

Les actes de violence dans la schizophrénie: étude à propos de 60 cas

Rym Rafrafi(1,2), Lilia Bahrini(2), Leila Robbana(2), Haifa Bergaoui(2), Wahid Melki(1,2), Zouhaier El Hechmi(1,2).

(1) Université de Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis, CHU Razi, Service de psychiatrie F, Tunisie.

(2) Unité de recherche « schizophrénie » UR 03/04.

R. Rafrafi, L. Bahrini, L. Robbana, H. Bergaoui, W. Melki, Z.El Hechmi.

R. Rafrafi, L. Bahrini, L. Robbana, H. Bergaoui, W. Melki, Z.El Hechmi.

Les actes de violence dans la schizophrénie: étude à propos de 60 cas

Violence in schizophrenia: a study of 60 cases.

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°12) : 729-734

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°12) : 729-734

R É S U M É

Prérequis : Les études épidémiologiques suggèrent une corrélation positive mais controversée entre les troubles mentaux majeurs, particulièrement la schizophrénie et les passages à l'acte délictueux et/ou criminels.

But : Etudier la survenue d'actes de violence chez les patients souffrant de schizophrénie en fonction des caractéristiques sociodémographiques, cliniques et évolutives.

Méthodes : Cette étude rétrospective a inclus tous les consultants sur une période d'un mois, souffrant de schizophrénies depuis au moins cinq ans. L'histoire clinique et médico-légale a été reconstituée à partir d'un entretien semi-structuré avec les patients et leur famille, des dossiers médicaux et de la passation de différentes échelles d'évaluation.

Résultats : Soixante patients ont été inclus. 46,7% (n=28) des patients ont eu un comportement violent en période pré morbide. L'agressivité était notée en tant que premier prodrome dans 13,3% des cas (n=8). 28 actes de violence majeure ont été commis par 30% (n=18) des patients quelle que soit la période évolutive de la maladie. Dans 13,3% des cas (n=8), ces actes ont inauguré la maladie. La majorité des actes ont été perpétrés contre une personne de l'entourage. La récurrence a été notée chez 44,4% (n=8) des patients. Plusieurs facteurs de risque d'un comportement violent ont été retrouvés. Seule l'agressivité prodromique a été corrélée à un mauvais pronostic de la maladie.

Conclusion : Les violences commises par les patients souffrant de schizophrénie sont attribuées à un groupe particulier de patients et n'ont pas nécessairement de valeur pronostique péjorative.

S U M M A R Y

Background: Epidemiological studies suggest a positive but controversial correlation between the major mental disorders, particularly schizophrenia and delinquent or criminal acting out.

Aim : To study the occurrence of violence in patients with schizophrenia according to demographic, clinical and disease progression features.

Methods: This retrospective study included all out-patients, consulting during a period of one month, suffering from schizophrenia for at least five years. The clinical and forensic history was obtained owing to a semi-structured interview with patients and their families, medical records and the passing of different scales.

Results: Sixty patients were included. 46.7% (n=28) of patients had a violent behavior in the pre morbid period. Aggressiveness was noted as the first prodrome in 13.3% (n=8) of cases. 28 major acts of violence were committed by 30% (n=18) of patients regardless of the active period of disease. In 13.3% (n=8) of cases, these acts announced the disease. The majority of acts have been committed against a non-foreign person. Recurrence was noted in 44.4% (n=8) of patients. Several risk factors of violent behavior were found. Only prodromal aggression was associated with a poor prognosis.

Conclusion: Violences committed by patients with schizophrenia are attributed to a particular group of patients and do not have necessarily a pejorative prognostic value.

M o t s - c l é s

Schizophrénie, psychiatrie médicolégale, criminologie, violence, pronostic, évolution de la maladie.

K e y - w o r d s

Schizophrenia, forensic psychiatry, criminology, violence, prognosis, disease progression.

La dangerosité est souvent associée aux troubles mentaux dans l'esprit du grand public et des médias qui scandent le prototype du « fou criminel et dangereux ». Dans une certaine mesure, les données épidémiologiques confirment l'association entre violences et maladies mentales et suggèrent une corrélation positive entre les troubles mentaux majeurs et les passages à l'acte délictueux et /ou criminels [1]. Cette association est particulièrement forte en matière de schizophrénie. En effet, la criminalité chez les patients souffrant de schizophrénies est quatre fois plus élevée que dans la population générale [1,2]. De plus la moitié des homicides commis par les malades mentaux sont attribués à cette même pathologie [1,2]. Cependant il est excessif et erroné de considérer les malades mentaux comme d'emblée violents et dangereux puisque la criminalité de ce groupe ne représente qu'une faible proportion de la criminalité générale, et la violence des patients souffrant de schizophrénie en particulier ne représente qu'une faible proportion de la violence commise en population générale [2,3]. Il serait cependant opportun d'étudier les caractéristiques criminologiques des actes commis par les patients souffrant de schizophrénie afin de prévenir leur survenue.

OBJECTIF

Etudier la survenue d'actes de violence chez les patients souffrant de schizophrénie en fonction des caractéristiques sociodémographiques, cliniques et évolutives.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée dans le service « F » de l'hôpital psychiatrique Razi de Tunis. Ce service recouvre un secteur de plus d'un million d'habitants incluant le district de Tunis-ville et le gouvernorat de Nabeul.

La population étudiée a comporté tous les patients consentant à participer à l'étude, ayant reçu le diagnostic de schizophrénie selon les critères du DSM-IV (manuel statistique et diagnostique dans sa quatrième édition) depuis au moins cinq ans et qui sont venus à la consultation de la posture accompagnés des membres de leurs familles durant la période d'étude fixée à un mois.

L'étude s'est basée sur :

- Un entretien semi structuré reprenant l'histoire de la maladie et des éventuels actes de violence et l'étude des dossiers médicaux (intra ou extra hospitaliers). La définition des actes de violence s'est basée sur la littérature qui qualifie globalement les actes de violence de mineurs ou majeurs [4]. La violence mineure correspond à une agression verbale ou physique sans l'usage d'arme et sans blessure conséquente. La violence majeure correspond à une agression physique avec arme ou blessure conséquente, ou à une menace avec une arme, ou à une agression sexuelle. Les actes de violence majeure ont été recherchés avant et après l'installation de la maladie. Les actes de violence mineure n'ont été recherchés qu'en pré morbide.

-Une évaluation de l'état clinique par la CGI (Echelle d'Appréciation Clinique Globale : Clinical Global Impression),

la SAPS (Echelle d'Evaluation des Symptômes positifs : Schedule of Assessment of Positive Symptoms) et la SANS (Echelle d'Evaluation des symptômes négatifs : Schedule of Assessment of Negative Symptoms).

-La recherche d'anomalies physiques mineures par l'échelle de Gourion.

-Une évaluation du cours évolutif global de la maladie par l'échelle EGF (Echelle Globale du Fonctionnement) appliquée en pré morbide, un an avant le début des troubles, 2 ans après, 5 ans après et à l'évaluation actuelle le jour de l'entretien. A noter qu'un score EGF inférieur à 31 définit un mauvais fonctionnement, un score entre 31 et 60 définit un fonctionnement intermédiaire et un score supérieur à 60 définit un bon fonctionnement.

-Une évaluation du pronostic global clinique et social. Le pronostic clinique a été jugé selon les modalités évolutives globales de la maladie. Le pronostic social a été évalué par l'existence (ou non) d'une activité professionnelle ou d'apprentissage, d'une autonomie financière et du lieu de vie, de relations intimes et amicales et d'une activité sexuelle.

RÉSULTATS

1- Description de la population étudiée :

1-1 caractéristiques socio-démographiques :

Soixante patients soit 85,7% de l'ensemble des consultants durant la période d'étude ont accepté de participer à l'étude. Le sexe ratio (hommes/femmes) était égal à 4. La moyenne d'âge était de 39,3 ans ($\pm 8,7$ ans) et il n'y avait pas de différences selon le sexe. Parmi les 60 patients recrutés, 43 étaient célibataires, 2 étaient divorcés, 2 étaient divorcés à plusieurs reprises, 10 étaient mariés et 3 étaient remariés sans différences selon le sexe. Douze patients menaient une activité professionnelle régulière, 10 patients menaient une activité professionnelle irrégulière et 38 patients étaient sans activité. Les femmes étaient significativement moins actives que les hommes ($p=0,01$).

1-2 Diagnostic retenu et forme clinique :

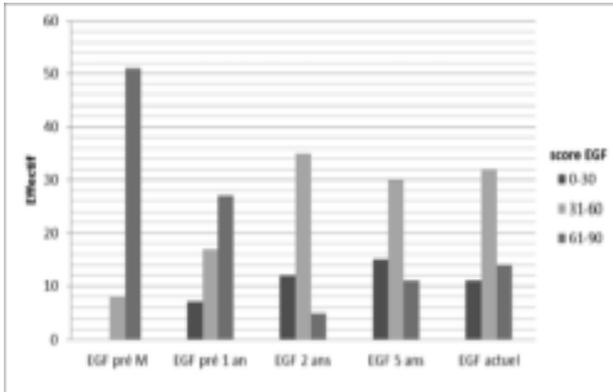
Selon les critères diagnostiques du DSM, 23 patients (38,4%) ont reçu le diagnostic de schizophrénie paranoïde, 20 patients (33,3%) ont reçu le diagnostic de schizophrénie indifférenciée, 16 patients (26,6%) ont reçu le diagnostic de schizophrénie désorganisée et un patient a reçu le diagnostic de schizophrénie catatonique. Il n'y avait pas de différences selon le sexe. Concernant l'axe II (évaluation multiaxiale du DSM) : 29 patients ont reçu un diagnostic sur l'axe II dont 18 diagnostics de personnalité schizoïde, 1 diagnostic de personnalité schizotypique, 5 diagnostics de retard mental, 4 diagnostics de personnalité anti sociale et 1 diagnostic de traits obsessionnels.

1-3 Durée globale du suivi :

La durée globale du suivi depuis la première consultation jusqu'au jour de l'interview était en moyenne de 176,3 mois (± 98 mois), soit 14,7 ans avec des extrêmes allant de 5 à 45 ans.

1-4 Modalités évolutives globales et pronostic des troubles :
La figure 1 illustre le cours évolutif du fonctionnement global des patients selon le score EGF.

Figure 1 : Cours évolutif global : évaluation du fonctionnement global par le score EGF en pré morbide, un an avant le début de la maladie, à deux ans, à cinq ans et à l'évaluation actuelle.



EGF pré M : score de l'EGF en pré morbide.
EGF pré 1 an : score de l'EGF 1 an avant le début de la maladie.
EGF 2 ans : score de l'EGF à 2 ans d'évolution de la maladie.
EGF 5 ans : score de l'EGF à 5 ans d'évolution de la maladie.
EGF actuel : score de l'EGF au moment de l'étude.

Six modalités évolutives globales ont été notées :
-Modalité M1 : épisode unique et une restitution ad integrum. Ce fut le cas d'un seul patient.
-Modalité M2 : épisodes aigus récurrents avec un état normal entre les épisodes. Ce fut le cas de 4 patients.
-Modalité M3 : maladie à progression lente, continue et peu péjorative. Ce fut le cas de 10 patients.
-Modalité M4 : épisodes aigus récurrents avec persistance de phénomènes pathologiques entre les épisodes, sans aggravation au fil des épisodes. Ce fut le cas de 20 patients.
-Modalité M5 : épisodes aigus récurrents avec persistance de phénomènes pathologiques entre les épisodes, avec aggravation au fil des épisodes. Ce fut le cas de 13 patients.
-Modalité M6 : maladie à progression continue, d'un seul tenant, rapidement péjorative. Ce fut le cas de 12 patients.
Globalement les modalités évolutives M1 et M2 définissaient un bon pronostic soit celui de 8,3% des patients, les modalités M3 et M4 définissaient un pronostic intermédiaire soit celui de 50% des patients et les modalités M5 et M6 définissaient un mauvais pronostic soit celui de 41,7% des patients.

2- Evaluation de la nature et de la fréquence des actes de violences :

Il a été relevé que 28 patients ont présenté un acte de violence mineure avant même l'installation de la maladie soit 46,7% des patients.

Notre étude a retrouvé une prévalence des actes de violence majeure (sur la vie entière) de 30% (n=18).

Il y a eu 28 actes de violence majeure commis par les 18 patients. Parmi les 28 actes de violence majeure, 6 actes ont été commis par 6 patients en période pré morbide, 8 actes commis

par 8 patients ont inauguré la maladie et 14 actes ont été commis de 0 à 40 ans après l'établissement du diagnostic. Concernant les 14 actes de violence majeure commis après l'installation des troubles, 11 actes (78,5%) ont été commis durant les cinq premières années d'évolution de la maladie dont 10 actes (71,4%) lors d'une rechute psychotique.

3- La victime :

Parmi tous les actes de violence majeure (soit 28 actes) 16 étaient commis contre des personnes et 12 étaient commis contre des biens (tableau 1). Parmi les 8 actes de violence majeure inaugurant la maladie 7 étaient commis contre des personnes et un seul contre les biens (tableau 2). Dans tous les actes de violence contre des personnes (agression physique ou délit sexuel), la victime était de l'entourage familial, professionnel ou du voisinage du patient.

Tableau 1: Nature des actes de violence majeure quelle que soit la période évolutive de la maladie.

Nature de l'acte de violence	Nombre d'actes de violence	Fréquence %
Agression physique d'une personne	12	7,1
Agression physique contre les biens (acte incendiaire)	2	14,3
Délits et crimes sexuels	4	25
Vol	7	10,7
Autre	3	100%
Total	28	

Tableau 2: Nature des actes de violence inauguraux.

Nature de l'acte médico-légal inaugural	Nombre de patients	Fréquence %
Agression physique d'une personne	6	75
Agression physique contre les biens (acte incendiaire)	1	12,5
Délit ou crime sexuel	1	12,5
Total	8	100%

4- Etude de l'évolution des actes de violence majeure:

Huit patients parmi les 18 patients ayant commis un acte de violence majeure (44,4%) ont récidivé au moins une fois (moyenne de 1,8 récidives). 5 d'entre eux (62,5%) avaient commis un acte de violence majeure en période pré morbide et ont récidivé sous la forme d'un acte de violence majeure inaugurant la maladie.

5- Etude des conséquences médico-légales des actes de violence :

Tous les actes de violence majeure commis avant le diagnostic de la maladie (n=6) ont été suivis d'arrestation et de jugement et aucune évaluation psychiatrique n'a été proposée. Tous les actes de violence majeure inaugurant la maladie (n=8) n'ont pas eu de suite judiciaire et ont abouti à une prise en charge psychiatrique. Celle-ci consistait en une hospitalisation d'office

dans 5 cas (62,5% des actes inauguraux). Deux cas ont été expertisés pour déterminer leur responsabilité dans les faits qui leur sont reprochés.

Tous les actes de violence majeure survenus après la déclaration de la maladie (n=14) n'ont pas eu de suite judiciaire et ont été suivis d'une hospitalisation en psychiatrie dans 35,7% (n=5) des cas.

6- Etude des facteurs de risque associés aux actes de violence :

6-1 Le sexe : tous les actes de violence majeure ont été commis par des hommes (p=0,01). Les actes de violence mineure ont été indifféremment attribués aux hommes ou aux femmes.

6-2 L'âge de début de la maladie : L'âge moyen des patients à l'établissement du diagnostic était de $24,4 \pm 7,3$ ans. Il était significativement plus jeune en cas de survenue d'un acte de violence majeure quelque soit le moment de sa survenue. (19,1 ans Vs 23,4 ans p=0,05).

6-3 Présence d'anomalies physiques mineures : 44 patients des 60 interviewés avaient des anomalies physiques mineures. Le score moyen à l'échelle de Gourion était de $2,4 \pm 1,7$. Les extrêmes étaient de 2 à 7. Le score moyen à l'échelle de Gourion était significativement plus élevé en cas de survenue d'un acte de violence majeure. (2,87 Vs 2,1 p=0,05).

6-4 Le fonctionnement pré morbide : un mauvais fonctionnement pré morbide (soit un EGF<31) a été significativement associé avec la survenue d'un acte de violence majeure. (p=0,03).

6-5 L'abus de substance comorbide : Un abus de substance comorbide (cannabis, héroïne et médicaments psychotropes) a été significativement associé avec la survenue d'un acte de violence majeure. (p=0,04). L'abus de tabac et d'alcool n'a pas été significativement associé avec la survenue d'un acte de violence majeure.

6-6 Le tableau clinique actuel (c'est-à-dire à l'évaluation actuelle) : Le score CGI moyen était significativement plus élevé dénotant d'un tableau clinique plus sévère en cas de survenue d'un acte de violence majeure (4,5 Vs 3,6 p=0,03). Les scores SAPS et SANS étaient comparables dans les deux cas (survenue ou non d'un acte de violence majeure).

6-7 Le pronostic social : Les paramètres sociaux ont été étudiés à 2 ans et à 5 ans d'évolution et au terme évolutif (évaluation actuelle). Ils étaient comparables dans les deux cas (survenue ou non d'un acte de violence majeure).

6-8 Le diagnostic retenu et la forme clinique :

Les diagnostics de l'axe I et de l'axe II n'étaient pas statistiquement associés à la survenue d'un acte de violence majeure.

6-9 Les antécédents d'actes de violence majeure : le taux de récurrence était de 44,4% (n=8) ce qui montre que la présence d'antécédents d'actes de violence majeure expose à la récurrence. En effet, La survenue d'un acte de violence majeure en pré morbide a été significativement associée avec la survenue d'un acte de violence majeure ultérieur (p=0,04)

7- Etude de la valeur pronostique clinique des actes de violence :

La survenue d'un acte de violence majeure en pré morbide a été

significativement associée avec un mauvais pronostic global de la maladie (modalités évolutives péjoratives) (p=0,04). Ni les actes de violence majeure inauguraux ni les actes de violence majeure commis après l'établissement du diagnostic n'avaient de signification dans le pronostic de la maladie (p=0,36) et (p=0,23).

DISCUSSION

1- fréquence des actes de violence chez les patients souffrant de schizophrénie :

1-1 Prévalence des actes de violence majeure :

La présente étude a retrouvé un taux de prévalence (sur la vie entière) de 30%. La comparaison entre les études est biaisée par les différences méthodologiques. En somme, ce taux est en harmonie avec ceux de la littérature : Ainsi Angermeyer [5] et Walsh [6] retrouvent dans deux revues de la littérature englobant les études menées de Janvier 1990 à Décembre 2000 des taux oscillant autour de 20 à 40% selon la méthodologie adoptée. Ce taux serait en augmentation dans les populations nord-américaines et stable dans les études européennes [6,7] et ce conformément à la progression du taux de criminalité en population générale.

1-2 Prévalence des actes de violence mineure :

Les actes de violence mineure n'ont pas été recherchés suite à l'installation de la maladie car ils étaient nombreux et noyés dans les symptômes positifs de la maladie. En effet, Jeffrey et al [4] dans une étude prospective, ont trouvé sur une période de 6 mois de suivi, 15,5% des patients avec des actes de violence mineure.

Les actes de violence mineure en période prodromique ont concerné 46,7% (n=28) des patients. Cet aspect spécifique est peu décrit dans la littérature où il est noyé dans la constellation de prodromes « positifs » [4].

2- L'acte et le moment évolutif de la maladie :

Près de la moitié des actes de violence majeure ont été commis avant le premier contact avec le milieu psychiatrique et le diagnostic de la maladie (28,5% des actes de violence majeure sont inauguraux et 21,4% des actes de violence majeure sont commis en période pré morbide). Wallace et al. [7] trouvent 72,5% d'actes pré morbides et un âge de la première arrestation qui est comparable entre le groupe des schizophrènes et la population générale. Ce résultat est aussi important que frappant, puisque ces actes sont commis parfois par d'authentiques malades méconnus alors que la majorité d'entre eux (hormis les actes inauguraux) ont abouti à un jugement et à une peine sans aucune expertise psychiatrique de la responsabilité. Bien que classiquement décrits, les actes inauguraux sont peu étudiés dans la littérature récente. Ceci pourrait être expliqué par une meilleure description de la période prodromique et la reconnaissance précoce de la maladie. En effet, plus les études sont récentes plus l'âge de début de la maladie est précoce et plus le mode d'installation des troubles est progressif, peu bruyant excluant ainsi la probabilité de survenue des actes de violence inauguraux.

Concernant les actes de violence majeure commis après

l'installation des troubles, la majorité a été commise durant les cinq premières années d'évolution de la maladie et particulièrement lors d'une rechute psychotique. Ce fait met l'accent, tout comme la littérature [1,7] sur l'importance de la prévention des actes de violence majeure durant les cinq premières années d'évolution de la maladie, années qui conditionnent d'ailleurs tout le pronostic de la maladie [8].

3- Etude des conséquences médico-légales des actes de violence:

Bien que seulement 71,4% (n=10) des actes de violence majeure commis après l'installation des troubles aient coïncidé avec une rechute psychotique, aucun n'a abouti à un jugement. Inversement, et comme soulevé plutôt, tant d'individus ayant commis des actes de violence majeure en période pré morbide ont été jugés et responsabilisés alors que la maladie évoluait à bas bruit. En reprenant les termes de Rous [9], « la doctrine schizophrène = dangereux = irresponsable » n'est plus d'actualité. Nier la responsabilité du patient face à certains actes commis en dehors de l'influence de la pathologie revient à réduire l'individu à sa situation de malade, à le priver de son humanité, à l'aliéner. Une appréhension médico-légale basée sur l'acte, et non sur la maladie permettrait de resituer la réalité de l'acte au lieu de l'annuler, de reconnaître derrière l'agresseur la personne humaine et non le malade. Certaines études montrent que les capacités introspectives et « d'insight » chez les populations de patients souffrant de schizophrénie ne diffèrent pas selon les antécédents médico-légaux [10,11].

4- Nature des actes de violence, rapports à la victime:

La majorité des actes de violence majeure commis ont consisté en des agressions physiques perpétrées contre des personnes de l'entourage du patient : la famille, le voisinage ou les collègues. Ce résultat est partagé par la quasi-totalité des études [1, 4, 6, 12]. Dans une étude des rapports de la victime avec l'agresseur souffrant de schizophrénie, Nordstrom et Kullgren [12] trouvent que les parents, enfants et grands-parents victimes sont le plus souvent de sexe féminin.

Concernant la nature de l'acte de violence majeure, une mention spéciale est accordée aux agressions sexuelles qui n'étaient pas négligeables (14,7%). La littérature fait aussi ressortir cette constatation [13,14] mais la majorité des études sur le sujet sont biaisées par une sélection dès le départ de populations de patients souffrant de schizophrénie ayant commis une agression sexuelle sans groupe témoin. La taille de notre échantillon n'a pas permis d'étudier les particularités de ce groupe d'agresseurs.

5- Facteurs de risque des actes de violence :

Ce travail fait ressortir certains facteurs de risque généralement retrouvés dans la littérature [1,4,15,16,17] : l'âge jeune au début de la maladie, le sexe masculin, le mauvais fonctionnement pré morbide, l'existence de malformations physiques mineures, l'abus de substance comorbide et la gravité du tableau clinique attestée par un score CGI élevé. Jeffrey et al [4] ont aussi relevé ces points bien qu'ils soient associés à la violence dans la population générale [18].

L'association entre les violences mineures et le sexe n'a pas été étudiée dans ce travail, mais il semblerait qu'elles soient plus

fréquentes chez les femmes [4,19,20]. Aucun acte de violence majeure n'a été attribué aux femmes dans notre groupe ce qui pourrait s'expliquer par une insuffisance de la taille de l'échantillon ou dénoterait d'une réelle surprotection des femmes tunisiennes vis à vis des actes de violence majeure probablement par un effet culturel. Le jeune âge de début des troubles, l'existence de malformations physiques mineures et le mauvais fonctionnement pré morbide ont tous été corrélés à la survenue de violences majeures. Cette constellation de facteurs constitutionnels et développementaux précoces dénotent d'un type particulier de maladie à risque de violence : celle avec une charge neurodéveloppementale importante [21].

Toutes les études s'accordent sur le rôle prépondérant de l'abus de substances comorbide [22]. Walsh et al. [4] dans une revue de la littérature ne retiennent même que deux facteurs prédictifs de violence chez les patients souffrant de schizophrénie : l'abus de substances comorbide et les symptômes psychotiques aigus. Les résultats de ce travail corroborent l'impact de l'abus de substances.

Parmi les facteurs prédictifs décrits dans la littérature, l'association de traits de personnalité antisociale et de troubles des conduites au diagnostic de schizophrénie a été mentionnée par certaines études [17,23,24,25]. Cependant ces mêmes études font état de beaucoup de biais de confusion. Une revue de la littérature sur le sujet [26,27] suggère que parmi les patients schizophrènes, ceux qui ont développé depuis l'enfance des comportements agressifs et des traits antisociaux ont de moindres performances aux tests explorant les fonctions orbitofrontales et plus d'anomalies cérébrales structurales. Ces constatations peuvent être rapprochées des stigmates des anomalies développementales retrouvées dans notre étude. En somme, l'étude des facteurs de risque de survenue des actes de violence permet d'identifier un groupe de patients particuliers, candidats à de plus amples investigations notamment d'ordre neurobiologique [27,28].

Contrairement à d'autres [29], cette étude n'a pas retrouvé de corrélation entre la violence majeure (sur la vie entière) et la prépondérance des symptômes psychotiques positifs le jour de l'entretien probablement à cause des différences méthodologiques. Cependant et indirectement, les actes commis après le déclenchement et le diagnostic de la maladie ont eu lieu principalement lors d'une rechute psychotique. Au total, l'étude des facteurs de risque de violence permet de créer des échelles prédictives telles que le Violent Risk Appraisal Guide ou le HCR-20 [30] outils qui aident le clinicien, à répondre à la question cruciale qui se pose devant chaque situation unique : est-ce que ce patient risque de commettre un acte de violence ?

6- Valeur pronostique des actes de violence :

Dans ce travail, la récurrence des actes de violence majeure ne concerne que moins d'un patient sur deux avec moins de deux récurrences sur la vie entière. Par ailleurs, l'occurrence d'actes de violence majeure ne préjuge pas d'un mauvais pronostic global de la maladie. Il est donc excessif voire dangereux de séparer longtemps les patients ayant commis un acte de violence majeure de leur milieu familial. Cela ne ferait qu'aggraver les

troubles de la communication intrafamiliale [31] et aggraverait le pronostic.

CONCLUSION

« La doctrine schizophrène = danger permanent » n'est

aucunement fondée et ne fait que renforcer la stigmatisation de cette pathologie. D'autre part « la doctrine schizophrène = irresponsable » n'est plus d'actualité. Nier la responsabilité du patient face à certains actes commis en dehors de l'influence de la pathologie revient à réduire l'individu à sa situation de malade, à le priver de son humanité, à l'aliéner.

References

1. Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia : examining the evidence. *Br J Psychiatry* 2002; 180:490-5.
2. Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1397-403.
3. Valenca AM. Relationship between homicide and mental disorders. *Rev Braz Psiquiatr* 2006; 28:62-8.
4. Jeffrey W, Swanson PD, Marvin S et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:490-9.
5. Angermeyer MC. Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 407 :63-7.
6. Vevera J, Hubard A et al. Violent behavior in schizophrenia. *Br J of Psychiatry* 2005; 187:426-30.
7. Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization an increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161:716-27.
8. Rafrafi R, Zaghoudi L, Mahbouli M, Bouzid R, Labbane R, El Hechmi Z. Pronostic social des schizophrénies en Tunisie : étude transversale à propos de 60 cas. *Encéphale* 2009 ;35:234-40.
9. Rous F. Risk factors for delinquent behavior in schizophrenic patients a survey from Krafft-Ebing till today. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2005; 73:107-10.
10. Caroll A, Pantelis C, Harvey C. Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38:169-73.
11. Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L et al. Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1712-4.
12. Nordstrom A, Kullgren G. Victim relations and victim gender in violent crimes committed by offenders with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38:326-30.
13. Drake CR, Pathe M. Understanding sexual offending in schizophrenia. *Crim Behav Ment Health* 2004; 14:108-20.
14. Philips SL, Heads TC, Taylor PJ, Hill GM. Sexual offending and antisocial sexual behavior among patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:170-5.
15. Walsh E, Gilvarry C, Samele C et al. Predicting violence in schizophrenia : o prospective study. *Schizophr Res* 2004; 67:247-52.
16. Bo S, Abu-Akel A, Kongerslev M, Haahr UH, Simonsen E. Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clin Psychol Rev* 2011; 31:711-26.
17. Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behavior. *Br J of Psychiatry* 2000; 176:345-50.
18. Stompe T, Strnad A, Ritter K et al. Family and social influences on offending in men with schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 2006; 40:554-60.
19. Krakowski M, Czobor P. Gender differences in violent behaviors : relation ship to clinical symptoms and psychosocial factors. *Am J Psychiatry* 2004; 161:459-65.
20. Elloumi H, Zalila H, Ridha R, Cheour M, Boussetta A. Offensive and criminal acts in schizophrenia: comparative study according to gender. *Tunis Med* 2012; 90:214-8.
21. Murray RM, Lewis SW. Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder? *Br Med J* 1987; 295:681-2.
22. Dumais A, Potvin S, Joyal C, Allaire JF, Stip E, Lesage A, Gobbi G, Côté G. Schizophrenia and serious violence: a clinical-profile analysis incorporating impulsivity and substance-use disorders. *Schizophr Res* 2011; 130:234-7.
23. Nolan KA, Volvka J, Mohr P, Czobor P. Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatr Serv* 1999;50:787-92.
24. 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 :523-46.
25. Abushua'leh K, Abu-Akel A. Association of psychopathic traits and symptomatology with violence in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2006; 143:205-11.
26. Naudts K, Hodgins S. Schizophrenia with violence: a search for neurobiological correlates. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19:533-8.
27. Naudts K, Hodgins S. Neurobiological correlates of violent behavior among persons with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006; 32:562-72.
28. Soyka M. Neurobiology of aggression and violence in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2011; 37:913-20.
29. Cornic F, Olie JP. Psychotic parricide. *Prevention. Encéphale* 2006; 32 :452-8.
30. Tengstrom A. Long-term predictive validity of historical factors in two risk assessment instruments in a group of violent offenders with schizophrenia. *Nord J Psychiatry* 2001; 55:243-9.
31. Nordstrom A, Kullgren G, Dahlgren L. Schizophrenia and violent crime: the experience of parents. *Int J Law Psychiatry* 2006; 29:57-67.