

Article original / Original Article

Les malades mentaux irresponsables : des malades comme les autres ? Profil de 21 malades mentaux criminels irresponsables

F. CAUSSÉ^{1,2}, E. AGUILAR¹, J.-PH. BOULENGER¹, E. BACCINO²

RÉSUMÉ

Les liens entre maladie mentale et violence ou criminalité sont bien étudiés. Toutefois, peu de travaux portent uniquement sur les populations des patients criminels ayant été irresponsabilisés après la prononciation de l'article 122-1 alinéa 1 du Code Pénal.

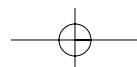
L'objectif de cette étude sur 21 patients admis en hospitalisation d'office judiciaire à l'hôpital psychiatrique de la Colombière entre 2003 et 2006 est de décrire leur profil épidémiologique, leur parcours et leur passage à l'acte puis de comparer les résultats à ceux trouvés dans la littérature internationale.

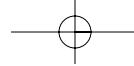
La population est composée de 19 hommes et de 2 femmes d'âge moyen de 36 ans et 2 mois, célibataires pour 61,90 %, avec un soutien relationnel pauvre pour 2/3 d'entre eux et un niveau scolaire secondaire pour 2/3 d'entre eux. Ils sont en majorité sans emploi ; plus de la moitié (57,14 %) ont une mesure de protection des biens et perçoivent l'AAH 76,2 % sont des schizophrènes suivis en psychiatrique mais en rupture thérapeutique au moment des faits. Au sujet de leurs antécédents, 61,9 % sont déjà auteurs de coups et blessures et 10 % d'homicides. Durant l'enfance, 33,3 % ont connu des carences, 42,86 % ont connu des ruptures précoces et 24 % ont subi des violences. La victime est connue de l'auteur dans 76,19 % des cas et le sujet a déjà été violent à l'égard de cette personne par le passé dans 42,86 % des cas. Il s'agit essentiellement de violences physiques (95,24 %) commises avec des armes d'opportunité (55 % des cas).

1. Service Universitaire de Psychiatrie Adulte, CHU de Montpellier, Hôpital Lapeyronnie, 34295 MONTPELLIER Cedex 5 (France).

2. Service de Médecine Légale, CHU de Montpellier, Hôpital Lapeyronnie, 34295 MONTPELLIER Cedex 5 (France).

francoise-causse@chu-montpellier.fr





Les facteurs de risque de dangerosité retenus et identifiés dans la littérature sont retrouvés chez la majorité de nos patients. Pourtant, il semble que malgré ces éléments, les patients irresponsables de notre groupe présentent certaines particularités qui ne sont pas négligeables. La poursuite de recherches sur les liens entre maladie mentale et violence chez les patients irresponsables paraît indispensable pour améliorer nos connaissances et leur prise en charge.

Mots-clés : Dangerosité psychiatrique, Irresponsabilité pénale, Article 122-1 alinéa 1.

SUMMARY

Irresponsible Mentally Ill Persons: Are They Like Other Patients? A Profile of 21 “Criminally Irresponsible” Patients

The links between mental illness and violence or crime have been much studied. Nevertheless, little work has been conducted on only the population of criminal patients who were declared irresponsible under the first paragraph of article 122-1 of the Penal Code.

The aim of this study of 21 patients hospitalized at the Psychiatric Hospital of Colombière between 2003 and 2006 was to describe their epidemiological profiles and how they committed their crimes then to compare the results to those found in international literature.

The population was composed of 19 men and 2 women with a mean age of 36 years and 2 months, 61.90% were single, 2/3 of them had poor relational support and 2/3 of them had reached secondary school studies. Most were unemployed; more than half (57.14%) were under guardianship and received disability benefits, 76.2% were schizophrenics under psychiatric supervision but were not under-going treatment at the time the act was committed. Regarding their backgrounds, 61.9% had already committed physical violence and inflicted injuries and 10% had committed homicides. During childhood, 33.3% had had a poor upbringing, 42.86% had early divorces and 24% were victims of abuse. The victim was known to the perpetrator in 76.19% of cases and had already been a victim of prior violence by this person in 42.86% of cases. Most cases involved physical violence (95.24%) committed with weapons easily at their disposal (55% of cases).

The risk factor of the level of dangerousness identified in the literature were found in the majority of our patients. However, it seems that, despite these elements, the irresponsible patients of our group showed certain features which cannot be neglected. Continuing research on the links between mental illness and violence in irresponsible patients seems indispensable in order to improve our knowledge and their treatment and care.

Key-words: Psychiatric Dangerousness, Penal Irresponsability, Article 122-1 paragraph 1.

INTRODUCTION

L'irresponsabilité du malade mental est une question d'actualité sociale et judiciaire comme le prouvent plusieurs rapports où elle est évoquée :

- ✓ « Santé, justice et dangersités : pour une meilleure prévention de la récidive », rapport Burgelin en avril 2005 [32] ;
- ✓ Rapport sur le « Projet de réforme des règles applicables en matière d'irresponsabilité pénale des malades mentaux », Rapport Ligier en juin 2004 [33].

C'est dans les suites de plusieurs faits divers [15, 16, 17, 18] où les auteurs ont été déclarés irresponsables, qu'un mouvement de réflexion autour de ce concept ancien s'est élevé. Lorsque l'on retrace l'histoire de l'irresponsabilité pénale, on se rend compte que le regard de la société sur le malade mental évolue au fil des époques et des cultures [4, 22]. La responsabilité du malade mental ou son irresponsabilité varient en fonction des attentes et des référentiels culturels. La France se situe à l'heure actuelle dans une période sécuritaire où la « tolérance pénale zéro » [28] est souvent évoquée. Les associations de victimes [7] prennent une part de plus en plus importante au débat judiciaire, certains groupes de magistrats se questionnent également au sujet de l'irresponsabilité [21].

Les conséquences concrètes de cette évolution sont à l'heure actuelle :

- ✓ Le nombre de cas d'irresponsabilité est à ce jour très bas [32] ;
- ✓ Les patients déclarés responsables de façon atténuée sont de plus en plus lourdement condamnés [43] ;
- ✓ Le Code Pénal prévoit dans son article 199-1 que les victimes peuvent en cas d'appel demander la comparution du patient irresponsable, ce qui n'était pas le cas auparavant [42] ;
- ✓ Le rapport Ligier (juin 2004) demande la création d'une « décision juridictionnelle spécifique ».

De plus, au regard de la loi, ce groupe de patients délinquants présente une particularité puisqu'ils ne peuvent être considérés comme récidivistes du non lieu. La récidive légale consiste à « commettre une nouvelle infraction après avoir été définitivement condamné pour crime ou délit » selon les articles 132-

8 à 132-11 du code pénal [42]. D'après sa définition juridique même, le malade irresponsable y échappe, puisque non condamné ; le terme récidive est alors un abus de langage [23]. Il n'est donc pas conservé de mémoire des faits à l'exception des agressions sexuelles. Le fichier national recensant les auteurs d'infractions, reconnus irresponsables pénalement » reste une proposition [42]. De plus, il n'existe pas d'inscription au casier judiciaire des infractions pathologiques pour lesquels l'article 122-1 alinéa 1 a été appliqué.

Le patient irresponsable appartient donc au groupe des malades violents bien qu'avec une spécificité : celle d'avoir été confronté à la loi. Il appartient aussi au groupe des délinquants avec là aussi des spécificités : celle de ne pas être condamné ni de conserver de trace sur le casier judiciaire. Il semble donc que l'irresponsabilité pénale soit un sujet d'actualité qui nous met face à une population assez mal connue à la limite d'autres groupes sociaux et juridiques mieux définis.

En parallèle, de nombreuses études se centrent sur la délinquance en général et sur les liens entre maladie mentale, violence et criminalité sans que soit particulièrement étudiée la population des irresponsables. Il paraît donc important d'approfondir nos connaissances sur les patients irresponsables.

OBJECTIF

L'objectif de ce travail est de comparer une population de malades déclarés irresponsables suite à un acte de violence ou un crime à la population générale des malades violents et criminel décrite dans la littérature. Notre hypothèse de départ est que notre population se rapproche de la description faite dans la littérature.

Ce travail cible deux aspects :

- ✓ la description des facteurs de risque de violence repérables dans cette population de malades irresponsables ;
- ✓ la description des circonstances et les conditions du passage à l'acte : méthode, symptômes, motivation.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude descriptive sur 3 années concernant 21 patients.

Les patients inclus sont l'ensemble des patients pris en charge à l'hôpital au titre de l'hospitalisation d'office après prononciation d'un article 122-1 sur la période allant de mai 2003 à mai 2006, quel que soit le stade de leur prise en charge par rapport à leur placement : ils peuvent être hospitalisés initialement après le jugement, en réintégration, ou en congé d'essai, après la levée du placement et suivis en consultation. Il n'y a pas de critères d'exclusion. L'article 122-1 peut donc avoir été prononcé au cours des années précédentes.

Nous avons analysé leur parcours jusqu'à l'infraction ayant entraîné la réalisation du 122-1 ainsi que leur acte au travers d'une grille de lecture (en annexe) qui associe les items d'un examen clinique psychiatrique et les facteurs de risque retenus dans la bibliographie. Nous avons relevé des données qualitatives et quantitatives.

La source des données est constituée par les dossiers médicaux et administratifs des patients, avec les différentes expertises, et par un entretien clinique avec le sujet.

La comparaison est faite aux résultats d'une revue de la littérature actualisée.

Description des items de la grille de lecture

En ce qui concerne le soutien relationnel du sujet, nous avons retenu trois niveaux :

- ✓ niveau pauvre : moins de 2 intervenants auprès du sujet, relations distendues, épisodiques ;
- ✓ niveau moyen : entre 2 et 5 intervenants, relations de qualité correcte, rapports plutôt réguliers ;
- ✓ niveau riche : plus de 5 intervenants, relations de bonne qualité, relations rapprochées et soutenantes.

Les ruptures précoces correspondent à toutes les expériences de distension du lien affectif important qu'a pu connaître le sujet enfant jusqu'à l'âge de 10 ans : aux séparations des parents entraînant l'éloignement d'un parent et aux placements familiaux ou extra familiaux dans la même période. Il peut aussi s'agir du décès brutal d'un parent ou d'un enfant de la fratrie avant l'âge de 10 ans du sujet. La séparation parentale précoce correspond à la rupture du couple avant l'âge de 10 ans du sujet. Dans l'item « autres particularités » nous avons regroupé d'autres éléments qui nous paraissent importants dans la vie du sujet mais

non incluable dans les autres sous groupes : relation fusionnelle à la mère, climat particulièrement conflictuel pendant l'enfance au cœur de la famille. Les violences subies regroupent les violences verbales et physiques au sein de la famille, le viol, les attouchements.

Nous avons retenu les symptômes décrits lors de l'expertise initiale comme étant le reflet de la situation clinique du sujet au moment des faits. Lorsque l'expertise se déroule dans un délai bref, en garde à vue, on peut penser que le tableau est proche de celui présenté quelques heures plus tôt. Même si imparfait, la première évaluation clinique du sujet reste souvent le repère clinique le plus proche de la psychopathologie du sujet au moment des faits, même si imparfait.

Nous avons choisi la classification D.S.M.IV pour uniformiser les diagnostics proposés par les différents experts.

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE LA LITTÉRATURE

Les malades auteurs de violence

La relation entre maladie mentale et dangerosité ou violence est une question ancienne, sujette à débat. Les spécialistes y ont répondu de façon variable en fonction de leurs recherches et de leurs convictions mais aussi des époques. A ce jour, certaines tendances semblent se dégager.

La littérature s'accorde pour dire que 90 % des malades mentaux n'ont jamais commis d'acte de violence et que la majorité des crimes est réalisée par des personnes ne présentant pas de trouble [20]. Dubreucq [9] énonce que les actes violents commis par les malades sont en nombre absolu très faible mais que leur proportion est plus élevée que dans la population générale [3, 4, 13, 36, 38]. Les violences attribuables aux malades sont globalement de 3-4 % sur l'ensemble de la violence sociale. Les facteurs influençant le risque de violence dans la société (paupérisation, consommation de toxiques, éclatement de la cellule familiale) affectent les patients psychiatriques avec la même proportionnalité qu'au sein de la population générale [30].

Les facteurs de risque retenus et identifiés sont :

- ✓ dans leur histoire : les antécédents de violences, subies ou commises, personnelles ou fami-

liales ; les passages en UMD, en prison ; les carences affectives, éducatives pendant l'enfance [6] ;

- ✓ dans l'actualité du sujet et sa symptomatologie : être un homme, jeune, célibataire, de bas niveau socio économique, abuser ou dépendre de drogue ou d'alcool [27], être porteur d'une personnalité psychopathique, d'une atteinte cérébrale frontale [6], avoir des symptômes psychotiques (délire de persécution [5], syndrome d'influence, hallucinations auditives et/ou désorganisation de la pensée). D'autres éléments ont été relevés tels un délire de grandeur, des rêves diurnes d'agression d'autrui, une idéation perverse, une fixation sur les armes, la création d'un scénario [35], les comportements violents à répétition [4] ;
- ✓ dans leur prise en charge : être en rupture de soins [27], avoir une mauvaise observance, être en rupture institutionnelle.

Les facteurs de protection retenus sont :

- ✓ avoir un support social solide, une implication sociale, connaître des liens relationnels forts, développer une attitude positive envers l'autorité, avoir des traits de personnalité résiliente, nouer une bonne alliance thérapeutique [41].

Après contrôle de l'âge, du sexe, du niveau socio économique, les malades mentaux graves (schizophrénie, troubles schizoaffectifs, troubles délirants et bipolaires) réalisent 4 fois plus d'agressions physiques que la population générale. Les psychoses affectives, les dépressions psychotiques et bipolaires présentent un risque quatre fois supérieur chez les femmes, et deux fois supérieur chez les hommes, de passage à l'acte violent. Ce risque est majoré par la prise d'alcool ou de drogues [9]. En 2002, dans une étude prospective sur la prédition de la violence chez les schizophrènes. E. Walsh montre qu'ils sont 4,6 fois plus portés à des actes violents et à la criminalité que la population générale [40].

Les patients souffrant d'une dépression non psychotique, de troubles anxieux, sans abus de substances, ne présentent pas un risque significatif de violence par rapport à la population générale [36]. Si l'on compare la schizophrénie aux troubles de l'humeur, il semble que la schizophrénie seule, sans abus de substances, représente un risque de violence supérieur aux troubles de l'humeur non psychotiques

[27]. La bipolarité serait facteur de 2 fois plus de risque de violence chez les hommes, et de 4 fois plus chez les femmes.

Concernant le lien entre violence et désinstitutionnalisation, il est démontré que le nombre d'évènements violents est inversement proportionnel à l'intensité du suivi et ce, même pour les patients ayant des traits anti-sociaux [27]. Le suivi externe obligatoire après une hospitalisation pour crime réduit de façon importante la récidive. La première année suivant la sortie de l'hôpital, à la suite d'un crime, sans obligation de soins, les patients ont un risque de commettre un homicide 300 fois plus important que celui de la population générale [14].

Pour les liens entre homicide et troubles mentaux graves, les malades mentaux graves sont responsables d'1 à 5 homicides pour 100 000 habitants, soit de 0,16 % des cas d'homicides dans les pays industrialisés. L'homme schizophrène a 8 à 10 fois plus de risque de commettre un homicide qu'une personne prise au hasard dans la population [12]. S'il y a abus d'alcool et de drogue ce risque est multiplié par 16 chez l'homme et par 84 chez la femme [10].

Les caractéristiques de l'acte criminel du malade psychiatrique sont les suivantes : un acte individuel, immotivé, non prémedité, non dissimulé, qui touche un proche, parfois inaugural de la maladie ; parfois associé à un trouble de l'humeur, plus fréquent quand associé aux stupéfiants, à la désocialisation, à la rupture de soins.

Les victimes et les circonstances des agressions

Le rapport Mac Arthur en 1998 [27] rappelle que 60 % des agressions ont lieu dans les 20 premières semaines suivant la sortie de l'hôpital. Les victimes sont connues de l'auteur : dans 51 % des cas il s'agit d'un membre de la famille ; du conjoint, dans 35 % des cas ; d'un inconnu dans 14 % des cas. L'agression a lieu dans 2 cas sur 3 dans une résidence privée, 1 fois sur 3 dans un lieu public.

L'acte de violence se déroule au cours de la vie quotidienne ou au cours d'une rencontre sans pré-méditation. Ce n'est que dans 13 % des affaires, que l'on retrouve une planification du geste et la recherche de la victime. Le contexte social très défavorisé est un facteur de risque tant pour l'auteur que pour la victime.

RÉSULTATS

Profil épidémiologique et symptomatologique au décours des faits

Il s'agit essentiellement d'hommes (19 pour 21 patients), célibataires (61,9 %), d'âge moyen 36 ans et 2 mois (écart compris entre 19 ans et 53 ans), de niveau socioéconomique moyen. Deux d'entre eux sont porteurs d'une atteinte cérébrale frontale. A noter que 20 patients sont de morphotype caucasien, 1 seul de morphotype négroïde. Le niveau de ressources est bas avec 57,14 % de sujets qui perçoivent l'AAH. Plus d'un sur deux a une mesure de protection des biens.

Au plan social, les sujets du groupe sont assez isolés avec pour 2/3 d'entre eux un soutien relationnel pauvre à moyen selon les critères de définition décrits plus haut. La majorité (90,48 %) est sans emploi avec pour 2/3 un niveau scolaire secondaire et 1/3 un niveau bac+.

Concernant les symptômes repérés au décours des faits, les symptômes psychotiques de type délire de persécution sont présents pour 66,67 % d'entre eux, avec syndrome d'influence et hallucinations auditives retrouvés chez une grande partie du groupe soit 66,67 %. L'automatisme mental atteint 47,62 % du groupe. Viennent ensuite les délires mystiques (23,81 %) et mégalomaniaques (19,05 %). Les délires de filiation et messianique touchent chacun près de 9,52 % des sujets. L'ensemble des sujets présente des idées délirantes au moment des faits. Le passage à l'acte est en lien direct avec cette conviction délirante.

Au décours des faits, près de 28,57 % des patients est dans le déni des faits, 23,81 % présentent une symptomatologie anxiuse. Pour les diagnostics de l'axe I, les sujets sont surtout porteurs de troubles de type schizophrénie (paranoïde, indifférenciée ou désorganisée) avec un pourcentage de 76,2 %. Un patient souffre d'un trouble schizoaffectif, un patient est bipolaire en accès maniaque délirant au moment des faits. Un sujet présente un accès psychotique toxico induit par la cocaïne, un autre, un trouble délirant. Une patiente souffre d'un épisode dépressif sévère avec éléments mélancoliques et délirants. Concernant les diagnostics de l'axe II, on trouve près de 1/4 des sujets avec des caractéristiques de la personnalité antisociale. Un d'entre eux présente une personnalité paranoïaque. Le retard mental léger concerne trois patients, la personnalité schizoïde un sujet. 38,1 % des sujets ont consommé de l'alcool et/ou des toxiques dans les heures précédant les faits.

Conditions de prise en charge au moment des faits

Pour les facteurs liés à la prise en charge, 90,48 % bénéficient d'un suivi interrompu pour 80,95 % d'entre eux depuis plusieurs semaines à plusieurs mois.

Les patients du groupe sont en moyenne connus depuis quinze ans des services.

Il s'agit d'un épisode inaugural de la maladie pour deux d'entre eux.

Antécédents du sujet

Concernant les antécédents de prise en charge psychiatrique, 90,48 % d'entre eux ont été hospitalisés sous contrainte en psychiatrie. Près de un sur trois a déjà été pris en charge en UMD ainsi que fait l'objet d'un article 122-1 alinéa 1. Pour le passé judiciaire, 28,57 % ont déjà été condamnés.

Les carences éducatives, affectives, en besoins fondamentaux apparaissent également. Concernant l'enfance des sujets, 42,86 % ont connu des ruptures précoce, 33,3 % des carences d'ordre affectif, intellectuel ou de besoins fondamentaux. 19 % a assisté à une séparation parentale avant l'âge de dix ans. 23,81 % a subi des violences verbales, physiques ou sexuelles.

Concernant les antécédents de coups et blessures avant l'infraction menant à l'irresponsabilité, 61,9 % des patients sont déjà auteurs de ce type de violence. Deux d'entre eux ont déjà commis un homicide. Près de 1 sur 4 a déjà réalisé une atteinte aux biens (vol ou dégradation). La violence verbale ou physique par le passé envers la victime de l'infraction à l'origine du non-lieu atteint 42,86 % de la population.

Le groupe connaît des antécédents familiaux de troubles psychiatriques pour 47,62 % des sujets et de consommation de toxiques pour 23,81 %.

Victimes, circonstances et type d'agressions

Les patients passent essentiellement à l'acte contre des personnes connues (76,19 % des cas) : famille essentiellement, proche ou médecin personnel (9,52 %). Les proches sont essentiellement agressés à leurs domiciles (57,14 %). Les médecins le sont à leur cabinet ou sur la voie publique. L'utilisation d'une arme semble être la règle dans le groupe étudié (3/4 des cas) : essentiellement arme blanche (38,1 %) et à feu (14,29 %) qui sont

souvent des armes d'opportunité trouvées sur les lieux (55 % des cas) tout comme le tournevis ou l'oreiller. Les cas prémedités se voient aussi tantôt avec arme blanche, à feu, acide chlorhydrique ou lien. Dans près de 1 cas sur 4 des cas, l'infraction se commet à mains nues. L'infraction contre un inconnu représente un cas sur quatre (automobiliste, pharmacien, buraliste).

Les violences sont pour 95,24 % d'entre elles physiques avec 42,86 % d'homicides.

Les infractions se répartissent sur l'ensemble des 24 h avec une préférence pour la soirée et la nuit (47,6 %).

Un cas sur trois est prémedité.

Le passage à l'acte est réalisé par le sujet seul sans complicité.

Trois des sujets tentent également de tuer le chien de la victime.

DISCUSSION

Les irresponsables : des patients comme les autres

En ce qui concerne les facteurs liés à la symptomatologie du sujet ainsi que les circonstances de l'agression, la population paraît être un échantillon plutôt représentatif des populations de malades mentaux commettant une infraction grave.

Bien sûr, il s'agit d'une petite population qui, du fait de sa situation d'irresponsabilité, présente un fort taux de troubles délirants ayant entraîné les faits. De plus, l'évaluation clinique a lieu après les faits, de quelques heures à quelques jours plus tard, ce qui peut entraîner un biais de repérage des symptômes. Le trouble principal peut connaître des remaniements et intégrer les réactions du sujet à l'enfermement : garde à vue ou prison. Certains sujets ont même été traités quelques jours, dont ceux incarcérés, ou pris en charge en SMPR.

Concernant les antécédents dans l'enfance des sujets violents, ils sont déjà repérés dans la littérature internationale. On ne peut pas dire que les éléments que nous avons trouvés soient des facteurs de risque directs de passage à l'acte violent chez le malade mental. De même, on ne peut proposer de suivi pédopsychiatrique obligatoire chez tous les enfants rencontrant ce type d'événements dans leurs parcours. De

plus, la petite taille du groupe de patients ainsi que l'aspect non comparatif de ce travail à une population de malades n'étant pas passés à l'acte de façon violente, ne permet pas de tirer de conclusions définitives. Toutefois, il semble que ces familles soient en effet repérables pour une partie d'entre elles : certains parents sont suivis en psychiatrie, leurs troubles sont connus ainsi que leur consommation de toxiques. Certaines sont aussi connues des services sociaux puisque certains enfants ont été placés en foyer ou institution pour des raisons de carences éducatives et financières mais aussi de maltraitance. Il semble difficile de demander aux soignants et aux services sociaux de prévenir l'ensemble des risques de l'existence par des stratégies préventives, mais l'importance des difficultés des cellules familiales des patients médico légaux ainsi que des souffrances repérées dans leur enfance questionnent.

Les irresponsables, des patients particuliers

Une population légèrement différente

En ce qui concerne les différences entre notre population et les populations étudiées jusqu'à présent, il semble que notre groupe soit plus âgé [25]. Le niveau d'études moyen paraît lui aussi plus élevé même s'il faut noter que le niveau secondaire regroupe les filières classiques et professionnelles pour lesquelles certains sujets n'ont pas fini le cursus, ce qui peut représenter un biais de surestimation du niveau scolaire. On remarque que même si un sur trois a un niveau bac et bac plus, (dentiste, prothésiste dentaire, diplômé en droit...), ces patients n'exercent pratiquement plus au moment des faits et connaissent une désinsertion professionnelle. Un cas sur trois est prémedité ce qui paraît être un chiffre plus élevé que pour les populations de malades décrites jusqu'ici.

Les patients irresponsables des « récidivistes » de la violence et du 122-1 alinéa 1

Les antécédents de violence commise par le groupe sont très importants :

- ✓ 42,86 % des sujets ont déjà été violents verbalement ou physiquement envers la victime de l'infraction retenue pour la prononciation de l'article 122-1 alinéa 1 et ce, souvent de façon publique ;

- ✓ 61,9 % sont déjà auteurs de coups et blessures ;
- ✓ 9,52 % d'homicide ;
- ✓ 33,3 % ont déjà bénéficié d'un article 122-1 alinéa 1. Ces patients sont donc des récidivistes de la violence et du 122-1 alinéa 1.

Or, ces patients sont suivis en moyenne depuis quinze ans au moment des faits les incriminant et sont identifiés par les équipes de soins comme potentiellement violents. Pourtant, il semble que rien n'est pu être fait pour éviter un nouveau passage à l'acte. Comment comprendre qu'un patient suivi et repéré comme à risque de violence commette un nouveau crime ? De même, un tiers des patients du groupe ont déjà relevé d'une prise en charge sous l'égide de l'article 122-1 alinéa 1 et « récidivent ».

Il a été montré que la violence suscite beaucoup de réactions qui biaisen son évaluation : le déni de la violence potentielle, par détachement émotionnel, la fascination comme par un phénomène d'excitation psychique, la distorsion de communications interpersonnelles, l'an-goisse peuvent renforcer la violence. De plus, pour l'expert et le clinicien qui sont accoutumés à rencontrer des patients médicolégaux ayant commis de graves délits, il y a un risque d'habituat au pire.

Une carence de moyen et de cadre juridique pour les patients médicolégaux

Alors que 80,95 % sont en rupture thérapeutique au moment des faits et ce pendant plusieurs semaines. Ces patients ne sont pas retrouvés par les équipes, du fait d'une carence de conduite à tenir prévue par la loi dans ce cadre. Ainsi, sans dénoncer les pratiques, il semble qu'il existe une difficulté réelle à la prise en charge de ces patients avec un dysfonctionnement au carrefour médecine/police/justice.

Très peu de chiffres existent sur les sujets qui n'en sont pas à leur premier acte de violence, même si certains auteurs, évoquent un taux de réitération criminelle plus important chez les personnes présentant un trouble mental par rapport à la population générale [26]. Le rapport sur la prévention de la récidive rappelle « que le système judiciaire français est encore amnésique concernant les malades mentaux criminels » ce qui peut paraître d'autant plus étrange que la prononciation d'un article 122-1 alinéa 2 pour les mêmes faits, peut conduire à la condamnation et à un suivi judiciaire. Or, la connaissance des antécédents de violences passées est un des meilleurs prédicteurs de la dangerosité à venir [15].

Le patient médico légal n'est donc pas forcément retrouvé lorsqu'il échappe aux soins. Il n'existe pas systématiquement de trace facilement accessible de son parcours en cas de besoin.

Réinventer la prise en charge des patients violents

Au fil de ce travail descriptif sur les patients déclarés irresponsables, on perçoit bien les limites de la prise en charge proposée.

En amont de l'acte criminel, il semble que le passage à l'acte de certains sujets violents, aurait pu être prévenu par une prise en charge plus spécifique.

Dans les suites de la prononciation d'un article 122-1 alinéa 1, il est presque impensable que ces patients suivis et repérés repassent à l'acte.

Il est peut être temps de réviser la prise des patients médicolégaux ainsi que le cadre juridique dans lequel ils évoluent. L'évaluation de la dangerosité de ces sujets de façon systématique et standardisée à divers temps de prise en charge par des professionnels spécialisés est peut être une piste de réflexion [5].

CONCLUSIONS

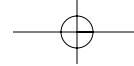
La description d'une population de 21 malades mentaux irresponsables met en évidence des facteurs de risque de violence déjà retenus et identifiés dans la littérature malgré quelques particularités. Il en est de même pour les circonstances et les victimes du passage à l'acte.

Pourtant, même s'ils sont proches du profil des patients violents, les patients irresponsables nous rappellent par le fort taux de « récidive » violente du groupe, la nécessité de repenser les prises en charge que nous leur proposons dans les suites de cette prononciation. De même le suivi des patients délinquants est aussi remis en question, dans une dimension de prévention d'un acte menant à la prononciation de l'article 122-1 alinéa 1.

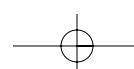
Un approfondissement des connaissances sur ces populations malgré le faible nombre de patients concernés, ainsi qu'une réflexion autour des pratiques de prises en charge paraît nécessaire. Les psychiatres seuls ne peuvent être en charge d'une telle entreprise ; il s'agit d'une réflexion sanitaire, sociale, et juridique de fond. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ANGERMEYER M.C. – Schizophrenia and violence, *Acta Psychiat Scand suppl* 2000, 407, 63-7.
- [2] *Annuaire statistique de la justice*. La documentation française. Edition 2003.
- [3] BLAND R., ORN H. – Family violence and psychiatric disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 1986, 31, 129-137.
- [4] BÉNÉZECH M. – Brève histoire de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux de l'Antiquité à nos jours. In : *Actes du Congrès International de l'Association Mondiale de Psychiatrie et de Psychologie Légales*, Paris, Expansion Scientifique Française, 1991, 7-14.
- [5] BÉNÉZECH M. – De la nécessaire création de centres d'évaluation et d'expertise criminologiques à l'échelon national. In : *Médecine pour l'an 2000*, Paris, Palais du Luxembourg, 25-26 octobre 1996, 82-85.
- [6] BRENNAN P.A. *et al.* – Major mental disorders and criminal violence in a danish birth cohort, *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57, 494-500.
- [7] BOULAY A. – APEV, l'irresponsabilité pénale, novembre 2002 site de l'APV.
- [8] DE BEAUREPAIRE Ch., BÉNÉZECH M., KOTTLER M. – *Les dangersités*, Paris, John Liberty Eurotext, 2004.
- [9] DUBREUCQ J.L. – Risque de violence et troubles mentaux graves, *Annales médicopsychologiques* 2005, 163, 852-865.
- [10] ERONEN M. *et al.* – Schizophrenia and homicidal behaviour, *Schizophr Bull* 1996, 22, 1, 83-89.
- [11] ERONEN M., HAKOLA P., TIIRONEN J. – Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry* 1996, 53, 497-501.
- [12] HODGKIN S. – The major mental disorders and crime, *Int J Law Psychiatry* 2001, 24, 427-46.
- [13] HODGINS S., MENDICK S.A., BRENAN P.A., *et al.* – Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry* 1996, 53, 489-495.
- [14] HODGKIN S. *et al.* – *Criminality and violence among the mentally disordered*; Cambridge University Press, 2002.
- [15] *Journal en ligne*. Pau : Romain, un schizophrène à la dérive, www.services.tf1.fr/news/france, 2005.
- [16] *Journal de la Gironde*. Faits divers : le boucher expertisé, Bordeaux, 2004.
- [17] *Journal LCI.fr* Meurtre d'une passante : un schizophrène à nouveau jugé 31/01/2007 www.LCI.fr.
- [18] *Journal Le Monde*. Que faire des malades dangereux en liberté ?, 2005.
- [19] KRUGER A. – Critères de détermination de la responsabilité pénale. In *Psychiatrie légale adulte*, Dunod, Paris, 1987, 15-18.
- [20] LAMBERG L. – Mental illness and violent acts: protecting the patient and the public. *JAMA* 1988, 280, 407-408.
- [21] LAMEYRE X. – Le fol emballage de la justice pénal. *Pluriels* N° 29, janvier 2002.
- [22] LANTÉRI-LAURA G. – De la pathologie mentale au siècle des Lumières. In : *2000 ans de psychiatrie*, Paris, Publication Ardin, 2000, 64.
- [23] LE BIHAN P. – La récidive dans l'homicide pathologique, *Annales médicopsychologiques*, 2005, 163, 642-655.
- [24] LE BIHAN P. – La récidive dans l'homicide pathologique, *Annales médicopsychologiques*, 2005, 163, 642-655.
- [25] MATHIS D. – Homicides psychotiques, *Perspectives psy* juillet-septembre 2005, vol. 44, n° 3.
- [26] MODESTIN J., AMMANN R. – Mental disorders and criminal behavior. *Br J Psy* 1995, 166, 667-75.
- [27] MONOHAN J., STEADMAN H., SILVER E., APPELBAUM P., ROBBINS P., MULVEY E., ROTH L., GRISSE T., & BANKS S. – *Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*, New York, Oxford University Press, 2001.
- [28] MUCCHIELLI L. – La politique de la « tolérance zéro » : les véritables enseignements de l'expérience new-yorkaise. *Hommes & Libertés* 2002, 120, 38-40.
- [29] MULLEN P.E. – A reassessment of the link between mental disorder and violent behaviour, and its implications for clinical practice. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1997, 31, 3-11.
- [30] PATTERSON B. *et al.* – Social policy and mental illness in England. *Journal of Psychiatry Mental Health Nursing* 2001, 8, 257-267.
- [31] Proposition de loi relative au « traitement de la récidive des infractions pénales », www.legifrance.fr, 2004.
- [32] Rapport Burgelin : « Santé, justice et dangersités : pour une meilleure prévention de la récidive », www.ladocumentationfrancaise.fr, 2005.
 - a. évolution des chiffres de l'irresponsabilité des malades mentaux, 136-146 et annexes 8 ;
 - b. avis de l'expert psychiatre avant prononciation d'un non lieu, 346 ;
 - c. procédure administrative 122-1 alinéa 1, 336 ;
 - d. soins aux malades mentaux détenus, annexes 7.
- [33] Rapport Ligier : « sur le le projet de réforme des règles applicables en matière d'irresponsabilité pénale des malades mentaux », www.ladocumentationfrancaise.fr, 2004.



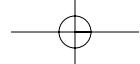
- [35] SENON J.L. – Intervention sur la maladie mentale et la violence, Congrès psychiatrie et violence, Montpellier, 2006.
- [36] STUEVE A., LINK B.G. – Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatric Quarterly* 1997, 66, 327-342.
- [37] SWANSON J.W., HOLZER C.E., GANJU V.K., et al. – Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital and Community Psychiatry* 1990, 41, 761-770.
- [38] SWANSON J.W., ESTROFF S., SWARTZ M., et al. – Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. *Psychiatry* 1997, 60, 1-22.
- [39] TRON P. – De la fiabilité des expertises, *Annales médico-psychologiques*, 1992, 150, 10, 741-746.
- [40] WALSH E. et al. – Violence and schizophrenia examining the evidence, *Brit Journal Psychiatry* 2002, 180, 490-495.
- [41] WEBSTER C.D., DOUGLAS K.S., EAVES D., & HART S.D. – Assessing risk of violence to others. In *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment*, C. D. Webster & M. A. Jackson, New York, Guilford, 1997, 251-277.
- [42] www.legifrance.fr, Le service public de l'accès au droit article 122-1 alinéa 1 ;
article 199-1 ;
Proposition de loi relative au « traitement de la récidive des infractions pénales » 2004.
- [43] ZAGURY D. – Les psychiatres sont ils responsables de la raréfactions des non lieux psychiatriques.



ANNEXES

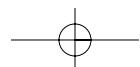
Au moment de l'infraction	
Age	
Sexe	Femme / Homme
Statut marital : célibataire, marié, divorcé, concubinage	
Emploi	Oui / Non
Statut socioéconomique :	AAH, RMI, invalidité, salaire
Niveau de scolarité	primaire, secondaire, bac, bac+
Mesure protection des biens	
Soutien relationnel	faible, moyen, élevé
Durée d'évolution de la maladie	
Consommation alcool, toxique	alcool : oui/ non toxique : lequel :
Rupture thérapeutique :	Oui/ Non
Suivi en cours :	Oui/ Non
Cas inaugural :	Oui/ Non

Antécédents personnels	
Consommation alcool et ou de toxique	alcool : oui/ non toxique : lequel :
ATCD judiciaires	Oui/ Non condamnation : Oui/ Non
Violences commises	Oui / Non Type : physique, coups et blessures, homicide ; verbale, atteinte aux biens Victime
Passage en UMD	Oui / Non
Antécédent d'article 122-1	Oui / Non
Rupture précoce, carences affectives, éducatives, séparation parentale précoce, placement	
Violence subie	Oui/ Non
Antécédents familiaux	
Psychiatrique	trouble : quel parent :
Dépendance alcool, drogue	OH, cannabis, héroïne, cocaïne, poly toxicomanie



Signes cliniques au moment de l'expertise :	hallucination, dissociation, rationalisme morbide, persécution, anxiété, agitation, déni, méfiance, refus de soins, pauvreté intellectuelle, impulsivité, immaturité
Diagnostic CIM 10 retenu	

Facteurs victimologiques	
Identité de la victime	
Type d'infraction	
Arme	Oui/ Non blanche, à feu, autre : d'opportunité ou non
Lieu	
Moment de la journée	
Planifié	



	nombre absolu	pourcentage
Niveau scolaire		
primaire	0	0
secondaire	14	66,7
bac et bac +	7	33,3
Statut marital		
célibataire	13	61,90
marié	4	19,04
concubin	2	9,52
divorcé	2	9,52
Revenus		
AAH	12	57,14
RMI	4	19,05
invalidité	1	4,76
salaire	2	9,52
aucun	2	9,52
Mesures de protection des biens		
mesures	nombre	pourcentage
tutelle	1	4,76
curatelle	8	38,09
aucune	12	57,14
Soutien relationnel		
pauvre	10	47,62
moyen	9	42,86
riche	2	9,52

Tableau I : Données socio démographiques au moment des faits.

Antécédents familiaux de conduites addictives ou de troubles psychiatriques			
atcd familiaux de consommation d'alcool ou de toxiques	5		23,81
atcd de troubles psychiatriques	10		47,62
Antécédents personnels			
suivi en cours au moment des faits	19		90,48
atcd d'hospitalisation sous contrainte	19		90,48
atcd de prise en charge en UMD	6		28,57
épisode inaugural	2		9,52
conduite addictive	poly toxicomanie	7	33,33
	alcool seul	7	33,33
	toxicomanie simple	2	9,52
Antécédents judiciaires personnels			
homicide	2		9,52
coups et blessures	13		61,90
atteinte aux biens	5		23,81
atcd de violence verbale ou physique contre la victime actuelle	9		42,86
condamnation	6		28,57
rappel à la loi	1		4,76
atcd de 122-1	6		28,57
Antécédents dans l'enfance			
rupture précoce	9		42,86
carences	7		33,33
séparation parentale précoce	4		19,05
autres particularités	3		14,29
violences subies	5		23,81

Tableau II : *Les antécédents.*

Identité de la victime				
famille	9	mère	3	42,86
		nièce	1	
		gd mère	1	
		frère, sœur	2	
		enfant	1	
		compagne	1	
connaissance : voisin, ami	5			23,81
médecin	2			9,52
inconnu : buraliste, pharmacien	5			23,81
Type de violence ou infraction				
coups et blessures	10			47,62
homicide	9			42,86
prise d'otage	1			4,76
agression sexuelle	1			4,76
Arme				
arme blanche	8			38,10
arme à feu	3			14,29
acide chlorhydrique	1			4,76
lien	1			4,76
tournevis	1			4,76
oreiller	1			4,76
aucune	6			28,57
Lieu de l'infraction				
domicile victime	12			57,14
voie publique	4			19,05
autre : bureau tabac, pharmacie, collège	3			14,29
clinique, cabinet médical	2			9,52

Tableau III : Victimes et circonstances de l'agression.

Situation du sujet au moment des faits		
imprégnation alcoolique ou toxique	8	38,10
rupture thérapeutique	17	80,95
préméditation	7	33,33
Symptômes lors de l'expertise		
dissociation	15	71,43
idées délirantes	21	100
hallucination	15	71,43
persécution	14	66,67
rationalisme morbide	5	23,81
anxiété	5	23,81
méfiance réticence	4	19,05
épisode maniaque	1	4,76
mélancolie	1	4,76
déni	6	28,57
pauvreté intellectuelle	3	14,29
immaturité	2	9,52
hallucinations		
visuelles	1	4,76
cénesthésiques	3	14,29
auditives et acoustico verbales	14	66,67
intrapsychiques et automatisme mental	10	47,62
olfactives	1	4,76
thématique délirante		
persécution	14	66,67
filiation	2	9,52
mystique	5	23,81
messianique	2	9,52
mégalomaniaque	4	19,05
fantastique	1	4,76
diagnostic		
schizophrénie paranoïde F 20.0	10	47,62
schizophrénie indifférenciée F 20.3	3	14,29
schizophrénie désorganisée F 20.1	3	14,29
trouble schizo affectif F 25.0	1	4,76
trouble bipolaire type I F 31. 2	1	4,76
trouble délirant F 22.0	1	4,76
trouble psychotique induit par cocaïne avec hallucinations F 14.42	1	4,76
trouble dépressif majeur, sévère récurrent avec caractéristiques mélancoliques F 33 .2	1	4,76
personnalité dyssociale F 60.2	5	23,81
personnalité paranoïaque F 60.0	1	4,76
retard mental léger F 70.	3	14,29
personnalité schizoïde F 60.1	1	4,76

Tableau IV :
Symptomatologie.