnalité antisociale isolé ou comorbide de troubles mentaux graves, la symptomatologie anxio-dépressive, les idéations et passages à l'acte suicidaires, une mauvaise insertion socio-professionnelle, un faible niveau éducatif et socio-économique, l'âge jeune (<40 ans), et enfin la mauvaise observance du traitement et des soins.

Nous avons mené une étude monocentrique, rétrospective, descriptive et comparative en recherchant la présence de ces facteurs associés aux comportements violents dans la littérature chez 46 patients hommes hospitalisés à l'Unité pour Malades Difficiles de Sotteville-lès-Rouen, séparés en trois groupes en fonction de la gravité de leur passage à l'acte hétéro-agressif le plus sévère sur vie entière (Homicide, Tentative d'homicide et Autres passages à l'acte hétéro-agressifs). Nous souhaitions savoir s'il existait des différences en fonction de la gravité du passage à l'acte en termes d'exposition à ces facteurs de dangerosité.

Le passage à l'acte considéré n'était pas nécessairement le motif d'admission en UMD, mais l'acte hétéro-agressif le plus grave commis par le patient au cours de sa vie, avant son admission actuelle en UMD.

Il n'y avait majoritairement pas de différence significative en termes d'exposition à des facteurs de dangerosité en fonction du groupe de patients et donc de la gravité du passage à l'acte violent.

Nos patients, tous violents, semblaient tous également prédisposés à présenter ces facteurs de dangerosité.

Nos résultats, présentés ici pour le groupe total de patients de l'étude (N=46), confirmaient la présence de facteurs associés à la dangerosité dans la littérature chez nos patients violents :

L'âge jeune (33 ± 10 ans) et l'absence d'insertion professionnelle lors du passage à l'acte (87%), les comorbidités addictives (72%), les antécédents de comportements violents (89%) et de condamnations (48%) avant les faits, des antécédents de passages à l'acte suicidaires (46%).

Nos patients étaient tous porteurs d'un diagnostic selon le DSM-V associé à un risque accru de dangerosité dans la littérature: 72% étaient porteurs d'un trouble appartenant au spectre de la schizophrénie (schizophrénie, trouble délirant persistant, trouble schizo-affectif), 22% de troubles de la personnalité, 4% de troubles bipolaires et dépressifs, et 2% de déficience intellectuelle.

Un certain nombre d'éléments de notre étude suggérait une entrée en maladie franche et précoce pour la majorité de nos patients, avec une absence d'errance diagnostique, une orientation rapide vers la psychiatrie et une symptomatologie psychotique positive évocatrice au premier plan, ce qui était cohérent avec la prépondérance du diagnostic de troubles du spectre de la schizophrénie chez nos patients.

Ces éléments étaient les antécédents d'hospitalisation pour une symptomatologie psychotique positive (87%), le faible nombre moyen de diagnostics différents portés sur vie entière ($1,8 \pm 1$), les faibles délais moyens entre la première prise en charge pour la pathologie mentale et la première prise en charge psychiatrique d'une part (1 ± 3 ans), et entre le début présumé des troubles psychiatriques et la première prise en charge psychiatrique d'autre part (5 ± 8 ans).

Le début des troubles psychiatriques survenait précocement, avec un âge moyen de 19 ± 10 ans, et un passage à l'acte hétéro-agressif inaugural dans 20% des cas.

On notait pour le groupe Homicide quelques faits marquants, même en l'absence de résultats statistiquement significatifs :

Une minorité d'entre eux bénéficiait d'un suivi psychiatrique (41%) et d'un traitement adapté au diagnostic (31%) au moment du passage à l'acte. Toujours au moment des faits, aucun patient de ce groupe n'était observant par rapport à son traitement pharmacologique, et aucun patient avec schizophrénies ne bénéficiait alors d'un traitement par clozapine. En raison du manque de puissance statistique, des études complémentaires nous semblent néanmoins nécessaires pour étayer ces constatations.

Cette étude met cependant en évidence la nécessité de mieux appréhender les facteurs de dangerosité ainsi que les profils symptomatiques à risque chez nos patients pour prévenir le passage à l'acte violent. Cette évaluation serait simplifiée par l'utilisation d'échelles standardisées de dangerosité dans la pratique courante (cf. Annexes 2, 3, 4). Cette démarche est d'autant plus nécessaire qu'un certain nombre de ces facteurs (consommation de substances psycho-actives, traitement pharmacologique, suivi psychiatrique) sont accessibles à des mesures de prévention.

Bibliographie

- (1) Ailam L, Rchidi M, Tortelli A, Skurnik N. Le processus de désinstitutionnalisation. *Ann Med Psychol*. 2009;167(6):455-458. doi: [10.1016/j.amp.2009.05.001](https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.05.001)
- (2) American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)*. Paris: Masson; 1983, 1989, 1996.
- (3) Angermeyer MC. Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102(407):63-7.
- (4) Appelbaum PS. Violence and mental disorders: data and public policy. *Am J Psychiatry*. 2006;163(8):1319-1321. doi: [10.1176/ajp.2006.163.8.1319](https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1319)
- (5) Arsenaault L, Moffit TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort. Results from the Dunedin study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(10):979. doi: [10.1001/archpsyc.57.10.979](https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.10.979)
- (6) Azoulay M. Cent ans de prise en charge à l'unité pour malades difficiles Henri Colin : Quelles évolutions? Quelles perspectives ? [Thèse]. Paris: Université Paris-Diderot - Paris 7; 2012.
- (7) Babre S, Riera R, Bourquard J, Thomas F. Rapport d'inspection judiciaire : La prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux. <https://ladocumentationfrancaise.prod.ext.dila.fr/rapports-publics/064000745/index.shtml>. Publié en février 2006. Consulté en ligne le 09 Septembre 2019.
- (8) Belfrage H. A ten-year follow-up of criminality in Stockholm mental patients. *Br J Criminol*. 1998;38(1):145-155. doi: [10.1093/oxfordjournals.bjc.a014217](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bjc.a014217)
- (9) Bellamy R, Roelandt JL. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Annexe_3_DREES - Représentations de la sante mentale.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Annexe_3_DREES_-_Representations_de_la_sante_mentale.pdf). Publié en octobre 2004. Consulté en ligne le 03 septembre 2019.

(10) Benezech M, Bourgeois M. L'homicide est fortement corrélé à la dépression et pas à la manie. *L'Encéphale*. 1992;18(1):89-90.

(11) Benezech M, Le Bihan P, Bourgeois M. Criminologie et psychiatrie. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. 2002;37-906-A-10:1-15.
https://psychologie-m-fouchey.psyblogs.net/public/fichiers%20joints/criminologie/Criminologie_Et_Psychiatrie_37-906-A-10.pdf. Consulté en ligne le 17 août 2019.

(12) Bonnet S, Lacambre M, Schandrin A, Capdevielle D, Courtet P. Insight et dangerosité psychiatrique : revue de la littérature. *L'Encéphale*. 2017;43(2):146-153.
doi:[10.1016/j.encep.2016.01.010](https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.01.010)

(13) Brennan PA, Mednick S, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(5):494-500.
doi:[10.1001/archpsyc.57.5.494](https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.5.494)

(14) Code pénal - Article 121-5.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417210&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=19940301>. Consulté en ligne le 14 Août 2019.

(15) Code pénal - Article 221-1.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417561&cidTexte=LEGITEXT000006070719>. Consulté en ligne le 18 Août 2019.

(16) Code pénal - Article 221-6.
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CE8BA1E3ECA639027648643C403F89C5.tplgfr33s_2?idArticle=LEGIARTI000024042647&cidTexte=LEGITEXT000006070719&categorieLien=id&dateTexte=. Consulté en ligne le 18 Août 2019.

(17) Delay J, Deniker P. *38 cas de psychoses traitées par la cure prolongée et continue de 4560 RP*, comptes-rendus du Congrès d'aliénation et de neurologie de langue française. Paris: Masson; 1952:497-502.

(18) Dubreucq J-L, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Med Psychol*. 2005;163(10):852-865. doi: [10.1016/j.amp.2005.09.014](https://doi.org/10.1016/j.amp.2005.09.014)

(19) Eronen M. Mental Disorders and Homicidal Behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(6):497. doi: [10.1001/archpsyc.1996.01830060039005](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830060039005)

- (20) Estroff SE, Zimmer C, Lachicotte WS, Benoit J. The Influence of Social Networks and Social Support on Violence by Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*. 1994;45(7):669-679. doi: [10.1176/ps.45.7.669](https://doi.org/10.1176/ps.45.7.669)
- (21) Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. McGrath J, editor. *PLoS Medicine*. 2009;6(8):e1000120. doi: [10.1371/journal.pmed.1000120](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120)
- (22) Garofalo R. La criminologie, étude sur la nature du crime et la théorie de la pénalité. *Am J Psychol*. 1890;3(1):117. doi: [10.2307/1411543](https://doi.org/10.2307/1411543)
- (23) George MC, Tourne Y. *Le secteur psychiatrique. Que sais-je ?* 1e éd. Paris: Presses Universitaires de France; 1994.
- (24) Greacen T. Principaux résultats II. Représentations de la santé mentale et du système de soins. Enquête de 1999-2003. La santé mentale en population générale : images et réalité. *Psycom*. 2006;75:6-13.
- (25) 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. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1069220/fr/dangerosite-psychiatrique-etude-et-evaluation-des-facteurs-de-risque-de-violence-hetero-agressive-chez-les-personnes-ayant-des-troubles-schizophréniques-ou-des-troubles-de-l-humeur. Consulté en ligne le 9 Septembre 2019.
- (26) Hochmann J. *Histoire de la psychiatrie. Que sais-je ?* 1e éd. Paris: Presses Universitaires de France; 2004.
- (27) Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(6):476-83. doi:[10.1001/archpsyc.1992.01820060056009](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820060056009)
- (28) Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M. Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(6):489-496. doi: [10.1001/archpsyc.1996.01830060031004](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830060031004)
- (29) Klassen D, O'Connor WA. Demographic and case history variables in risk assessment. In: Monahan J, Steadman H, editors. *Violence and mental disorder*. Chicago: The University of Chicago Press; 1994:229-257.

- (30) Krakowski M, Czobor P, Chou JC-Y. Course of violence in patients with schizophrenia: relationship to clinical symptoms. *Schizophrenia Bulletin*. 1999;25(3):505-517. doi: [10.1093/oxfordjournals.schbul.a033397](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033397)
- (31) Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and crime: a longitudinal follow-up of 664 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry*. 1990;157(3):345-350. doi:[10.1192/bjp.157.3.345](https://doi.org/10.1192/bjp.157.3.345)
- (32) Link BG, Andrews H, Cullen FT. The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *American Sociological Review*. 1992;57(3):275. doi: [10.2307/2096235](https://doi.org/10.2307/2096235)
- (33) Millaud F, Dubreucq JL. Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique. *Ann Med Psychol*. 2005;163(10):846-851. doi: [10.1016/j.amp.2005.09.009](https://doi.org/10.1016/j.amp.2005.09.009)
- (34) Milton J, Amin S, Singh SP, *et al*. Aggressive incidents in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry*. 2001;178(5):433-440. doi: [10.1192/bjp.178.5.433](https://doi.org/10.1192/bjp.178.5.433)
- (35) Monahan J. *The clinical prediction of violent behaviour*. Washington DC: Government Printing Press; 1981.
- (36) Monahan J. Mental disorder and violent behavior: perception and evidence. *American Psychologist* 1992;47:511-521. doi: [10.1037/0003-066X.47.4.511](https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.4.511)
- (37) Monahan J. The MacArthur studies of violence risk. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2002;12(1):67-72. doi: [10.1002/cbm.521](https://doi.org/10.1002/cbm.521)
- (38) Monahan J, Steadman H. Crime and mental disorder: an epidemiological approach. In: Tonry M, Morris N, editors. *Crime and justice: an annual review of research*. Chicago: The University of Chicago Press; 1983:145–189.
- (39) Monahan J, Steadman H, Silver E, Appelbaum P, Clark Robbins P, Mulvey E, *et al*. *Rethinking risk assessment*. New York: Oxford University Press; 2001.

- (40) Mullen PE, Burgess P, Wallace C, Palmer S, Ruschena D. Community care and criminal offending in schizophrenia. *The Lancet*. 2000;355(9204):614-7. doi: [10.1016/S0140-6736\(99\)05082-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)05082-5)
- (41) Nicholls TL, Ogloff JRP, Douglas KS. Assessing risk for violence among male and female civil psychiatric patients: the HCR-20, PCL:SV, and VSC. *Behavioral Sciences & the Law*. 2004;22(1):127-158. doi: [10.1002/bsl.579](https://doi.org/10.1002/bsl.579)
- (42) Quintin P, Klein P, Carriere P. Enquête IPSOS : L'image de la schizophrénie et des patients auprès du grand public. *Nervure, journal de psychiatrie*. 2001;145(9):16-19.
- (43) Richard-Devantoy S, Olié JP, Gourevitch R. Risque d'homicide et troubles mentaux graves: revue critique de la littérature. *L'Encéphale*. 2009;35(6):521-530. doi:[10.1016/j.encep.2008.10.009](https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.10.009)
- (44) Robert-Fleury T. Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière en 1795. Site internet Approche historique de la folie | Histoire et analyse d'images et oeuvres. <https://www.histoire-image.org/fr/etudes/approche-historique-folie>. Consulté en ligne le 9 Septembre 2019.
- (45) Rothärmel M. Influence du milieu de vie sur le passage à l'acte violent dans les psychoses. [Thèse]. Rouen: Université de Rouen; 2011.
- (46) Senninger JL, Fontaa V. *Les unités pour malades difficiles, Observatoire de la violence psychiatrique*. Paris: Heures de France; 1994.
- (47) Senon JL. Commission d'enquête sur les internements sous contrainte. *Forensic*. 2004;18:11.
- (48) Senon JL. Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice. *Evol Psychiatr*. 2005;70(1):117-130. doi: [0.1016/j.evopsy.2004.06.006](https://doi.org/0.1016/j.evopsy.2004.06.006)
- (49) Senon JL. Pour une réhabilitation de la psychiatrie médico-légale. *Ann Med Psychol*. 2005;163:810.

- (50) Senon JL, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? *L'information psychiatrique*. 2006;82(8):645. doi: [10.3917/inpsy.8208.0645](https://doi.org/10.3917/inpsy.8208.0645)
- (51) Smith JE, Hucker SJ. Violence current opinion. *Psychiatry* 1991;4:841-845.
- (52) Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, *et al.* Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(5):393. doi: [10.2307/2096235](https://doi.org/10.2307/2096235)
- (53) Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Psychiatric Services*. 1990;41(7):761-770. doi: [10.1176/ps.41.7.761](https://doi.org/10.1176/ps.41.7.761)
- (54) Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, *et al.* A national study of violent behaviour in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:13. doi: [10.1001/archpsyc.63.5.490](https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.490)
- (55) Teplin LA. The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparison with the epidemiologic catchment area program. *Am J Public Health*. 1990;80(6):663-669. doi: [10.1192/bjp.157.3.345](https://doi.org/10.1192/bjp.157.3.345)
- (56) Teplin LA, Abraham KM, Mc Clelland GM. Does psychiatric disorder predict violent crime among released jail detainees? A six-year longitudinal study. *American Psychologist*. 1994;49(4):335-342. <https://psycnet.apa.org/record/1994-33922-001>. Consulté en ligne le 02 septembre 2019.
- (57) Tiihonen J, Isohanni M, Räsänen P, Koironen M, Moring J. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 Northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry*. 1997;154(6):840-845. doi: [10.1176/ajp.154.6.840](https://doi.org/10.1176/ajp.154.6.840)
- (58) Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S, Ruschena D, Browne C. Serious criminal offending and mental disorder: case linkage study. *Br J Psychiatry*. 1998;172(6):477-484. doi: [10.1192/bjp.172.6.477](https://doi.org/10.1192/bjp.172.6.477)

(59) Wallace C, Mullen P, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2004;161(4):716-727. doi:[10.1176/appi.ajp.161.4.716](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.4.716)

(60) Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: Examining the evidence. *Br J Psychiatry*. 2002;180(6):490-495. doi: [10.1192/bjp.180.6.490](https://doi.org/10.1192/bjp.180.6.490)

(61) Walsh E, Gilvarry C, Samele C, *et al.* Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophrenia Research*. 2004;67(2-3):247-252. doi: [10.1016/S0920-9964\(03\)00091-4](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00091-4)

Annexe 1

Grille d'analyse des dossiers médicaux

A. Facteurs socio-démographiques

1. Age d'admission en UMD (séjour actuel) :
2. Modèle familial dans l'enfance
Elevé par :
 - Deux parents
 - Placement (foyer ou famille d'accueil)
 - Parent célibataire ou famille recomposée
 - Famille élargie (2^{ème} degré ou plus)
3. Nombre d'années d'études depuis le CP (inclus) :
4. Insertion professionnelle au moment du passage à l'acte
 - Sans emploi
 - Emploi
5. Mesure de protection juridique actuelle
 - Oui
 - Non

B. Facteurs cliniques

6. Nature du diagnostic principal actuel DSM-V :
7. Age lors du diagnostic (actuel) :
8. Nombre de diagnostic différents sur vie entière :

9. Motifs d'admission des hospitalisations (antérieures à l'hospitalisation actuelle en UMD)

- Symptomatologie psychotique positive
- Conduites addictives
- Symptomatologie thymique
- Passages à l'acte auto et hétéro-agressifs
- Autres

10. Antécédent de tentative de suicide

- Oui
- Non

11. Nombre de tentative de suicide:

C. Substances psycho-actives

12. Consommation de substances psycho-actives

- Oui
- Non

13. Substances consommées

- Alcool
- THC
- Héroïne et substituts
- Cocaïne
- Autres
- Pas de toxiques

D. Facteurs liés aux modalités de soins

14. Age du début présumé des troubles psychiatriques :

15. Age de première consultation pour pathologie mentale (médecin traitant, psychologue scolaire, psychiatre...) :

16. Age de première prise en charge psychiatrique :
17. Nombre de séjours en UMD (incluant le séjour actuel) :.....
18. Présence d'une prise en charge psychiatrique au moment du passage à l'acte:
- Oui
 - Non
19. Type de prise en charge lors du passage à l'acte
- Hospitalisation en psychiatrie
 - Suivi ambulatoire
 - Programme de soins
 - Aucun suivi
20. Traitement en rapport avec le diagnostic lors du passage à l'acte (classe thérapeutique)
- Oui
 - Non
21. Observance du traitement lors du passage à l'acte
- Traitement pris
 - Traitement non pris ou pris irrégulièrement
 - Pas de traitement prescrit
22. Traitement par clozapine lors du passage à l'acte
- Oui
 - Non
 - Patient non porteur de trouble du spectre de la schizophrénie (DSM-V)
23. Traitement par clozapine à l'admission en UMD (séjour actuel)
- Oui
 - Non
 - Patient non porteur de trouble du spectre de la schizophrénie (DSM-V)
24. Traitement actuel par clozapine (patients actuellement hospitalisés en UMD) ou traitement de sortie par clozapine
- Oui
 - Non
 - Patient non porteur de trouble du spectre de la schizophrénie (DSM-V)

E. Facteurs biographiques

25. Age lors du passage à l'acte:

26. Responsabilité juridique pour le passage à l'acte

- Responsable
- Non responsable

27. Antécédents de condamnations par la justice avant le passage à l'acte

- Oui
- Non

28. Antécédent d'homicide avant le passage à l'acte

- Oui
- Non

29. Antécédent de tentative d'homicide avant le passage à l'acte

- Oui
- Non

30. Antécédent d'actes violents avant le passage à l'acte

- Oui
- Non

31. Victimes des homicides

- Famille et partenaire
- Personnel soignant et médecin
- Autres

32. Victimes des tentatives d'homicide

- Famille et partenaire
- Personnel soignant et médecin
- Autres

Annexe 2

Inventaire des échelles anglo-saxonnes d'évaluation du risque de violence: instruments actuariels et entretiens cliniques structurés

Risque	instruments pour adultes	instruments pour enfants
Risque de récidive avec violence	PCL-R (échelle de psychopathie de Hare révisée)	PCL-R YV (version appliquée à l'enfant et adolescent)
	HCR-20	
	VRAG (Violent Risk Appraisal Guide)	SAVBY (Structured Assessment of Violence Risk for Youth)
Risque de récidive sexuelle	VRS (Violence Risk Scale)	
	SORAG (Sex Offender Risk Appraisal Guide)	
	SVR-20 (Sexual Violence Risk-20)	
	RRASOR (Rapid Risk Assessment for Sex Offence Recidivism)	ERASOR (Estimate of Risk Adolescent Sexual Offence Recidivism)
	STATIC-99/STATIC 2002	
	(MnSORT-R) Minnesota Sex Offender Screening Tool	
	SONAR (Sex Offender Needs Assessment Rating)	
	RSVP (Risk Sexual Violence Protocol)	
	RM 2000 (Risk Matrix 2000)	
	VRS-SO (Violence Risk Scale Sexual Offenders)	
	AAIP (Abel Assessment for interest in paraphilia)	
Évaluation de la dangerosité des patients psychiatriques	Inventaire pour l'évaluation de la dangerosité psychiatrique, Millaud <i>et al.</i>	
Risque de violence conjugale	SARA (Spousal Assault Risk Assessment Guide)	
Risque de violence en milieu de travail	WRA-20 (Workplace Risk Assessment)	
Risque général de récidive	LSI-R (Level of Service Inventory)	YLSI (Youth Level of Service inventory)
Évaluation des populations de condamnés	CECA (Childhood Experience of Care an Abuse)	CECA (Childhood Experience of Care an Abuse)
	STAXI-2 (State Trait Anger Expression Inventory)	
	ECNS (Échelle de classement par niveaux de sécurité)	

Annexe 3

Echelle de dangerosité *Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)*

Quincey, 1993

L'individu a vécu avec ses 2 parents biologiques jusqu'à l'âge de 16 ans (sauf décès d'un de ses parents)
Adaptation à l'école primaire
Histoire d'abus d'alcool
Statut conjugal
Score reprenant les antécédents judiciaires pour des délits non violents
Échec des libérations conditionnelles antérieures (non respect du sursis à prendre en compte)
Âge lors du délit actuel
Conséquences pour la victime
Victime de sexe féminin (pour le délit actuel)
Diagnostic de trouble de la personnalité répondant aux critères DSM IV
Diagnostic de schizophrénie répondant aux critères DSM IV
Score à l'échelle de psychopathie de Hare

Annexe 4

Echelle de dangerosité HCR-20

(*Historical Clinical Risk Management 20 item scale*)

Webster, 1997

Historiques (passé)		Cliniques (présent)	Gestion du risque (futur)
Violence antérieure	Maladie mentale grave	Introspection difficile	Plans irréalisables
Premier acte de violence commis durant la jeunesse	Psychopathie	Attitudes négatives	Exposition à des facteurs déstabilisants
Instabilité des relations intimes	Inadaptation durant la jeunesse	Symptômes actifs de maladie mentale grave	Manque de soutien personnel
Problèmes d'emploi	Troubles de la personnalité	Impulsivité	Inobservation des mesures curatives
Problèmes de toxicomanie	Echec antérieur de la surveillance	Résistance au traitement	Stress

LETERTRE (Benjamin) - Dangersité et santé mentale: une étude descriptive et comparative en Unité pour Malades Difficiles. (Thèse 3^{ème} cycle : Psychiatrie : Rouen : 2019 ; N°)
88 f. 31 ill.

Résumé

Introduction et objectifs-Les troubles mentaux graves sont associés à une augmentation significative du risque de comportements violents, ceci d'autant plus en présence de facteurs de dangersité surajoutés clairement identifiés dans la littérature. L'objectif de notre étude était de vérifier et comparer la présence de tels facteurs chez des patients hospitalisés en Unité pour Malades Difficiles, séparés en trois groupes en fonction de la gravité de leur passage à l'acte le plus violent sur vie entière (Homicide, Tentative d'homicide et Autres passages à l'acte violents).

Méthodes-Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive et comparative chez 46 patients hommes hospitalisés à l'UMD de Sotteville-lès-Rouen. Une analyse statistique a été réalisée pour nos 27 variables (analyse de variance à un facteur, test de Kruskal-Wallis, test exact de Fischer).

Résultats- Il n'y avait pas de différence significative pour la majorité des variables étudiées entre nos trois groupes de patients. Le groupe Homicide se démarquait cependant par la faible proportion de suivi psychiatrique (41%), de traitement adapté au diagnostic (31%), de traitement par clozapine chez les patients avec schizophrénies (0%), et par une mauvaise observance (100%) lors du passage à l'acte.

Discussion-On retrouvait majoritairement les facteurs associés à la dangersité dans la littérature dans nos trois groupes de patients. Ces patients semblaient tous également enclins à présenter des facteurs de dangersité, indépendamment du type d'acte violent.

Conclusion- Cette étude met en évidence la nécessité de mieux appréhender les facteurs de dangersité chez nos patients pour prévenir l'acte violent.

Mots clés : Homicide / Schizophrénie / Violence / Unité pour Malades Difficiles / Prévention

Directeur de thèse : Mr le Professeur Olivier GUILLIN

Membres du jury : Mr le Professeur Olivier GUILLIN
Mme la Professeur Gisèle APTER
Mr le Professeur Vincent LAUDENBACH

Coordonnées de l'auteur : Benjamin Letertre
115, rue Crevier
76000 ROUEN
benjamin.letertre@gmail.com