

Criminalité et Psychiatrie

Dr Elie CHEDID

Introduction

La psychiatrie et le crime sont parfois liés. On a souvent pensé, d'une part, que les criminels sont des fous et des malades mentaux, et d'autre part que les patients psychiatriques sont dangereux et risquent davantage de commettre des infractions pénales (Watson et al., 2001 [23]). Les médias jouent souvent un rôle dans la mise en valeur des actes et des auteurs d'infractions pénales, ainsi que des informations faisant état d'actes répréhensibles commis par des patients souffrant de troubles mentaux. Ce travail traitera les relations entre le crime et la psychiatrie et les facteurs influençant.

La relation entre le crime et les patients psychiatriques

Les malades mentaux ont été souvent décrits de manière criminalisée. De nombreuses preuves suggèrent que les malades mentaux soient arrêtés, condamnés et envoyés en prison dans des proportions qui dépassent leur réel comportement criminel (Skeem, Manchak et Peterson, 2011 [18]). Les malades mentaux sont souvent «renvoyés» vers le système de justice pénale en raison de ressources insuffisantes ou inappropriées dans le secteur de la santé mentale, qui est à son tour causé par le phénomène de «désinstitutionnalisation» observé dans de nombreux pays au cours des dernières décennies (Hamden et al. 2011 [7]). Le mouvement de santé mentale communautaire visant à déplacer la santé mentale de l'hôpital psychiatrique vers la communauté n'a souvent pas été correctement mis en œuvre. À la suite de la désinstitutionnalisation, les malades mentaux sont de plus en plus en contact avec la police et les tribunaux, renforçant ainsi le lien apparent entre le crime et la maladie mentale (Rai et al., 2014 [14]). De nombreux patients psychiatriques abandonnés par leurs proches se retrouvent forcément dans la rue et souvent exposés à être arrêtés par la police pour des délits mineurs dans une mesure préventive de maintien de l'ordre (Golightley, 2014 [5]). Certains symptômes de la maladie mentale sont considérés comme des comportements antisociaux ou criminels, tels que la violence ou le comportement errant et agité (Fisher et Lieberman, 2013 [4]). Ceci rend les malades mentaux à haut risque d'arrestation et la police souvent sollicitée face à leurs problèmes (Smith et Alpert, 2007 [17]). Il existe également un biais dans la sévérité des condamnations, puisque pour des crimes similaires les malades mentaux sont susceptibles d'être plus sévèrement accusés et de séjourner plus de temps en prison (McNeill, 2009 [10]).

Criminels et psychiatrie

Un autre point important est l'étiquetage psychiatrique des sujets criminels. Les conduites délictuelles sont souvent considérées comme les symptômes d'un désordre psychologique et, pendant de nombreuses années, les gens considéraient que tous les criminels étaient atteints de maladie mentale. Ceci dit, la psychiatrie fait souvent l'objet d'abus dans le domaine de la criminalité. Par exemple, en Chine, la psychiatrie a été utilisée pour «emprisonner» des dissidents politiques similairement aux abus observés précédemment dans l'ex-Union soviétique (Bonnie, 2002 [1]). Les taux élevés de maladies mentales dans les prisons sont en grande partie dus à l'étiquetage psychiatrique des criminels et les concepts psychiatriques sont couramment appliqués aux condamnés pour des raisons éthiques et sociales plutôt que pour des raisons médicales (Lamberti et al., 2001 [9]). Pour des troubles tels que la personnalité limite, le sadisme, le trouble de l'humeur et le trouble explosif intermittent, le comportement violent est l'un des symptômes diagnostiques principaux, ceci conduit à sur-diagnostiquer ces troubles puisque de telles conceptualisations psychiatriques considèrent la violence comme le symptôme clé (Paris, 1994). De même pour le trouble oppositionnel avec provocation, les symptômes peuvent inclure directement le crime ou la délinquance. Le diagnostic de «trouble de la personnalité antisociale» (TPAS) est le diagnostic le plus courant chez les détenus. Le TPAS fait l'objet de critiques, suscitant la controverse quant à savoir s'il s'agit ou non d'une maladie mentale, et nombreux suggèrent que ce n'est rien de plus qu'un jugement moral, à partir d'une étiquette diagnostique.

La plupart des rapports et des critiques disent qu'il s'agit d'un trouble incurable, comme le sont la plupart des troubles de la personnalité. Cependant, le diagnostic ne cesse de croître avec la nécessité pressante de désigner les criminels comme des victimes de troubles psychiatriques (Mulder, 1996 [11]). Le diagnostic du trouble de la personnalité doit être utilisé lorsque les traits caractéristiques font leur apparition durant l'enfance et qu'ils soient clairement notés vers 14-15 ans. Il est complètement faux de porter le diagnostic de trouble de la personnalité chez une personne ayant commis son premier délit après l'âge de 18 ans, rien que pour la sauver des représailles de la justice. Il est également primordial que les systèmes juridiques réalisent que les troubles de la personnalité ne peuvent pas être assimilés à des maladies mentales majeures telles que la schizophrénie et le trouble bipolaire qui peuvent être épisodiques, alors que les troubles de la personnalité sont un schéma permanent de traits et de comportements.

Le lien commun entre criminalité et psychiatrie

Les criminels et les patients psychiatriques partagent un certain nombre de facteurs communs. Des variables démographiques telles que l'âge, le statut socio-économique et la race prédisent à la fois le crime (Farrington et Welsh, 2006 [2]) et la maladie mentale (Green et al., 2010 [6]). Les patients atteints de troubles de la personnalité partagent un

certain nombre de facteurs avec les criminels puisque tous les deux sont généralement des hommes jeunes, peu instruits, souvent au chômage et disposant d'un environnement familial défavorisé et désorganisé (Samuels, 2011 [15]). Essentiellement, les malades mentaux sont enclins à avoir les mêmes facteurs qui prédisposent à la criminalité chez les personnes en bonne santé mentale. Nous entendons par là qu'il peut exister un chevauchement considérable entre les facteurs de risque des troubles psychiatriques majeurs et de la criminalité. La pauvreté, le manque de soutien social, les enfants de familles divorcées, l'exposition à un traumatisme grave, les enfants abusés sexuellement, etc., sont tous des facteurs de risque pour une future éclosion de maladie psychiatrique et ces mêmes facteurs sont impliqués dans la genèse du crime et de la personnalité antisociale. Malgré qu'il soit prégnant que les facteurs de risque dans la genèse des troubles psychiatriques et de la criminalité soient similaires, voire parfois identiques, il reste ténu et incorrect d'impliquer un lien de causalité entre le crime et les troubles psychiatriques. Un certain nombre de facteurs permettent également de prédire le crime et la violence chez les personnes atteintes de maladie mentale : La violence avant l'admission à l'hôpital est associée à la violence après la sortie, de même que le sexe masculin, l'âge, le long séjour et les troubles cognitifs (Steinert et al., 2010 [18]). Les recherches suggèrent que les malades mentaux seraient plus enclins à la violence s'ils reçoivent un traitement inadéquat (Volavka et Citrome, 2011 [21]), s'ils ont une attitude paranoïaque de longue date (Walsh et al., 2002 [22]) et s'ils ont un vécu délirant intense (Torrey, 2006 [19]). Pas tous les patients atteints de maladie mentale commettent des actes criminels, mais quand ils le font c'est parce qu'ils sont souvent sous l'emprise de certains symptômes qui les incitent à le faire, par exemple des hallucinations à type d'injonctions; ou bien parce qu'ils sont activement paranoïaques non diagnostiqués et non traités. Très souvent, ils peuvent ne pas comprendre la nature et les implications de l'acte qu'ils commettent. Par conséquent, le traitement visant le contrôle de tels symptômes devrait être la norme.

Abus de substance

Un aspect important à prendre en considération est l'impact de la toxicomanie sur la criminalité et la psychiatrie. Le diagnostic d'un trouble de l'abus de substances expose les patients à un risque de violence plus que toute autre maladie mentale (Fazel et al., 2009 [3]). Chez les personnes souffrant d'un trouble mental majeur, la toxicomanie concomitante multiplie par quatre le risque de violence. La toxicomanie est souvent comorbide avec diverses maladies mentales (Kelly et al., 2012 [8]), et ce taux de comorbidité semble être élevé chez les délinquants atteints de maladie mentale (Pickard et Fazel, 2013 [13]). L'abus de substances psychoactives chez les psychopathes explique en grande partie la violence des crimes associés (Trull et al., 2010 [20]). L'abus de substances concomitant peut non seulement augmenter le risque de crime avec violence chez les personnes atteintes de

maladie mentale, mais peut aussi rendre la relation absolue, car des études ont montré qu'une augmentation du nombre de crimes violents chez les personnes atteintes de maladie mentale est limitée aux personnes ayant des antécédents d'abus d'alcool ou de drogue (Kelly et al., 2012 [8]).

Conclusion

Le crime et la psychiatrie sont liés. Il y a des criminels qui ont une maladie psychiatrique grave et des patients psychiatriques qui ont tendance à commettre des crimes graves. Les facteurs menant à la criminalité et aux troubles psychiatriques peuvent être similaires et parfois intrinsèquement liés. Il est très difficile d'identifier un facteur dans la causalité, car plusieurs facteurs à différents niveaux et trajectoires jouent leur rôle. L'interdépendance et l'intersection de la criminalité et de la psychiatrie nécessitent des recherches plus approfondies et des éclaircissements bien qu'il soit un domaine d'investigation difficile.

References

1. Bonnie RJ. Political abuse of psychiatry in the Soviet Union and in China: Complexities and controversies. *J Am Acad Psychiatry Law* 2002;30:136-44.
2. Farrington DP, Welsh BC. *Saving Children from a Life of Crime: Early Risk Factors and Effective Interventions*. London: Oxford University Press; 2006.
3. Fazel S, Långström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA* 2009;301:2016-23.
4. Fisher CE, Lieberman JA. Getting the facts straight about gun violence and mental illness: Putting compassion before fear. *Ann Intern Med* 2013;159:423-4.
5. Golightley M. *Social Work and Mental Health*. London: Learning Matters; 2014. p. 22-43.
6. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, *et al.* Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:113-23.
7. Hamden A, Newton R, McCauley-Elsom K, Cross W. Is deinstitutionalization working in our community? *Int J Ment Health Nurs* 2011;20:274-83.
8. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict Behav* 2012;37:11-24.
9. Lamberti JS, Weisman RL, Schwarzkopf SB, Price N, Ashton RM, Trompeter J. The mentally ill in jails and prisons: Towards an integrated model of prevention. *Psychiatr Q* 2001;72:63-77.
10. McNeill F. What works and what's just? *Eur J Probat* 2009;1:21-40
11. Mulder RT. Antisocial personality disorder. *CNS Drugs* 1996;5:257-63.
12. Paris J. *Borderline Personality Disorder: A Multidimensional Approach*. New York: American Psychiatric Publishing; 1994.
13. Pickard H, Fazel S. Substance abuse as a risk factor for violence in mental illness: Some implications for forensic psychiatric practice and clinical ethics. *Curr Opin Psychiatry* 2013;26:349-54.

14. Rai AK, Mathew KJ, Bhattacharjee D. Mental health promotion in India: A critical analysis. *Int J Health Sci Res* 2014;4:296-307.
15. Samuels J. Personality disorders: epidemiology and public health issues. *Int Rev Psychiatry* 2011;23:223-33.
16. Skeem JL, Manchak S, Peterson JK. Correctional policy for offenders with mental illness: Creating a new paradigm for recidivism reduction. *Law Hum Behav* 2011;35:110-26.
17. Smith MR, Alpert GP. Explaining police bias a theory of social conditioning and illusory correlation. *Crim Justice Behav* 2007;34:1262-83.
18. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, *et al.* Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: A literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:889-97.
19. Torrey EF. Violence and schizophrenia. *Schizophr Res* 2006;88:3-4.
20. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised NESARC personality disorder diagnoses: Gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord* 2010;24:412-26.
21. Volavka J, Citrome L. Pathways to aggression in schizophrenia affect results of treatment. *Schizophr Bull* 2011;37:921-9.
22. Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: Examining the evidence. *Br J Psychiatry* 2002;180:490-5.
23. Watson A, Hanrahan P, Luchins D, Lurigio A. Mental health courts and the complex issue of mentally ill offenders. *Psychiatr Serv* 2001;52:477-81.