

Dangerosité criminologique ou psychiatrique

Dr Elie CHEDID

Abstract

Le lien entre trouble mental et violence a été mis en évidence dans la littérature, mais de nombreux facteurs sont impliqués dans l'augmentation du risque de violence et la maladie mentale seule ne peut prédire un risque de violence future. L'évaluation de la dangerosité psychiatrique, ou plutôt du risque de violence, implique l'étude des différents facteurs de risque de violence, lors d'un entretien clinique qui pourra s'appuyer sur l'utilisation d'instruments ou d'entretien semi-structurés. Les psychiatres sont interpellés par la justice pour évaluer cette dangerosité et cela dans un nombre de circonstances de plus en plus important [1].

Introduction

La dangerosité, même si ses définitions restent multiples, pourrait se caractériser comme une propension à commettre des actes d'une certaine gravité, dommageables pour autrui ou pour soi, fondés sur l'usage de la violence. L'évaluation de la dangerosité revient à pronostiquer un acte de réitération ou de récurrence, à calculer un risque de récurrence d'une infraction ou d'un acte violent. Mais l'amalgame existant entre « crime » et « folie », le fait qu'un crime horrible ne puisse être commis que par un fou et que la schizophrénie soit associée, dans l'imaginaire collectif, au sentiment de peur et de danger a entraîné la nécessité d'une distinction entre la dangerosité criminologique et la dangerosité psychiatrique.

Pour Bénézech et Bourgeois [2], elle est la capacité d'un individu ou d'un groupe à présenter un risque de violence et de transgression, physique ou psychologique, ou encore comme une disposition, dans un contexte donné, à passer à l'acte d'une manière violente et transgressive. Les individus présentant un trouble mental sévère seraient les auteurs de 5 % des infractions criminelles avec violence [3]. De plus, si la littérature met en évidence une association entre maladie mentale et violence, il semble que cette violence soit d'origine multifactorielle et qu'un trouble mental seul n'en constituerait pas un facteur de risque. En absence d'abus d'alcool et de substance, les individus atteints de troubles mentaux auraient une probabilité de commettre un acte de violence identique à celle de la population générale [4, 5]. Il conviendra donc, lors de l'évaluation du risque de comportement violent chez les personnes présentant une pathologie mentale, de s'intéresser aux différents types de facteurs qui ont montré leur implication dans l'augmentation du risque de passage à l'acte.

Les facteurs de risque de violence

Les études sur les facteurs de risque de violence chez les individus présentant un trouble mental les ont divisés en facteurs de risque « statiques » et « dynamiques ». Les facteurs

statiques sont ceux ne pouvant être modifiés (par ex : âge, sexe...) et ceux qui sont difficilement modifiables (par ex : structure de personnalité de type psychopathique). Les facteurs de risque dynamiques sont, en revanche, capables de changements (ex : abus d'alcool, symptômes...). Cette distinction va avoir des implications importantes pour la prise en charge et le traitement d'individus potentiellement violents. Les facteurs de risque de violence chez les individus présentant des troubles mentaux ont donc été examinés dans la littérature selon 4 domaines : individuel, historique, clinique et contextuel.

Les facteurs de risque individuels

Chez les personnes qui présentent des troubles mentaux, la différence de genre semble s'amenuiser et, en milieu hospitalier, les femmes seraient même plus fréquemment violentes que les hommes [6, 7]. L'âge est un autre facteur de risque bien connu pour la violence et le risque de comportement criminel dans la population générale. Les adolescents et les adultes jeunes sont plus susceptibles de commettre des actes violents. Un faible niveau socio-économique [5] ainsi qu'un faible niveau d'études seraient également associés à une augmentation du risque de violence [8].

Les facteurs de risque historiques

Parmi ces facteurs historiques, la violence subie ou agie de l'individu constitue un facteur de risque prépondérant [9, 10, 7]. La précocité de comportements délinquants et d'actes violents mais également les maltraitements physiques et psychiques subies dans l'enfance jouent un rôle dans le risque de violence [11, 12]. Les antécédents de violence, le type de violence et les cibles des actes violents sont donc à rechercher dans toute évaluation.

Les facteurs de risque cliniques

- Pathologie psychiatrique

La schizophrénie est le trouble psychiatrique le plus étudié dans ses liens avec la violence. Néanmoins, s'il existe une augmentation du risque de violence liée à ce trouble, il semble que cela soit plurifactoriel. La violence peut également survenir lors d'un épisode maniaque dû à des symptômes mégalomaniaques, à la désorganisation de la pensée ou du comportement [13]. Pour ces patients, l'évaluation du niveau d'impulsivité, d'irritabilité, de trouble de la capacité de jugement est essentielle pour connaître le risque de passage à l'acte violent. De même, les patients mélancoliques peuvent commettre des passages à l'acte violent en lien, le plus souvent, avec des idées délirantes d'indignité et de ruine, de persécution, des préoccupations mystiques étendues aux proches. La présence d'une psychopathie ou d'un trouble de la personnalité antisociale chez un individu présentant des troubles mentaux est associée à une augmentation significative du risque de violence [14, 15, 16]. Chez les patients schizophrènes ayant un trouble de la personnalité antisociale, les passages à l'acte n'ont souvent aucun lien avec les idées délirantes, les comportements délinquants ayant fréquemment débuté avant l'émergence du trouble psychiatrique. Pour ces patients, les antipsychotiques préviennent peu le risque de violence.

- Troubles d'abus de substance ou d'alcool

La consommation de toxiques augmente le risque de violence en population générale et chez les individus présentant des troubles mentaux. Ce risque est multiplié par 2 à 5 chez les individus présentant un trouble mental et une comorbidité d'abus de substance par rapport à la population générale [17, 18]. En l'absence d'abus de substance, certains auteurs ont retrouvé un risque de violence identique entre la population générale et les individus présentant des troubles mentaux [4].

- Capacité d'insight

Il semble qu'une faible capacité d'insight soit associée à une augmentation du risque de comportement violent [19, 20].

- Adhésion aux soins et observance thérapeutique

La rupture thérapeutique par son impact sur la recrudescence des symptômes est associée à une augmentation du risque de violence [21]. La mise en place de soins sous contraintes, obligeant à la prise de traitements et à des entretiens réguliers, réduit significativement le risque de passage à l'acte [22]. La période de 20 semaines suivant la fin de l'hospitalisation est un moment important pendant lequel le patient est souvent fragilisé, où se jouent l'observance et l'alliance thérapeutiques et la resocialisation et où le risque de passage à l'acte violent est majeur [17].

Les facteurs de risque contextuels

Les cliniciens ne s'intéressent que rarement aux facteurs contextuels lorsqu'ils évaluent le risque de violence d'un patient, alors que les données de la littérature montrent l'importance de considérer les variables situationnelles lors de l'évaluation du risque de violence [23, 24]. Le contexte a donc un impact important sur le risque de violence chez les individus présentant des troubles mentaux. Ces résultats montrent que le risque individuel de violence future peut varier au cours du temps, dépend des expériences stressantes vécues et n'est donc pas un risque « figé », « déterminé » pour un individu donné.

Conclusion

Les psychiatres sont appelés à se prononcer sur la dangerosité d'un individu sans avoir réellement les connaissances et les instruments nécessaires à une telle évaluation. Les recherches actuelles montrent bien l'existence de facteurs de risque de violence chez les patients présentant des troubles mentaux. Des instruments d'évaluation du risque ont été développés mais leur fiabilité reste incertaine. Il convient donc de rester prudent et humble face aux demandes de plus en plus fréquentes, tant politiques que judiciaires, d'évaluation de la dangerosité psychiatrique mais également criminologique. Se baser uniquement sur l'utilisation d'échelles sachant qu'une évaluation du risque ne pourra se faire sans une confrontation entre les données de l'examen clinique et celles de l'échelle. Enfin, il semble essentiel de redonner à la psychiatrie les moyens de prendre en charge, le mieux possible, les patients présentant des troubles mentaux, par l'octroi de temps de soignants, ce qui limiterait sans doute les actes de violence qui surviennent souvent dans des moments de rupture de soins.

Bibliographie

1. Krakowski M, Czobor P, Chou JC. Course of violence in patients with schizophrenia: relationship to clinical symptoms. *Schizophr Bull* 1999 ; 25 : 505-17.
2. Bourgeois M, Bénézech M. Dangerosité criminologique, psychopathologique et comorbidité psychiatrique. *Ann Med Psychol* 2001 ; 159 : 475-86.
3. Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry* 2006 ; 163 : 1397-403.
4. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2009 ; 66 : 152-61.
5. Swanson JW, Holzer 3rd CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990 ; 41 : 761-70.
6. Newhill CE, Mulvey EP, Lidz CW. Characteristics of violence in the community by female patients seen in a psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv* 1995 ; 46 : 785-9.
7. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tattan T, et al. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Res* 2004 ; 67 : 247-52.
8. Stueve A, Link BG. Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatr Q* 1997 ; 68 : 327-42.
9. Bonta J, Law M, Hanson K. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychol Bull* 1998 ; 123 : 123-42.
10. Hodgins S, Tiihonen J, Ross D. The consequences of Conduct Disorder for males who develop schizophrenia: associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophr Res* 2005 ; 78 : 323-35.
11. Dean K, Walsh E, Moran P, Tyrer P, Creed F, Byford S, et al. Violence in women with psychosis in the community: prospective study. *Br J Psychiatry* 2006 ; 188 : 264-70.
12. Swanson JW, Swartz MS, Essock SM, Osher FC, Wagner HR, Goodman LA, et al. The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *Am J Public Health* 2002 ; 92 : 1523-31.
13. Quanbeck CD, McDermott BE, Frye MA. Clinical and legal characteristics of inmates with bipolar disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2005 ; 7 : 478-84.
14. Hodgins S, Lapalme M, Toupin J. Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: a 2-year follow-up. *J Affect Disord* 1999 ; 55 : 187-202.
15. Joyal CC, Putkonen A, Paavola P, Tiihonen J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med* 2004 ; 34 : 433-42.
16. Tardiff K, Marzuk PM, Leon AC, Portera L. A prospective study of violence by psychiatric patients after hospital discharge. *Psychiatr Serv* 1997 ; 48 : 678-81.
17. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998 ; 55 : 393-401.
18. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry* 1998 ; 155 : 226-31.
19. Alia-Klein N, O'Rourke TM, Goldstein RZ, Malaspina D. Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample. *Aggress Behav* 2007 ; 33 : 86-96.

20. Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, Noffsinger SG, Resnick PJ, Camlin-Shingler K. Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004 ; 161 : 1712-4.
21. Elbogen EB, Van Dorn RA, Swanson JW, Swartz MS, Monahan J. Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *Br J Psychiatry* 2006 ; 189 : 354-60.
22. Swanson JW, Swartz MS, Borum R, Hiday VA, Wagner HR, Burns BJ. Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 2000 ; 176 : 324-31.
23. Silver E. Race, neighborhood disadvantage, and violence among persons with mental disorders: the importance of contextual measurement. *Law Hum Behav* 2000 ; 24 : 449-56.
24. Steadman HJ. A situational approach to violence. *Int J Law Psychiatry* 1982; 5 : 171-86.