



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**En prison sans distinction.
Vers une approche typologique pour comprendre et prévenir les
comportements violents dans la schizophrénie.**

Présentée et soutenue publiquement le 12 mai 2017 à 18h
Au Pôle Formation

Par Axelle GHARIB

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Mathilde HORN

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIÈRES

<u>RÉSUMÉ</u>	23
<u>INTRODUCTION</u>	25
<u>OBJECTIFS</u>	27
<u>PARTIE 1 : CADRE CONCEPTUEL</u>	29
1- Schizophrénie et violence	29
A. Définitions et épidémiologie	29
<i>i. Schizophrénie</i>	29
<i>ii. Comportements violents</i>	31
B. Enjeux médico-légaux et de santé publique	32
<i>i. Notion de responsabilité pénale</i>	32
<i>ii. Troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire</i>	36
2- Facteurs de risque de comportements violents dans la schizophrénie	42
A. Facteurs sociodémographiques	42
B. Facteurs contextuels	42
C. Facteurs neuro-développementaux	43
D. Facteurs génétiques et environnementaux	43
E. Facteurs neurobiologiques	45
F. Facteurs cliniques	47
<i>i. Histoire de la maladie</i>	47
<i>ii. Comorbidités</i>	48
<i>iii. Symptomatologie</i>	49
<i>iv. Troubles de la familiarité</i>	50

3- Faut-il considérer différents sous-groupes ?	54
A. Hétérogénéité des comportements violents dans la schizophrénie	54
B. Typologie selon la littérature	56
<i>i. Sous-groupe « Antisocial »</i>	56
<i>ii. Sous-groupe « Paranoïde »</i>	57
<i>iii. Sous-groupe « Neurologique »</i>	58
4- Synthèse et objectifs	59
<u>PARTIE 2 : ENQUÊTE DE TERRAIN</u>	63
1- Illustration clinique à l'UHSA du CHRU de Lille	63
A. Exemple de cas clinique sous-groupe « Antisocial ».....	63
B. Exemple de cas clinique sous-groupe « Paranoïde »	67
2- Étude descriptive	70
A. Objectifs	70
B. Matériel et Méthode	70
<i>i. Type d'étude</i>	70
<i>ii. Échantillon</i>	71
<i>iii. Outils d'évaluation</i>	72
a. Données sociodémographiques et cliniques.....	72
b. Données spécifiques.....	73
<i>iv. Saisie des données</i>	74
<i>v. Analyse statistique</i>	74
C. Résultats	76
<i>i. Échantillon</i>	76
<i>ii. Résultats principaux</i>	76
<i>iii. Résultats secondaires</i>	78

<u>DISCUSSION</u>	81
1- Enquête de terrain en regard des données de la littérature	81
A. Illustrations cliniques : Monsieur V. et Monsieur N.....	81
<i>i. Facteurs de risque de comportements violents dans la schizophrénie</i>	82
<i>ii. Nature du comportement violent</i>	83
<i>iii. Dangerosité du patient</i>	84
B. Étude descriptive	85
<i>i. Données descriptives</i>	85
<i>ii. Résultat principal</i>	86
<i>iii. Résultats secondaires</i>	88
<i>iv. Limites de l'étude</i>	91
2- Perspectives du travail	94
A. Perspectives cliniques : prévenir	94
B. Perspectives médico-légales : comprendre	96
C. Perspectives scientifiques.....	98
<u>CONCLUSION</u>	101
<u>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	103
<u>ANNEXES</u>	117

RÉSUMÉ

Contexte. L'association entre schizophrénie et comportement violent est multifactorielle et ce travail propose de la clarifier. L'objectif primaire consiste à rechercher une association entre violence et trouble de familiarité. L'objectif secondaire est de rechercher des associations entre schizophrénie, comportements violents et troubles de familiarité sur la base des symptômes psychotiques et des comorbidités (abus/dépendance à l'alcool, abus/dépendance aux drogues, trouble de personnalité antisociale) afin d'étayer une approche typologique en sous-groupe déjà proposée dans la littérature.

Méthode. Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective menée sur les dossiers médicaux hospitaliers des patients souffrant de schizophrénie et admis à l'UHSA du CHRU de Lille de janvier 2015 à décembre 2016. Nous avons constitué 3 groupes de patients à risque : le « Groupe 0 », le « Groupe 1 » et le « Groupe 2 » correspondant respectivement aux patients n'ayant aucun antécédent de trouble de familiarité, des antécédents d'un type de trouble de familiarité (hypofamiliarité ou hyperfamiliarité) et des antécédents des 2 types de troubles de familiarité. Nous avons comparé ces groupes sur les gestes de violence grave, l'abus/dépendance à l'alcool, l'abus/dépendance aux drogues, la symptomatologie psychotique et le trouble de personnalité antisociale.

Résultats. Au total, 51 dossiers ont été inclus. Plus de la moitié des patients avaient commis un ou plusieurs gestes de violence grave et plus de la moitié des patients avaient déjà présenté au moins un type de trouble de familiarité. Seules les variables « geste violent grave », « trouble de personnalité antisociale » et « désorganisation » ont significativement différencié entre les 3 groupes. Il existait une association entre troubles de la familiarité et geste violent grave. Les patients du « Groupe 0 » n'avaient pas commis plus de geste violent grave, ne souffraient pas plus de trouble de la personnalité antisociale et n'étaient pas plus désorganisés. Les patients du « Groupe 1 » étaient moins « antisociaux » et plus « désorganisés » mais ne commettaient pas plus de geste de violence. Enfin, les patients du « Groupe 2 » étaient plus violents, plus « antisociaux » et moins « désorganisés ».

Conclusion. Cette étude aura permis de confirmer l'association entre troubles de la familiarité et comportements violents et de mettre en exergue différents profils cliniques de patients souffrant de schizophrénie et auteurs de comportements violents.

INTRODUCTION

*« Mon corps est enfermé seule mon âme peut voguer
Barreaux, porte bloquée, ma vie est bloquée
Un œil dans l'œillet, j'entends le bruit des clés
Les jours se répètent (et le maton te guette) »*

Passi, Le maton te guette
Les Tentations (1997)

La schizophrénie est un trouble psychiatrique sévère qui touche entre 0,6 et 1% de la population générale (1). Il s'agit d'un trouble chronique qui évolue selon une alternance de phases de rémission et de phases de décompensation (2). Bien que la plupart des personnes souffrant de schizophrénie ne soient pas violentes, lors des phases de décompensation il arrive que les patients commettent des gestes violents voire mortellement graves (3). Lorsqu'un patient commet un crime, la sanction pénale peut prendre en compte l'abolition ou l'altération de son discernement au moment des faits. Si l'abolition du discernement est retenue, il est alors mis fin à la procédure judiciaire et les patients malades au moment des faits peuvent bénéficier de soins psychiatriques adaptés, au lieu de subir une peine d'emprisonnement.

Pourtant, les troubles psychiatriques sont surreprésentés en prison ; par exemple la prévalence de la schizophrénie y est estimée à 4% (4), soit 4 fois plus qu'en population générale. Le milieu carcéral est un environnement hostile et stressant où l'accès aux soins est insuffisant pour ces patients. La prise en charge psychiatrique doit donc viser à éviter les incarcérations qui pourraient engager le pronostic fonctionnel ultérieur des patients. La prévention des comportements violents dans la schizophrénie nécessite notamment l'identification des facteurs de risque individuels. Or, l'association entre schizophrénie et comportement violent

est multifactorielle et très complexe. Par exemple, les troubles de la familiarité pourraient jouer un rôle central dans la survenue d'un comportement violent chez certains patients (5–7). La symptomatologie positive, la désorganisation et les comorbidités (abus de substances et trouble de personnalité antisociale) semblent également associées aux comportements violents dans la schizophrénie (8–10). Les patients souffrant de schizophrénie avec comportements violents semblent ainsi constituer un groupe hétérogène de patients. En effet, différents profils de patients se dessinent en fonction de la présence ou de l'absence de chacun des facteurs de risque. Plusieurs auteurs ont alors proposé une approche en différents sous-groupes de patients à risque selon leur profil clinique : le sous-groupe « Antisocial », le sous-groupe « Paranoïde » et le sous-groupe « Neurologique » (10–12). Cependant, cette approche est peu documentée et les troubles de la familiarité n'y sont pas intégrés.

OBJECTIFS

*« Du beau temps à l'orage et les lascars trop faibles se découragent
Au fond du trou j'ai toujours eu des matraques dans mes roues
J'écris sous les verrous, j'avance mais je sais plus vers où »*

Sinik, D.3.32
La main sur le cœur (2005)

L'objectif de ce travail est de contribuer à l'identification et à la prévention des situations à risque de violence pour les patients souffrant de schizophrénie, en clarifiant l'association entre schizophrénie et comportements violents. Notamment, il paraît essentiel de confirmer le rôle des troubles de la familiarité dans certains comportements violents et d'intégrer ces troubles dans l'approche typologique déjà proposée dans la littérature.

- Dans une première partie, nous poserons le cadre conceptuel de ce travail en nous basant sur la littérature.
- Dans une deuxième partie, nous présenterons les résultats d'une enquête de terrain menée à l'UHSA (Unité Hospitalière spécialement aménagée) du CHRU (Centre Hospitalier Régional Universitaire) de Lille.
 - Nous proposerons tout d'abord la description de deux cas cliniques afin d'illustrer l'hétérogénéité des comportements violents dans la schizophrénie.
 - Puis, nous exposerons une étude descriptive transversale menée chez les patients souffrant de schizophrénie et admis à l'UHSA du CHRU de Lille.
 - L'objectif primaire de cette étude est de rechercher une association entre violence et trouble de la familiarité.

- L'objectif secondaire est de confirmer l'approche typologique proposée dans la littérature en recherchant des associations entre comportement violent et schizophrénie sur la base des troubles de la familiarité, des symptômes psychotiques et des comorbidités (abus et/ou dépendance à l'alcool, abus et/ou dépendance aux drogues, trouble de la personnalité antisociale).

PARTIE 1 : CADRE CONCEPTUEL

*« Trompé par les juges qui de nos vies n'ont jamais rien compris
Trempe dans la prison et ses murs, pour les années qu'elle vous a pris
Berné par la folie et sa présence, tout est écrit
De la naissance et son cri jusqu'au linceul et son silence »*

Lunatic, La lettre
Mauvais œil (2000)

1- Schizophrénie et violence

A. Définitions et épidémiologie

i. Schizophrénie

Le terme de schizophrénie a été proposé pour la première fois en 1911 par Eugène Bleuler, dans le cadre de l'encyclopédie psychiatrique d'Aschaffenburg, récusant alors l'appellation de « démence précoce » instaurée par Emil Kraepelin. *« J'appelle démence précoce schizophrénie, parce que, comme j'espère le démontrer, la dislocation "Spaltung" des différentes fonctions psychiques est l'un de ses critères les plus importants. Pour la commodité, j'emploie ce terme au singulier, bien que le groupe contienne vraisemblablement plusieurs maladies. »* (13) Ce terme vient du grec « schizein » qui signifie fractionnement et « phrèn » qui désigne l'esprit.

La schizophrénie est un trouble psychiatrique chronique. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, plus de 21 millions de personnes dans le monde souffrent de schizophrénie. Sa prévalence est estimée entre 0,6 et 1% de la population. La schizophrénie se trouve parmi les dix premières causes d'incapacité (1). Cette maladie débute classiquement entre 15 et 25 ans

(14). Il existe une légère prédominance masculine (15).

La physiopathologie est complexe et dépend de l'interaction entre facteurs génétiques et facteurs environnementaux (complications périnatales, urbanisation, migration, consommation de cannabis) (15).

La sémiologie de la schizophrénie associe 3 dimensions principales (2,16) :

- **le syndrome positif** : idées délirantes, hallucinations ;
- **le syndrome négatif** : émoussement affectif, pauvreté du discours, apragmatisme, aboulie, retrait social ;
- **la désorganisation** : altération du cours de la pensée, illogisme, altération du langage, discordance idéo-affective, maniérisme gestuel, parakinésies, voire syndrome catatonique.

Il est également possible de retrouver, chez certains patients souffrant de schizophrénie, des altérations cognitives ainsi que des symptômes thymiques.

La prise en charge thérapeutique de la schizophrénie vise à la rémission des symptômes psychotiques mais aussi au soutien du fonctionnement cognitif et relationnel du patient afin de limiter l'effet de stigmatisation et le risque d'évolution déficitaire. Or, 50% des personnes atteintes de schizophrénie ne bénéficieraient pas de soins appropriés (1). Le traitement conventionnel repose sur la prescription d'antipsychotiques à posologie minimale efficace et sur une prise en charge psychosociale (17). Les antipsychotiques bloquent les récepteurs dopaminergiques. Ces agents sont classés selon leur profil de tolérance en antipsychotiques de première génération et antipsychotiques de seconde génération ou antipsychotiques atypiques. Chez 25 à 30% des patients souffrant de schizophrénie et sous traitement bien

conduit, les symptômes peuvent néanmoins persister (18).

L'évolution de la schizophrénie est chronique. Elle est marquée le plus souvent par une alternance de phases de décompensation et de phases de rémission ; et ce, selon l'observance thérapeutique et la survenue ou non de facteurs stressants (consommation de toxiques, événements de vie négatifs) (2). Lors des phases de décompensation, il arrive que les patients commettent des gestes violents, voire des homicides (3).

ii. Comportements violents

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « *La violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès* » (19).

Parmi les facteurs de risque de comportement violent identifiés en population générale, on retrouve principalement les suivants : âge jeune, sexe masculin, milieu socio-économique défavorisé, antécédent de violence et abus ou dépendance à l'alcool ou autres substances (20,21). Les facteurs protecteurs sont quant à eux moins bien connus. Il s'agirait entre autres, d'un support social solide et de liens d'attachement importants (22).

Les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique grave et impliquées dans un acte médico-légal sont plus souvent victimes qu'auteurs (23). En outre, plus de 90% des personnes souffrant de schizophrénie ne sont pas violentes (11,24–26). Par ailleurs, les patients asymptomatiques sous traitement bien conduit et sans antécédent de comportement violent

présentent un risque de violence similaire à la population générale (27). La part de violence attribuable aux troubles mentaux est estimée à 3-5% dans la société (28).

Néanmoins, la schizophrénie reste associée à un risque majoré de comportement violent hétéro-agressif (3,20,29–35). Pour certains auteurs, ce risque serait supérieur de 50 à 70% en comparaison à la population générale (36). De plus, les patients souffrant de schizophrénie sont 2 à 5 fois plus susceptibles de commettre un crime violent ou de se livrer à des comportements violents que la population générale, même en prenant en compte le statut socioéconomique, la consommation de substances et les troubles de la personnalité (3,37,38). Les antécédents de comportements violents sont associés à un plus grand risque de survenue d'un comportement violent dans le futur (39). Selon les données de l'étude de la fondation MacArthur publiée en 1998 (40), 70% des agressions sont commises dans les 20 semaines suivant la sortie de l'hôpital. Le geste est prémédité dans 13% des cas. Les victimes sont majoritairement des personnes connues du patient (famille, conjoint, ami) et l'agression survient dans une résidence privée. En somme, les gestes violents rencontrés dans la schizophrénie présentent des caractéristiques hétérogènes et semblent ne concerner qu'un sous-groupe de patients (33).

B. Enjeux médico-légaux et de santé publique

i. Notion de responsabilité pénale

Lorsqu'une personne, supposée souffrir d'un trouble psychiatrique sévère, est accusée d'avoir commis un acte médico-légal, sa responsabilité pénale est étudiée. La notion de responsabilité s'adresse aux personnes dotées d'un libre arbitre, de discernement, c'est-à-dire

aux personnes qui ont la capacité d'apprécier sagement les choses, de percevoir avec justesse et clairvoyance une situation. Les personnes responsables sont ainsi capables de répondre de leurs actes, toutes circonstances et conséquences comprises.

Selon l'article 121-3 du code pénal (cf. **Tableau 1**) l'irresponsabilité pénale est étudiée au travers du concept d'intentionnalité. Par ailleurs, le principe juridique de l'irresponsabilité pénale est la non-imputabilité, c'est-à-dire l'incapacité pour l'auteur de répondre pénalement des conséquences de son comportement (41,42).

« Il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre. Toutefois, lorsque la loi le prévoit, il y a délit en cas de mise en danger délibérée de la personne d'autrui. Il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait. Dans le cas prévu par l'alinéa qui précède, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer. Il n'y a point de contravention en cas de force majeure. »

Tableau 1. Article 121-3 du code pénal.

Par ailleurs, l'article 122-1 du code pénal distingue l'abolition du discernement (alinéa 1) de l'altération du discernement (alinéa 2).

L'abolition du discernement suppose sa suppression totale, de sorte que l'intéressé ne puisse ni comprendre, ni expliquer ses actes (*cf.* **Tableau 2**). Les personnes jugées irresponsables du fait de troubles mentaux ayant aboli leur discernement font ainsi l'objet d'une « *ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental* » de la part du juge d'instruction ou bien d'une décision d'acquittement ou de relaxe prononcée par la juridiction pénale (43). Le parquet peut également renoncer à engager des poursuites contre un délinquant dont l'irresponsabilité ne fait *a priori* aucun doute et classer sans suite les procès-verbaux d'infraction. La reconnaissance de l'irresponsabilité pénale de la personne mise en cause mettra donc fin à la détention provisoire ou au contrôle judiciaire (44).

<p>« <i>N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.</i> »</p>

Tableau 2. Article 122-1 du code pénal, alinéa 1.

Lorsque la déclaration d'irresponsabilité concerne une personne susceptible d'être dangereuse pour la collectivité, une décision d'hospitalisation peut être prise à l'issue d'une procédure purement administrative. Le code de santé publique oblige alors les autorités judiciaires à aviser le préfet, qui doit prendre « *sans délai toute mesure utile* ». Le préfet peut ainsi décider d'une hospitalisation sans consentement, « à la demande du représentant de l'état », tout comme il le ferait pour un patient n'ayant commis aucune infraction. En revanche, la sortie d'hospitalisation de ces patients s'effectue selon une procédure spécifique : elle ne peut avoir

lieu que « sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement » d'accueil, tandis que la sortie des patients hospitalisés sans consentement mais n'ayant pas commis d'infraction, ne requiert l'avis motivé que d'un seul psychiatre de l'établissement d'accueil.

Il est toutefois possible d'être influencé par un trouble psychiatrique sans pour autant perdre de vue la responsabilité et les conséquences pénales de ses actes. Lorsque l'auteur d'une infraction souffre d'une maladie mentale ayant entraîné, au moment des faits, un trouble uniquement partiel, c'est-à-dire une altération de sa capacité de discernement, il devra répondre de ses actes. Toutefois, sa responsabilité pénale est dite atténuée (**Tableau 3**). La sanction pénale prendra alors en compte l'atténuation de la responsabilité pénale.

*La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant **altéré** son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état.»*

Tableau 3. Article 122-1 du code pénal, alinéa 2.

ii. Troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire

Plus de 10 millions de personnes seraient actuellement incarcérées dans le monde. En France, au 1^{er} janvier 2017, le nombre de personnes sous écrou (placées en établissement pénitentiaire, sans hébergement ou détenues) était de 78 796 dont 68 432 personnes détenues (l'inter-région de Lille comptait 8 840 personnes détenues). Or les 187 établissements gérés par l'administration pénitentiaire (maisons d'arrêt, centres de détention, maisons centrales et centres de semi-liberté) ne disposent que de 58 681 places opérationnelles. Le taux d'occupation global s'élève ainsi à 116,6%, avec 1638 matelas au sol. Les personnes détenues étaient majoritairement des hommes (66 167 hommes pour 2 265 femmes, soit 3,3%). Parmi elles, on comptait 769 mineurs (soit 1,1%). L'âge moyen était de 34,6 ans.

Au niveau judiciaire, parmi les 68 432 personnes détenues, 19 498 étaient prévenues (pas encore jugées ou dont la condamnation n'était pas définitive en raison de l'exercice de voies de recours). La durée moyenne sous écrou en 2014 était de 10,4 mois. Parmi les personnes condamnées, 13,2 % le sont pour des peines criminelles et 86,8 % pour des peines correctionnelles (45,46).

La nouvelle voie judiciaire reconnaissant la responsabilité pénale atténuée (réécriture du code pénal en 1994) a probablement augmenté la condamnation à des peines de prison fermes de personnes souffrant de troubles psychiatriques. De plus, dans un apparent souci de « mouvement de responsabilisation », les juridictions condamnent les personnes souffrant de trouble psychiatrique à des peines de détention plus longues, loin de tenir compte des dispositions du second alinéa de l'article 122-1 du code pénal (47).

Les études épidémiologiques modernes tendent à montrer une surreprésentation des troubles mentaux en prison (4,48–50). En effet, selon une méta-analyse de Fazel et collaborateurs

incluant 109 études (51,52), les troubles psychiatriques sont 4 à 10 fois plus fréquents en prison qu'en population générale. Notamment, la prévalence des troubles psychotiques en prison est estimée à 4%. En France, une étude épidémiologique sur un échantillon de 800 hommes incarcérés a montré une prévalence de 36% de troubles psychiatriques modérés à sévères selon l'échelle CGI (*Clinical Global Impression*) (48).

En France, la dichotomie entre le système judiciaire et le système de santé ainsi que le respect du secret médical sont des valeurs fondamentales sur lesquelles s'appuient les services de santé en milieu pénitentiaire. Depuis la Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (*cf. Tableau 4*), ces services de santé sont entièrement gérés par le Ministère de la Santé (53).

L'article L. 711-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé:

« Le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires. »

Tableau 4. Loi n°94-43 du 18 janvier 1994, Chapitre II, Article 2.

Les dispositifs de soins pour les détenus sont organisés en 3 niveaux. Les unités sanitaires de niveau 1 incluent un dispositif de soins somatiques (DSS) et un dispositif de soins psychiatriques (DSP). Il existe 187 DSP au total, un dans chaque établissement pénitentiaire.

Les DSP sont étayés par les unités sanitaires de niveau 2 : 26 Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR), mis en place en 1986, qui assurent des soins ambulatoires ou en hospitalisation de jour avec consentement (4). Il existe un SMPR dans chaque inter-région pénitentiaire.

Les unités sanitaires de niveau 3 correspondent aux hospitalisations à temps complet intégrant les hospitalisations au sein des unités pour malades difficiles (UMD), les hospitalisations sur secteur psychiatrique et les hospitalisations au sein des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Lorsqu'une hospitalisation sur secteur psychiatrique s'avère nécessaire, elle est prévue par l'article D.398 du Code de Procédure Pénale dans le service du secteur correspondant (cf. **Tableau 5**). Cette procédure d'hospitalisation ne prend pas en compte le consentement du patient.

Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique. Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D. 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation.

Tableau 5. Article D398 du code pénal.

La possibilité d'organiser des hospitalisations à temps complet (libres ou sans consentement) en UHSA, mises en place en 2010 (Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice) (cf. **Tableau 6**), a permis de faire évoluer favorablement les soins psychiatriques aux personnes détenues en assurant une prise en charge sanitaire optimale dans un cadre sécurisé (54).

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

*« L'hospitalisation, **avec ou sans son consentement**, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée. »*

Tableau 6. Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002, Article 48.

Il existe actuellement 8 UHSA opérationnelles en France situées à Bron (Lyon), Nancy, Toulouse, Fleury-les-Aubrais (Orléans), Villejuif (Paris), Seclin (Lille), Rennes et Cadillac (Bordeaux) (cf. **Figure 1**). Une UHSA doit également ouvrir courant 2017 à Marseille.



Figure 1. Carte des UHSA de France

L'offre de soins en établissement pénitentiaire est disparate et insuffisante (55). La surpopulation carcérale et les exigences de sécurité limitent l'accès aux soins. Notamment, les personnes souffrant de troubles psychiatriques ont un accès plus difficile au travail et obtiennent moins d'aménagements de peine que les autres détenus (4). Les patients souffrant de troubles psychiatriques sont fréquemment stigmatisés voire maltraités. Une enquête

réalisée dans 14 prisons aux Etats-Unis a montré que chez les personnes souffrant de trouble psychiatrique en prison, le risque d'être victime de violence par un membre du personnel pénitentiaire est 1,6 fois plus élevé et le risque d'être victime de violence par un autre détenu est 1,2 fois plus élevé que pour les personnes sans trouble psychiatrique (56).

Enfin, le pronostic et les complications des troubles psychiatriques constituent un enjeu majeur de santé en milieu pénitentiaire. Le suicide se trouve ainsi au premier rang des causes de mortalité en détention (57). Entre 1997 et 2008, dans les pays de l'Union Européenne, on estime le nombre de décès par suicide à 10,5 pour 10 000 personnes incarcérées. En France en 2014, le taux de suicide en détention était de 13,9 pour 10 000 personnes incarcérées, soit 94 suicides. Bien que ce taux soit en baisse ces dernières années, il reste largement supérieur à celui de la population générale (16,4 pour 100 000 habitants) (58). Enfin, le risque suicidaire en quartier disciplinaire serait augmenté par 20 (4). Or le nombre de séjours et le temps passé en quartier disciplinaire sont supérieurs chez les patients souffrant de trouble psychiatrique.

Bien que le milieu carcéral soit un environnement hostile et stressant où l'accès aux soins est insuffisant, de nombreuses personnes souffrant de schizophrénie y sont détenues. Or les incarcérations pourraient avoir des effets délétères sur la santé mentale des détenus avec un engagement de leur pronostic fonctionnel ultérieur (59). En effet, selon le « Modèle Vulnérabilité-Stress », appuyant la compréhension contemporaine de la schizophrénie, la vulnérabilité (prédisposition génétique et/ou acquise) des patients serait associée à une hyperréactivité aux facteurs de stress environnementaux (60). Ces facteurs de stress seraient alors susceptibles de déclencher des phases de décompensation. Le parcours carcéral d'un patient s'avère extrêmement riche en évènements de vie stressants, mettant ses capacités

d'adaptation à l'épreuve (55). La prison apparaît donc comme un lieu inapproprié pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères. La prise en charge psychiatrique de ces patients doit donc activement contribuer à éviter de tels évènements, notamment par la prévention des comportements violents, fréquemment retrouvés parmi les motifs d'incarcération. Dans cet objectif, l'étude des facteurs de risque de comportement violent chez les personnes souffrant de schizophrénie apparaît donc comme indispensable.

2- Facteurs de risque de comportements violents dans la schizophrénie

Le savoir sur l'association entre schizophrénie et comportement violent reste modeste et flou (61,62). Les comportements violents commis par les personnes souffrant de schizophrénie sont hétérogènes, notamment en raison de la multiplicité de leurs facteurs de risque (*cf.* Annexe 'Figure 2').

A. Facteurs sociodémographiques

Parmi les facteurs sociodémographiques de violence chez les personnes souffrant de schizophrénie, on retrouve l'âge inférieur à 40 ans, le célibat et le faible niveau socio-économique (20). D'autre part, dans la schizophrénie, la prévalence des comportements violents chez les hommes et les femmes est similaire, tandis que dans la population générale, elle est beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes (63).

B. Facteurs contextuels

Le stress semble jouer un rôle dans la physiopathologie du comportement violent mais cette implication est peu étudiée (9). En effet, il peut être directement à l'origine ou faciliter le comportement violent (64). Les patients souffrant de schizophrénie ont une capacité diminuée à faire face au stress de façon non violente et à contrôler leurs pulsions (33). Parmi les facteurs de stress identifiés, se trouvent par exemple les malentendus sur une situation sociale. Ce constat est notamment expliqué par le traitement erroné des émotions faciales

d'autrui par les personnes souffrant de schizophrénie (65). La réduction du stress et l'attention active aux besoins du patient peuvent entraîner une réduction manifeste de l'agressivité physique (66,67).

C. Facteurs neuro-développementaux

Parmi les enfants qui développeront une schizophrénie, jusqu'à 40% présentent un trouble du comportement, ce qui augmente le risque de comportement violent ultérieur (68). En outre, la survenue d'un premier épisode psychotique avant l'âge de 18 ans (schizophrénie à début précoce) serait corrélée à la composante « excitation » de la PANSS (*Positive And Negative Syndrom Scale*), témoignant d'une tendance à l'agressivité et à l'agitation des patients souffrant de schizophrénie (69). La schizophrénie à début précoce serait également associée à des taux plus élevés d'abus de substances, d'actes médico-légaux, de trouble de personnalité antisociale et de soins sans consentement (70).

Enfin, le risque de schizophrénie mais également le risque de comportement violent seraient augmentés par les violences physiques et abus sexuels dans l'enfance.(71–74).

D. Facteurs génétiques et environnementaux

Malgré la forte héritabilité de la schizophrénie, les nombreux gènes impliqués restent insaisissables (75). En particulier, les interactions gène-environnement qui modulent le risque de comportement violent chez les personnes atteintes de schizophrénie n'ont pas été identifiées. Or, le comportement violent et la schizophrénie pourraient présenter des facteurs de risques génétiques et environnementaux communs (33,76). Le génotype semble être un facteur prédisposant potentiel aux comportements violents dans la schizophrénie.

Tout d'abord, des données récentes suggèrent l'importance potentielle de facteurs familiaux dans le développement de la violence chez les patients atteints de schizophrénie. Par exemple, l'étude de cohorte de Fazel et collaborateurs retrouve une corrélation entre la survenue d'un crime violent parental et d'un crime violent d'un patient souffrant de schizophrénie et issu de la descendance (61).

Ensuite, l'étude d'association pangénomique (notée GWAS pour *Genome Wide Association Study*) la plus récente a retrouvé 108 polymorphismes nucléotidiques (noté SNP pour *Single-Nucleotide Polymorphism*) associés à la schizophrénie (77). Certains SNP identifiés sont majoritairement exprimés dans l'hippocampe, le noyau caudé et le gyrus cingulaire, structures cérébrales qui sont notamment impliquées dans les comportements violents (78).

De plus, deux méta-analyses ont montré que l'allèle Met158 du gène de la COMT *Catéchol-O-Méthyl Transférase* est associé au comportement violent chez les hommes atteints de schizophrénie (79–85).

Enfin, chez les apparentés de patients souffrant de schizophrénie, des prévalences élevées de certains facteurs de risque de comportements violents (comportement antisocial, abus de substances) ont été retrouvées (31,86).

Chez les patients souffrant de schizophrénie, la présence de facteurs environnementaux péjoratifs tels que la maltraitance dans l'enfance serait corrélée à la survenue de comportements violents (87–89).

E. Facteurs neurobiologiques

Très peu d'études ont porté sur la neurobiologie de la violence dans la schizophrénie et aucune théorie neurobiologique n'a été établie à ce jour.

Il a toutefois été évoqué que la connectivité fonctionnelle de repos entre l'amygdale et les régions préfrontales serait réduite chez les patients souffrant de schizophrénie en comparaison à celle des contrôles sains, ce qui serait corrélé à une augmentation du nombre d'agressions et d'arrestations déclarées par le patient (90). Ces résultats suggèrent ainsi un taux de comportements violents plus élevé chez les patients souffrant de schizophrénie, avec des anomalies neurologiques spécifiques, fonctionnelles mais aussi structurales.

Chez les personnes souffrant de schizophrénie avec comportement violent, une réduction du volume cérébral global a été retrouvée, avec des altérations structurales de la substance grise dans le cortex frontal et le système limbique, où siège le traitement des émotions (91–93). Le volume cérébral serait notamment réduit dans l'hippocampe, le parahippocampe, l'amygdale, le cortex cingulaire antérieur, le cortex orbito-frontal, le cervelet et le gyrus supra-marginal (94–99). D'autre part, le volume cérébral serait augmenté dans le putamen (94).

En outre, une étude menée chez des hommes souffrant de schizophrénie a montré qu'un trouble des conduites avant l'âge de 15 ans serait corrélé à une augmentation du volume de l'hypothalamus, du précunéus droit et du cortex pariétal inférieur droit (100). Enfin, selon la même équipe, les hommes atteints de schizophrénie avec comportement violent présenteraient des anomalies structurales cérébrales similaires aux hommes atteints de schizophrénie sans comportement violent d'une part et aux hommes sans schizophrénie et avec comportement violent d'autre part (100). Ces résultats semblent être en faveur d'une spécificité des bases neurales du comportement violent.

Enfin, dans la schizophrénie, un trouble du traitement des émotions négatives pourrait précipiter le comportement violent mais peu d'études de neuro-imagerie fonctionnelle ont investigué cette piste (101–107).

Les patients souffrant de schizophrénie avec un score élevé de personnalité antisociale (à l'échelle PCL-R *Psychopathy Checklist-Revised*) auraient une réponse amygdalienne émoussée face à des visages effrayants c'est-à-dire une sensibilité diminuée aux stimuli négatifs, en comparaison aux patients souffrant de schizophrénie avec de faibles scores de personnalité antisociale (108). Ces résultats apportent un argument neurobiologique en faveur de l'idée que les patients souffrant de schizophrénie avec comportement violent constituent un groupe hétérogène en fonction des profils cliniques et biologiques. De plus, lors de stimuli effrayants, la réponse du thalamus et du noyau caudé chez les patients souffrant de schizophrénie avec comportement violent serait plus importante que chez les patients non psychotiques souffrant de trouble de la personnalité antisociale (102). Ces derniers résultats montreraient un niveau plus élevé de peur et d'anticipation du stimulus effrayant dans la schizophrénie avec comportement violent. Néanmoins, ces études sont limitées en raison de la petite taille des échantillons et/ ou de l'absence de groupe contrôle adéquat (traitement des émotions positives et neutres).

D'autres études ont porté sur la neurochimie et la génétique moléculaire. Entre autres, le comportement violent de certains patients souffrant de schizophrénie pourrait aussi être expliqué par un déséquilibre du système sérotoninergique (109–111). Enfin, le rôle de certains stéroïdes neuro-actifs (3α - et 5α -tétrahydroprogestérone, cortisol, testostérone) a également été discuté mais doit être clarifié (110,112).

F. Facteurs cliniques

i. Histoire de la maladie

Plusieurs études ont montré que le risque de comportement violent était plus important en début de maladie. En effet, 72% des patients souffrant de schizophrénie qui commettent une infraction pénale, le font avant leur premier contact avec les soins (76). Ces résultats sont corroborés par ceux d'une récente méta-analyse selon laquelle 35% des individus qui contactent les services de soins pour un premier épisode psychotique, ont déjà commis une agression (113). Enfin, le risque d'homicide serait 15,5 fois plus élevé chez les individus souffrant d'un premier épisode psychotique (avant l'instauration d'un traitement) en comparaison à la population générale (114). Par ailleurs, parmi les patients souffrant de schizophrénie ayant commis une agression avant l'instauration d'un traitement, il existerait 2 sous-groupes : ceux qui auraient des comportements violents depuis l'enfance (avant l'âge de 15 ans pour 20 à 40% des patients souffrant de schizophrénie) et ceux qui auraient des comportements violents depuis le début de la maladie (31,68,115). De plus, la sévérité des troubles du comportement dans l'enfance serait corrélée au nombre de condamnations ultérieures, même en prenant en considération l'abus de substance (116–118).

Les 20 semaines suivant une hospitalisation en psychiatrie constituent également une période à risque de comportement violent pour un patient souffrant de schizophrénie, fonction de sa capacité de resocialisation (119).

ii. Comorbidités

La schizophrénie augmente le risque de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. La prévalence vie entière de l'abus de substances chez les personnes souffrant de schizophrénie serait de 47%, avec un risque multiplié par 4,6 (9). Selon deux études de cohorte scandinaves, le risque de violence est augmenté chez les patients qui souffrent d'un abus de substances associé à la schizophrénie (30,37). La triade schizophrénie / abus de substances / antécédent de geste violent multiplierait par 10 le risque de comportement violent en comparaison aux patients souffrant de schizophrénie sans ce type de comorbidité (64). Le risque de comportement violent est encore augmenté quand la consommation de substances est associée à des symptômes tels que le mauvais contrôle pulsionnel, l'hostilité et la méfiance.

L'intoxication éthylique aiguë peut, par ailleurs, aggraver certains symptômes psychiatriques (120). La consommation de cannabis présente non seulement un risque de survenue de comportement violent mais également un risque de décompensation de la schizophrénie (121,122).

L'abus de substances est également associé à l'inobservance thérapeutique, ce qui augmente le risque de violence chez les patients souffrant de schizophrénie (33).

Plusieurs études ont montré une corrélation entre schizophrénie associée à un trouble de personnalité antisociale et comportements violents (10,123).

Le trouble de la personnalité antisociale serait plus fréquent dans la schizophrénie qu'en population générale et cette comorbidité est associée à un risque élevé d'abus de substances, d'impulsivité et d'inobservance thérapeutique, qui sont également des facteurs de risque de comportement violent (9,33,124). Une apparition plus précoce de la schizophrénie est

également associée à la présence d'un trouble des conduites avant l'âge de 15 ans (116).

Dans une étude cas-témoin menée chez 35 hommes souffrant de schizophrénie (125), les symptômes d'hostilité, de méfiance et le manque de coopération (à l'échelle BPRS *Brief Psychiatric Rating Scale*) conduisaient à un comportement violent uniquement chez les patients ayant un faible score de trouble de personnalité antisociale (à l'échelle PCL-R *Psychopathy Checklist-Revised*). Les patients ayant un score élevé de personnalité antisociale présentaient quant à eux, une forte probabilité de comportement violent indépendamment des symptômes de la schizophrénie. D'autre part, les symptômes positifs de la schizophrénie, seraient corrélés à la survenue de comportements violents lorsqu'il n'y a pas de trouble de personnalité antisociale associée. Ainsi, selon le profil clinique des patients souffrant de schizophrénie, différents types de comportements violents sembleraient se dessiner.

iii. Symptomatologie

Les symptômes positifs de la schizophrénie (idées délirantes, hallucinations) et la désorganisation seraient associés aux comportements violents, notamment en phase aiguë de la maladie (8,126,127). En effet, parmi les patients souffrant de schizophrénie auteurs d'homicides, 50-65% présenteraient une forme paranoïde avec des idées délirantes et des hallucinations auditives au moment des faits (128,129).

Parmi les symptômes positifs de la schizophrénie, l'hostilité a le rapport le plus direct aux comportements violents (33). L'hostilité peut être évaluée grâce à l'item P7 de la PANSS (*Positive and Negative Symptoms Scale*). Cette cotation de l'hostilité évalue les expressions verbales et non verbales de colère et de rancœur comprenant sarcasmes, comportement agressif passif, injures verbales et agressions. Trois thèmes de délire, lorsqu'ils sont accompagnés par de l'hostilité, sont particulièrement associés aux comportements violents :

sentiment d'être espionné, sentiment de persécution ou de conspiration (130,131).

D'autre part, le risque de comportement violent associé à une symptomatologie positive serait significativement diminué lorsque le patient est sous traitement antipsychotique (131,132).

En outre, il semblerait que lorsque les symptômes positifs ne sont pas au premier plan, le risque de comportement violent serait davantage associé à d'autres facteurs psychosociaux tels que l'abus de substances, le bas niveau éducatif, la victimisation, la dépression et l'inobservance thérapeutique (8,133).

Enfin, l'inobservance thérapeutique est associée à une aggravation des symptômes positifs et donc des comportements violents associés à la symptomatologie positive (134–136). Le mauvais insight et les effets secondaires des traitements antipsychotiques (syndrome extrapyramidal, prise de poids et baisse de la libido) sont fortement responsables de l'inobservance thérapeutique (33,137). Certains auteurs suggèrent également que l'hostilité prédit le développement de l'inobservance thérapeutique (138).

iv. Troubles de la familiarité

Les troubles de la familiarité, également appelés troubles de l'identification des personnes ou délires des faux-semblants, correspondent à un phénomène pathologique délirant de nature interprétative. Ainsi, des personnes familières, des objets ou bien sa propre personne sont identifiés de façon erronée par le patient. Il en existe 2 types : l'hypofamiliarité et l'hyperfamiliarité. Ces troubles sont retrouvés chez 4% des patients atteints de pathologie psychiatrique (7) et plus particulièrement associés à la schizophrénie (139). Ils sont à distinguer des fausses reconnaissances (trouble mnésique), de la prosopagnosie (agnosie visuelle des visages), de l'hallucination (perception sans objet à percevoir) ou de l'illusion

(erreur de perception).

Les troubles d'hypofamiliarité peuvent constituer la base de syndromes délirants tels que le syndrome de Capgras, décrit en 1923 par Joseph Capgras (140). Dans ce syndrome, le patient a la conviction délirante que lui-même ou l'un de ses proches a été remplacé par un sosie ou un imposteur malveillant. Dans 22% des cas, l'individu non reconnu est un membre de la famille (141).

Les troubles d'hyperfamiliarité peuvent être à l'origine d'autres types de syndromes délirants tels que le syndrome de Fregoli, l'illusion d'intermétamorphose et le syndrome des doubles subjectifs. Le syndrome de Fregoli a été décrit par Paul Courbon et Gabriel Fail en 1927 (142). Le patient a la conviction délirante qu'un individu mal intentionné prend l'apparence d'inconnus physiquement différenciés. Dans l'illusion d'intermétamorphose, le patient a la conviction délirante que plusieurs personnes prennent l'apparence d'un individu unique, généralement inconnu (143). Enfin, dans le syndrome des doubles subjectifs, le sujet est convaincu que des personnes lui sont physiquement semblables et représentent des clones de lui-même (144).

Les troubles de la familiarité montrent un grand degré de chevauchement. Ils ne représentent pas des syndromes distincts, ni ne peuvent être considérés comme l'expression d'un trouble particulier. Un type de trouble de familiarité peut notamment évoluer vers un autre type (141). Parmi les études qui rendent compte des troubles de la familiarité dans la schizophrénie, plusieurs traitent de sujets « mixtes », c'est-à-dire qui présentent une coexistence de plusieurs types de troubles de familiarité (hypofamiliarité et hyperfamiliarité) (145). Selon Hillers et collaborateurs, il existerait d'ailleurs un mécanisme physiopathologique commun à tous ces troubles (146).

L'association entre schizophrénie, troubles de la familiarité et comportement violent est très

peu étudiée à l'heure actuelle. Notamment, aucune étude n'a rapporté de lien de causalité entre comportement violent et trouble de la familiarité dans la schizophrénie. Les troubles de la familiarité sont peu recherchés en pratique clinique en raison de l'absence de critère diagnostique précis (147,148). Toutefois, il semblerait que la personne non reconnue soit perçue comme mal intentionnée par le patient, ce qui pourrait être à l'origine d'une agressivité verbale voire physique (141,149). Le syndrome de Capgras serait plus fréquemment associé aux comportements violents les plus graves comme les homicides, les infanticides, les matricides (5–7). Néanmoins des cas de geste violent ont été observés avec différents types de troubles de la familiarité. Benezech et collaborateurs ont mené une étude chez 547 patient hospitalisés en psychiatrie et ayant commis un acte médico-légal. Le risque de commettre un homicide était plus élevé chez les personnes souffrant de schizophrénie paranoïde. Or chez ces patients, un trouble de la familiarité était fréquemment retrouvé et ce, durant une longue période précédant le comportement violent (150). Dans leur revue de littérature sur les homicides en rapport avec des troubles de la familiarité, Silva et collaborateurs ont souligné que pour quatre des neuf cas rapportés, une identification délirante des personnes avait été à l'origine de comportements violents avant l'homicide (151). Ces troubles, lorsqu'ils sont présents, semblent donc fortement associés à la symptomatologie positive et évoluent de façon chronique. Enfin, Silva et collaborateurs ont rapporté dans une autre étude que les personnes souffrant de troubles de la familiarité et auteurs d'actes médico-légaux sont moins susceptibles d'utiliser une arme lors du comportement violent que les personnes ne souffrant pas de trouble de la familiarité (152). Ce résultat pourrait traduire une altération des capacités de planification chez les patients souffrant de troubles de la familiarité.

Les troubles de la familiarité pourraient jouer un rôle central dans la survenue d'un comportement violent chez certains patients souffrant de schizophrénie. En dépit de l'absence

de données robustes concernant l'association entre troubles de la familiarité et comportement violents, l'identification précoce des troubles de la familiarité pourrait permettre de favoriser la prévention des situations à risque.

L'ensemble des données présentées dans cette partie montre que l'association entre schizophrénie et comportement violent est multifactorielle et très complexe. Chez les patients souffrant de schizophrénie auteurs de comportement violent, les facteurs de risque dont les troubles de la familiarité, pourraient être distribués de façon inégale. En effet, différents profils de patients se dessinent en fonction de la présence ou de l'absence de chacun de ces facteurs. Ainsi, il semble raisonnable d'envisager que le profil clinique d'un patient pourrait être à l'origine de différentes caractéristiques du comportement violent.

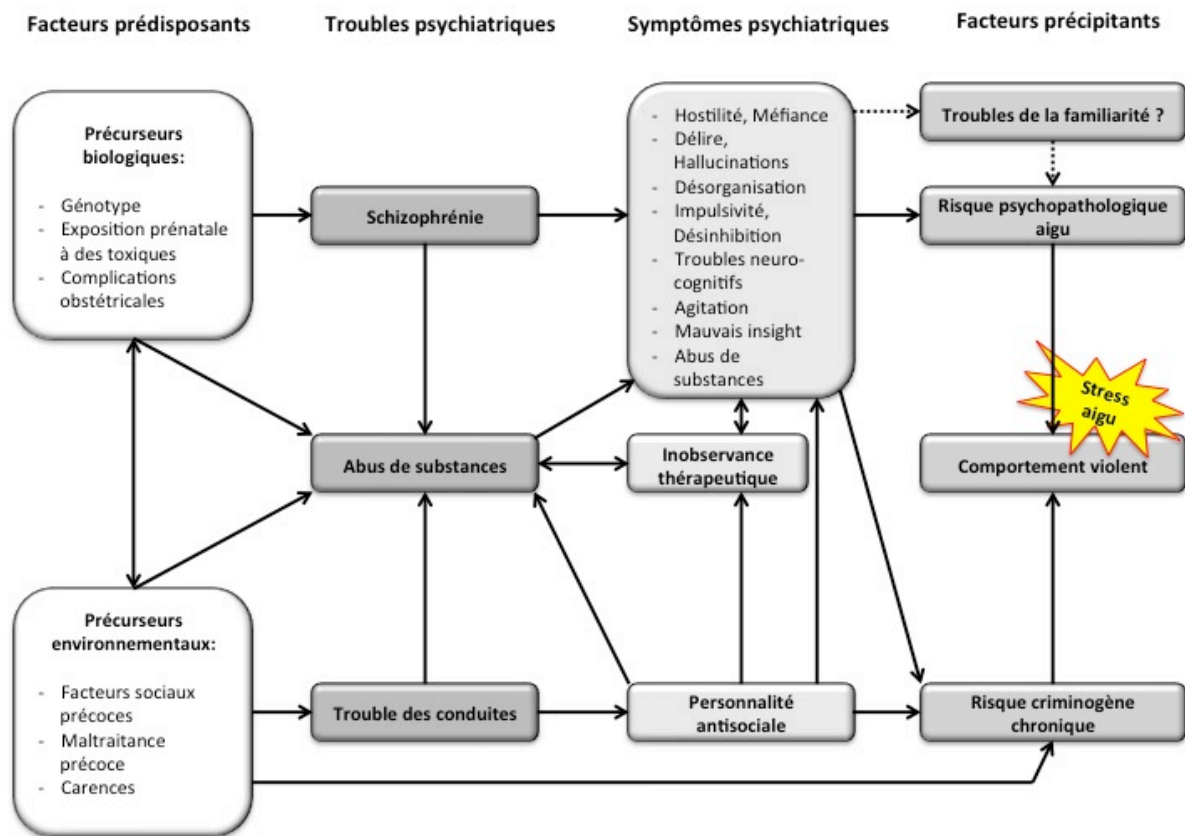


Figure 2. Facteurs de risque de comportements violents dans la schizophrénie. Adapté de (33).

3- Faut-il considérer différents sous-groupes ?

A. Hétérogénéité des comportements violents dans la schizophrénie

Une minorité de patients souffrant de schizophrénie semble responsable d'une majorité des comportements violents. L'hétérogénéité qui caractérise les comportements violents dans la schizophrénie se rapporte tant à la multiplicité des facteurs de risque et à la nature du comportement, qu'à la dangerosité du patient.

Les facteurs classiquement associés à la violence (abus de substances, milieu socio-économique défavorisé, bas niveau d'éducation, jeune âge, sexe masculin) sont bien identifiés en population générale (20,21). Dans la schizophrénie, ils sont multiples. Il existe des facteurs statiques ou non modifiables (tels que les facteurs sociodémographiques ou historiques) et des facteurs dynamiques qui peuvent évoluer dans le temps (tels que la symptomatologie positive, la désorganisation, les troubles de la familiarité ou l'observance thérapeutique). L'influence de chacun de ces facteurs sur la survenue d'un comportement violent reste floue. De plus, ils semblent inégalement répartis selon les patients, constituant ainsi différents profils de patients à risque de comportement violent.

La nature du comportement violent peut être très variable : physique, sexuelle ou psychologique. Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, un comportement violent peut concerner une contrainte physique comme une contrainte morale (19). Cette définition comprend ainsi également les menaces, l'intimidation, la négligence ou les actes

d'omission. Dans la version française du questionnaire MacCVI (*MacArthur Community Violence Instrument*) élaboré dans le cadre de la MacArthur Community Violence Study (153), une distinction peut être faite entre geste violent léger et geste violent grave. Les gestes violents légers retenus sont par exemple : lancer quelque chose, pousser, empoigner, gifler, mordre, donner un coup de pied, prendre par la gorge, menacer avec un couteau, *etc.* Les gestes violents graves retenus sont, quant à eux : blesser quelqu'un si gravement qu'il en est mort ou qu'il a fallu l'hospitaliser, blesser quelqu'un avec une arme à feu ou un couteau ou un autre objet. La nature du comportement violent peut également varier selon le facteur déclenchant (33). Différents facteurs de stress, qui peuvent précipiter ou même déclencher un comportement violent, ont été identifiés : déception sentimentale, inactivité ou licenciement (136). Un malentendu sur une situation sociale pourrait également être à l'origine d'un geste violent (65).

La dangerosité est déterminée par les facteurs de risque aux comportements violents, le type de dommage infligé et la probabilité de récurrence. La Haute Autorité de Santé distingue 2 types de dangerosité (154). Selon l'audition publique de la Fédération Française de Psychiatrie de janvier 2007, la dangerosité psychiatrique est définie comme « une manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale » et la dangerosité criminologique comme « prenant en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte » (41).

Selon la littérature, la présence de troubles de la familiarité semble être un facteur de dangerosité chez les personnes souffrant de schizophrénie. Ces troubles semblent davantage associés à la symptomatologie positive et à la désorganisation intellectuelle. De surcroît, les personnes souffrant de troubles de la familiarité et auteurs d'actes médico-légaux sont moins

susceptibles d'utiliser une arme lors d'un comportement violent que les personnes ne souffrant pas de trouble de la familiarité (152). Ce résultat suggère que, parmi les patients souffrant de schizophrénie et auteurs de comportements violents, le sous-groupe présentant des troubles de la familiarité pourrait voir ses capacités de planification, d'organisation et d'anticipation diminuées.

Les patients souffrant de schizophrénie et auteurs de comportements violents ne semblent pas constituer un groupe homogène. En effet, les facteurs de risque sont multiples et semblent se distribuer de façon inégale selon les patients. Plusieurs auteurs ont ainsi proposé une typologie en trois sous-groupes : sous-groupe dit « Antisocial », sous-groupe dit « Paranoïde » et sous-groupe dit « Neurologique ».

B. Typologie selon la littérature

i. Sous-groupe « Antisocial »

Il s'agirait des patients ayant comme comorbidités un trouble de personnalité antisociale et un abus de substances, notamment d'alcool. Leurs victimes seraient majoritairement des proches. Chez ces personnes, le risque de comportement violent intégrerait des facteurs environnementaux et contextuels (125,154). La symptomatologie psychotique serait peu sévère. Le comportement violent ne relèverait pas des troubles psychotiques au sens propre ; ainsi, il serait non planifié et impulsif. Il pourrait par exemple, être déclenché en réponse à une menace immédiate. Le traitement antipsychotique ne serait que peu efficace dans la gestion de l'agressivité et l'inobservance thérapeutique serait d'ailleurs fréquente. Le risque de récurrence serait élevé (10–12).

Par ailleurs, parmi les patients souffrant de schizophrénie ayant commis une agression avant l'instauration d'un traitement, il existerait 2 sous-groupes : ceux qui auraient des comportements violents depuis l'enfance (avant l'âge de 15 ans pour 20 à 40% des patients souffrant de schizophrénie) et ceux qui auraient des comportements violents depuis le début de la maladie (31,68,115). Dans une autre approche nosologique, le sous-groupe « Antisocial » pourrait correspondre au sous-groupe des « *early-starters* » selon Hodgins (86,155) car les comportements violents surviendraient en effet, avant l'apparition de la schizophrénie.

ii. Sous-groupe « Paranoïde »

Il s'agirait des patients souffrant de schizophrénie paranoïde dont la violence semble en lien direct avec le délire paranoïde (10–12). Le comportement violent serait planifié et majoritairement dirigé vers des proches du patient. Il correspondrait à une manifestation symptomatique liée à l'expression de la maladie (154). Ainsi, le risque de récurrence dépendrait de l'efficacité de la prise en charge et de l'observance thérapeutique.

Le risque de commettre un geste violent grave serait plus élevé chez les personnes souffrant de schizophrénie paranoïde. Or chez ces personnes, on retrouve fréquemment des troubles de la familiarité (150). Bien que ces troubles de la familiarité soient peu explorés à l'heure actuelle et n'aient pas été intégrés à la typologie proposée, plusieurs études et rapports de cas suggèrent leur lien avec des comportements violents dans la schizophrénie (5,7,141,151). Les troubles de la familiarité et le syndrome de Capgras en particulier, peuvent notamment être à l'origine de comportements violents graves tels que des homicides (dont matricides et infanticides) (6,7).

iii. Sous-groupe « Neurologique »

Il s'agirait des patients ayant comme comorbidités des troubles neurologiques et/ou neuropsychologiques traduisant des anomalies cérébrales (9). Ces patients présenteraient une altération de leurs capacités de contrôle pulsionnel et de gestion de la colère en rapport avec une lésion des cortex frontaux (156). Le comportement violent chez ces patients serait comme pour le sous-groupe « Antisocial » non planifié et impulsif. Dans la majorité des cas, les actes seraient sans gravité et principalement dirigés vers des objets. Ils pourraient être associés à des situations générant de la frustration. (10,11).

4- Synthèse et objectifs

Le parcours carcéral d'un patient s'avère extrêmement riche en événements de vie stressants, mettant ses capacités d'adaptation à l'épreuve (55). L'offre de soins en établissement pénitentiaire est, de surcroît disparate et insuffisante (55). La prison apparaît donc comme un lieu inapproprié pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères. La prise en charge psychiatrique doit contribuer à éviter de tels événements, notamment par la prévention des comportements violents. La recherche d'éléments psychopathologiques individuels à l'origine de la vulnérabilité aux comportements violents des patients souffrant de schizophrénie est essentielle pour identifier les situations à risque. Or, les données sur l'association entre schizophrénie et comportement violent dans la littérature restent floues (61,62).

De nombreux facteurs de risque de comportements violents dans la schizophrénie ont été présentés dans cette première partie. Parmi eux, plusieurs éléments facilement mesurables semblent prendre une place centrale dans la survenue d'un geste violent.

Tout d'abord, les données sur l'histoire de la maladie nous indiquent que chez certains patients, les comportements violents peuvent survenir précocement, avant le premier contact avec les soins (76). Ensuite, le risque de violence est augmenté chez les patients qui souffrent d'un abus de substances associé à la schizophrénie (64). Par ailleurs, le trouble de personnalité antisociale augmenterait le risque de comportement violent, indépendamment des symptômes positifs de la schizophrénie (125). Les données sur la symptomatologie psychotique rapportent que les symptômes positifs (dont l'hostilité, les idées délirantes et l'activité hallucinatoire) et le syndrome de désorganisation semblent associés aux comportements violents (8). L'inobservance thérapeutique est associée à une aggravation des

symptômes positifs et donc des comportements violents associés à la symptomatologie positive (134–136). Le mauvais insight est également fortement responsable de l'inobservance thérapeutique (33,137). Enfin, les troubles de la familiarité semblent participer à la survenue de comportements violents mais cette association est peu étudiée à l'heure actuelle (157). Le développement de travaux permettant une meilleure compréhension de cette association demeure donc indispensable.

Les données concernant l'histoire de la maladie, l'observance thérapeutique et l'insight, les comorbidités, la symptomatologie et les troubles de la familiarité sont facilement accessibles grâce à la consultation de dossiers médicaux de patients qui auraient fait l'objet d'une hospitalisation.

Les gestes de violence commis par une minorité de ces patients peuvent parfois être lourds de conséquences. Les comportements violents manifestés par certains patients souffrant de schizophrénie sont hétérogènes ; ce qui reflète la multiplicité des facteurs de risque, les différentes natures des comportements ou encore la dangerosité du patient. La typologie en 3 sous-groupes permet ainsi d'éclairer l'association entre dangerosité et schizophrénie afin de mieux comprendre la survenue des comportements violents chez ces patients. En améliorant la compréhension, il devient possible de mieux prévenir les situations à risque. Toutefois, la littérature ne propose pas d'intégrer les troubles de la familiarité dans la constitution des sous-groupes. Sur la base des constatations cliniques rapportées dans la littérature, il paraît nécessaire de confirmer l'hétérogénéité de l'association entre schizophrénie et comportements violents et d'affiner la définition clinique des différents profils de patients souffrant de schizophrénie et auteurs de comportements violents.

Nous proposons donc dans la deuxième partie de rapporter les résultats d'une enquête de

terrain menée à l'UHSA du CHRU de Lille.

- Nous décrirons tout d'abord, deux cas cliniques afin d'illustrer l'hétérogénéité des comportements violents dans la schizophrénie.
- Puis, nous exposerons une étude descriptive transversale menée chez les patients souffrant de schizophrénie et admis à l'UHSA du CHRU de Lille.
 - o L'objectif primaire de cette étude est de rechercher une association entre violence et trouble de la familiarité.
 - o L'objectif secondaire est de confirmer l'approche typologique proposée dans la littérature en recherchant des associations entre comportement violent et schizophrénie sur la base des troubles de la familiarité, des symptômes psychotiques et des comorbidités (abus et/ou dépendance à l'alcool, abus et/ou dépendance aux drogues, trouble de la personnalité antisociale).

PARTIE 2 : ENQUÊTE DE TERRAIN

*« Là, tu connais l'envers du décor
La prison et son univers hardcore
Faut qu't'assumes, même si son atmosphère t'asphyxie
Le juge t'allume et fait ber-tom ton sursis
Affaibli malgré ton moral d'acier
Leurs barreaux, tu souhaiterais pouvoir les scier »*

Kery James, Deux issues
Si c'était à refaire (2001)

1- Illustration clinique à l'UHSA du CHRU de Lille

Nous nous proposons d'étayer l'approche typologique proposée dans la littérature par deux cas cliniques rencontrés à l'UHSA du CHRU de Lille. Un premier cas clinique, celui de Monsieur V. se rapportant au sous-groupe « Antisocial » et un second cas clinique, celui de Monsieur N. se rapportant au sous-groupe « Paranoïde ». Les critères d'évaluation recueillis pour chacun des cas cliniques sont résumés et comparés dans le **Tableau 7**.

Volontairement, le sous-groupe « Neurologique » ne sera pas illustré, ce profil de patient relevant plus rarement d'une prise en charge en hospitalisation psychiatrique.

A. Exemple de cas clinique sous-groupe « Antisocial »

Monsieur V. est âgé de 25 ans. Il est écroué depuis août 2016 pour violences avec arme.

Ce patient est issu d'une fratrie de 3 (1 frère et 1 sœur). Ses parents sont séparés depuis son enfance. Il est déscolarisé depuis l'âge de 12 ans. Avant l'incarcération, il vivait chez sa mère et n'avait que très peu de contacts avec son père.

Il a pour antécédent psychiatrique une schizophrénie paranoïde prise en charge sur son secteur avec notion de plusieurs hospitalisations, dont une sur le mode SDRE (Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État). Son traitement a déjà comporté Olanzapine, Aripiprazole et Palipéridone (forme retard). Il est actuellement sous Clozapine (depuis août 2016). Sur le plan addictologique, on note un tabagisme actif, une consommation massive de cannabis et une consommation occasionnelle (type binge-drinking) d'alcool avant l'incarcération. Parmi ses antécédents non psychiatriques, on retrouve principalement un diabète insulino-dépendant mal équilibré en raison d'un non respect des règles hygiéno-diététiques. Les antécédents familiaux retrouvent une consommation de psychotropes chez sa mère (indication inconnue) et un éthylisme chronique chez le frère.

L'histoire de vie de Monsieur V. est marquée par de multiples comportements violents verbaux et physiques, principalement dirigés contre sa mère et sa sœur. Par exemple, il aurait dit à sa mère : « Un jour je vais te tuer », la menaçant avec une pelle « et t'enterrer dans le jardin. » Il aurait également dit à sa sœur : « Je vais te violer et te brûler. » Sa mère aurait pris pour habitude de dormir au rez-de-chaussée de la maison afin de s'enfuir facilement par la fenêtre si Monsieur V. venait à l'agresser. Un jour, sa mère et sa sœur l'auraient surpris se promenant dans la cuisine avec un couteau. En outre, suite à une contrariété, il aurait déjà jeté une télévision du deuxième étage en hurlant. Monsieur V. est soumis à un suivi socio-judiciaire depuis une condamnation pour violences en 2009. Le patient rapporte une obligation de soins peu investie : « Je ne les écoutais pas et prenais leurs traitements pour qu'ils me foutent la paix. » Sa mère aurait déjà mis ses traitements dans son café, à son insu, pour être sûre qu'il les prenne.

En août 2016, Monsieur V. aurait battu à coups de pieds sa mère qui voulait l'empêcher de quitter le domicile alors qu'il avait annoncé son projet d'aller tuer quelqu'un. Il aurait ensuite

agressé avec du gaz lacrymogène une voisine qui aurait tenté de s'interposer. L'entière responsabilité pénale a été retenue. Monsieur V. a été incarcéré en maison d'arrêt en août 2016 pour une durée de 6 mois à laquelle s'est ajoutée une révocation de 12 mois de sursis. Il s'agit d'une 3^{ème} condamnation. En effet, Monsieur V. avait déjà été condamné et incarcéré en maison d'arrêt en 2009 et 2011 pour des faits similaires. À ce jour, il entretient des contacts (téléphoniques et parloirs) avec sa mère et sa sœur.

Depuis l'incarcération, Monsieur V. bénéficie d'un suivi ambulatoire au SMPR avec plusieurs sessions d'hôpital de jour. Sa première hospitalisation temps complet à l'UHSA date de décembre 2016, sur le mode SDRE, pour la prise en charge d'une décompensation psychotique survenue dans un contexte de rupture thérapeutique datant de plusieurs mois. Il refusait d'ailleurs une nouvelle session d'hôpital de jour au SMPR. Les psychiatres du SMPR avaient également mentionné le risque de passage à l'acte hétéro-agressif.

Lors de son séjour à l'UHSA, Monsieur V. témoigne d'un vécu très hostile de l'hospitalisation et des soins psychiatriques en général. D'ailleurs, ne comprenant pas son hospitalisation, il a sollicité le juge des libertés et de la détention. L'hospitalisation a été marquée par plusieurs mesures d'isolement et de contention physique pour prévenir des passages à l'acte hétéro-agressifs. Le patient a notamment fait preuve d'un épisode d'agression physique sur un infirmier suite à une frustration. Aucune critique de ce passage à l'acte n'a été verbalisée par la suite, y compris après stabilisation thérapeutique. Au cours des entretiens, Monsieur V. est instable et irascible. La tension anxieuse est profonde. Le discours est ponctué d'insultes et de menaces lorsqu'il ne fait pas un effort majeur pour se contenir. Il n'exprime aucun affect. Les entretiens doivent en outre, être fréquemment écourtés en raison de l'hétéro-agressivité. Un parloir avec sa mère, médiatisé par des soignants, a été organisé au cours de l'hospitalisation, l'objectif étant de confronter le patient à son histoire de vie. L'expérience lui fut insupportable et il y mit fin après 40 minutes. En effet, Monsieur V. ne

supporte pas d'évoquer son passé : « Pourquoi on revient sur des trucs qui datent d'un an ? »

Il ne reconnaît pas ses troubles du comportement et minimise systématiquement la gravité et les conséquences de ses consommations (alcool, cannabis).

Sur le plan clinique, Monsieur V. présente bien des éléments de la lignée psychotique. Le syndrome positif est notamment caractérisé par une bizarrerie de contact, un syndrome de persécution de mécanisme interprétatif, une méfiance pathologique, des hallucinations acoustico-verbales probables, une soliloquie et des préoccupations corporelles envahissantes. Toutefois, le syndrome délirant est peu accessible et semble assez pauvre. Le syndrome négatif comporte une incurie, un isolement en chambre et un vécu intrusif des questions lors des entretiens. La désorganisation est marquée par des écholalies, des rires immotivés et des paralogismes.

Par ailleurs, Monsieur V. présente des éléments de trouble de personnalité antisociale. Il semble impossible d'établir avec lui une relation de réciprocité authentique. Monsieur V. n'a pas ou peu d'accès au doute, sa pensée est rigide. Il est inadapté dans sa relation à l'autre avec une familiarité (« Je peux vous pincer le nez ? »), dans un charme superficiel. Il fait preuve d'un comportement tout-puissant. Par exemple, il a craché par terre dans le service à plusieurs reprises, refusant de nettoyer ensuite. Monsieur V. rejette systématiquement la faute sur autrui. Il ne semble ressentir aucune culpabilité vis-à-vis des comportements violents (« C'est un accident c'est tout. ») Il ne rapporte pas de reconnaissance de l'autre, pas de conscience de l'autre.

Monsieur V. est dans un déni total des troubles et ne montre aucune adhésion aux soins. Il explique son vécu par des rationalisations morbides. Notamment, il semble incapable d'écouter l'interlocuteur lorsque la question des soins est abordée. Il accepte les traitements par obligation (« Sinon vous m'attacherez. ») D'ailleurs, il a longtemps refusé la réintroduction de la Clozapine (« Vous devez me prouver que je suis malade. » ; « Vous

n'êtes pas des médecins. » ; « Vous obéissez à quelqu'un. »)

Les entretiens révèlent également une tristesse sous-jacente chez un patient qui a fréquemment les larmes aux yeux. Il ne rapporte pas d'idée suicidaire. Le sommeil et l'appétit sont conservés.

B. Exemple de cas clinique sous-groupe « Paranoïde »

Monsieur N. est âgé de 33 ans. Il est écroué depuis septembre 2011 en maison d'arrêt pour tentative d'homicide sur la personne de son fils, âgé de 5 ans à l'époque.

Ce patient est d'origine marocaine et réside en France depuis 2006, suite à son mariage. Il est actuellement célibataire, divorcé depuis 2011 d'une femme dont il a eu un fils. Il entretient des contacts téléphoniques avec ses parents qui vivent au Maroc. Il est issu d'une fratrie de 9 mais n'a plus de contact avec ses frères et sœurs. À ce jour, il perçoit l'Allocation Adulte Handicapé (depuis 2014) et une demande de mesure de protection pour majeur vulnérable est en cours.

Monsieur N. a pour antécédent psychiatrique une schizophrénie paranoïde non diagnostiquée avant l'incarcération. Il n'a aucun antécédent non psychiatrique, ni d'allergie connue. Il ne présente pas d'antécédent addictologique, pas d'abus de substances hormis un tabagisme actif. L'histoire de vie de Monsieur N. ne mentionne pas l'occurrence d'agressivité ou de comportement violent de sa part.

Au début du mois de septembre 2011, Monsieur N. aurait perçu que son fils avait été remplacé par un sosie. Il précisa que le diable avait pris possession du corps de l'enfant, ce qui expliquait que cet individu malveillant avait l'apparence de son fils. Sa conviction était inébranlable et avait généré chez lui un sentiment profond d'insécurité. Monsieur N. aurait

tenté de noyer son fils dans la baignoire du domicile familial. Immédiatement après ce passage à l'acte, il aurait lui-même sorti son fils de l'eau et appelé les secours. À leur arrivée, le garçon était inconscient. À ce jour, il est âgé de 11 ans et se trouve lourdement handicapé. Une peine de 10 ans de réclusion criminelle a été requise ; l'altération du discernement ayant été retenue. Il s'agit d'une première condamnation. Le patient peut prétendre à un aménagement de peine de type libération conditionnelle depuis le 2 septembre 2016.

Depuis l'incarcération, Monsieur N. bénéficie d'un suivi ambulatoire au SMPR. La première hospitalisation en psychiatrie pour décompensation psychotique date d'août 2013, à l'UHSA du CHRU de Lille. Puis, il y a été hospitalisé de nombreuses fois, sur le mode SDRE dans des contextes de recrudescence délirante suite à une inobservance thérapeutique.

La prise en charge de Monsieur N. à l'UHSA est marquée par une anosognosie qui complique l'éducation thérapeutique et l'adhésion aux soins. Néanmoins, Monsieur N. fait preuve d'un comportement adapté avec les soignants en hospitalisation. Il participe volontiers aux activités thérapeutiques proposées, notamment l'art-thérapie. Au cours des entretiens, Monsieur N. se montre calme, détendu et souriant. Il paraît assez sincère dans la relation thérapeutique, bien que ses propos soient souvent incohérents et dictés par le syndrome délirant. Il demande régulièrement son retour en détention mais sans être dans une opposition explicite vis-à-vis des soins psychiatriques.

Sur le plan clinique, Monsieur N. présente toujours un syndrome délirant très productif et floride, mal organisé et polythématique. Les thèmes sont par exemple métaphysiques, mystiques ou emprunts d'idées de grandeur (« Je communique avec l'univers par Twitter. ») Le patient peut également éprouver le sentiment de faire l'objet d'agissements malveillants, sans accès au doute. Il a notamment eu la sensation d'être violé par des fantômes, la nuit, dans sa chambre. Le délire est polymorphe avec de multiples mécanismes. Le syndrome hallucinatoire est majeur avec des hallucinations acoustico-verbales et intrapsychiques, un

écho de la pensée. Des hallucinations cénesthésiques sont à l'origine de sensations insupportables telles que des viols. Une désorganisation comportementale est associée avec soliloque, rires immotivés et déambulations.

Depuis octobre 2013, son traitement a comporté de l'Olanzapine 30 mg/jour jusque janvier 2014, de la Risperidone 10 mg/jour jusque juillet 2014, de l'Amisulpride 1200 mg/jour jusque septembre 2014 puis de la Clozapine 900 mg/jour. Malheureusement, une pharmacorésistance avec des symptômes résiduels et un déni total des troubles ont persisté malgré plusieurs lignes de traitement antipsychotique bien conduit.

La prise en charge psychiatrique de ce patient n'étant pas optimale en milieu pénitentiaire, une demande de suspension de peine pour raison médicale est en cours.

		Monsieur V.	Monsieur N.
Données socio-démographiques	Âge	25	31
	Nombre total d'incarcérations	3	1
	Durée de la maladie (années)	5	2
Comorbidités	Alcool	Abus	Non
	Cannabis	Dépendance	Non
	Trouble des conduites	Oui	Non
	Personnalité antisociale	Oui	Non
PANSS	Syndrome positif	25	31
	- Idées délirantes	3	6
	- Activité hallucinatoire	2	6
	- Méfiance/ Persécution	7	1
	- Hostilité	7	2
	Syndrome négatif	29	26
Symptômes généraux	43	49	
Total	97	106	
Données spécifiques	Trouble de la familiarité	Non	Syndrome de Capgras
Comportements violents	Grave	Plusieurs sans précision	1
	Léger	Plusieurs sans précision	0

Tableau 7. Tableau comparatif des critères d'évaluation recueillis chez Monsieur V. et Monsieur N.

2- Étude descriptive

A. Objectifs

Conformément aux objectifs de ce travail, nous proposons de présenter une étude descriptive transversale menée chez les patients souffrant de schizophrénie et admis à l'UHSA du CHRU de Lille. Cette étude vise à confirmer l'hétérogénéité de l'association entre schizophrénie et comportements violents.

L'objectif primaire de cette étude est de rechercher une association entre violence et trouble de la familiarité.

L'objectif secondaire est de confirmer l'approche typologique proposée dans la littérature en recherchant des associations entre comportement violent et schizophrénie sur la base des troubles de la familiarité, des symptômes psychotiques et des comorbidités (abus et/ou dépendance à l'alcool, abus et/ou dépendance aux drogues, trouble de la personnalité antisociale).

B. Matériel et Méthode

i. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale monocentrique menée chez les patients souffrant de schizophrénie et hospitalisés à l'UHSA du CHRU de Lille entre janvier 2015 et décembre 2016.

ii. Échantillon

Afin de répondre au mieux aux objectifs de cette étude, les caractéristiques de la population choisie sont :

- sexe masculin,
- âge supérieur à 18 ans,
- diagnostic de schizophrénie,
- incarcération en cours.

Le diagnostic de schizophrénie devait être établi selon les critères DSM-5 ou CIM-10 (*cf.* Annexes '**Tableau 8**' et '**Tableau 9**'). Notre choix s'est orienté vers une population carcérale afin de faciliter la constitution de l'échantillon.

L'échantillon a été constitué sur consultation systématique des dossiers médicaux hospitaliers de tous les patients admis à l'UHSA du CHRU de Lille entre janvier 2015 et décembre 2016. Les dossiers médicaux hospitaliers sont documentés par les praticiens hospitaliers, les internes et les infirmiers.

Les dossiers éligibles pour lesquels toutes les données requises (*cf.* paragraphe '**Outils d'évaluation**') n'étaient pas renseignées ont été exclus de l'étude. Les femmes ont également été exclues de l'étude en raison de leur faible effectif à l'UHSA.

Les procédures de recueil de données, d'anonymisation et d'analyse des données ont fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (déclaration 1996219 v 0).

iii. Outils d'évaluation

Les outils d'évaluation retenus ont été choisis en se basant sur les données de la littérature (*cf.* PARTIE 1, paragraphe '**Facteurs de risque**').

a. Données sociodémographiques et cliniques

Tout d'abord, le recueil de données a concerné les caractéristiques sociodémographiques suivantes (20,63):

- âge
- antécédents d'incarcération (116–118)

L'investigation s'est ensuite poursuivie par un recueil des données cliniques avec notamment:

- durée de la maladie (en années)
- mode d'hospitalisation (libre ou sans consentement)

Puis, la présence ou non de comorbidités associées aux comportements violents a été recherchée. Les signes cliniques retenus sont les suivants:

- abus et/ou dépendance à l'alcool (61,158)
- abus et/ou dépendance aux drogues (121,122)
- trouble de la personnalité antisociale (10,116,159)

Ces signes cliniques devaient être établis selon les modules J (dépendance alcoolique/ abus d'alcool), K (trouble lié à une substance) et P (trouble de la personnalité antisociale) du MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) (160).

Enfin, parmi les données cliniques, le résultat de la PANSS (161), échelle réalisée en pratique

courante à l'UHSA, a également été recueilli (8,126,127). La PANSS permet de mesurer la sévérité des symptômes de la schizophrénie à l'aide d'un entretien semi-structuré. Les examinateurs (praticiens hospitaliers et internes) ont été formés à la passation de cette échelle. Celle-ci distingue l'évaluation de symptômes positifs (7 items), de symptômes négatifs (7 items) et de symptômes généraux (16 items) (*cf.* Annexe '**Tableau 10**'). Chaque item est coté de 1 à 7 selon que le symptôme est absent, minime, léger, moyen, modérément sévère, sévère ou extrême.

b. Données spécifiques

○ Troubles de la familiarité

Plusieurs études et rapports de cas suggèrent un lien entre troubles de la familiarité et comportements violents dans la schizophrénie (5,7,141,151). Considérant le manque de critères diagnostiques précis pour ces troubles d'une part (147,148) et leur association possible avec les comportements violents d'autre part, il paraît intéressant de rechercher une hypofamiliarité et/ou une hyperfamiliarité dans les dossiers médicaux (7) et d'intégrer ces données dans l'étude.

L'hypofamiliarité était recherchée sur la base du sentiment qu'une personne de l'entourage était étrangère / que quelque chose chez elle apparaissait différent / qu'elle avait été remplacée par un sosie, un imposteur. Tandis que l'hyperfamiliarité était recherchée sur la base du sentiment d'être en présence d'une personne familière alors qu'on ne l'avait jamais rencontrée auparavant.

○ Caractérisation des comportements violents

Le geste violent a été défini par l'utilisation de la force physique (coup porté ou menace) dans le but de contraindre ou de causer des dommages corporels. La discrimination entre geste violent léger et geste violent grave s'est basée sur la version française du questionnaire MacCVI (153). Ce questionnaire est utilisé pour mesurer les gestes violents légers dans l'année précédant l'incarcération et les gestes violents graves sur la vie entière.

iv. Saisie des données

La saisie des données contenues dans les dossiers médicaux hospitaliers a été réalisée par deux investigateurs (LG et AG), dans un tableur Excel et sous la supervision du Dr Mathilde Horn.

v. Analyse statistique

Afin d'intégrer les troubles de la familiarité dans notre approche typologique, nous proposons de constituer 3 groupes de patients sur la base de cette donnée spécifique. Ainsi, le « Groupe 0 » sera constitué par les patients ne souffrant pas de trouble de familiarité, le « Groupe 1 » sera constitué par les patients souffrant d'un seul type de trouble de la familiarité (hypofamiliarité ou hyperfamiliarité) et le « Groupe 2 » sera constitué par les patients « mixtes », c'est-à-dire souffrant des deux types de troubles de la familiarité (hypofamiliarité et hyperfamiliarité).

Tout d'abord, nous avons réalisé un test Khi-2 pour tester l'indépendance entre trouble de familiarité et geste de violence grave. Un test Khi-2 a également été appliqué pour estimer l'indépendance entre les variables trouble de familiarité et personnalité antisociale d'une part et trouble de familiarité et abus de substances d'autre part. Dans le cas où les analyses de Khi-2 révélaient un effet significatif, des comparaisons *post hoc* par paires ont été effectuées en appliquant une correction de Bonferroni.

Des analyses de variance (ANOVA) à 1 facteur inter-sujet (appartenance à un des 3 groupes) ont été appliquées sur les sous-échelles de la PANSS en fonction des 5 facteurs proposés par Wallwork et collaborateurs : symptomatologie positive, symptomatologie négative, désorganisation, excitation et dépression (162). Dans le cas où les analyses de variance révélaient un effet significatif, nous avons appliqué des comparaisons multiples *post hoc* avec correction de Bonferroni.

Par ailleurs, l'analyse a également concerné la mesure des prévalences des comorbidités (abus et/ou dépendance à l'alcool, abus et/ou dépendance aux drogues, trouble de la personnalité antisociale, syndrome d'hypofamiliarité et/ou d'hyperfamiliarité). Les résultats seront présentés en chiffres bruts et pourcentages.

Les tests statistiques, réalisés à l'aide des logiciels Excel et SPSS, utilisent un risque α bilatéral de 5% (*i.e.* avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$).

C. Résultats

i. Echantillon

L'échantillon a été constitué entre janvier 2015 et décembre 2016. Au total, cent dossiers médicaux hospitaliers appartenant à des patients étaient éligibles pour participer à l'étude. Cinquante et un dossiers ont été inclus dans l'étude.

Les données sociodémographiques et cliniques de l'échantillon sont résumées dans le **Tableau 11**.

Âge	33 ± 9
Nombre total d'incarcérations	2,4 ± 2,7
Durée de la maladie (années)	7,5 ± 7,6
Soins sans consentement	51% (n=26)

Tableau 11. Données sociodémographiques et cliniques de l'échantillon.

ii. Résultats principaux

Quarante-neuf pourcents (n=25) des patients avaient déjà éprouvé un sentiment d'hypofamiliarité. Par ailleurs, 37% (n=19) des patients avaient déjà éprouvé un sentiment d'hyperfamiliarité. Trente-sept pourcents (n=19) des patients appartenaient au « Groupe 0 », 39% (n=20) des patients appartenaient au « Groupe 1 » et 24% (n=12) des patients appartenaient au « Groupe 2 ».

Soixante-douze pourcents (n=37) des patients ont commis un ou plusieurs gestes de violence grave. La prévalence des gestes de violence dans chacun des groupes est représentée dans la Figure 3 (cf. **Figure 3**).

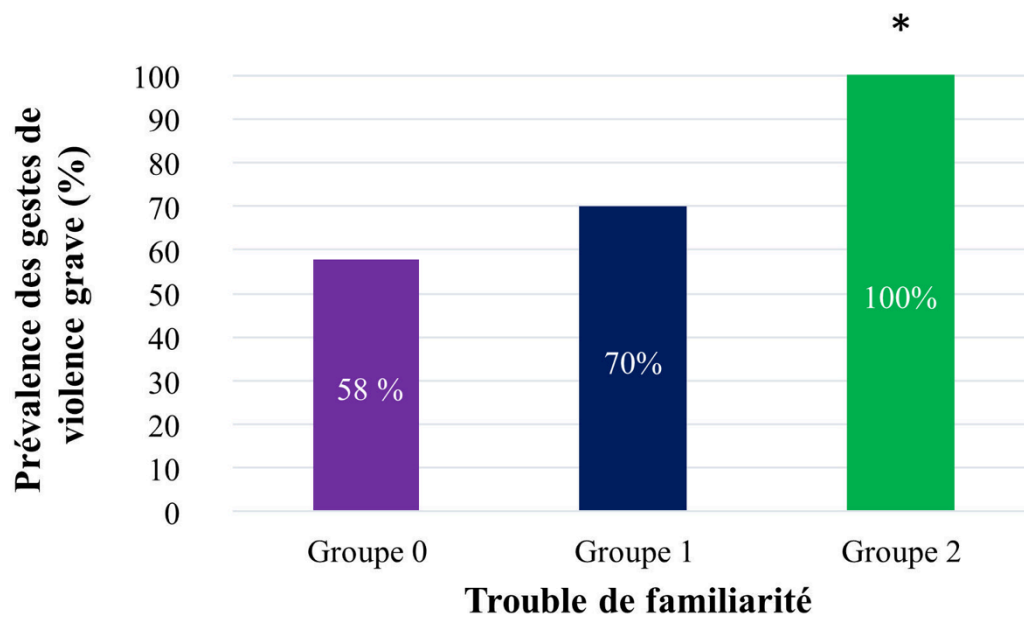


Figure 3. Prévalence des gestes de violence grave selon la présence de troubles de la familiarité.

* : différence significative au sein du « Groupe 2 »

iii. Résultats secondaires

L'abus et/ou dépendance à l'alcool pour l'ensemble de l'échantillon concernait 59% (n=30) des patients. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes en termes d'abus ou de dépendance à l'alcool.

L'abus et/ou dépendance aux drogues concernait 76% (n=39) des patients. Parmi les patients concernés, la substance la plus consommée était, de loin le cannabis (n=38). Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes en termes d'abus ou de dépendance aux drogues.

La prévalence du trouble de personnalité antisociale dans notre cohorte était de 41% (n=20).

La prévalence du trouble de personnalité antisociale dans chacun des groupes est représentée dans la Figure 4 (*cf.* **Figure 4**).

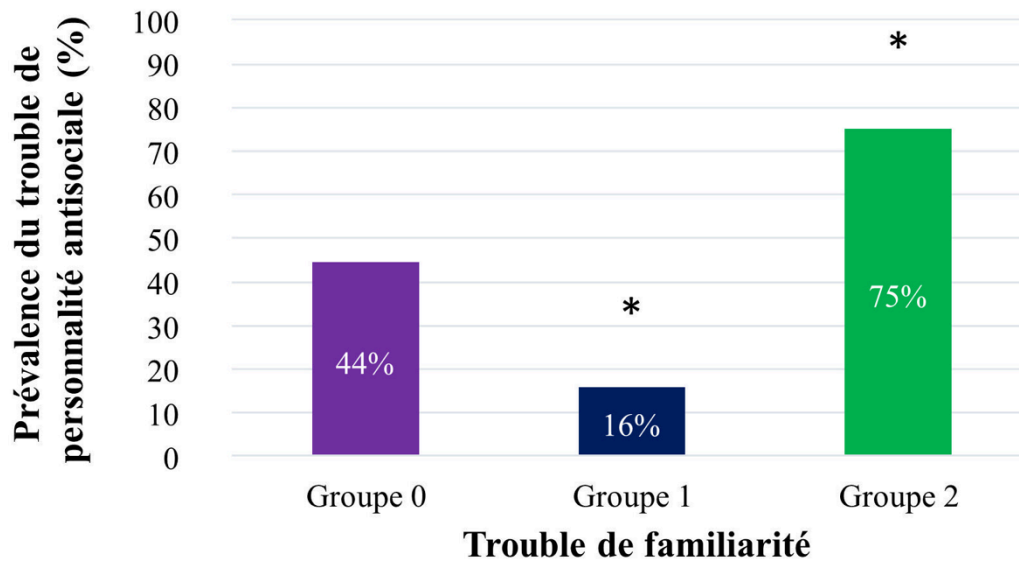


Figure 4. Prévalence du trouble de la personnalité antisociale selon la présence de troubles de la familiarité.

* : différence significative au sein des « Groupe 1 » et « Groupe 2 »

Enfin, seules les analyses de variance appliquées sur le sous-score de désorganisation à la PANSS ont révélé un effet significatif du groupe. Le score de désorganisation selon l'échelle PANSS était significativement plus élevé chez les patients du « Groupe 1 » ($x=2,933$; $p=0,019$) (cf. **Figure 5**).

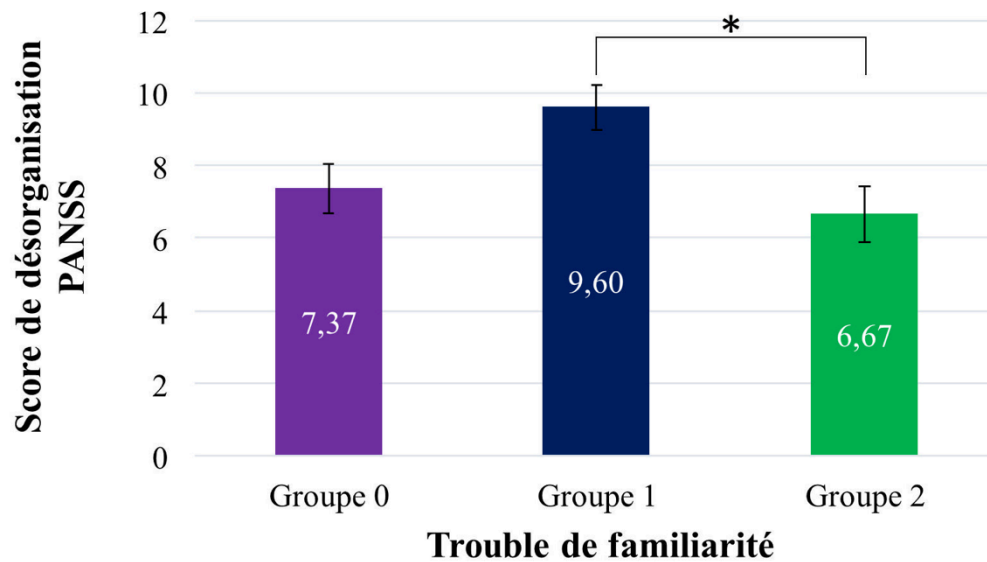


Figure 5. Score de désorganisation d'après la PANSS selon la présence de troubles de la familiarité.

* : différence significative entre les « Groupe 1 » et « Groupe 2 »

DISCUSSION

*« Il se fait tard, très tard, bientôt le soleil, et Moha n'a pas sommeil
Il veille les yeux vides, sur le carreau aride
Au mur de sa minuscule cellule
Une cigarette mal roulée se consume et tremble
Aux bouts de ses doigts exsangues
Qui semblent mourir le long de sa jambe »*

La Rumeur, Moha
L'ombre sur la mesure (2002)

1- Enquête de terrain en regard des données de la littérature

A. Illustrations cliniques : Monsieur V. et Monsieur N.

La description des deux cas cliniques de l'UHSA du CHRU de Lille avait pour objectif d'illustrer deux des trois profils proposés dans la littérature et de mettre en exergue le lien entre le profil clinique des patients d'une part et la nature et la fréquence des comportements violents d'autre part.

Les deux patients décrits souffrent de schizophrénie et ont commis des gestes de violence grave. Les facteurs de risque et les voies ayant mené à la violence sont néanmoins différents.

i. Facteurs de risque de comportements violents dans la schizophrénie

Monsieur N. souffre d'une schizophrénie paranoïde qui n'était pas diagnostiquée avant la survenue du comportement violent. Le passage à l'acte a donc probablement eu lieu lors du premier épisode de décompensation psychotique. Selon la littérature, le risque d'homicide serait 15,5 fois plus élevé chez les individus souffrant d'un premier épisode psychotique (avant l'instauration d'un traitement) en comparaison à la population générale (114). Le syndrome positif chez ce patient était particulièrement sévère au moment des faits avec notamment des idées délirantes envahissantes et des hallucinations acoustico-verbales. De plus, Monsieur N. décrivait un puissant sentiment d'hostilité à l'égard de son fils. Or, parmi les symptômes positifs de la schizophrénie, l'hostilité a le rapport le plus direct aux comportements violents (159). Le patient souffrait, de surcroît, d'un syndrome de Capgras qui est le trouble de familiarité le plus fréquemment associé aux comportements violents les plus graves comme les homicides et les infanticides (5,6). Monsieur N. n'a pas de comorbidité de type trouble de personnalité antisociale ni d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives. Pour ce patient, le comportement violent semble planifié. Il correspond à une manifestation symptomatique de la schizophrénie (125). La situation de ce patient illustre bien l'hétérogénéité des comportements violents dans la schizophrénie. La multiplication de tous ces facteurs de risque peut avoir un effet potentialisant et a certainement été à l'origine du geste de violence.

Monsieur V., quant à lui, souffre d'une schizophrénie paranoïde déjà bien connue avant l'incarcération et dont la symptomatologie positive semble assez pauvre. Monsieur V. a

présenté un trouble des conduites avant l'âge de 15 ans et souffre actuellement d'un trouble de personnalité de type antisocial sévère. Les multiples comportements violents dont il est à l'origine ont débuté avant l'apparition de la schizophrénie. Selon la littérature, le trouble de personnalité antisociale augmenterait le risque de comportement violent, indépendamment des symptômes positifs de la schizophrénie (125). Monsieur V. présente également un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives (alcool et cannabis notamment). Selon deux études de cohorte scandinaves, le risque de violence est très largement augmenté chez les patients qui souffrent d'un abus de substances associé à la schizophrénie (30,37). D'après le cas de Monsieur V., le risque de comportement violent intègre des facteurs contextuels et environnementaux. Les passages à l'acte sont non planifiés et impulsifs.

On observe donc des différences entre ces deux patients en termes de facteurs de risque et de facteurs précipitants.

ii. Nature du comportement violent

Monsieur V. présente des comportements violents multiples et de natures variables. Ils peuvent être physiques, sexuels ou psychologiques. La gravité des comportements violents est également variable. Toutefois, Monsieur V. n'a jamais commis d'homicide. Il a déjà blessé plusieurs personnes si gravement qu'il a fallu les hospitaliser.

Monsieur N. n'a, quant à lui, commis qu'un seul passage à l'acte violent de nature physique. La gravité de ce passage à l'acte était telle que sa victime est actuellement lourdement handicapée. Ces constatations cliniques s'accordent avec la littérature qui décrit plus volontiers des gestes violents répétés chez les patients avec trouble de personnalité

antisociale, et des gestes plus souvent isolés lorsqu'ils sont liés à la symptomatologie psychotique (10).

iii. Dangérosité du patient

Selon la Haute Autorité de Santé, la situation de Monsieur V. pourrait correspondre à une dangérosité criminologique car celle-ci couvre en effet « l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte » (41). La probabilité de récidence est majeure devant l'inobservance thérapeutique, le mauvais insight et la minimisation de la gravité de ses troubles du comportement.

La situation de Monsieur N. pourrait, quant à elle, correspondre à une dangérosité psychiatrique car il s'agit d'« une manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale ». Le risque de comportement violent (ou de récidence) est donc plus faible. En effet, ce risque est moins important lorsque le comportement violent est associé à une symptomatologie positive et lorsque le patient bénéficie d'un traitement antipsychotique (131,132).

Ces deux cas cliniques font écho aux propositions de sous-groupes retrouvées dans la littérature. En effet, nous décrivons d'une part un patient aux multiples antécédents de comportements violents associés à un trouble de personnalité antisociale. D'autre part, nous dépeignons un patient sans trouble de personnalité antisociale, ni antécédent de geste violent en dehors de l'épisode délirant, mais pour lequel le syndrome positif prend une place majeure dans les motivations du passage à l'acte. Ces deux patients font état d'une pathologie extrêmement sévère avec un déni total des troubles, une inobservance thérapeutique et une

pharmaco-résistance. L'inobservance thérapeutique est d'ailleurs associée à une aggravation des symptômes positifs et donc des comportements violents qui y sont associés (134–136).

Les expériences cliniques rapportées ci-dessus pourraient ainsi corroborer l'approche typologique déjà proposée dans la littérature en illustrant le sous-groupe « Antisocial » (Monsieur V.) et le sous-groupe « Paranoïde » (Monsieur N.).

B. Étude descriptive

i. Données descriptives

La population recrutée dans la présente étude est jeune. En effet, l'âge moyen de la cohorte est de 33 ± 9 ans. Il est important de noter que l'âge inférieur à 40 ans est un facteur de risque de violence (20).

La durée moyenne de la maladie y est de $7,5 \pm 7,6$ ans, ce qui semble court compte-tenu du caractère chronique de l'évolution de la schizophrénie. Ce résultat confirme donc que le risque de comportement violent est plus important en début de maladie (76).

Enfin, 51% des patients recrutés étaient hospitalisés en soins sans consentement. Le mode d'hospitalisation est un indicateur indirect de l'observance thérapeutique et de l'insight. L'inobservance thérapeutique est associée à une aggravation des symptômes positifs et donc des comportements violents associés à la symptomatologie positive (134–136). Par ailleurs, le mauvais insight est à l'origine de l'inobservance thérapeutique (33,137).

ii. Résultat principal

L'objectif primaire de cette étude était de rechercher une association entre violence et trouble de la familiarité.

Dans cet échantillon de patients très spécifique, la prévalence des troubles de la familiarité est très haute. En effet, 49% (n=25) des patients avaient déjà éprouvé un sentiment d'hypofamiliarité et 37% (n=19) des patients avaient déjà éprouvé un sentiment d'hyperfamiliarité. Enfin, 63% (n=32) des patients ont déjà présenté au moins un trouble de familiarité (« Groupe 1 » et « Groupe 2 »). La schizophrénie paranoïde serait effectivement le trouble neuropsychiatrique le plus fréquemment associé aux troubles de la familiarité (163). Toutefois, cette constatation clinique détonne avec le manque d'intérêt pour ce trouble dans la littérature scientifique. Aucune donnée de référence ne peut être opposée à ce résultat. Ceci peut être expliqué par le fait qu'il n'existe pas, à ce jour, de critère diagnostique précis (148). Il paraît ainsi essentiel d'explorer plus systématiquement les troubles de la familiarité dans l'évaluation clinique d'un patient souffrant de schizophrénie.

Les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique grave et impliquées dans un acte médico-légal sont plus souvent victimes qu'auteurs (23). En outre, plus de 90% des personnes souffrant de schizophrénie ne sont pas violentes (11,24–26). Or, tous les patients de cette cohorte ont commis au moins un geste de violence léger. La prévalence des gestes de violence grave est également très élevée : 72% (n=37). Ceci peut s'expliquer par la grande spécificité du profil des patients recrutés. D'une part, tous les patients inclus dans cette étude souffraient d'une schizophrénie dont la sévérité nécessitait une prise en charge en hospitalisation. D'autre part, tous les patients inclus dans cette étude ont une histoire médico-

légale. Donc cette population d'étude est constituée de patients à haut risque de comportement violent. Par conséquent, ces résultats ne sont pas destinés à être extrapolés à la population générale.

Aucune étude n'a, à ce jour, mesuré l'association entre troubles de la familiarité et histoire médico-légale.

Tout d'abord, le parallèle entre les deux prévalences fortement élevées (trouble de familiarité et geste de violence grave) dans cet échantillon de patients très spécifique peut raisonnablement nous faire évoquer une association entre comportements violents et troubles de la familiarité.

De surcroît, il existe une association entre troubles de la familiarité et comportements violents dans notre échantillon. La différence entre les groupes est marquée par une augmentation du nombre de gestes violents graves lorsque les antécédents de troubles de familiarité sont plus importants. En effet, le nombre de gestes violents graves commis dans le « Groupe 1 » est supérieur à celui commis dans le « Groupe 0 » et le nombre de gestes violents graves commis dans le « Groupe 2 » est supérieur à celui commis dans le « Groupe 1 ».

Enfin, la survenue de gestes violents graves était significativement associée à la présence d'antécédents de deux types de troubles de familiarité (100% de geste violent grave dans le « Groupe 2 »).

Ces résultats confirment donc les données disponibles actuellement dans la littérature (141,151,152). Silva et collaborateurs proposent que le syndrome délirant conduise le patient qui en souffre, à construire un récit dans lequel la biographie de la personne mal identifiée s'écarte radicalement d'une construction stable et correcte. Cette biographie erronée, considérée comme authentique, devient alors celle d'une personne malveillante. La personne

mal identifiée est ainsi perçue comme une menace, ce qui peut engendrer un comportement violent (164). Parmi les patients ayant éprouvé un sentiment d'hypofamiliarité dans notre cohorte, 36% ont commis un geste de violence en rapport avec ce sentiment. Nestor et collaborateurs ont d'ailleurs constaté une incidence plus élevée du syndrome de Capgras chez les patients ayant commis un acte médico-légal (5). Le sentiment d'hyperfamiliarité était, quant à lui, à l'origine d'un geste violent chez seulement 1 patient qui l'éprouvait.

iii. Résultats secondaires

L'objectif secondaire de cette étude était de confirmer l'approche typologique proposée dans la littérature en recherchant des associations entre comportement violent et schizophrénie sur la base des troubles de la familiarité, des symptômes psychotiques et des comorbidités (abus et/ou dépendance à l'alcool, abus et/ou dépendance aux drogues, trouble de la personnalité antisociale).

Cette étude ne réplique pas à l'identique les études précédemment publiées sur le sujet mais nos résultats apportent toutefois un complément d'information. En effet, nous avons abordé la question des comportements violents dans la schizophrénie selon une approche différente de celle proposée antérieurement, qui était basée sur le trouble de personnalité antisociale (sous-groupe « Antisocial ») et la symptomatologie positive (sous-groupe « Paranoïde ») (10–12). Ici, le choix des groupes (« Groupe 0 », « Groupe 1 » et « Groupe 2 ») a été déterminé par les troubles de la familiarité. Il nous a paru nécessaire de les intégrer à la typologie déjà proposée car les troubles de familiarité semblent liés à une symptomatologie psychotique sévère d'une part et à la survenue de comportements violents d'autre part. La présence d'un trouble de familiarité associé à la symptomatologie positive constituerait, de

surcroît, un facteur de gravité (147). Plusieurs auteurs ont d'ailleurs rapporté que les troubles de familiarité étaient peu sensibles aux traitements médicamenteux (157,165,166).

Des facteurs de risque de violence bien identifiés dans la schizophrénie sont notamment les troubles liés à la consommation de substances psychoactives et le trouble de personnalité antisociale (37,64,134). Or, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes en terme d'abus ou de dépendance à l'alcool ni en terme d'abus ou de dépendance aux drogues. Donc la consommation de substances semble contribuer à la violence mais pas à la survenue de troubles de la familiarité.

Seules les variables « geste violent grave », « trouble de personnalité antisociale » et « désorganisation » ont significativement différencié entre les trois groupes.

Les patients du « Groupe 0 » n'avaient pas significativement commis plus de geste violent grave, ne souffraient pas significativement plus de trouble de la personnalité antisociale et n'étaient pas significativement plus désorganisés.

Les patients du « Groupe 1 » n'avaient pas commis significativement plus de geste violent grave, souffraient significativement moins de trouble de la personnalité antisociale et étaient significativement plus désorganisés. Donc les patients ne souffrant que d'un type de trouble de familiarité seraient moins « antisociaux » et plus « désorganisés » mais ne commettraient pas plus de geste de violence. Ces patients-là pourraient correspondre au sous-groupe « Paranoïde » proposé dans la littérature (10–12). En effet, ce groupe de patients semble présenter une symptomatologie psychotique plus sévère avec la présence d'un type de trouble de familiarité et une désorganisation. De façon plus étonnante, l'appartenance à ce groupe

n'augmenterait pas significativement la survenue des gestes de violence grave. Gardons toutefois en tête que tous les patients de cette cohorte ont commis au moins un geste de violence léger.

Enfin, les patients du « Groupe 2 » ont commis significativement plus de gestes violents graves, souffraient significativement plus de troubles de la personnalité antisociale et étaient significativement moins désorganisés. Donc les patients souffrant des deux types de trouble de familiarité seraient plus violents, plus « antisociaux » et moins « désorganisés ». Ces patients-là pourraient correspondre au sous-groupe « Antisocial » proposé dans la littérature (10–12). La symptomatologie psychotique dans le groupe « Antisocial » décrit par Joyal et collaborateurs, est peu sévère (10). En effet, le fonctionnement de personnalité de type antisocial semble peu compatible avec une désorganisation psychique. Ce fonctionnement de personnalité est déterminé par la transgression volontaire des normes sociales et des lois, avec une propension importante à rendre autrui responsable. Il n'est donc pas conciliable avec un trouble du cours de la pensée caractérisé par un relâchement des associations et une ambivalence. D'autre part, ce fonctionnement de personnalité est associé à la survenue de gestes de violence grave (2). Or, ce groupe n'était constitué que par des patients ayant commis des gestes de violence grave.

Cette étude aura finalement permis de mettre en exergue différents profils de patients souffrant de schizophrénie et auteurs de comportements violents selon la présence de troubles de la familiarité (*cf.* **Tableau 12**).

	Geste violent grave	Trouble de personnalité antisociale	Désorganisation	
« Groupe 0 »	=	=	-	
« Groupe 1 »	+	-	++	Sous-groupe « Paranoïde »
« Groupe 2 »	++	++	-	Sous-groupe « Antisocial »

Tableau 12. Tableau récapitulatif des résultats

iv. Limites de l'étude

À notre connaissance, il s'agit de la première étude épidémiologique descriptive visant à confirmer l'approche typologique, en intégrant les troubles de la familiarité. Il s'agit également de la première étude mesurant la prévalence de troubles de la familiarité.

Plusieurs limites de cette étude doivent être soulevées.

Un design transversal rétrospectif a été choisi pour permettre la faisabilité de l'étude, mais celui-ci implique plusieurs biais. D'une part, il ne permet pas d'évaluer la temporalité des associations. D'autre part, le recueil des données a été réalisé rétrospectivement à partir des dossiers médicaux hospitaliers constitués par les praticiens hospitaliers, les internes et les infirmiers lors d'une hospitalisation à l'UHSA du CHRU de Lille. La multiplicité des professionnels de santé ayant complété chacun des dossiers peut être à l'origine d'un manque de fiabilité d'une part et de données manquantes d'autre part. Néanmoins, les patients

éligibles pour lesquels toutes les données requises n'étaient pas renseignées dans le dossier ont été exclus de l'étude. Enfin, pour chacun des patients recrutés, les hospitalisations ont eu lieu à des moments différents de leur prise en charge, après des durées de maladie variables et à des distances variables de la survenue des comportements violents. Ainsi, il paraissait parfois difficile d'évaluer avec précision l'association entre les facteurs de risque mis en évidence et un comportement violent particulier.

La taille de l'échantillon paraît insuffisante à l'heure actuelle. Nous envisageons de poursuivre le recrutement. L'objectif sera de consolider l'association entre geste violent grave et trouble de la familiarité. Nous souhaitons également pouvoir confirmer le rôle de l'abus et/ou dépendance à l'alcool et de l'abus et/ou dépendance aux drogues dans la survenue des comportements violents qui a déjà été mis en évidence dans la littérature (9). De surcroît, de nouvelles inclusions permettraient de réaliser des analyses en clusters afin de confirmer l'approche typologique proposée dans la littérature. Enfin, deux résultats provisoires méritent d'être plus spécifiquement étudiés : l'absence de modification significative de la survenue de gestes de violence grave dans le « Groupe 1 » et l'augmentation de la prévalence du trouble de personnalité antisociale dans le « Groupe 2 ».

Il faut également noter que cette étude s'est intéressée à un profil de patients très spécifique. En effet, il s'agissait de patients dont la sévérité de la schizophrénie nécessitait une hospitalisation et ayant tous des antécédents médico-légaux. Pour rappel, plus de 90% des personnes souffrant de schizophrénie ne sont pas violentes (11,24–26). Ces résultats n'ont pas pour objectif d'être généralisés et ne prétendent pas identifier les facteurs de risque de comportement violent de tous les patients souffrant de schizophrénie. Le choix de la population spécifique de cette étude a été réfléchi pour permettre de préciser les facteurs de risque chez des patients qui présentent déjà une prédisposition aux comportements violents

avérée.

Concernant la caractérisation des comportements violents, la discrimination entre geste violent léger et geste violent grave s'est basée sur la version française du questionnaire MacCVI (153). La réalisation d'une analyse qualitative basée sur la présence ou non de gestes violents légers, comme nous l'avons fait pour les gestes violents graves aurait pu être intéressante. Or, tous les patients de cette cohorte avaient commis des gestes violents légers. Aucune discrimination n'était donc possible. Il aurait alors été intéressant de réaliser une analyse quantitative sur la base du nombre de gestes violents légers commis. Toutefois, ce questionnaire ne permet pas de l'établir avec précision cette variable. Par exemple, la participation à une bagarre peut être cotée dans 4 items différents dans l'échelle alors qu'il s'agit d'un événement isolé. Nous n'avons donc pas pu constituer de groupes de patients basés sur la discrimination entre geste violent léger et geste violent grave pour l'analyse statistique. Rappelons néanmoins que le questionnaire MacCVI permet d'identifier de façon très exhaustive les gestes violents graves sur la vie entière et les gestes violents légers dans l'année précédant l'incarcération. Il assure ainsi plus de fiabilité dans le recueil de données.

2- Perspectives du travail

A. Perspectives cliniques : prévenir

La recherche sur l'origine des comportements violents dans la schizophrénie permet de mieux les prévenir. L'identification de différents profils de patients à risque de comportement violent donnerait des moyens d'améliorer les stratégies de préventions primaire et secondaire à un niveau individuel et de façon personnalisée.

La Haute Autorité de Santé a publié en 2011 des recommandations concernant la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie et auteurs de comportements violents (154). Cette prise en charge doit être globale et multidisciplinaire (55). Elle doit impliquer le médecin traitant, les infirmiers, les travailleurs sociaux, le tuteur ou le curateur et la famille pour assurer la continuité des soins et l'identification des situations à risque. La sécurité de l'entourage doit être prise en compte. La formation puis la supervision du personnel et des proches concernant la gestion de la violence, ainsi que la sécurisation des lieux, constituent des points clés à ne pas négliger.

La prévention primaire des comportements violents dans la schizophrénie passe tout d'abord par une évaluation du risque qui doit être complète et individualisée. Elle concerne l'anamnèse, l'identification des facteurs de risque et des facteurs de protection avec notamment la prise en charge des facteurs dynamiques qui peuvent être modulables. L'évaluation du risque doit être répétée car celui-ci se modifie dans le temps au gré de l'évolution clinique du patient, de son environnement et de ses événements de vie. Une attention toute particulière doit être portée aux questions de l'hébergement, des ressources et

de la protection des biens (154).

La proposition d'un traitement pharmacologique est compliquée par le mauvais insight qui est fréquemment retrouvé chez les patients souffrant de schizophrénie et perpétrant des comportements violents. Comme nous l'avons vu dans la présentation des cas de Monsieur V. et de Monsieur N., l'alliance thérapeutique est généralement de mauvaise qualité et l'observance médicamenteuse reste précaire. Le traitement qui possède le niveau de preuve le plus élevé avec un effet spécifique pour la prévention des comportements violents dans la schizophrénie est la Clozapine, antipsychotique de seconde génération (167). Toutefois, lorsque le consentement aux soins est limité, la surveillance biologique indispensable à la mise en place du traitement limite considérablement son utilisation. En outre, il n'existe pas de traitement conventionnel spécifique dans la prise en charge des troubles de la familiarité.

Par ailleurs, les groupes d'éducation thérapeutique peuvent avoir un effet positif sur l'insight et l'adhésion au traitement (168). Les thérapies cognitives et comportementales, centrées sur la gestion des émotions et notamment de la colère, peuvent également avoir un intérêt dans la prévention des comportements violents (169). De plus, les programmes de remédiation cognitive ont leur place dans la prise en charge des troubles cognitifs associés aux comportements violents dans la schizophrénie (170). Toutefois, la plupart des traitements non pharmacologiques ne sont pas adaptés aux patients qui ne sont pas stabilisés sur le plan des troubles du comportement.

Enfin, les comorbidités telles que l'éthylisme chronique ou l'abus de substances doivent également être prises en charge (171).

L'approfondissement de cette recherche pourrait permettre une adaptation de la prise en charge des patients selon leur profil clinique.

B. Perspectives médico-légales : comprendre

Plusieurs études ont fait le constat d'une surreprésentation des personnes présentant des troubles psychiques dans les établissements pénitentiaires (4,51). Le rapport de la commission d'audition de la Haute Autorité de Santé en 2007 a identifié certains facteurs qui concourent à cette situation. Du côté du champs pénal et carcéral, les facteurs retenus sont notamment : l'association trop spontanée entre dangerosité et pathologie mentale, l'absence relative de dispositifs d'identification des troubles psychiques à un stade précoce de la procédure pénale et une potentielle méconnaissance par les experts psychiatres de la fonction de la psychiatrie en milieu carcéral (41).

L'expertise psychiatrique pénale a pour but de déterminer si, au moment des faits, le sujet présentait une pathologie psychiatrique ayant causé une altération ou une abolition du discernement et si, en conséquence, la juridiction concernée peut prononcer ou non une peine. Le recours à l'expertise est justifié par l'article 122-1 du code de procédure pénale et trouve donc sa place aux stades de l'enquête, de l'instruction, du jugement ou de l'exécution de la peine (172).

Les décisions rendues par les experts psychiatres sont inégales et non consensuelles. En effet, ces experts appréhendent différemment la notion d'irresponsabilité pénale ; ce qui reflète leurs différentes représentations de l'effet de la maladie mentale sur le contrôle pulsionnel (47). Certains préconisent d'appliquer l'irresponsabilité pénale à toutes les personnes souffrant de schizophrénie tandis que d'autres considèrent que les patients conservent un rapport à la réalité qui leur permet de passer en jugement dans la majorité des cas. Selon

certain auteurs, cette stratégie de minimisation de l'effet des troubles sur le psychisme par les experts constituerait un « mouvement de responsabilisation » qui tend à considérer le patient comme un citoyen à part entière (47).

Cependant les incarcérations pourraient avoir des effets délétères sur la santé mentale des détenus (59). Une déclaration d'irresponsabilité pénale permet donc aux patients souffrant de schizophrénie de ne pas subir de facteur de stress pouvant être à l'origine d'une nouvelle décompensation psychotique (60). D'autre part, l'offre de soins en établissement pénitentiaire est insuffisante (55) donc une déclaration d'irresponsabilité pénale permet plutôt aux patients de bénéficier de soins psychiatriques assortis d'un étayage de qualité en secteur conventionnel.

Pour tous les patients inclus dans cette étude, la responsabilité pénale a été retenue. Et pour certains seulement, l'atténuation de responsabilité a été reconnue. Malheureusement, la reconnaissance de l'atténuation de responsabilité n'a pas toujours pour conséquence une réduction de la peine de prison.

Le sort des patients souffrant de schizophrénie et ayant commis un acte médico-légal semble ainsi tributaire des obédiences du juge ou de l'expert psychiatre. La recherche sur l'origine des comportements violents dans la schizophrénie permet ainsi de mieux comprendre les gestes de violence et d'éclairer le débat sur la responsabilité pénale des patients (43). Une décision plus consensuelle sur la reconnaissance de l'abolition ou l'altération du discernement au moment des faits pourrait être guidée par l'approche typologique que nous proposons afin d'assurer une égalité des chances entre les patients (44). En effet, cette décision de justice constitue un enjeu majeur dans l'histoire de la maladie d'un patient souffrant de schizophrénie.

C. Perspectives scientifiques

Les perspectives scientifiques de ce projet concernent essentiellement la nécessité de vérifier que l'association entre troubles de la familiarité et comportements violents est spécifique à la schizophrénie. S'assurer de cette spécificité clarifierait le rôle joué par les troubles de la familiarité dans la survenue d'un comportement violent, indépendamment des autres facteurs de risque.

Tout d'abord, il semblerait intéressant de comparer les résultats de la présente étude à ceux obtenus à partir d'une cohorte de patients ayant commis des comportements violents mais dans le contexte d'un autre trouble neuropsychiatrique que la schizophrénie. En effet, il pourrait aussi exister une association entre troubles de la familiarité et comportements violents dans d'autres types de troubles neuropsychiatriques. Nous avons eu l'occasion de constater qu'un patient admis à l'UHSA du CHRU de Lille pour un épisode dépressif caractérisé à caractéristiques psychotiques souffrait également d'un trouble de familiarité (Monsieur F.). Il n'est pas exclu que, pour un patient souffrant d'un épisode dépressif caractérisé à caractéristiques psychotiques, le trouble de familiarité soit à l'origine de comportements violents. Le syndrome délirant présenté par Monsieur F. était caractérisé par l'absence de syndrome hallucinatoire, une congruence à l'humeur, des idées de ruine, de culpabilité et de damnation. Il avait la conviction inébranlable d'être prisonnier d'un jeu vidéo destiné à le détruire. L'ensemble de son entourage (soignants et patients) constituait les personnages du jeu vidéo. En effet, dans le cas de Monsieur F., un sentiment d'hyperfamiliarité vis-à-vis des autres patients du service était associé à un vécu très hostile de l'hospitalisation. Monsieur F. présentait des troubles de la reconnaissance de certains patients, pensant qu'ils étaient d'anciens camarades de classe, revenus au sein du jeu pour lui

nuire. En conséquence, ce patient refusait de sortir de sa chambre pour participer à la vie collective du service, par peur de commettre un geste violent. Monsieur F. n'a, à notre connaissance, pas commis ce geste à ce jour.

De même, dans l'objectif de vérifier la spécificité de l'association entre troubles de la familiarité et comportements violents dans la schizophrénie, ces résultats pourraient également être comparés à ceux obtenus à partir d'une cohorte de patients souffrant de schizophrénie mais n'ayant pas commis de comportement violent. Dans notre étude, tous les patients inclus ont commis au moins un geste violent léger. Rappelons que cette étude s'est intéressée à des patients dont la sévérité de la schizophrénie nécessitait une hospitalisation et ayant des antécédents médico-légaux.

Enfin, il nous semblerait intéressant de proposer une mesure de la prévalence des troubles de la familiarité dans une cohorte de patients souffrant d'autres troubles neuropsychiatriques que la schizophrénie. Concernant le cas de Monsieur F., nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude corroborant cette constatation clinique. Seul un rapport de cas, publié en 2013, a décrit la situation de deux patients souffrant d'un trouble obsessionnel compulsif pharmaco-résistant associé à des troubles de la familiarité (173).

CONCLUSION

*« Un pensée sincère pour ceux de l'autre côté
On est à demi-mort pour la société
J' compte plus le nombre de morts qu'il y a dans nos quartiers
Le nombre de suicidés dans les pénitenciers »*

Mac Tyer, Suicide carcéral
Le Général (2006)

Dans la schizophrénie, la majorité des comportements violents est perpétrée par une minorité de patients. Une meilleure compréhension des comportements violents dans la schizophrénie est nécessaire car elle permet non seulement une prévention plus efficace de la violence, mais aussi une diminution de l'ostracisme subi par ces personnes déjà vulnérables. En effet, les troubles mentaux graves exposent particulièrement les personnes qui en souffrent à la stigmatisation et à l'isolement dans la cité. De surcroît, alors que le milieu carcéral est un environnement hostile et stressant où l'accès aux soins est insuffisant, de nombreuses personnes souffrant de schizophrénie y sont détenues.

L'enquête de terrain menée ici aura donc permis de confirmer l'hétérogénéité des comportements violents dans la schizophrénie et de dégager l'association entre troubles de la familiarité et comportements violents. Ainsi, l'intégration des troubles de la familiarité dans cette étude affine la définition clinique des différents profils proposés dans la littérature pour justifier les mesures préventives spécifiques d'étayage et d'assistance à mettre en place dans la vie quotidienne d'une part et éclairer le débat sur la responsabilité pénale des patients d'autre part.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. World Health Organization. Schizophrenia [Internet]. WHO. 2015 [cited 2016 Sep 27]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/
2. Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique. Troubles Psychotiques - Trouble schizophrénique de l'adolescent et de l'adulte. In: *Référentiel Psychiatrie et Addictologie*. 2ème édition révisée. Presses universitaires François Rabelais; 2016.
3. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2009 Aug;6(8):e1000120.
4. Thomas P, Adins-Avinée C. *Psychiatrie en milieu carcéral*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-masson. 2012.
5. Nestor PG, Haycock J, Doiron S, Kelly J, Kelly D. Lethal violence and psychosis: a clinical profile. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1995;23(3):331–41.
6. Silva JA, Sharma KK, Leong GB, Weinstock R. Dangerousness of the delusional misidentification of children. *J Forensic Sci*. 1992 May;37(3):830–8.
7. Carabellese F, Rocca G, Candelli C, Catanesi R. Mental illness, violence and delusional misidentifications: the role of “Capgras” syndrome in matricide. *J Forensic Leg Med*. 2014 Jan;21:9–13.
8. Hodgins S, Riaz M. Violence and phases of illness: differential risk and predictors. *Eur Psychiatry*. 2011 Nov;26(8):518–24.
9. Volavka J. *Neurobiology of Violence*. Washington DC: American Psychiatric Publishing. 2002. (2nd Edition).
10. Joyal CC, Putkonen A, Paavola P, Tiihonen J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med*. 2004 Apr;34(3):433–42.
11. Dubreucq JL. Risk of violence and serious mental disorders. *Annales médico-psychologiques*. 2005;163:852–65.
12. Dumais A, Potvin S, Joyal C, Allaire J-F, Stip E, Lesage A, et al. Schizophrenia and serious violence: a clinical-profile analysis incorporating impulsivity and substance-use disorders. *Schizophr Res*. 2011 Aug;130(1–3):234–7.
13. Bleuler E. *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Erstdruck. Leipzig und

Wien: F. Deuticke; 1911.

14. Van Os J. Schizophrenia. *Lancet*. 2009;374:635–45.
15. Demily C, Thibaut F. Facteurs de risque environnementaux à la schizophrénie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2008 Oct;166(8):606–11.
16. Andreasen NC, Olsen S. Negative v positive schizophrenia. Definition and validation. *Arch Gen Psychiatry*. 1982 Jul;39(7):789–94.
17. HAS Haute Autorité de Santé. Schizophrénies. Guide Affection de Longue Durée. 2007 Juin;23.
18. Shergill SS, Murray RM, McGuire PK. Auditory hallucinations: a review of psychological treatments. *Schizophr Res*. 1998 Aug 17;32(3):137–50.
19. Etienne G Krug. Rapport mondial sur la violence et la santé. Organisation Mondiale de la Santé. 2002 Genève;
20. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry*. 1990 Jul;41(7):761–70.
21. Fazel S, Singh JP, Doll H, Grann M. Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012 Jul 24;345:e4692.
22. Webster CD, Nicholls TL, Martin M-L, Desmarais SL, Brink J. Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): The case for a new structured professional judgment scheme. *Behav Sci Law*. 2006;24(6):747–66.
23. Kamperman AM, Henrichs J, Bogaerts S, Lesaffre EMEH, Wierdsma AI, Ghauharali RRR, et al. Criminal victimisation in people with severe mental illness: a multi-site prevalence and incidence survey in the Netherlands. *PLoS ONE*. 2014;9(3):e91029.
24. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tattan T, et al. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Res*. 2004 Apr 1;67(2–3):247–52.
25. Silverstein SM. Schizophrenia and violence: realities and recommendations. *Crime Psychology Review*. 2015;1:21–42.
26. Swanson JW. Violence and ECA data (Lettre à l'éditeur). *Hospital & Community Psychiatry*. 1991;42:954–5.
27. Torrey EF. Schizophrenia and manic-depressive disorder. New-York: Basic Books. 1994.
28. Swanson JW. Mental disorder, substance abuse, and community violence: an epidemiological approach. In: *Violence and mental disorder: developments and risk*

assessment. University of Chicago Press. 1994. p. 101–36.

29. Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 1992 Jun;49(6):476–83.
30. Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M. Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Jun;53(6):489–96.
31. Hodgins S. Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philos Trans R Soc Lond, B, Biol Sci*. 2008 Aug 12;363(1503):2505–18.
32. Fazel S, Långström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA*. 2009 May 20;301(19):2016–23.
33. Volavka J, Citrome L. Pathways to aggression in schizophrenia affect results of treatment. *Schizophr Bull*. 2011 Sep;37(5):921–9.
34. Grann M, Danesh J, Fazel S. The association between psychiatric diagnosis and violent re-offending in adult offenders in the community. *BMC Psychiatry*. 2008 Nov 25;8:92.
35. Fazel S, Wolf A, Palm C, Lichtenstein P. Violent crime, suicide, and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders: a 38-year total population study in Sweden. *Lancet Psychiatry*. 2014 Jun;1(1):44–54.
36. Douglas KS, Guy LS, Hart SD. Psychosis as a risk factor for violence to others: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2009 Sep;135(5):679–706.
37. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 May;57(5):494–500.
38. Short T, Thomas S, Mullen P, Ogloff JRP. Comparing violence in schizophrenia patients with and without comorbid substance-use disorders to community controls. *Acta Psychiatr Scand*. 2013 Oct;128(4):306–13.
39. Winsper C, Singh SP, Marwaha S, Amos T, Lester H, Everard L, et al. Pathways to violent behavior during first-episode psychosis: a report from the UK National EDEN Study. *JAMA Psychiatry*. 2013 Dec;70(12):1287–93.
40. Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Am J Psychiatry*. 2000 Apr;157(4):566–72.
41. HAS Haute Autorité de santé. Expertise psychiatrique pénale. Rapport de la commission d'audition. 2007 mai;
42. Pradel J. En droit pénal, quels sont les fondements de l'expertise psychiatrique pénale,

quelles en sont les évolutions dans le procès pénal, et quels sont les objectifs différentiels de l'expertise psychiatrique et l'examen médico-psychologique ? Audition Publique Rapport d'expert.

43. Sénat. L'irresponsabilité pénale des malades mentaux. Les documents de travail du Sénat. 2004 Février; Législation comparée 132.
44. Sénat. Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? [Internet]. Sénat. 2010 [cited 2016 Sep 29]. Available from: <https://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4341.html>
45. Ministère de la Justice. Les chiffres clés de la Justice 2016. Secrétariat général-Service support et moyens du ministère-Sous-direction de la Statistique et des études. 2016 Oct 13;
46. Direction de l'administration pénitentiaire. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France. Bureau des statistiques et des études (SDME-Me5). 2017 Jan;
47. Caroline Guibet Lafaye. L'irresponsabilité pénale au prisme des représentations sociales de la folie et de la responsabilité des personnes souffrant de troubles mentaux. Mission de recherche droit et justice. 2016 Oct;
48. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. 2006 Aug 21;6:33.
49. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet*. 2011 Mar 12;377(9769):956–65.
50. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*. 2006 Feb;101(2):181–91.
51. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*. 2002 Feb 16;359(9306):545–50.
52. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry*. 2012 May;200(5):364–73.
53. Fovet T, Thomas P, Adins C, Amad A. France's forensic psychiatry provision: the long and winding road. *Lancet Psychiatry*. 2015 Aug;2(8):e20.
54. Thomas P. Prison psychiatric between necessity and ambiguity. *Annales médico-psychologiques*. 2015;173:348–51.
55. Amad A. Itinéraires de patients souffrant de troubles psychiatriques en prison: passé, présent et devenir après l'incarcération. *La lettre du psychiatre*. 2014 Dec;6:176–7.

56. Blitz CL, Wolff N, Shi J. Physical victimization in prison: the role of mental illness. *Int J Law Psychiatry*. 2008 Nov;31(5):385–93.
57. Fovet T. Psychiatrie en milieu pénitentiaire: une sémiologie à part? *Annales médico-psychologiques*. 2015 Août;173.
58. Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique. Risque et conduites suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte : identification et prise en charge. In: *Référentiel de Psychiatrie et Addictologie*. Presses universitaires François-Rabelais. 2016.
59. Davidson C. France's forensic psychiatry provision--is it up to scratch? *Lancet Psychiatry*. 2015 May;2(5):385–7.
60. Spring BJ, Zubin J. Attention and information processing as indicators of vulnerability to schizophrenic episodes. *J Psychiatr Res*. 1978;14(1–4):289–301.
61. Fazel S, Grann M, Carlström E, Lichtenstein P, Långström N. Risk factors for violent crime in Schizophrenia: a national cohort study of 13,806 patients. *J Clin Psychiatry*. 2009 Mar;70(3):362–9.
62. Bo S, Abu-Akel A, Kongerslev M, Haahr UH, Simonsen E. Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clin Psychol Rev*. 2011 Jul;31(5):711–26.
63. Moran P, Hodgins S. The correlates of comorbid antisocial personality disorder in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2004;30(4):791–802.
64. 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 Feb;66(2):152–61.
65. Morris RW, Weickert CS, Loughland CM. Emotional face processing in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. 2009 Mar;22(2):140–6.
66. Citrome L, Epstein H, Nolan KA, Trémeau F, Elin C, Roy B, et al. Public-academic partnerships: integrating state psychiatric hospital treatment and clinical research. *Psychiatr Serv*. 2008 Sep;59(9):958–60.
67. Nolan KA, Citrome L. Reducing inpatient aggression: does paying attention pay off? *Psychiatr Q*. 2008 Jun;79(2):91–5.
68. Hodgins S, Piatosa MJ, Schiffer B. Violence among people with schizophrenia: phenotypes and neurobiology. *Curr Top Behav Neurosci*. 2014;17:329–68.
69. Lindenmayer J-P, Brown E, Baker RW, Schuh LM, Shao L, Tohen M, et al. An excitement subscale of the Positive and Negative Syndrome Scale. *Schizophr Res*. 2004 Jun 1;68(2–3):331–7.
70. Huber CG, Hochstrasser L, Meister K, Schimmelmann BG, Lambert M. Evidence for

an agitated-aggressive syndrome in early-onset psychosis correlated with antisocial personality disorder, forensic history, and substance use disorder. *Schizophr Res.* 2016 Aug;175(1–3):198–203.

71. Morgan C, Fisher H. Environment and Schizophrenia: Environmental Factors in Schizophrenia: Childhood Trauma—A Critical Review. *Schizophr Bull.* 2007 Jan 1;33(1):3–10.

72. Wigman JTW, van Winkel R, Ormel J, Verhulst FC, van Os J, Vollebergh WAM. Early trauma and familial risk in the development of the extended psychosis phenotype in adolescence: Development of the extended psychosis phenotype. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2012 Oct;126(4):266–73.

73. Murray J, Farrington DP. Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *Can J Psychiatry.* 2010 Oct;55(10):633–42.

74. Fisher H, Morgan C, Dazzan P, Craig TK, Morgan K, Hutchinson G, et al. Gender differences in the association between childhood abuse and psychosis. *Br J Psychiatry.* 2009 Apr;194(4):319–25.

75. Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine.* 2009 Feb;39(02):179–195.

76. Hodgins S, Klein S. New Clinically Relevant Findings about Violence by People with Schizophrenia. *Can J Psychiatry.* 2016 Sep 7;

77. Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature.* 2014 Jul 24;511(7510):421–7.

78. Blair RJR. The neurobiology of psychopathic traits in youths. *Nat Rev Neurosci.* 2013 Nov;14(11):786–99.

79. Bhakta SG, Zhang J-P, Malhotra AK. The COMT Met158 allele and violence in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2012 Sep;140(1–3):192–7.

80. Singh JP, Volavka J, Czobor P, Van Dorn RA. A meta-analysis of the Val158Met COMT polymorphism and violent behavior in schizophrenia. *PLoS ONE.* 2012;7(8):e43423.

81. Lachman HM, Nolan KA, Mohr P, Saito T, Volavka J. Association between catechol O-methyltransferase genotype and violence in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry.* 1998 Jun;155(6):835–7.

82. Han DH, Kee BS, Min KJ, Lee YS, Na C, Park DB, et al. Effects of catechol-O-

- methyltransferase Val158Met polymorphism on the cognitive stability and aggression in the first-onset schizophrenic patients. *Neuroreport*. 2006 Jan 23;17(1):95–9.
83. Kotler M, Barak P, Cohen H, Averbuch IE, Grinshpoon A, Gritsenko I, et al. Homicidal behavior in schizophrenia associated with a genetic polymorphism determining low catechol O-methyltransferase (COMT) activity. *Am J Med Genet*. 1999 Dec 15;88(6):628–33.
84. Strous RD, Bark N, Parsia SS, Volavka J, Lachman HM. Analysis of a functional catechol-O-methyltransferase gene polymorphism in schizophrenia: evidence for association with aggressive and antisocial behavior. *Psychiatry Res*. 1997 Mar 24;69(2–3):71–7.
85. Tosato S, Bonetto C, Di Forti M, Collier D, Cristofalo D, Bertani M, et al. Effect of COMT genotype on aggressive behaviour in a community cohort of schizophrenic patients. *Neurosci Lett*. 2011 May 9;495(1):17–21.
86. Tengström A, Hodgins S, Kullgren G. Men with schizophrenia who behave violently: the usefulness of an early- versus late-start offender typology. *Schizophr Bull*. 2001;27(2):205–18.
87. Byrd AL, Manuck SB. MAOA, childhood maltreatment, and antisocial behavior: meta-analysis of a gene-environment interaction. *Biol Psychiatry*. 2014 Jan 1;75(1):9–17.
88. Ficks CA, Waldman ID. Candidate genes for aggression and antisocial behavior: a meta-analysis of association studies of the 5HTTLPR and MAOA-uVNTR. *Behav Genet*. 2014 Sep;44(5):427–44.
89. Nilsson KW, Comasco E, Hodgins S, Orelund L, Åslund C. Genotypes do not confer risk for delinquency but rather alter susceptibility to positive and negative environmental factors: gene-environment interactions of BDNF Val66Met, 5-HTTLPR, and MAOA-uVNTR [corrected]. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2015 Mar;18(5).
90. Hoptman MJ, D'Angelo D, Catalano D, Mauro CJ, Shehzad ZE, Kelly AMC, et al. Amygdalofrontal functional disconnectivity and aggression in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2010 Sep;36(5):1020–8.
91. Naudts K, Hodgins S. Neurobiological correlates of violent behavior among persons with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2006 Jul;32(3):562–72.
92. Soyka M. Neurobiology of aggression and violence in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2011 Sep;37(5):913–20.
93. Hoptman MJ, Antonius D. Neuroimaging correlates of aggression in schizophrenia: an update. *Curr Opin Psychiatry*. 2011 Mar;24(2):100–6.
94. Barkataki I, Kumari V, Das M, Taylor P, Sharma T. Volumetric structural brain

abnormalities in men with schizophrenia or antisocial personality disorder. *Behav Brain Res.* 2006 May 15;169(2):239–47.

95. Kumari V. Dysfunctional, but not functional, impulsivity is associated with a history of seriously violent behaviour and reduced orbitofrontal and hippocampal volumes in schizophrenia. *Psychiatry Research.* 2009;173(1):39–44.

96. Yang Y, Raine A, Han C-B, Schug RA, Toga AW, Narr KL. Reduced hippocampal and parahippocampal volumes in murderers with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2010 Apr 30;182(1):9–13.

97. Wong MT, Fenwick PB, Lumsden J, Fenton GW, Maisey MN, Lewis P, et al. Positron emission tomography in male violent offenders with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 1997 Feb 7;68(2–3):111–23.

98. Kumari V, Uddin S, Premkumar P, Young S, Gudjonsson GH, Raghuvanshi S, et al. Lower anterior cingulate volume in seriously violent men with antisocial personality disorder or schizophrenia and a history of childhood abuse. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014 Feb;48(2):153–61.

99. Puri BK, Counsell SJ, Saeed N, Bustos MG, Treasaden IH, Bydder GM. Regional grey matter volumetric changes in forensic schizophrenia patients: an MRI study comparing the brain structure of patients who have seriously and violently offended with that of patients who have not. *BMC Psychiatry.* 2008 Apr 17;8 Suppl 1:S6.

100. Schiffer B, Leygraf N, Müller BW, Scherbaum N, Forsting M, Wiltfang J, et al. Structural brain alterations associated with schizophrenia preceded by conduct disorder: a common and distinct subtype of schizophrenia? *Schizophr Bull.* 2013 Sep;39(5):1115–28.

101. Robertson T. Emotion regulation and aggression. *Aggress Violent Behav.* 2012;17(1):72–82.

102. Kumari V, Das M, Taylor PJ, Barkataki I, Andrew C, Sumich A, et al. Neural and behavioural responses to threat in men with a history of serious violence and schizophrenia or antisocial personality disorder. *Schizophr Res.* 2009 May;110(1–3):47–58.

103. Chereji SV. The relationship of anger and cognitive distortions with violence in violent offenders population. *Eur J Psychol Appl Leg Context.* 2014;4(1):59–77.

104. Reagu S, Jones R, Kumari V, Taylor PJ. Angry affect and violence in the context of a psychotic illness: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Schizophr Res.* 2013 May;146(1–3):46–52.

105. Robertson T. Maladaptive emotion regulation and aggression in adult offenders. *Psychol Crime Law.* 2014;20(10):933–54.

106. Tager D. "Walking over 'em'": an exploration of relations between emotion dysregulation, masculine norms, and intimate partner abuse in a clinical sample of men. *Psychol Men Masculin*. 2010;11(3):233–9.
107. Chan S-C, Raine A, Lee TMC. Attentional bias towards negative affect stimuli and reactive aggression in male batterers. *Psychiatry Res*. 2010 Apr 30;176(2–3):246–9.
108. Dolan MC, Fullam RS. Psychopathy and functional magnetic resonance imaging blood oxygenation level-dependent responses to emotional faces in violent patients with schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 2009 Sep 15;66(6):570–7.
109. Siever LJ. Neurobiology of aggression and violence. *Am J Psychiatry*. 2008 Apr;165(4):429–42.
110. Rosell DR, Siever LJ. The neurobiology of aggression and violence. *CNS Spectr*. 2015 Jun;20(3):254–79.
111. Dumais A. Schizophrénie et agression impulsive: le rôle de la sérotonine. *Santé Mentale*. 2012 Février;165:28.
112. Spalletta G, Romeo E, Bonaviri G, Bernardi G, Caltagirone C, di Michele F. Preliminary evidence for an association between aggressive and hostile behaviour and 3alpha,5alpha-tetrahydroprogesterone plasma levels in schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci*. 2005 Jan;30(1):49–52.
113. Large MM, Nielssen O. Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*. 2011 Feb;125(2–3):209–20.
114. Nielssen O, Large M. Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2010 Jul;36(4):702–12.
115. Hodgins S, Calem M, Shimel R, Williams A, Harleston D, Morgan C, et al. Criminal offending and distinguishing features of offenders among persons experiencing a first episode of psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2011 Feb;5(1):15–23.
116. 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 Oct 15;78(2–3):323–35.
117. Hodgins S, Cree A, Alderton J, Mak T. From conduct disorder to severe mental illness: associations with aggressive behaviour, crime and victimization. *Psychol Med*. 2008 Jul;38(7):975–87.
118. Swanson JW, Van Dorn RA, Swartz MS, Smith A, Elbogen EB, Monahan J. Alternative pathways to violence in persons with schizophrenia: the role of childhood antisocial behavior problems. *Law Hum Behav*. 2008 Jun;32(3):228–40.

119. 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 May;55(5):393–401.
120. Volavka J, Swanson J. Violent Behavior in Mental Illness: The Role of Substance Abuse. *JAMA*. 2010 Aug 4;304(5):563–4.
121. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ*. 2002 Nov 23;325(7374):1212–3.
122. McGrath J, Welham J, Scott J, Varghese D, Degenhardt L, Hayatbakhsh MR, et al. Association between cannabis use and psychosis-related outcomes using sibling pair analysis in a cohort of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 May;67(5):440–7.
123. 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 Oct;55(2–3):187–202.
124. Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries D, Lacro JP, Dolder CR. A prospective study of risk factors for nonadherence with antipsychotic medication in the treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2006 Jul;67(7):1114–23.
125. Abushua'leh K, Abu-Akel A. Association of psychopathic traits and symptomatology with violence in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2006 Aug 30;143(2–3):205–11.
126. Krakowski M, Czobor P. Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *Am J Psychiatry*. 2004 Mar;161(3):459–65.
127. Steinert T. Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2002;(412):133–41.
128. Nolan KA, Czobor P, Roy BB, Platt MM, Shope CB, Citrome LL, et al. Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv*. 2003 Jul;54(7):1012–6.
129. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 May;63(5):490–9.
130. Coid JW, Ullrich S, Kallis C, Keers R, Barker D, Cowden F, et al. The relationship between delusions and violence: findings from the East London first episode psychosis study. *JAMA Psychiatry*. 2013 May;70(5):465–71.
131. Keers R, Ullrich S, Destavola BL, Coid JW. Association of violence with emergence of persecutory delusions in untreated schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2014 Mar;171(3):332–

9.

132. Fazel S, Zetterqvist J, Larsson H, Långström N, Lichtenstein P. Antipsychotics, mood stabilisers, and risk of violent crime. *Lancet*. 2014 Sep 27;384(9949):1206–14.
133. Hodgins S, Lincoln T, Mak T. Experiences of victimisation and depression are associated with community functioning among men with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009 Jun;44(6):448–57.
134. 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 Feb;155(2):226–31.
135. 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 Feb;33(1):86–96.
136. Elbogen EB, Van Dorn RA, Swanson JW, Swartz MS, Monahan J. Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2006 Oct;189:354–60.
137. Velligan DI. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*. 2009;70 suppl. 4:1–46.
138. Lindenmayer J-P, Liu-Seifert H, Kulkarni PM, Kinon BJ, Stauffer V, Edwards SE, et al. Medication nonadherence and treatment outcome in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder with suboptimal prior response. *J Clin Psychiatry*. 2009 Jul;70(7):990–6.
139. Edelstyn NM, Oyebode F. A review of the phenomenology and cognitive neuropsychological origins of the Capgras syndrome. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999 Jan;14(1):48–59.
140. Luauté J-P. Joseph Capgras (1873-1950) Sa vie, son oeuvre. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2012 Dec;170(10):748–56.
141. Silva JA, Leong GB, Weinstock R. The dangerousness of persons with misidentification syndromes. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1992;20(1):77–86.
142. Courbon P FG. Syndrome d'illusion de Fregoli et schizophrénie. *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*. 1927;15:121–5.
143. Courbon P, Tusques J. Illusions d'intermétamorphoses et de charme. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1932;14:401–6.
144. Christodoulou GN. Syndrome of subjective doubles. *Am J Psychiatry*. 1978 Feb;135(2):249–51.
145. Papageorgiou C, Lykouras L, Ventouras E, Uzunoglu N, Christodoulou GN.

- Abnormal P300 in a case of delusional misidentification with coinciding Capgras and Frégoli symptoms. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2002 May;26(4):805–10.
146. Hillers Rodríguez R, Madoz-Gúrpide A, Tirapu Ustárroz J. [Capgras syndrome: a proposal of neuropsychological battery for assessment]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011 Oct;46(5):275–80.
147. Klein CA, Hirachan S. The masks of identities: who's who? Delusional misidentification syndromes. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2014;42(3):369–78.
148. Horn M, Thomas P. Schizophrénie et violence : données actuelles et controverse. *European Psychiatry*. 2015 Nov;30(8, Supplement):S32.
149. Silva JA. Misidentification syndromes, aggression and forensic issues. *Explor Crim Psychopathol Clin Syndr Forensic Implic Springf Thomas*. 1996;
150. Benezech M, Bourgeois M, Yesavage J. Violence in the mentally ill. A study of 547 patients at a French hospital for the criminally insane. *J Nerv Ment Dis*. 1980 Nov;168(11):698–700.
151. Silva JA, Harry BE, Leong GB, Weinstock R. Dangerous delusional misidentification and homicide. *J Forensic Sci*. 1996 Jul;41(4):641–4.
152. Silva JA. Psychiatric factors associated with dangerous misidentification delusions. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law*. 1995;23(1):53–61.
153. Monahan J, Steadman HJ, Silver E, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, et al. *Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Oxford University Press; 2001. 208 p.
154. HAS 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. Recommandations de la commission d'audition*. 2011 Mar;
155. Hodgins S, Hiscoke UL, Freese R. The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. *Behav Sci Law*. 2003;21(4):523–46.
156. Hoptman MJ, Volavka J, Johnson G, Weiss E, Bilder RM, Lim KO. Frontal white matter microstructure, aggression, and impulsivity in men with schizophrenia: a preliminary study. *Biol Psychiatry*. 2002 Jul 1;52(1):9–14.
157. Silva JA, Leong GB, Miller AL. Delusional Misidentification Syndromes. *CNS Drugs*. 1996 Feb 1;5(2):89–102.
158. Fazel S, Långström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance

- abuse, and violent crime. *JAMA*. 2009 May 20;301(19):2016–23.
159. Volavka J, Citrome L. Pathways to aggression in schizophrenia affect results of treatment. *Schizophr Bull*. 2011 Sep;37(5):921–9.
160. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33-57.
161. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261–76.
162. Wallwork RS, Fortgang R, Hashimoto R, Weinberger DR, Dickinson D. Searching for a consensus five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia. *Schizophr Res*. 2012 May;137(1–3):246–50.
163. Kimura S. Review of 106 cases with the syndrome of Capgras. *Bibl Psychiatr*. 1986;(164):121–30.
164. Silva JA, Leong GB, Garza-Treviño ES, Le Grand J, Oliva D, Weinstock R, et al. A cognitive model of dangerous delusional misidentification syndromes. *J Forensic Sci*. 1994 Nov;39(6):1455–67.
165. Zänker S. [Chronic and therapy refractory Fregoli syndrome]. *Psychiatr Prax*. 2000 Jan;27(1):40–1.
166. Christodoulou GN. Course and prognosis of the syndrome of doubles. *J Nerv Ment Dis*. 1978 Jan;166(1):68–72.
167. Krakowski MI, Czobor P, Citrome L, Bark N, Cooper TB. Atypical antipsychotic agents in the treatment of violent patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Jun;63(6):622–9.
168. Aho-Mustonen K, Tiihonen J, Repo-Tiihonen E, Ryyänänen O-P, Miettinen R, Rätty H. Group psychoeducation for long-term offender patients with schizophrenia: an exploratory randomised controlled trial. *Crim Behav Ment Health*. 2011 Jul;21(3):163–76.
169. Haddock G, Barrowclough C, Shaw JJ, Dunn G, Novaco RW, Tarrier N. Cognitive-behavioural therapy v. social activity therapy for people with psychosis and a history of violence: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2009 Feb;194(2):152–7.
170. Reinharth J, Reynolds G, Dill C, Serper M. Cognitive predictors of violence in schizophrenia: a meta-analytic review. *Schizophrenia Research: Cognition*. 2014 Jun;1(2):101–11.
171. Mangrum LF, Spence RT, Lopez M. Integrated versus parallel treatment of co-

occurring psychiatric and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat.* 2006 Jan;30(1):79–84.

172. Rapport de la commission d'audition. Expertise psychiatrique pénale. Haute Autorité de Santé. 2007 Jan;

173. Melca IA, Rodrigues CL, Serra-Pinheiro MA, Pantelis C, Velakoulis D, Mendlowicz MV, et al. Delusional misidentification syndromes in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Q.* 2013 Jun;84(2):175–81.

174. American Psychiatric Association. DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5ème Édition. Elsevier Masson; 2015.

175. Organisation Mondiale de la Santé. CIM-10/ICD-10: Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève; Paris; Milan: Editions Masson; 1992. 328 p.

ANNEXES

DSM-5

- A.** Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :
1. Idées délirantes.
 2. Hallucinations.
 3. Discours désorganisé (p. ex. incohérences ou déraillements fréquents).
 4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
 5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).
- B.** Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).
- C.** Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois, les symptômes répondant au critère A doivent avoir été présents pendant au moins 1 mois ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du troubles peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée.
- D.** Un trouble schizo-affectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes, 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.
- E.** Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre pathologie médicale.
- F.** S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins mois.

Tableau 8. Critères diagnostiques de la schizophrénie selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5). Adapté de (174).

CIM-10

Symptômes caractéristiques : ≥ 1 critère (1 à 4) ou ≥ 2 critères (5 à 8), pendant ≥ 1 mois, ou critère (9) pendant ≥ 12 mois (soit 1 an pour la schizophrénie simple), sans faire référence à une phase prodromique non psychotique :

1. Écho de la pensée, pensées imposées ou vol de la pensée, divulgation de la pensée.
2. Idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, se rapportant clairement à des mouvements corporels ou à des pensées, actions ou sensations spécifiques, ou perception délirante.
3. Hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix commentent en permanence le comportement du patient, ou parlent de lui ou autres types d'hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix émanent d'une partie du corps.
4. Autres idées délirantes persistantes, culturellement inadéquates ou invraisemblables, concernant p. ex. l'identité religieuse ou politique ou des pouvoirs surhumains (être capable de contrôler le temps, ou de communiquer avec des extraterrestres...).
5. Hallucinations persistantes de n'importe quel type, accompagnées soit d'idées délirantes fugaces ou à peine ébauchées, sans contenu affectif évident, soit d'idées surinvesties persistantes, ou hallucinations survenant quotidiennement pendant des semaines ou des mois d'affilée.
6. Interruptions ou altération par interpolations du cours de la pensée. Rendant le discours incohérent et hors de propos, ou *néologismes*.
7. Comportement catatonique : excitation, posture catatonique, flexibilité cireuse, négativisme, mutisme ou stupeur.
8. Symptômes "négatifs" : apathie importante, pauvreté du discours, émoussement affectif ou réponses affectives inadéquates (ces symptômes sont généralement responsables d'un retrait social et d'une altération des performances sociales). Il doit être clairement établi que ces symptômes ne sont pas dus à une dépression ou à un traitement neuroleptique.
9. Modification globale, persistante et significative de certains aspects du comportement, se manifestant par une perte d'intérêt, un comportement sans but, une inactivité, une attitude centrée sur soi-même, et un retrait social.

Critères d'exclusion :

1. Symptômes dépressifs ou maniaques au premier plan, à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles de l'humeur. Ou symptômes affectifs d'importance à peu près égale aux symptômes schizophréniques et se développant simultanément : trouble schizo-affectif.
2. Atteinte cérébrale manifeste ou apparaissant au cours d'une épilepsie.
3. Intoxication ou un sevrage à une substance psychoactive.

Tableau 9. Critères diagnostiques de la schizophrénie selon la Classification internationale des maladies (CIM-10). Adapté de (175).

PANSS

Symptômes positifs (7 items) :

- P1 : idées délirantes
- P2 : désorganisation conceptuelle
- P3 : activité hallucinatoire
- P4 : excitation
- P5 : idées de grandeur
- P6 : méfiance/persécution
- P7 : hostilité

Symptômes négatifs (7 items) :

- N1 : émoussement de l'expression des émotions
- N2 : retrait affectif
- N3 : mauvais contact
- N4 : repli social passif/apathique
- N5 : difficultés d'abstraction
- N6 : absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation
- N7 : pensée stéréotypée

Symptômes généraux (16 items) :

- G1 : préoccupations somatiques
- G2 : anxiété
- G3 : sentiment de culpabilité
- G4 : tension
- G5 : maniérisme et troubles de la posture
- G6 : dépression
- G7 : ralentissement psychomoteur
- G8 : manque de coopération
- G9 : contenu inhabituel de la pensée
- G10 : désorientation
- G11 : manque d'attention
- G12 : manque de jugement et de prise de conscience de la maladie
- G13 : trouble de la volition
- G14 : mauvais contrôle pulsionnel
- G15 : préoccupation excessive de soi (tendances autistiques)
- G16 : évitement social actif.

Tableau 10. Positive And Negative Symptoms Scale. Adapté de (161).

AUTEUR : Nom : GHARIB

Prénom : Axelle

Date de Soutenance : 12 mai 2017

Titre de la Thèse : En prison sans distinction. Vers une approche typologique pour comprendre et prévenir les comportements violents dans la schizophrénie.

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : schizophrénie, troubles de la familiarité, comportements violents

Contexte. L'association entre schizophrénie et comportement violent est multifactorielle et ce travail propose de la clarifier. L'objectif primaire consiste à rechercher une association entre violence et trouble de familiarité. L'objectif secondaire est de rechercher des associations entre schizophrénie, comportements violents et troubles de familiarité sur la base des symptômes psychotiques et des comorbidités (abus/dépendance à l'alcool, abus/dépendance aux drogues, trouble de personnalité antisociale) afin d'étayer une approche typologique en sous-groupe déjà proposée dans la littérature.

Méthode. Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective menée sur les dossiers médicaux hospitaliers des patients souffrant de schizophrénie et admis à l'UHSA du CHRU de Lille de janvier 2015 à décembre 2016. Nous avons constitué 3 groupes de patients à risque : le « Groupe 0 », le « Groupe 1 » et le « Groupe 2 » correspondant respectivement aux patients n'ayant aucun antécédent de trouble de familiarité, des antécédents d'un type de trouble de familiarité (hypofamiliarité ou hyperfamiliarité) et des antécédents des 2 types de troubles de familiarité. Nous avons comparé ces groupes sur les gestes de violence grave, l'abus/dépendance à l'alcool, l'abus/dépendance aux drogues, la symptomatologie psychotique et le trouble de personnalité antisociale.

Résultats. Au total, 51 dossiers ont été inclus. Plus de la moitié des patients avaient commis un ou plusieurs gestes de violence grave et plus de la moitié des patients avaient déjà présenté au moins un type de trouble de familiarité. Seules les variables « geste violent grave », « trouble de personnalité antisociale » et « désorganisation » ont significativement différencié entre les 3 groupes. Il existait une association entre troubles de la familiarité et geste violent grave. Les patients du « Groupe 0 » n'avaient pas commis plus de geste violent grave, ne souffraient pas plus de trouble de la personnalité antisociale et n'étaient pas plus désorganisés. Les patients du « Groupe 1 » étaient moins « antisociaux » et plus « désorganisés » mais ne commettaient pas plus de geste de violence. Enfin, les patients du « Groupe 2 » étaient plus violents, plus « antisociaux » et moins « désorganisés ».

Conclusion. Cette étude aura permis de confirmer l'association entre troubles de la familiarité et comportements violents et de mettre en exergue différents profils cliniques de patients souffrant de schizophrénie et auteurs de comportements violents.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Mathilde HORN