



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

ANNEE 2014

THESE N°55

Le profil des patients médicolégaux hospitalisés en psychiatrie Hôpital Ibn Nafis

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27/06/2014

PAR

Mr. Nasreddine HATTAB

Né le 20 Septembre 1987 à Nador

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS CLES

Malades médicolégaux – maladie mentale
Profil épidémiologique, clinique, criminologique et juridique
facteurs prédictifs de la dangerosité psychiatrique

JURY

Mr. M. K. CHOULLI

Professeur de Neuropharmacologie

Mme. F. ASRI

Professeur de Psychiatrie

Mme. K. KRATI

Professeur de Gastro-entérologie

Mr. M. BENNIS

Professeur de Neurosciences

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JURY

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك

التي أنعمت عليّ وعلى والديّ وأن

أعمل صالحاً ترضاه وأطع لي في

ذريتي إني تبت إليك وإني من

المسلمين"

صدق الله العظيم.



Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

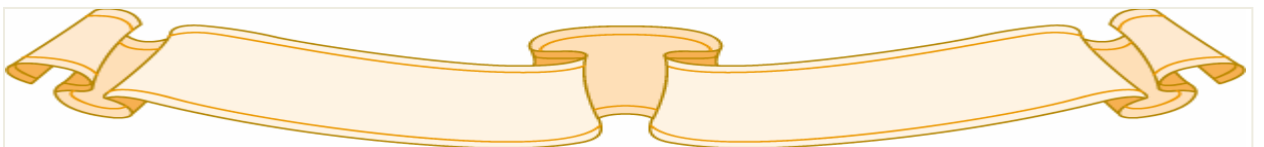
Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



A decorative frame resembling a scroll, with a light gray background and a dark gray border. The frame has a vertical strip on the left side and a horizontal strip on the top, both with rounded ends and a slight shadow effect. The text is centered within the frame.

*LISTE
DES PROFESSEURS*

Doyen honoraire : Pr MEHADJI Badie Azzaman

ADMINISTRATION

Doyen : Pr Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

Vice Doyen : Pr Ag Mohamed AMINE

Secrétaire Générale : Mr Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs d'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH	Gynécologie-	FINECH	Chirurgie –
Abderrahim	obstétrique	Benasser	générale
ABOUSSAD	Pédiatrie	GHANNANE	Neurochirurgie
Abdelmounaim		Houssine	
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	MAHMAL	Hématologie -
		Lahoucine	clinique
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	MANSOURI	Stomatologie et
		Nadia	chiru maxillo faciale
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KISSANI Najib	Neurologie
ALAOUI YAZIDI	Pneumo-	KRATI Khadija	Gastro-
Abdelhaq (Doyen)	phtisiologie		entérologie
AMAL Said	Dermatologie	LOUZI	Chirurgie –
		Abdelouahed	générale
ASMOUKI Hamid	Gynécologie-	MOUDOUNI Said	Urologie
	obstétrique	Mohammed	
ASRI Fatima	Psychiatrie	MOUTAOUAKIL	Ophtalmologie
		Abdeljalil	
BELAABIDIA Badia	Anatomie-	NAJEB Youssef	Traumato-
	pathologique		orthopédie
BENELKHAIAT	Chirurgie -	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-
BENOMAR Ridouan	générale		laryngologie

BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
CHABAA Laila	Biochimie	SARF Ismail	Urologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	SBIHI Mohamed	Pédiatrie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
FIKRY Tarik	Traumato- orthopédie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	EL KARIMI Saloua	Cardiologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	ELFIKRI Abdelghani (Militaire)	Radiologie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ADMOU Brahim	Immunologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE EI Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	JALAL Hicham	Radiologie
AIT ESSI Fouad	Traumato- orthopédie	KAMILI EI Ouafi EI Aouni	Chirurgie pédiatrique

ALAOUI Mustapha (Militaire)	Chirurgie- vasculaire péripherique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KOULALI IDRISSI Khalid (Militaire)	Traumato- orthopédie
ARSALANE Lamiae (Militaire)	Microbiologie - Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
BEN DRISS Laila (Militaire)	Cardiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie- chimie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	MOUFID Kamal (Militaire)	Urologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
CHAFIK Aziz (Militaire)	Chirurgie thoracique	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
CHELLAK Saliha (Militaire)	Biochimie- chimie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
CHERIF IDRISSI EL GANOUNI Najat	Radiologie	OUALI IDRISSI Mariem	Radiologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	QACIF Hassan (Militaire)	Médecine interne
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	QAMOUSS Youssef (Militaire)	Anesthésie- réanimation

EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ADALI Imane	Psychiatrie	FADILI Wafaa	Néphrologie
ADALI Nawal	Neurologie	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
AISSAOUI Younes (Militaire)	Anesthésie - réanimation	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ALJ Soumaya	Radiologie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
ATMANE El Mehdi (Militaire)	Radiologie	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
BAIZRI Hicham (Militaire)	Endocrinologie et maladies métaboliques	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
BASRAOUI Dounia	Radiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	KADDOURI Said (Militaire)	Médecine interne

BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	LAFFINTI Mahmoud Amine (Militaire)	Psychiatrie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	LAKOUICHMI Mohammed (Militaire)	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BENHADDOU Rajaa	Ophtalmologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BENLAI Abdeslam (Militaire)	Psychiatrie	MARGAD Omar (Militaire)	Traumatologie - orthopédie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BOUCHENTOUF Rachid (Militaire)	Pneumo- phtisiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOURRAHOUAT Aicha	Pédiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	OUEIAGLI NABIH Fadoua (Militaire)	Psychiatrie
DAROUASSI Youssef (Militaire)	Oto-Rhino - Laryngologie	RADA Nouredine	Pédiatrie
DIFFAA Azeddine	Gastro- entérologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL BARNI Rachid (Militaire)	Chirurgie- générale	SERGHINI Issam (Militaire)	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SERHANE Hind	Pneumo- phtisiologie
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique

EL KHADER	Ahmed	Chirurgie	ZAHLANE	Kawtar	Microbiologie -
(Militaire)		générale			virologie
EL KHAYARI	Mina	Réanimation	ZAOUI	Sanaa	Pharmacologie
		médicale			
EL OMRANI		Radiothérapie	ZIADI	Amra	Anesthésie -
Abdelhamid					réanimation

DEDICACES

Il est parfois difficile de trouver les mots convenables pour exprimer ce que l'on ressent, ce que l'on croit, ce que l'on veut, d'après mes 26 ans, j'ai bien l'honneur de libérer mes mots, de dévoiler mes sentiments les plus sincères que j'ai pour les anges qui me comptent beaucoup, ceux à qui j'ai tant envie de leurs prouver mon amour ainsi mon respect...



Je dédie cette thèse à ...?

A mes très chers Parents : M. Hattab et H. Zaryouh

A Celui qui m'a indiqué la bonne voie en me rappelant que la volonté fait toujours les grands hommes, et à celle qui m'a donné naissance, mes très chers parents. J'espère qu'ils trouveront dans ce travail le fruit de leurs sacrifices, et l'expression de mon amour et de ma gratitude pour la bienveillance avec laquelle ils m'ont toujours entouré.

Que Dieu leur préserve longue vie et bonne santé.

A ma très chère tante Khadija HATTAB

Affable, honorable, aimable : Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.

Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études.

Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner depuis mon enfance et même à l'âge adulte.

Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.

Au Mari de ma tante : B.elimame

Je ne peux exprimer à travers ses lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers toi.

La bonté de ton cœur et ta grande générosité t'ouvriront les portes d'un

Bonheur sans fin inshallah.

A ma très chère future femme: Nissrine

Quand je t'ai connu, j'ai trouvé la femme de ma vie, mon âme sœur et la lumière de mon chemin.

Ma vie à tes côtés est remplie de belles surprises.

Tes sacrifices, ton soutien moral, ta gentillesse sans égal, ton profond attachement m'ont permis de réussir ce travail. Sans ton aide, tes conseils et tes encouragements ce travail n'aurait vu le jour.

Que dieu réunisse nos chemins pour un long commun serein

et que ce travail soit témoignage de ma reconnaissance et de mon amour sincère et fidèle.

A mes très chers frères: Mohamed, Reduan et Samir

Un grand merci pour vos encouragements, et vos soutiens sans faille tout le long de ces années.

A ma grande mère paternelle lalla Fatna lamssayeh

La grande dame qui a tant sacrifié pour nous.

A mes très cher(e)s cousin(e)s : Ayoub, Ghizlane et Sara

Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et de la gratitude que j'ai pour vous

A mon cher frère : Aymen KACHOUCI

En souvenir de notre sincère et profonde amitié et des moments agréables que nous avons passés ensemble.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.

Un grand merci A la famille KACHOUCI

A mes oncles et tantes paternels : Mohamed, Abderrahim, Fatima et Najat

En témoignage de l'attachement, de l'amour et de l'affection que je porte pour vous.

Malgré la distance, vous êtes toujours dans mon cœur.

Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite

A tous les membres de ma famille, petits et grands :

Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection

A la famille Taje : Abdenbi, Khadija et Kamal

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mes sentiments les plus sincères

A mes chères amis (es)

En souvenir de nos nombreuses discussions et en remerciement du soutien que vous m'avez toujours apporté,

À tous les moments passés ensemble au travail et en dehors.

Merci.

A decorative scroll frame with a light gray background and a dark gray border. The frame has a vertical scroll on the left side and a horizontal scroll on the top right side.

REMERCIEMENTS

A mon maître et rapporteur de thèse: Pr. F. Asri, Professeur de psychiatrie, chef de service de psychiatrie à l'hôpital Ibn Nafiss

Vous m'avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant avec gentillesse et spontanéité, de diriger et d'encadrer mon travail. J'ai eu le grand plaisir de travailler sous votre direction. Vos conseils et recommandations, votre compétence, votre dynamisme, votre rigueur, et votre attention ont vastement contribué à la réalisation de cette thèse et ont suscité en moi une grande admiration et un profond respect.

Veillez accepter, cher Maître, l'assurance de mon estime, ma sincère reconnaissance et ma profonde gratitude.

A notre maître et président de thèse

Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande amabilité de siéger parmi notre jury de thèse.

Veillez accepter ce travail maître, en gage de notre grand respect et notre profonde reconnaissance.

Veillez trouver ici l'expression de notre estime et notre considération.

A mon maître et juge de thèse :

Veillez accepter professeur, mes vives remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de faire partie de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici, chère Maître, l'assurance de mes sentiments respectueux et dévoués.

A mon maître et juge de thèse :

Je vous suis très reconnaissant professeur, pour avoir accepté, avec gentillesse et bienveillance, d'examiner ce travail, et pour l'honneur que vous m'avez fait de bien vouloir participer à ce jury. Que ce travail soit, cher maître, le témoignage de mon grand respect et ma haute considération.

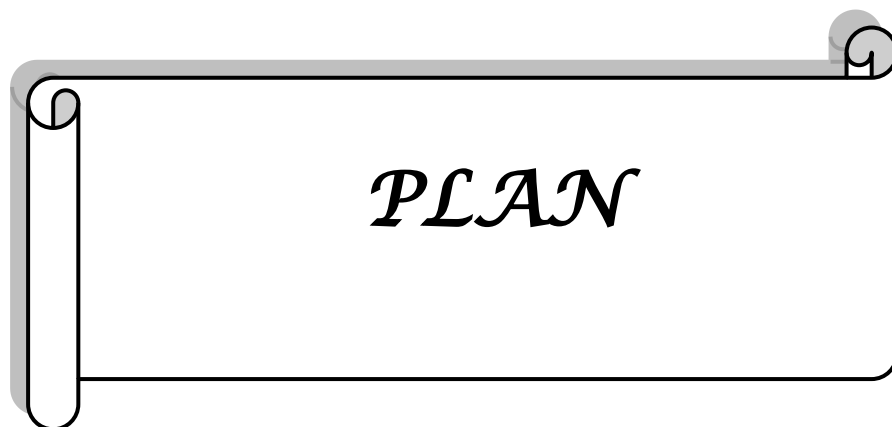
A Pr. ADALI, Professeur assistante au service de psychiatrie à l'hôpital Ibn Nafiss

Vous m'avez beaucoup aidée dans l'élaboration de ce travail. Votre disponibilité et vos précieuses recommandations ont été pour moi d'un grand apport. Je vous remercie pour votre sympathie et votre bienveillance. Il m'est particulièrement agréable de vous exprimer ma profonde gratitude et ma grande estime.

A tous les médecins résidents en psychiatrie particulièrement Dr Salim et tout le personnel du service : Mr. Fettah Mlle.Hasnaa

Merci à vous tous pour l'aide que vous m'avez apportés pour la réalisation de ce travail.

A tous ceux qui m'ont aidée, de près ou de loin, à l'élaboration de ce travail.



PLAN

INTRODUCTION.....	1
MATÉRIEL & MÉTHODES.....	5
I. Matériel de l'étude.....	6
1.Type de l'étude.....	6
2.Population étudiée	6
3.Fiche d'exploitation (Voir annexe1).....	6
4.Collecte des données.....	7
5.Considérations éthiques.....	8
II.Méthodes Statistiques	8
RÉSULTAT.....	9
I.Données sociodémographiques.....	10
1.L'âge	10
2.Le sexe	10
3.Le statut matrimonial	11
4.Le nombre d'enfant.....	11
5. Le niveau d'instruction.....	12
6.La profession avant l'internement.....	12
7.Le niveau socioéconomique.....	13
8.La situation des parents.....	13
9.Le nombre de fratrie.....	13
10.Le milieu de vie.....	14
II. Antécédents personnels	16
1.Les antécédents psychiatriques.....	16
2.Les antécédents judiciaires.....	16
2.1 Le nombre	16
2.2 La cause de l'incarcération	16
2.3 La durée totale de l'incarcération	17
2.4 L'âge de la première condamnation.....	17
3. Les antécédents toxiques	18
3.1 Le tabac : Age de début	18
3.2 Le tabac : nombre de cigarette par jour	19
3.3 Le tabac : la nature de la consommation	19
3.4 Le cannabis : Dh par jour	19
3.5 Le cannabis : la nature de la consommation.....	19
3.6 L'alcool : litre par jour.....	20
3.7 L'alcool : la nature de la consommation	20
III. Les antécédents familiaux.....	22
IV. Les caractéristiques cliniques de la population étudiée.....	23
1. La symptomatologie de l'admission	23
2. Le diagnostic retenu.....	24
3. L'âge de début	24
4. Le mode de début	25
5. La durée de l'évolution de la maladie.....	25
6. L'hospitalisation actuelle.....	26

6.1 La durée	26
6.2 Le placement	26
6.3 L'ordonnateur.....	26
V. L'acte médico-légal	27
1. La nature de l'acte.....	27
2. L'âge au moment de l'acte	28
3. L'intentionnalité au moment de l'acte	28
4. L'état au moment de l'acte.....	29
5. L'intervalle entre l'acte et l'internement.....	29
6. La victime.....	30
6.1 L'âge	30
6.2 Le sexe	30
6.3 Le statut	31
7. La conscience actuelle de l'acte.....	31
8. La conséquence judiciaire	32
8.1 Durée de condamnation pour la responsabilité atténuée.....	32
8.2 Durée de condamnation pour la responsabilité totale.....	33
9. L'homicide et l'agression	33
9.1 Contexte de dispute	33
9.2 Moyen utilisé.....	33
9.3 Comportement après l'acte	34
VI. La prise en charge thérapeutique.....	37
VII. L'état somatique au cours de l'internement	37
1. Comorbidité avec pathologie médicale.....	38
2. Problème chirurgical.....	38
VIII. Les échelles.....	41
1. Evaluation de l'insight du malade	41
1.1 Score général.....	41
1.2 Conscience des symptômes.....	41
1.3 Conscience de la maladie.....	42
1.4 Conscience du besoin de traitement.....	42
2. Evaluation des symptômes par la Positive and Negative symptoms scale (PANSS).....	43
3. Evaluation des symptômes par MADRS.....	43
4. Evaluation des symptômes par SDAS.....	44
DISCUSSION	45
I. Généralités.....	46
1. Généralités sur la dangerosité.....	46
1.1 Définition.....	46
1.2 Dangerosité criminologique.....	46
1.3 Dangerosité psychiatrique.....	48
2. Psychopathologie de passage à l'acte dans les différentes pathologies psychiatriques	48
2.1 Schizophrénie et passage à l'acte violent.....	48
2.2 Trouble de l'humeur et passage à l'acte violent	50

2.3 Retard mental et passage à l'acte.....	52
2.4 Epilepsie et passage à l'acte.....	52
3. Méthodes d'évaluation du risque de dangerosité des malades mentaux	52
3.1 L'approche anamnétique	53
3.2 L'approche clinique.....	53
a. Antécédents de violence.....	54
b. Etat émotionnel et mental au moment de l'évaluation.....	55
c. Recherche de l'existence d'une cible de la violence.....	56
d. Recherche de l'existence de comorbidités.....	56
e. Relation aux soins.....	56
f. Evaluation du contexte.....	56
3.3 Les instruments pour l'évaluation du risque de comportements violents.....	56
a. Les jugements cliniques structurés et semi-structurés.....	57
a.1 La HCR-20 (Historical Clinical Risk-20): un outil du jugement clinique semi-structuré (Webster et al. 1997) (Annexe 2).....	57
a.2. L'échelle LSI-R (Level of Service Inventory).....	58
b. L'approche actuarielle.....	58
b.1 L'échelle « Violence Risk Scale : 2nde édition (VRS-2). (Annexe 3).....	59
b.2 L'échelle ICT (Iterative Classification Tree).....	59
3.4 L'échelle PCL-R : (Annexe 4).....	60
4. Généralités sur les infractions médico-légales	61
4.1 L'homicide	61
4.2 Le parricide.....	64
4.3 L'infanticide et le libérticide.....	64
4.4 L'agression sexuelle	65
4.5 Le Viol	66
a. Typologie des violeurs.....	66
b. Prédicteurs de dangerosité sexuelle potentielle.....	67
4.6 L'incendie criminel.....	68
4.7 Les vols pathologiques.....	68
5. Généralités sur le code pénal au Maroc: voir annexe 5.....	68
II. Discussion des résultats.....	69
1. Relation entre la dangerosité et les caractéristiques sociodémographiques.....	69
1.1 Genre et violence	69
1.2 Le statut matrimonial.....	70
1.3 Niveau d'étude	70
1.4 Niveau social.....	71
1.5 Profession	71
2. Relation entre la dangerosité et les antécédents personnels.....	72
2.1 Les antécédents personnels psychiatriques.....	72
2.2 Les antécédents personnels judiciaires.....	72
2.3 Les habitudes toxiques.....	74
3. Relation entre la dangerosité et les antécédents familiaux	75
4. Relation entre la dangerosité et les caractéristiques cliniques de la maladie.....	76

4.1 Le diagnostic retenu	76
4.2 Age de début et durée d'évolution de la maladie.....	76
4.3 L'insight et la dangerosité	76
5. Relation entre la dangerosité et la prise en charge thérapeutique.....	78
6. Relation entre la dangerosité et l'acte.....	79
6.1 L'âge au moment de l'acte	79
6.2 L'état au moment de l'acte.....	79
6.3 Le moyen utilisé dans l'homicide et l'agression	82
6.4 La victime	82
CONCLUSION	84
RÉSUMÉS	88
ANNEXES	95
BIBLIOGRAPHIE	110



INTRODUCTION

Les personnes atteintes de troubles mentaux ont toujours dérangé et font peur.

Elles étaient considérées, et elles le sont toujours, comme des personnes qu'il fallait mettre à l'écart de la société, du fait de comportements qui pouvaient perturber la sérénité des autres et troubler l'ordre public.

Le sujet de la dangerosité des malades mentaux est à la croisée des chemins entre psychiatrie et criminologie, entre santé et justice.

La dangerosité psychiatrique est une question complexe, ancienne, qui est à l'origine des fondements même de la psychiatrie et des premières mesures thérapeutiques pour les malades mentaux.

Le terme «danger» issu du bas latin “damnarium” signifie amende, châtiment, et aussi dommage. S'y trouve également associé le terme “dominiarium” qui évoque les idées de puissance et, par extension, du péril couru du fait d'une domination arbitraire quelconque. Ainsi, l'origine du mot danger renvoie au double sens de dommage et de pouvoir. (1)

La dangerosité étant définie comme l'état dans lequel une personne est susceptible de commettre un acte violent.

Le terme de violence dérive du latin “violentus”, “violentia”, signifiant le caractère violent ou farouche, la force. Deux niveaux s'y superposent : la force physique brutale et la transgression (des lois et règlements, des normes et des coutumes). Ce deuxième aspect fait de la violence une notion relative, subjective et normative. La violence est toujours sous-tendue par l'agressivité, mais toute agressivité ne saurait se convertir en violence. (1)

L'organisation mondiale de la santé (OMS) dans son « Rapport mondial sur la violence et la santé » donne une définition exhaustive : « l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence ». (2)

Les malades mentaux peuvent être violents contre eux-mêmes ou contre autrui, tous les pays occidentaux ont mis en place des mesures législatives pour la protection des malades et du public (mesures d'internement).

L'existence d'une corrélation positive entre troubles mentaux et dangerosité est retrouvée dans de nombreuses études faisant appel à des méthodologies variées.

Dans les pays industrialisés les troubles mentaux sont responsables de 0,16 homicides pour 100 000 habitants, soit un homicide sur 20 de l'ensemble des homicides. Ainsi, la plupart des auteurs s'entendent sur le fait que la prévalence d'actes violents commis par des patients qui présentent des troubles psychiatriques est plus importante qu'en population générale (3)

Ainsi, 3 à 5 % des violences sont (4) dues à des malades mentaux et l'importance des gestes homicides a été soulignée, ce qui pour Millaud (3) pourrait être la cause de la représentation particulièrement négative de la maladie mentale.

Il faut étudier les différents paramètres qui peuvent faire craindre un passage à l'acte dangereux chez un malade mental et évaluer les facteurs liés à l'état mental d'un sujet.

Senninger (5) différencie les critères médicaux et les critères médicopsychologiques. Dans les critères médicaux sont retenus comme facteurs de risque : le jeune âge, le sexe masculin, les conduites addictives, les antécédents judiciaires et/ou de passages à l'acte et sur le plan médicopsychologique, l'impulsivité, la méfiance, un niveau intellectuel faible, une certaine froideur des relations, les mécanismes hallucinatoires et l'automatisme mental ainsi que les délires mystiques et paranoïaques. Les hospitalisations sans consentement seraient également plus élevées chez les patients qui présentent des comportements dangereux.

Les cliniciens mais aussi les juristes et de façon plus large l'ensemble de la société sont préoccupés par l'évaluation de cette dangerosité, la prédictibilité de la violence, et les moyens de

prévention possibles. Ces questions sont au cœur de la criminologie clinique qui touche la population délinquante en général, sans restriction aux malades mentaux.

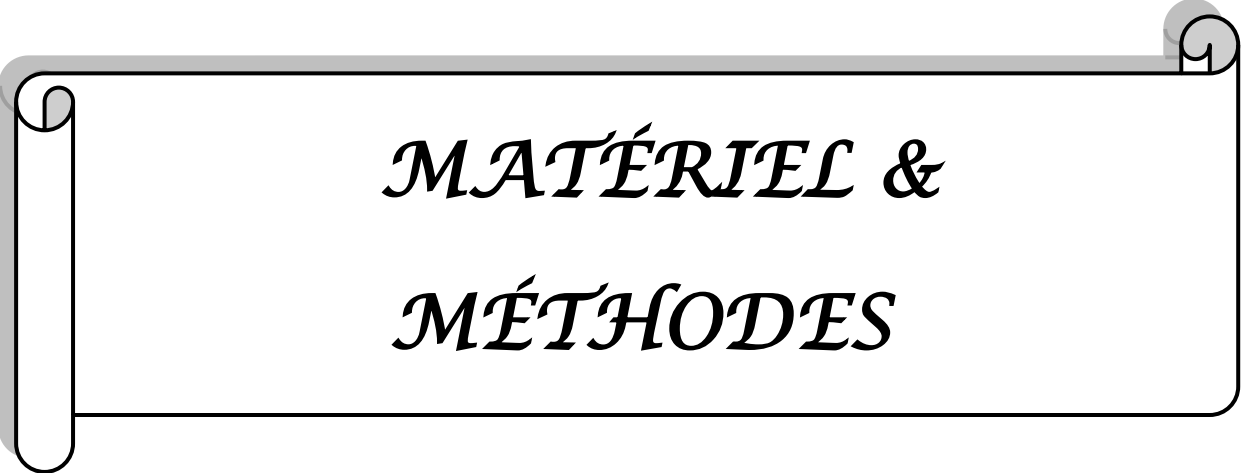
L'évaluation clinique de la dangerosité doit tenir compte de l'ensemble des facteurs identifiés par la littérature scientifique, mais également des enseignements cliniques plus anciens fondés sur l'observation sémiologique et l'expérience clinique.

En effet, dans la pratique psychiatrique quotidienne, le sujet évalué demeure unique, et le clinicien doit exercer un jugement pondéré en tenant compte de la variabilité des facteurs de risque qui sont propres à chaque individu et de leur intensité. Cette évaluation implique en revanche une attitude clinique rigoureuse, systématique, sémiologique et non dogmatique.

Une meilleure connaissance des facteurs de risques de passage à un acte violent dans les troubles mentaux est ainsi nécessaire pour l'élaboration des stratégies thérapeutiques et préventives.

D'où ce travail élaboré dans le service de patients médicolégaux à l'hôpital Ibn Nafis Marrakech dans le but est de :

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des malades médicolégaux.
- Déterminer les caractéristiques criminologiques de malades médicolégaux.
- Souligner les particularités juridiques des malades médicolégaux.
- Chercher les facteurs prédictifs de la dangerosité.
- Elaborer les moyens préventifs de passage à l'acte violent des malades mentaux.

A decorative scroll frame with a light gray shadow, containing the section title in a stylized, italicized font.

MATÉRIEL & MÉTHODES

I. Matériel de l'étude:

1. Type de l'étude :

L'étude que nous avons menée est de type transversal à visée descriptive portant sur une population de patients médicolégaux au service psychiatrique universitaire du CHU Mohammed VI de Marrakech entre le 1^{er} Septembre 2013 et le 28 février 2014.

2. Population étudiée :

L'échantillon étudié comporte 55 patients médicolégaux hospitalisés au service psychiatrique du CHU Mohammed VI Marrakech et dont le diagnostic était retenu sur les critères du Diagnostic and statistical manuel of mental disorders dans sa quatrième version (DSMIV).

3. Fiche d'exploitation : (Voir annexe1)

La collecte des données s'est faite à l'aide d'une fiche d'exploitation qui comporte les éléments suivants :

- A. les caractéristiques sociodémographiques du patient.
- B. Les antécédents personnels et familiaux du patient; en mettant l'accent sur les antécédents judiciaires.
- C. les caractéristiques sémiologiques de la maladie, le diagnostic, la comorbidité organique, la durée de l'internement en psychiatrie et la prise en charge thérapeutique.
- D. Les caractéristiques de l'acte médicolégal en précisant la nature de l'acte, le contexte de survenue, les moyens utilisés, son intentionnalité ainsi les conséquences de l'acte sur la victime et le procédure judiciaire.
- E. évaluation de l'insight du malade à l'aide de l'échelle d'insight de Birchwood (Birchwood Insight Scale). C'est une échelle d'auto-évaluation de l'insight comportant 8 items répartis en trois sous-échelles :
 - Sous-échelle 1 : la conscience des symptômes (item 1, 8).

- Sous-échelle 2 : la conscience de la maladie (item 2,7).
- Sous-échelle 3 : la conscience du besoin de traitement (item 3, 4, 5,6).

Chaque item peut être coté de 0 à 2, chaque sous-échelle de 0 à 4, et le score total du malade peut varier de 0 à 12. Lorsque le score est inférieur à 9 : l'insight est mauvais et lorsqu'il est supérieur à 9 est bon.

F. évaluation des symptômes psychopathologiques à l'aide de la PANSS : est une échelle à 30 items, cotés de 1 (absent) à 7 (extrême). Elle permet de calculer les scores de trois dimensions : symptômes positifs (7 items), symptômes négatifs (7 items) et psychopathologie générale (16 items).

G. évaluation de la dépression à l'aide de l'échelle de la dépression MADRS : Chaque item est coté de 0 à 6, seules les valeurs paires sont définies. Le médecin doit décider si l'évaluation doit reposer sur les points de l'échelle bien définis (0, 2, 4, 6) ou sur des points intermédiaires (1, 3, 5).

Score maximal de 60.

Le seuil de dépression est fixé à 15.

Echelle assez rapide et sensible à l'efficacité thérapeutique.

H. évaluation de l'agressivité à l'aide de SDAS : La récente échelle de dysfonctionnement social et d'agressivité (Social Dysfunction and Aggression Scale), Il s'agit d'une hétéro évaluation en 21 items, chaque item est coté de 0 à 4, le score minimal est de 0, le score maximal est de 84, la moyenne est de 63. dans notre étude le score de l'agressivité est évalué par rapport à la moyenne.

4. Collecte des données :

La collecte des données s'est faite par un entretien direct avec les patients internés en psychiatrie et aussi à partir des données figurant dans leurs dossiers médicolégaux.

5. Considérations éthiques :

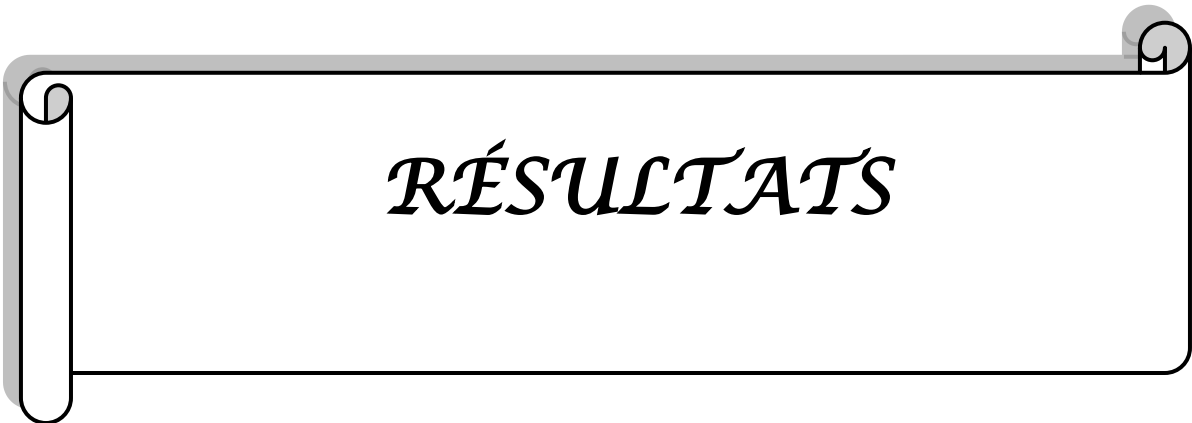
Les patients n'ont été recrutés pour l'étude qu'après l'obtention de leur consentement éclairé. Le recueil des données s'est fait dans le respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations.

II. Méthodes Statistiques :

L'analyse statistique s'est basée sur une analyse descriptive à deux variables : Qualitative et quantitative.

- Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages.
- Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts types.

La saisie et la validation des données a été faite sur le logiciel EPI INFO 6.04 fr.



RÉSULTATS

I. Données sociodémographiques:

1. L'âge :

La moyenne d'âge de notre échantillon était de 41 ans avec un minimum de 24 ans et un maximum de 63 ans ; on note une prédominance de la tranche d'âge comprise entre 30 et 39 ans (34,54%), suivie de la tranche d'âge comprise entre 40 et 49 ans (32,72%).

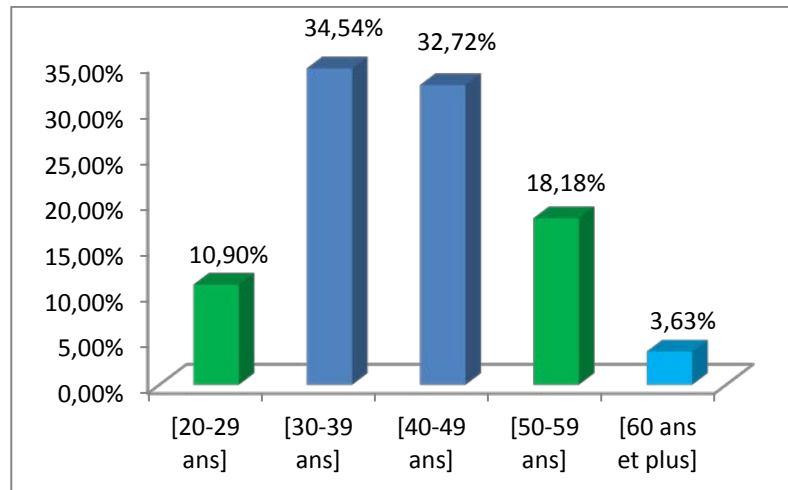


Figure1 : Répartition de la population étudiée selon l'âge

2. Le sexe :

Le sexe masculin représente 98% (n=54) de notre échantillon.

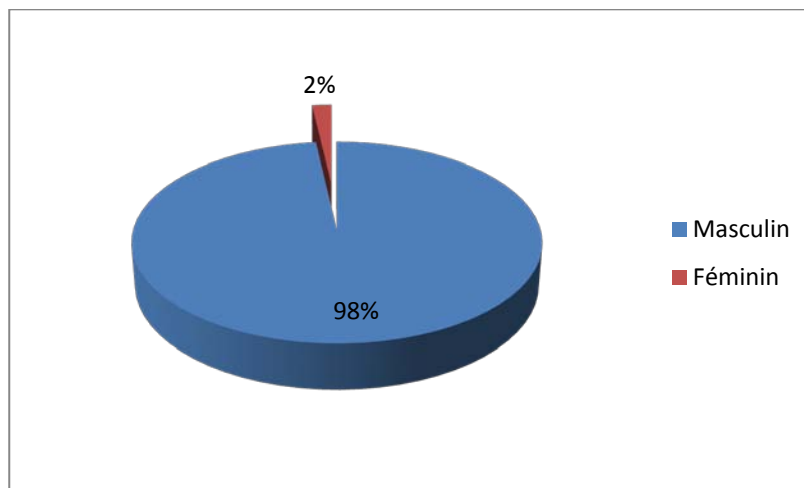


Figure 2 : Répartition de la population selon le sexe

3. Le statut matrimonial :

Plus de la moitié des patients étaient célibataires (54,54%), quarante pourcent étaient mariés et 5,45% étaient divorcés.

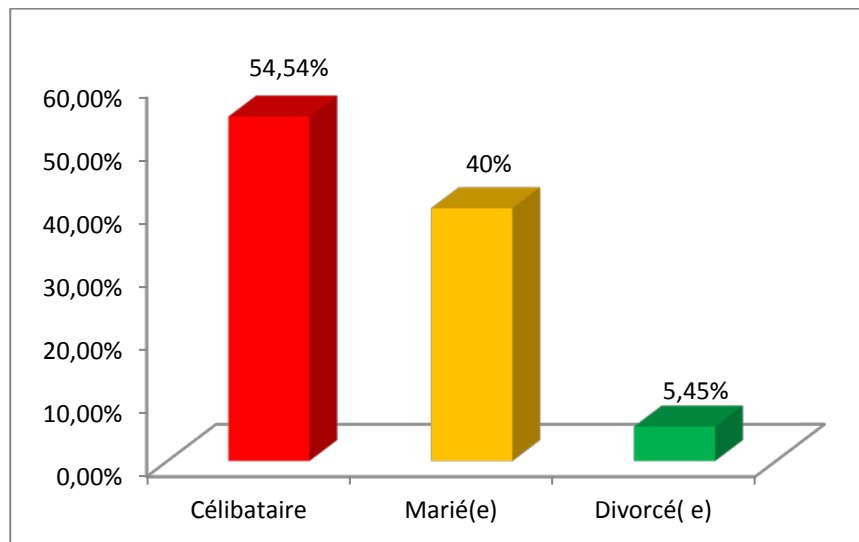


Figure 3 : Répartition de la population selon le statut matrimonial

4. Le nombre d'enfant

Plus de la moitié de l'échantillon n'avait pas d'enfant (58,18%).

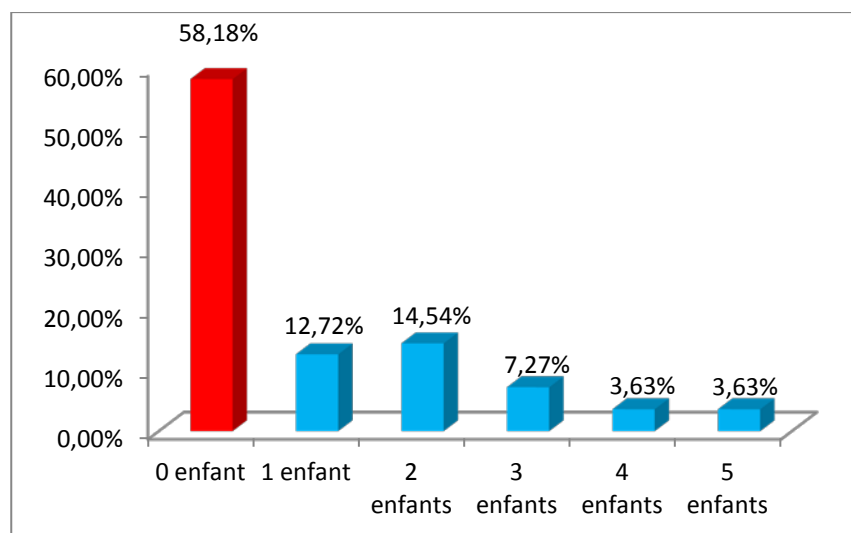


Figure 4 : Répartition de la population selon le nombre d'enfant

5. Le niveau d'instruction

Plus des deux tiers des patients (70,90%) n'avaient jamais été scolarisés ou n'avaient pas dépassé le niveau primaire.

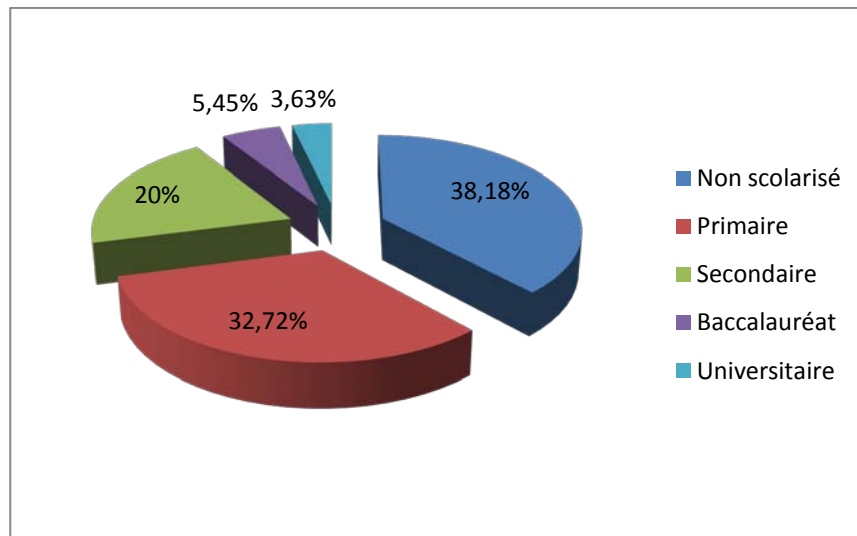


Figure 5 : Répartition de la population selon le niveau d'instruction

6. La profession avant l'internement

Seulement 25,45% des patients étaient sans profession.

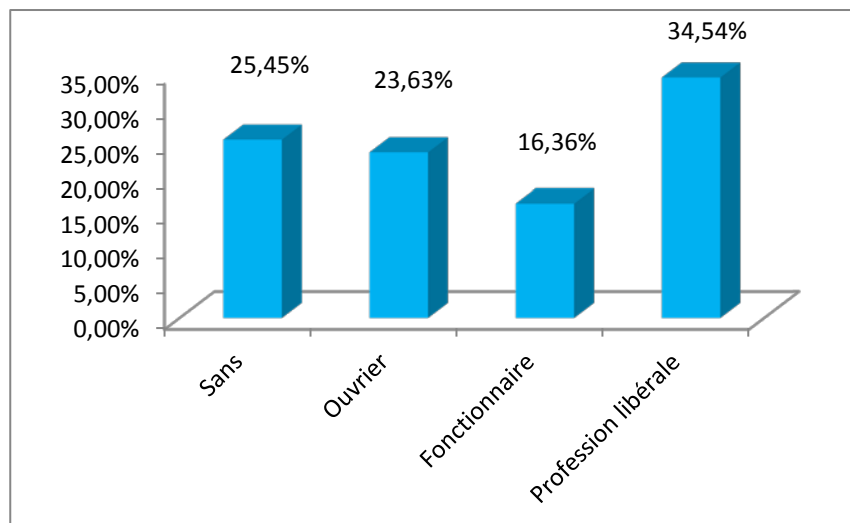


Figure 6 : Répartition de la population selon la profession

7. Le niveau socioéconomique

Chez 81,81 % des patients, on avait retrouvé un niveau socio-économique bas avec un revenu mensuel ne dépassant pas 2000 DH.

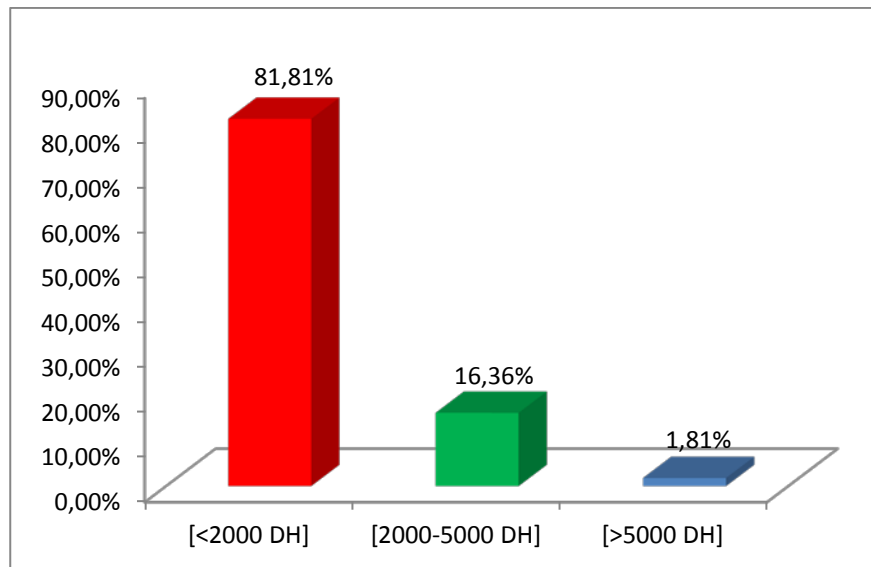


Figure 7 : Répartition de la population selon le niveau socioéconomique

8. La situation des parents

Plus des deux tiers des patients (70,90%) avaient des parents toujours en vie.

9. Le nombre de fratrie

La moyenne de nombre de fratrie de notre échantillon était de 5 frères, avec un minimum de 0 frère et un maximum de 17 frères.

10. Le milieu de vie

Les patients d'origine rurale représentaient 63,63% de la population de l'étude contre 36,36% d'origine urbaine.

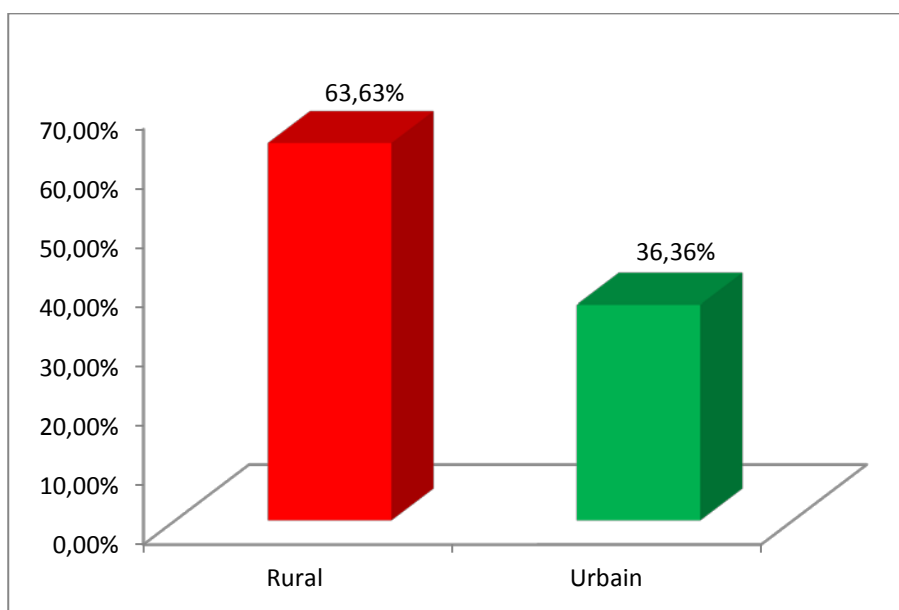


Figure 8 : Répartition de la population selon le milieu de vie

Tableau I : Les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Age :		
*20-29	6	10.9
*30-39	19	34.54
*40-49	18	32.72
*50-59	10	18.18
*60 et plus	2	3.63
Sexe :		
*masculin	54	98
*féminin	1	2
Etat matrimonial :		
*célibataire	30	54.54
*marié	22	40
*divorcé	3	5.45
Nombre d'enfant :		
*0	32	58.18
*1	7	12.72
*2	8	14.54
*3	4	7.27
*4	2	3.63
*5	2	3.63
Niveau d'instruction :		
*non scolarisé	21	38.18
*primaire	18	32.72
*secondaire	11	20
*baccalauréat	3	5.45
*universitaire	2	3.63
Profession :		
*sans	14	25.45
*ouvrier	13	23.63
*fonctionnaire	9	16.36
*profession libérale	19	34.54
Niveau socioéconomique :		
*faible : -2000DH	45	81.81
*moyen : 2000-5000DH	9	16.36
*élevé : +5000DH	1	1.81
Milieu de vie :		
*urbain	20	36.36
*rural	35	63.63
Nombre de fratrie :		
*0	4	7.27
*1-4	18	32.72
*5-9	27	49.09
*10-14	5	9.09
*+15	1	1.81
Situation de parents :		
*2parents vivants	39	70.90
*1 des parents décédés	10	18.18
*2 parents décédés	6	10.90

II. Antécédents personnels :

1. Les antécédents psychiatriques :

Dans notre étude les antécédents psychiatriques ont été retrouvés chez 90,90%, soit 50 malades.

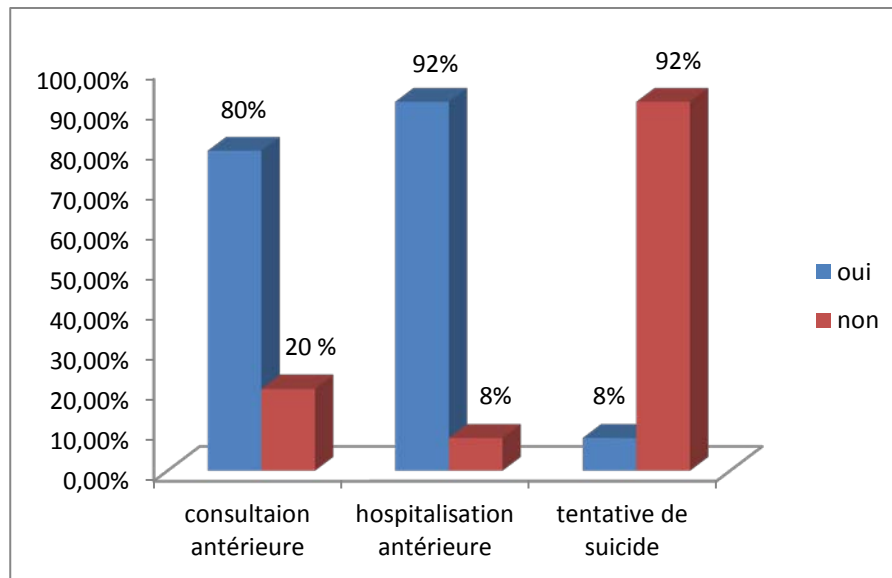


Figure 9 : Répartition de la sous population selon les antécédents psychiatrique

2. Les antécédents judiciaires

2.1. Le nombre :

90,91% des malades avaient des antécédents judiciaires pour lesquels ont été condamné une seule fois.

2.2. La cause de l'incarcération :

La cause la plus fréquente de l'incarcération était l'agression (72,72%) suivie de la pyromanie (18,18%).

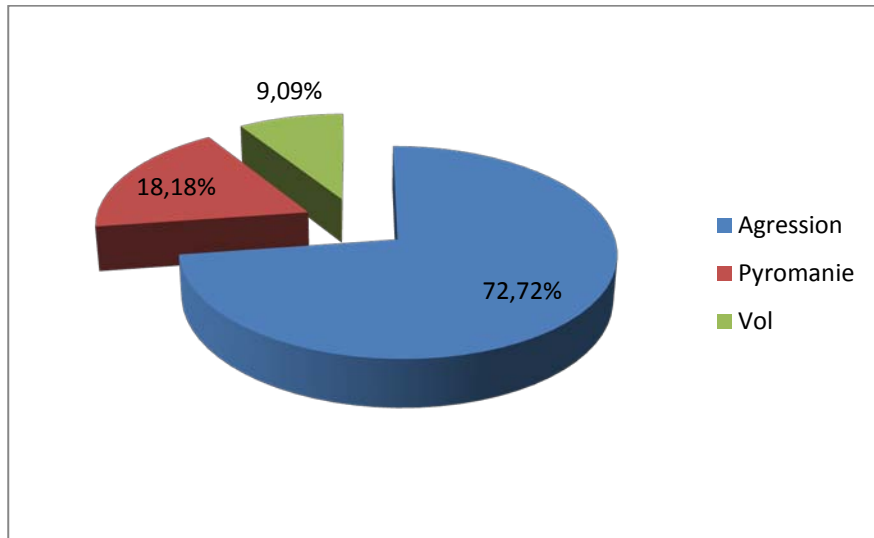


Figure 10 : Répartition de la sous population selon la cause de l'incarcération

2.3. La durée totale de l'incarcération :

La moyenne de la durée d'incarcération était de 11 mois avec un minimum de 1 mois et un maximum de 36 mois.

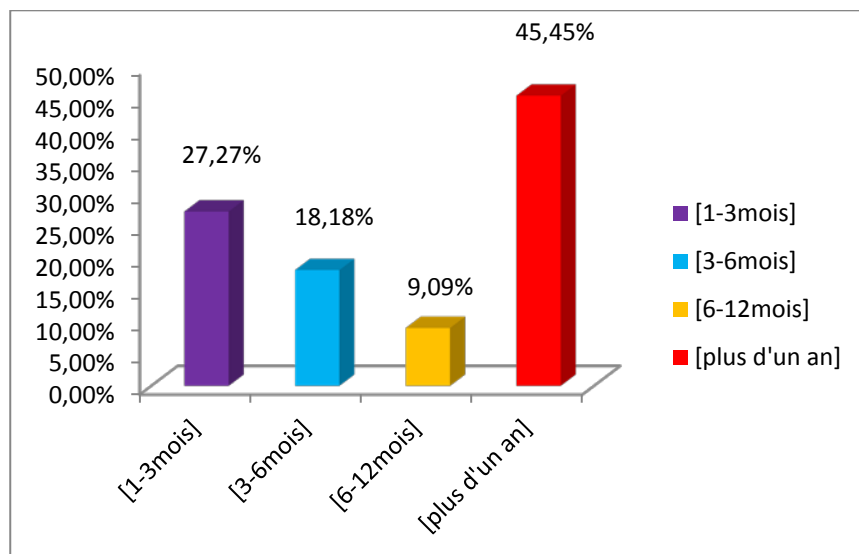


Figure 11 : Répartition de la sous population selon la durée totale de l'incarcération

2.4. L'âge de la première condamnation:

Les deux tiers des patients étaient dans la tranche d'âge [20-24 ans] au moment de l'incarcération.

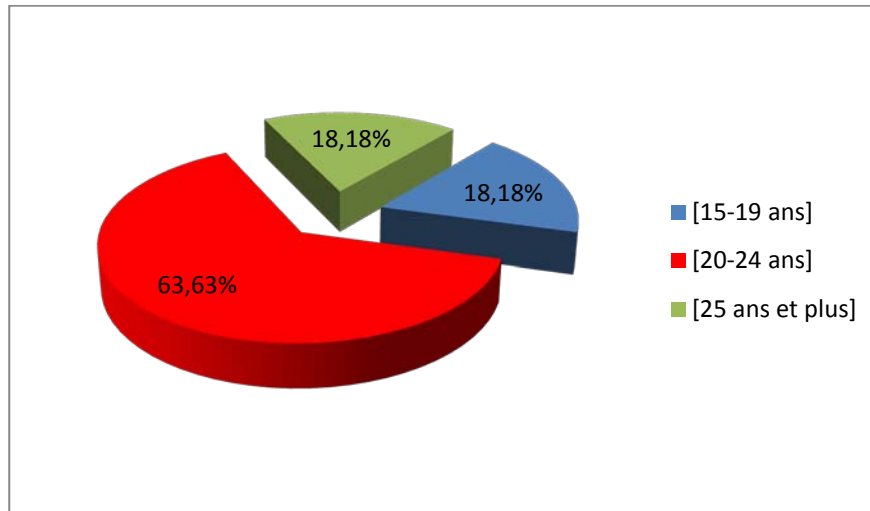


Figure 12 : Répartition de la sous population selon l'âge de la première condamnation

3. Les antécédents toxiques :

Les antécédents toxiques étaient répartis comme suit : 100% tabac, 50% consommation du cannabis et 41,66% alcool.

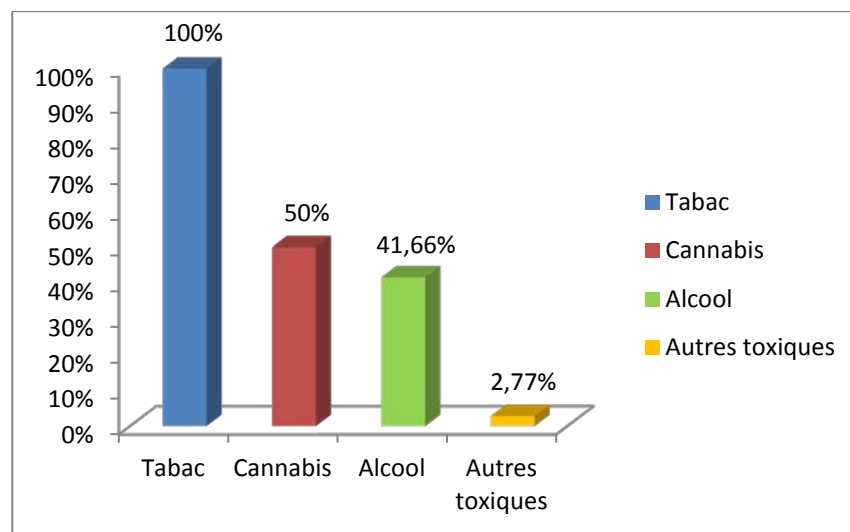


Figure 13 : Répartition de la sous population selon la nature des substances toxiques consommées

3.1. Le tabac : Age de début :

La majorité des patients tabagiques ont commencé à fumer entre 15 ans 24 ans (83,32%)

3.2. Le tabac : nombre de cigarette par jour :

La moitié des sujets tabagiques consomment plus d'un paquet par jour.

3.3. Le tabac : la nature de la consommation :

88,88% des tabagiques fument régulièrement.

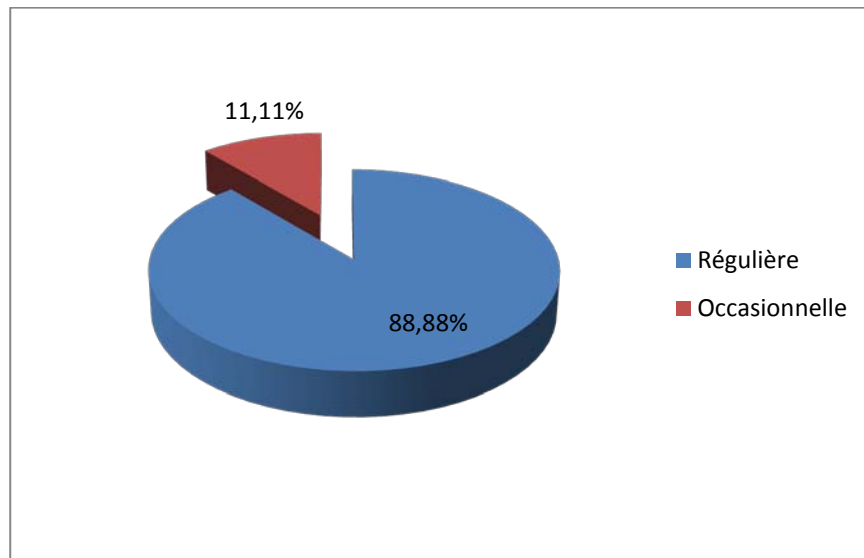


Figure 14 : Répartition de la sous population selon la nature de la consommation de tabac

3.4. Le cannabis : Dh par jour :

61,11% des consommateurs de cannabis dépensent 10dh par jour.

3.5. Le cannabis : la nature de la consommation

55,5 % des patients ont une consommation régulière du cannabis.

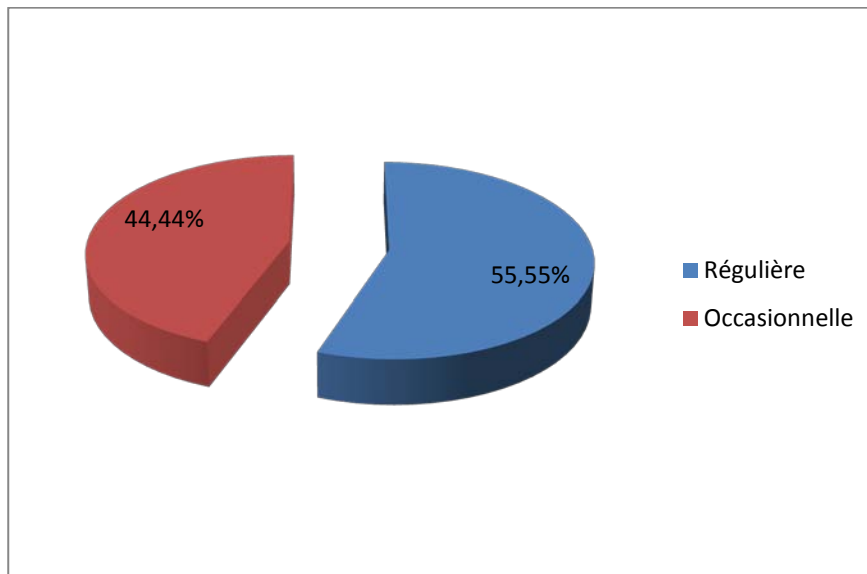


Figure 15 : Répartition de la sous population selon la nature de consommation du cannabis

3.6. L'alcool : litre par jour

60% des patients consomment 1 / 2 litre par jour.

3.7. L'alcool : la nature de la consommation :

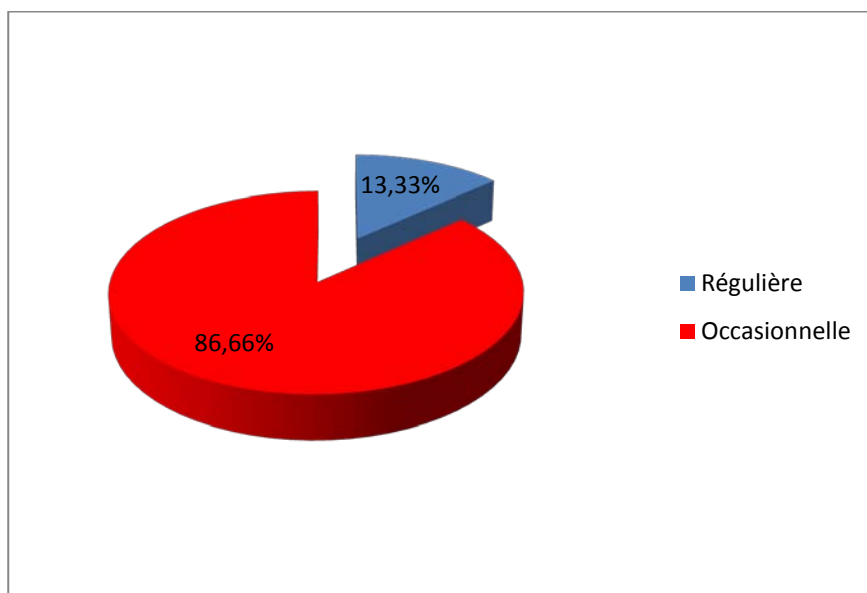


Figure 16 : Répartition de la sous population selon la nature de consommation de l'alcool

Tableau II : Prévalence des antécédents personnels dans la population étudiée

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Antécédents personnels :		
*médicaux	9	16.36
*chirurgicaux	5	9.09
*psychiatriques	50	90.90
*judiciaires	11	20
*toxiques	36	65.45
Antécédents judiciaires : nombre		
*un	10	90.90
*deux	1	9.09
Antécédents judiciaires : cause d'incarcération		
*viol	0	0
*pyromanie	2	18.18
*agression	8	72.72
*vol	1	9.09
Antécédents judiciaires : durée totale d'incarcération		
*1-3 mois	3	27.27
*3-6 mois	2	18.18
*6-12 mois	1	9.09
*+1 an	5	45.45
Antécédents judiciaires : âge de la première condamnation		
*15-19 ans	2	18.18
*20-24 ans	7	63.63
*+25 ans	2	18.18
Antécédents psychiatriques : consultation antérieure		
*oui	40	80
*non	10	20
Antécédents psychiatriques : hospitalisation antérieure		
*oui	46	92
*non	4	8
Antécédents psychiatriques : tentative de suicide		
*oui	4	8
*non	46	92
Antécédents toxiques :		
*tabagisme	36	100
*cannabisme	18	50
*alcoolisme	15	41.66

*autres (drogues, colle synthétique, héroïne ...)	1	2.77
tabagisme : âge de début		
*-15 ans	4	11.11
*15-19 ans	16	44.44
*20-24 ans	14	38.88
*+25 ans	2	5.55
tabagisme : nombre de cigarette par jour		
*-5 cig/j	2	5.55
*5-9 cig/j	6	16.66
*10-19 cig/j	10	27.77
*+20 cig/j	18	50
tabagisme : nature de consommation		
*régulière	32	88.88
*occasionnelle	4	11.11
Cannabisme : dh par jour		
*10 dh	11	61.11
*20 dh	6	33.33
*30 dh	1	5.55
Cannabisme : nature de consommation		
* régulière	10	55.55
*occasionnelle	8	44.44
Alcoolisme : litres par jour		
*1/2 l	9	60
*1 l	4	26.66
*2 l	2	13.33
Alcoolisme : nature de consommation		
* régulière	2	13.33
*occasionnelle	13	86.66

III. Les antécédents familiaux:

Le tiers de la population avait des antécédents familiaux judiciaires.

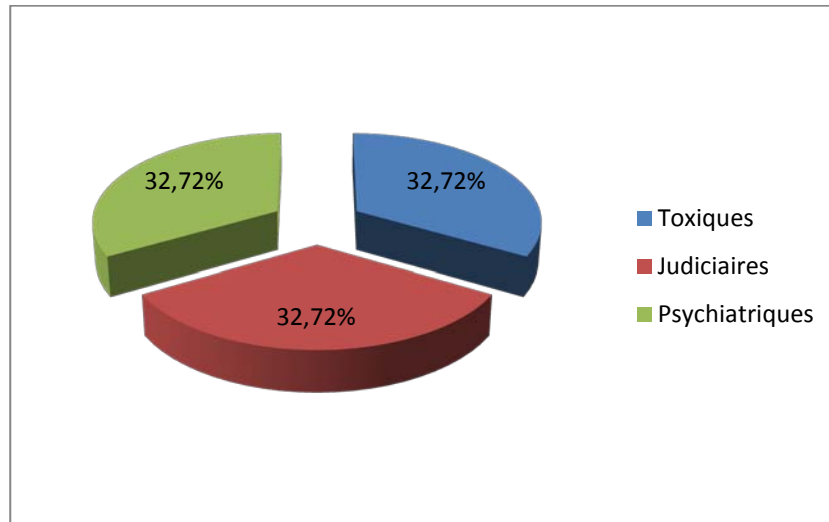


Figure 17 : Répartition de la population selon les antécédents familiaux

IV. Les caractéristiques cliniques de la population étudiée :

1. La symptomatologie de l'admission :

Le syndrome délirant (57,4%), les troubles de comportement (31,48%), le syndrome dissociatif (27,77%) et les troubles de l'humeur (20,37%) représentaient les signes les plus fréquents à l'admission des patients.

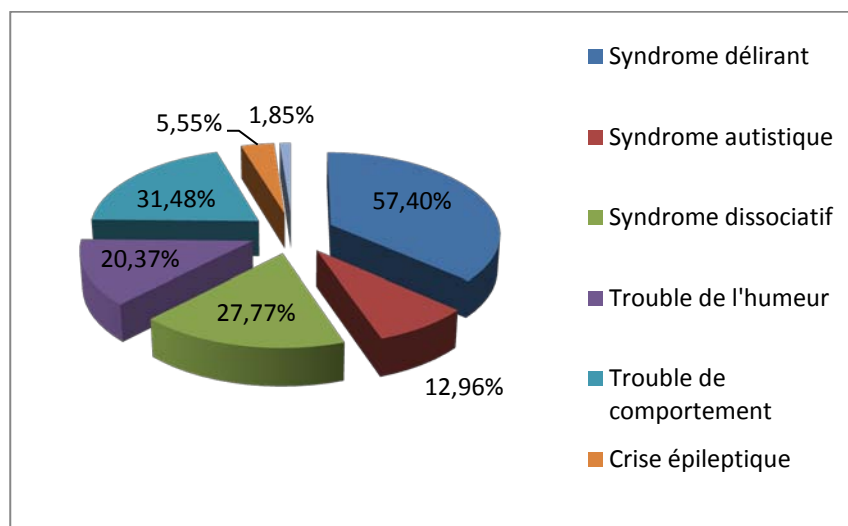


Figure 18 : Répartition de la population selon la symptomatologie de l'admission

2. Le diagnostic retenu

Le diagnostic de la schizophrénie a été retrouvé dans 85,44%.

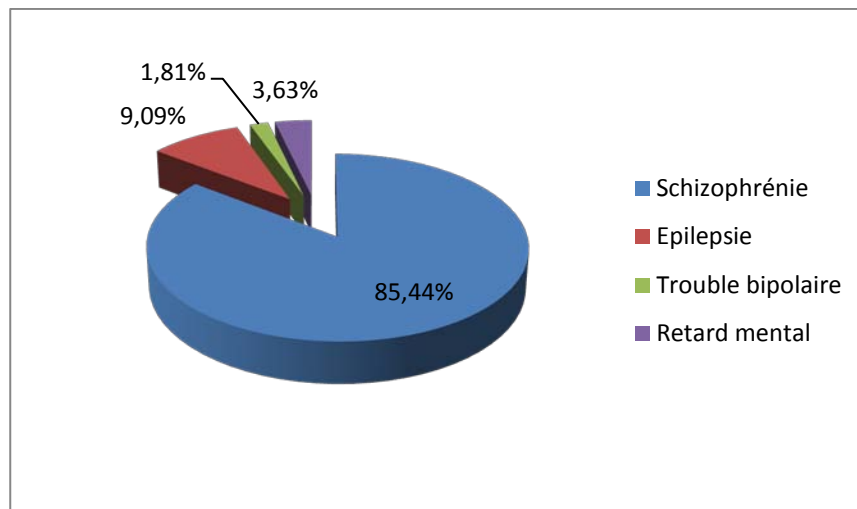


Figure 19: Répartition de la population selon de diagnostic

3. L'âge de début :

La moyenne d'âge de début de la maladie dans notre étude était de $26,32 \pm 8,38$ ans avec des extrêmes allant de 14 ans à 48 ans.

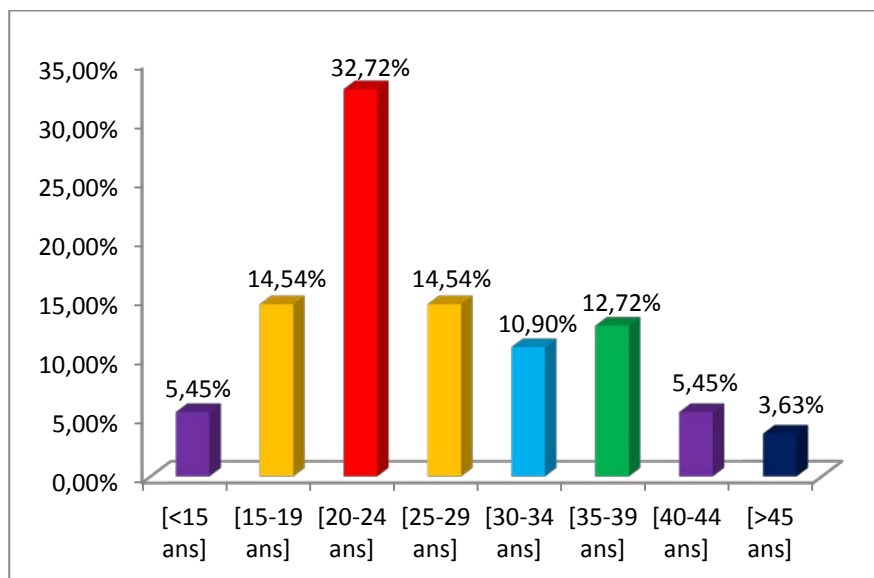


Figure 20: Répartition de la population selon de l'âge de début

4. Le mode de début :

Le début de la maladie était progressif dans 89,09%.

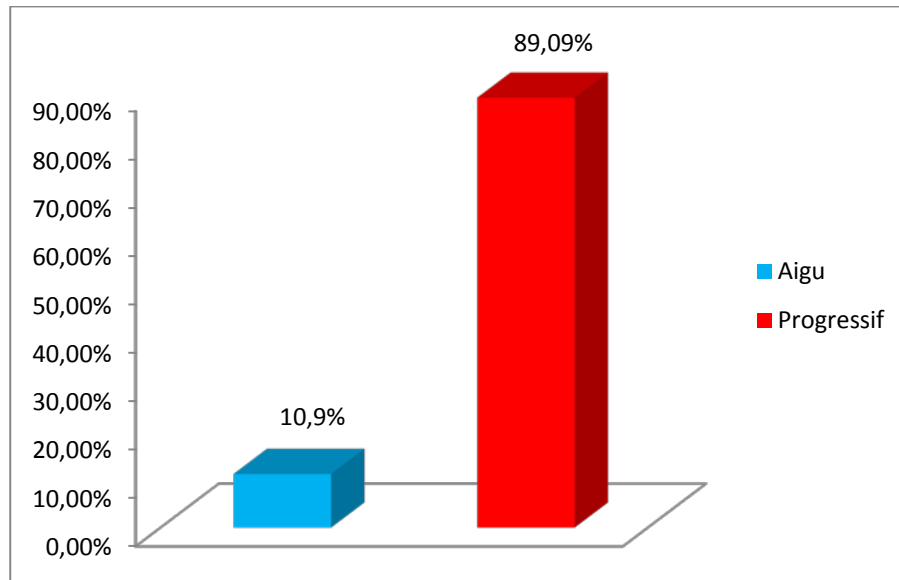


Figure 21 : Répartition de la population selon du mode de début de la maladie

5. La durée de l'évolution de la maladie

La moyenne de la durée d'évolution de la maladie chez les patients de notre série était de $15,34 \pm 8,33$ ans avec des extrêmes allant de 5 ans à 35 ans.

Tableau III : La durée d'évolution de la maladie

	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Durée de l'évolution de la maladie en année	15,34	13	8,33	5	35

6. L'hospitalisation actuelle

6.1 La durée :

Nous avons noté une moyenne de $7 \pm 5,11$ ans de la durée d'hospitalisation avec des extrêmes allant de 3 mois à 23 ans.

Tableau IV : Durée d'hospitalisation des patients

	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Durée d'hospitalisation en année	7	6	5,11	0,25	23

6.2 Le placement :

Les patients médicolégaux placés en psychiatrie proviennent surtout de la région Marrakech tansift alhaouz, doukkala abda et aussi du sud du Maroc.

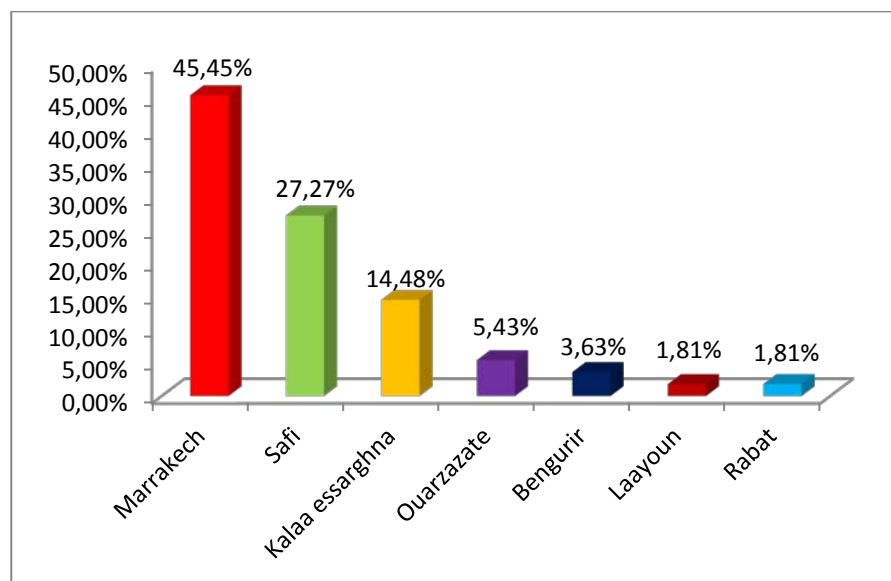


Figure 22 : Répartition de la population selon l'origine de placement

6.3 L'ordonnateur :

L'ordre d'internement était fait dans 54,54% par le procureur général de la cours d'appel.

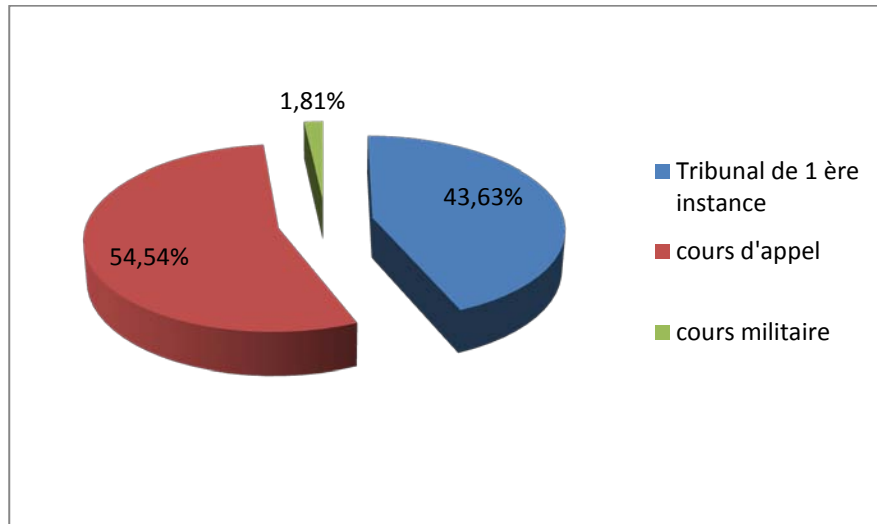


Figure 23 : Répartition de la population selon l'ordonnateur de placement

V. L'acte médico-légal :

1. La nature de l'acte :

54,54% de la population était internés pour homicide, 21,72% pour agression, 10,86% pour pyromanie, 7,24% pour viol et 5,43% pour vol.

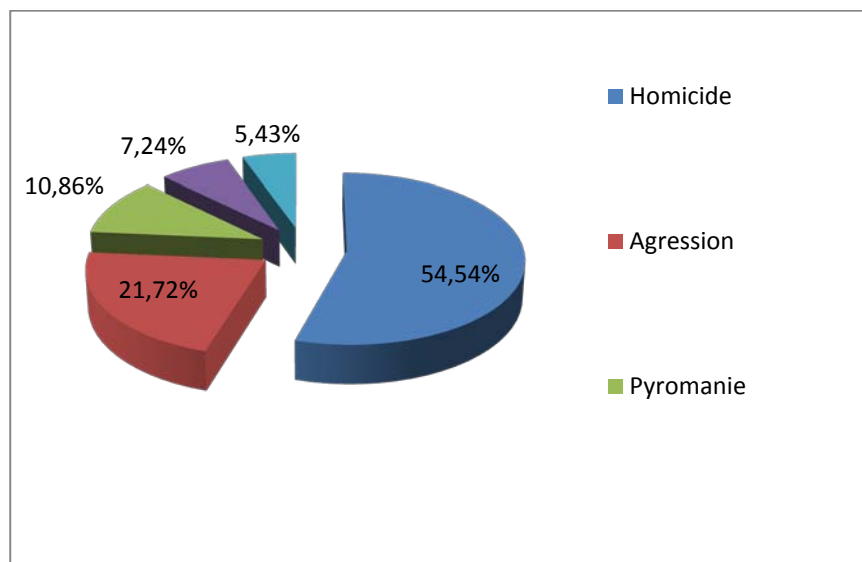


Figure 24 : Répartition de la population selon l'acte

2. L'âge au moment de l'acte :

La moyenne d'âge des patients au moment de l'acte était de $32,67 \pm 7,37$ ans avec un maximum de 50 ans et minimum de 18 ans.

Tableau V : L'âge moyen au moment de l'acte

	Moyen	Médian	Ecart-type	Minimum	Maximum
<u>L'âge au moment de l'acte</u>	32,67	31	7,37	18	50

3. L'intentionnalité au moment de l'acte :

La majorité de notre échantillon (61,81%) ont commis l'acte en absence d'une intention d'homicide, et 38,18% ont commis l'acte volontairement.

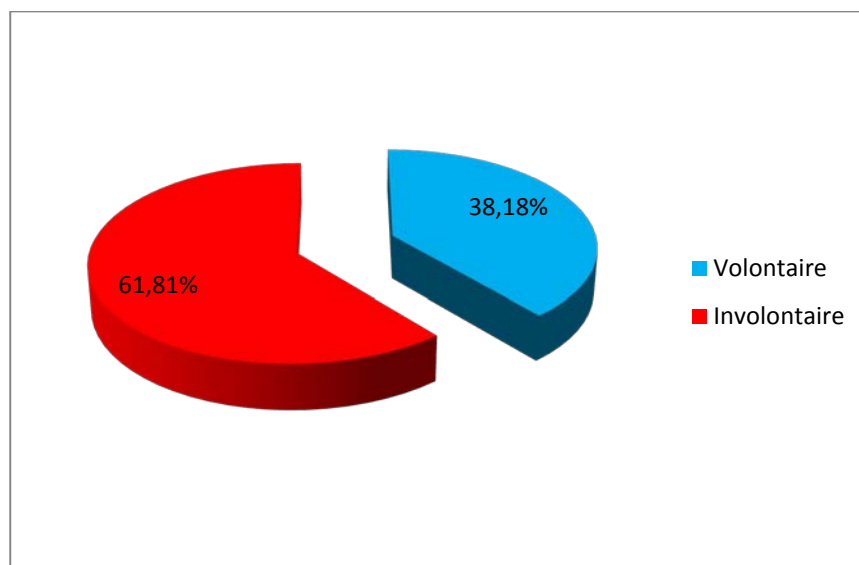


Figure 25 : Répartition de la population selon l'intensité de l'acte

4. L'état au moment de l'acte

Plus de la moitié de la population était hallucinée au moment de l'acte, 21,81% était délirants (délire de persécution et délire de jalousie), 20% avait consommé des substances psycho actives.

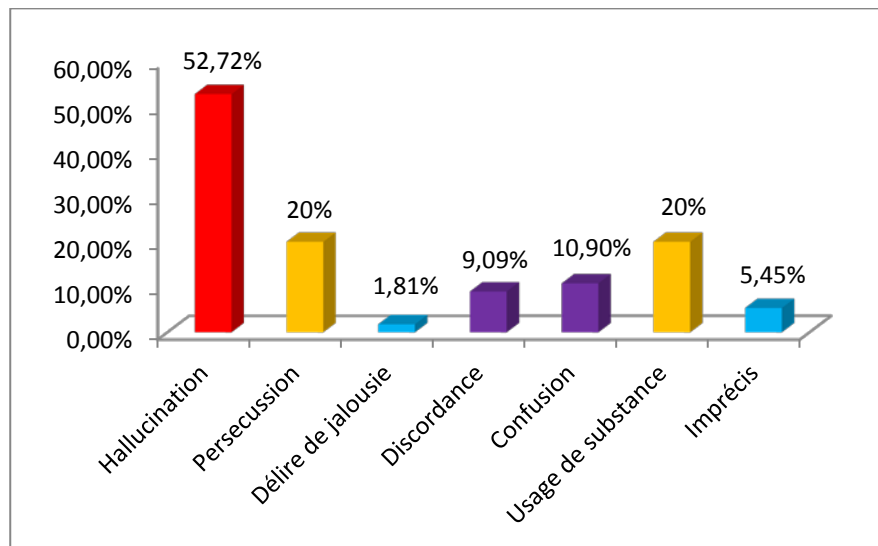


Figure 26 : Répartition de la population selon l'état au moment de l'acte

5. L'intervalle entre l'acte et l'internement

La moyenne de l'intervalle entre l'acte et l'internement était de $8,3 \pm 10,56$ mois avec des extrêmes allant de 1 mois à 48 mois.

Tableau VI : l'intervalle moyen entre l'acte et l'internement

	Moyen	Médian	Ecart-type	Minimum	Maximum
<u>L'intervalle en mois</u>	8,3	4	10,56	1	48

6. La victime :

6.1 L'âge :

Les victimes étaient jeunes dans 36,95% et âgées dans 45,65%. Mettre

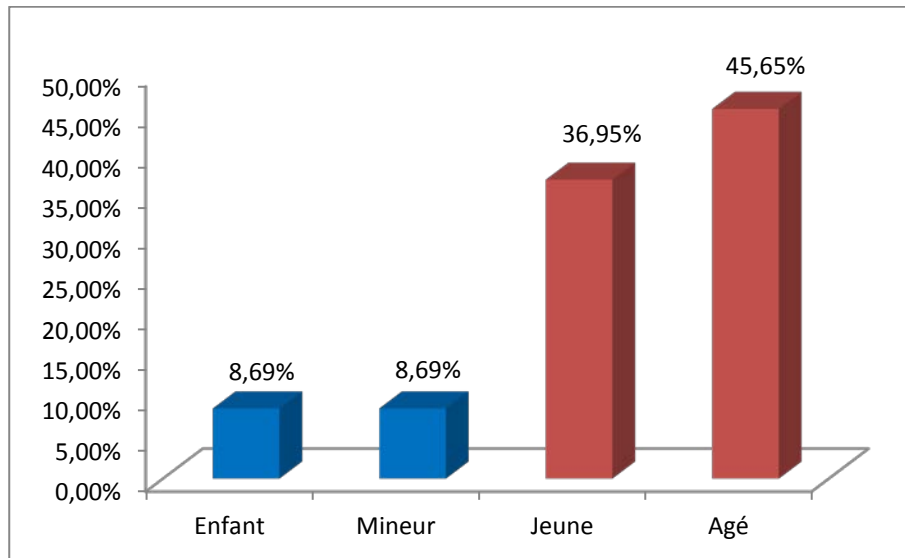


Figure 27 : Répartition des victimes selon l'âge

6.2 Le sexe :

78,26% des victimes étaient de sexe masculin.

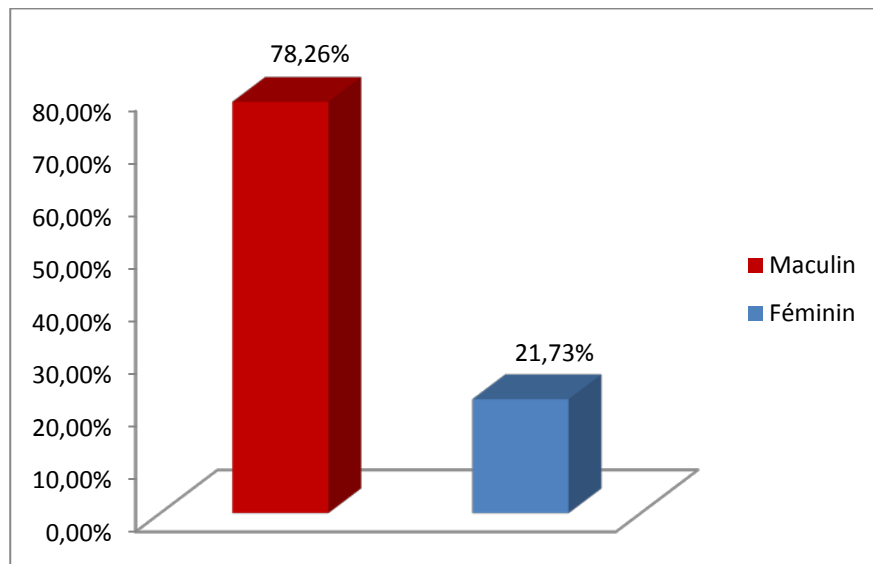


Figure 28 : Répartition des victimes selon le sexe

6.3 Le statut :

65,21% des victimes étaient de l'entourage des patients (parenté ou connaissance).

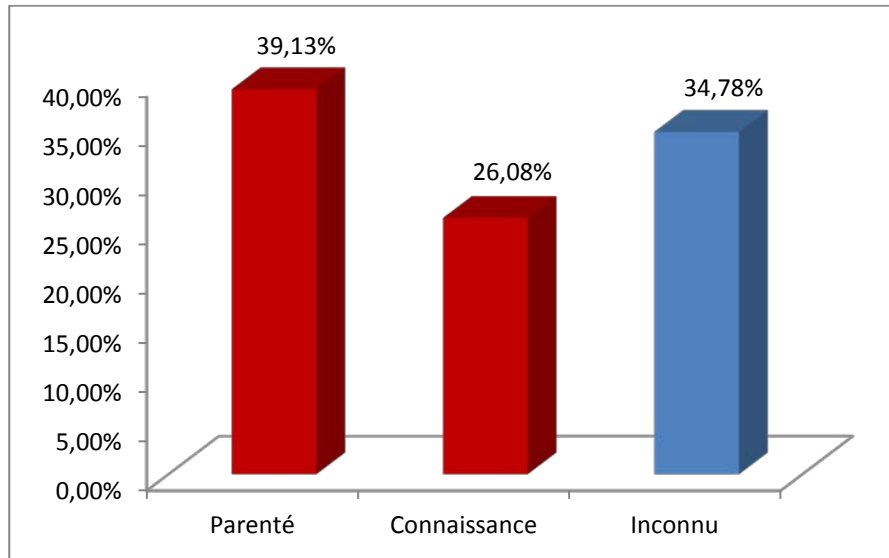


Figure 29 : Répartition des victimes selon le statut

7. La conscience actuelle de l'acte

92,72% de la population est actuellement consciente de l'acte.

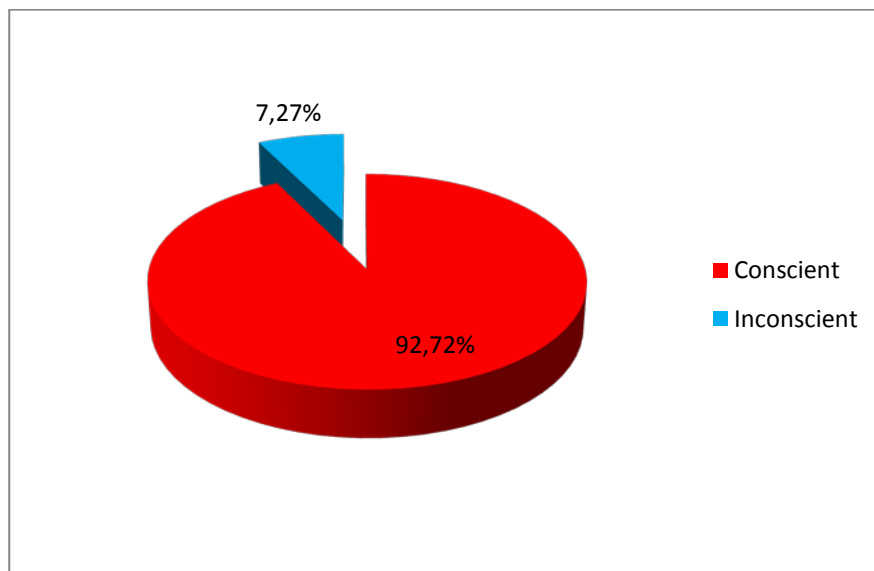


Figure 30 : Répartition de la population selon la conscience actuelle de l'acte

8. La conséquence judiciaire :

80% de la population était déresponsabilisée à cause de leurs maladies mentales et internés en psychiatrie, 20% avaient une responsabilité atténuée ou responsabilité totale mais placés en psychiatrie pour soin.

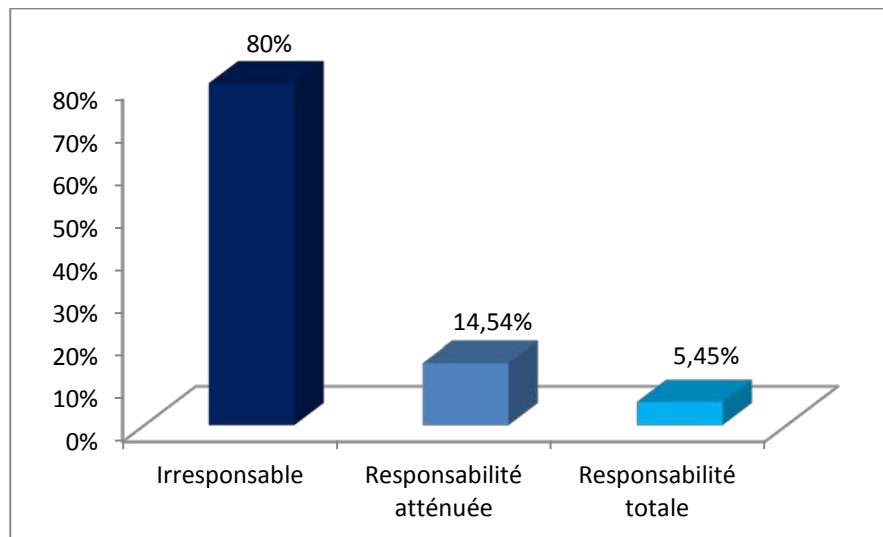


Figure 31 : Répartition de la population selon la conséquence judiciaire

8.1 Durée de condamnation pour la responsabilité atténuée :

Pour les patients ayant reçu un jugement de responsabilité atténuée, la durée moyenne d'incarcération était de $6,37 \pm 4,38$ ans avec des extrêmes allant de 2 ans à 15 ans.

Tableau VII : Durée d'incarcération des patients ayant reçu une responsabilité atténuée

	Moyenne	médiane	Ecart-type	Minimum	maximum
Durée de condamnation (année)	6.37	5,5	4,38	2	15

8.2 Durée de condamnation pour la responsabilité totale :

3 malades étaient condamnés pour la responsabilité totale : le verdict était l'emprisonnement pour 30 ans pour le premier malade, 25 ans pour le deuxième et la perpétuité pour le troisième.

9. L'homicide et l'agression :

9.1 Contexte de dispute :

47,61% des homicides et des agressions étaient commis dans un contexte de dispute.

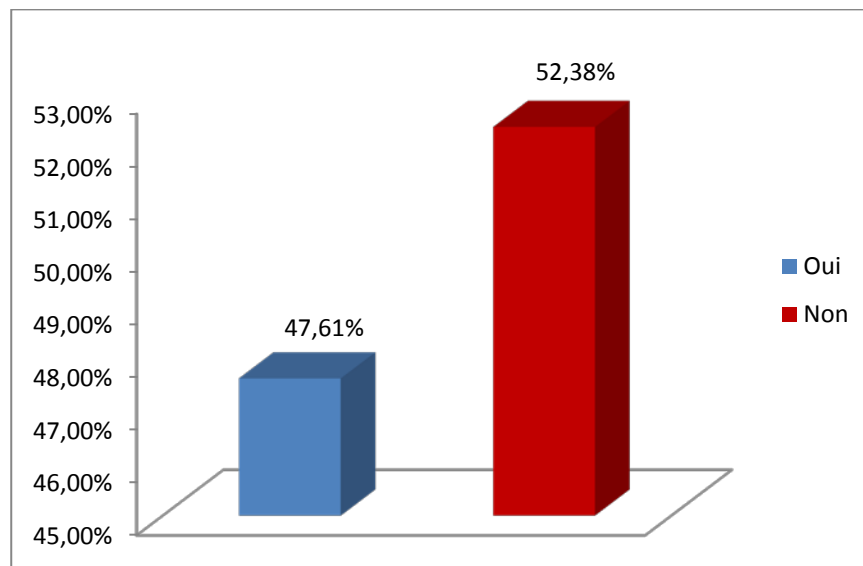


Figure 32 : Répartition de la sous population selon le contexte de dispute

9.2 Moyen utilisé :

Les armes blanches (42,85%), les objets solides (14,28%), les pelles en fer (11,90%) et la strangulation (7,14%) représentent les quatre grands moyens de passage à l'acte.

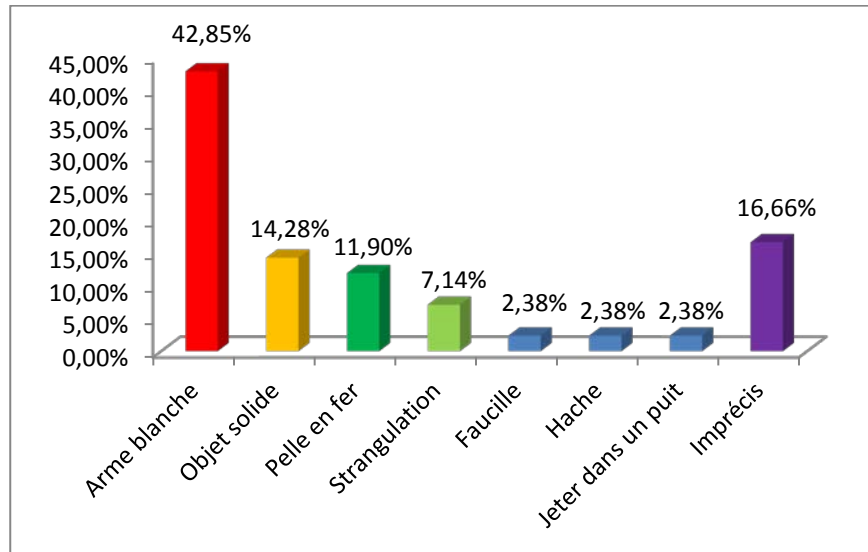


Figure 33 : Répartition de la sous population selon le moyen de passage à l'acte

9.3 Comportement après l'acte :

59,52% de la population sont restés sur place après le crime, 38,09% ont fugué et 2,38% ont tenté de se suicider.

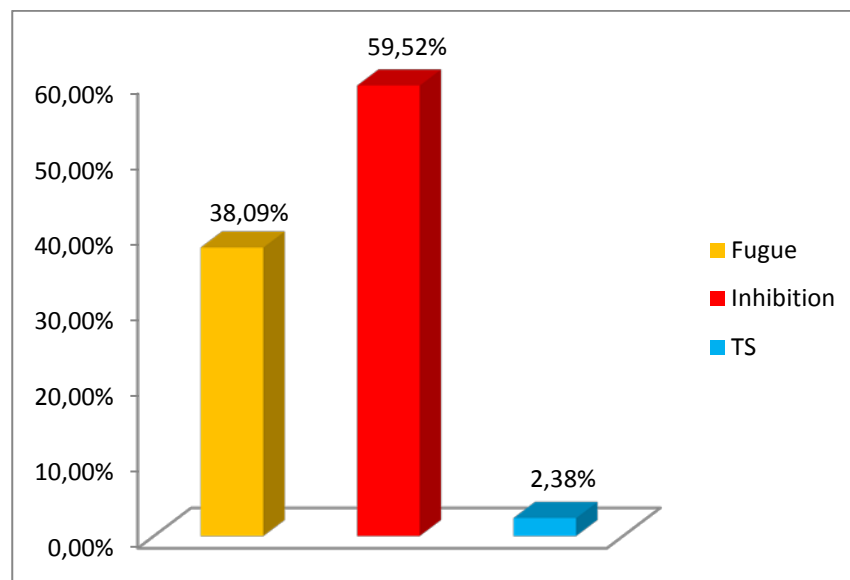


Figure 34 : Répartition de la sous population selon le comportement après l'acte

Tableau VIII : caractéristiques criminologiques de la population

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Nature de l'acte :		
*homicide	30	54.54
*viol	4	7.24
*pyromanie	6	10.86
*agression	12	21.72
*vol	3	5.43
Age au moment de l'acte :		
*<20 ans	1	1.81
*20-24 ans	7	12.72
*25-29 ans	13	23.63
*30-34 ans	13	23.63
*35-39 ans	8	12.72
*40-44 ans	9	16.29
*>45 ans	4	7.24
Intention de l'acte :		
*volontaire	21	38.18
*involontaire	34	61.81
Contexte de dispute avant l'acte : homicide et agression		
*oui	20	47,61
*non	22	52,38
Moyen utilisé pour l'homicide ou agression		
*Arme blanche	18	42,85
*strangulation	3	7,14
*Pelle en fer	5	11,90
*faucille	1	2,38
*objet solide : bouteille à gaz(1), barre en fer(2), pierre (3)	6	14,28
*hache	1	2,38
*jeter dans un puits	1	2,38
*imprécis	7	16,66
Etat de malade au moment de l'acte :		
*hallucination	29	52.72%
*percussion	11	20%
*Délire de jalousie	1	1.81%
*discordance	5	9.09%
*confusion	6	10.90%
*usage de substance	11	20%
*Imprécis	3	5.45%

Le profil des patients médico-légaux hospitalisés en psychiatrie hôpital Ibn Nafis

Comportement après l'acte : homicide et agression :		
*fugue	16	38,09
*inhibition	25	59,52
*TS	1	2,38
Intervalle entre l'acte et l'internement :		
*1 mois	5	-
*2 mois	10	-
*3 mois	5	-
*4 mois	5	-
*5 mois	10	-
*6 mois	3	-
*7 mois	2	-
*8 mois	0	-
*9 mois	0	-
*10 mois	0	-
*1 an	4	-
*2 ans	5	-
*3 ans	3	-
*4 ans	3	-
Victime : homicide, viol et agression :		
*âge :		
-enfant	4	8,69
-mineur(e)	4	8,69
-jeune	17	36,95
-âgé(e)	21	45,65
*sexe :		
-masculin	36	78,26
-féminin	10	21,73
*statut :		
-parenté	18	39,13
-connaissance	12	26,08
-inconnu	16	34,78
Conscience actuelle de l'acte :		
*oui	51	92,72
*non	4	7,27
Conséquence judiciaire :		
*irresponsabilité avec internement en psychiatrie	44	80
*responsabilité atténuée	8	14,54
*responsabilité totale	3	5,45

VI. La prise en charge thérapeutique :

Tous les malades ont bénéficié d'un bilan paraclinique comportant une NFS-plaquettes, bilan hépatique, bilan rénal, glycémie, une sérologie syphilitique et une sérologie VIH.

Les neuroleptiques ont été prescrits dans 96,36% des cas.

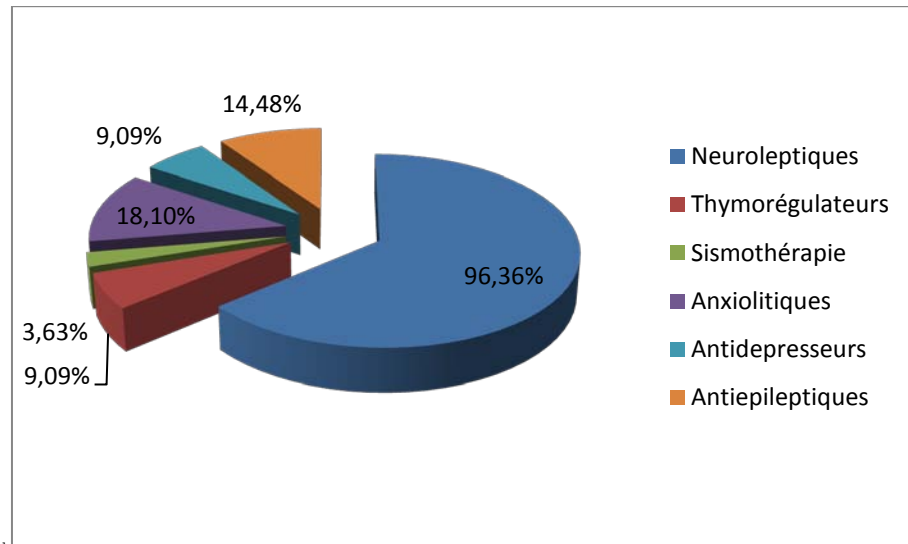


Figure 35 : Répartition de la population selon le type de traitement reçu durant l'hospitalisation

VII. L'état somatique au cours de l'internement :

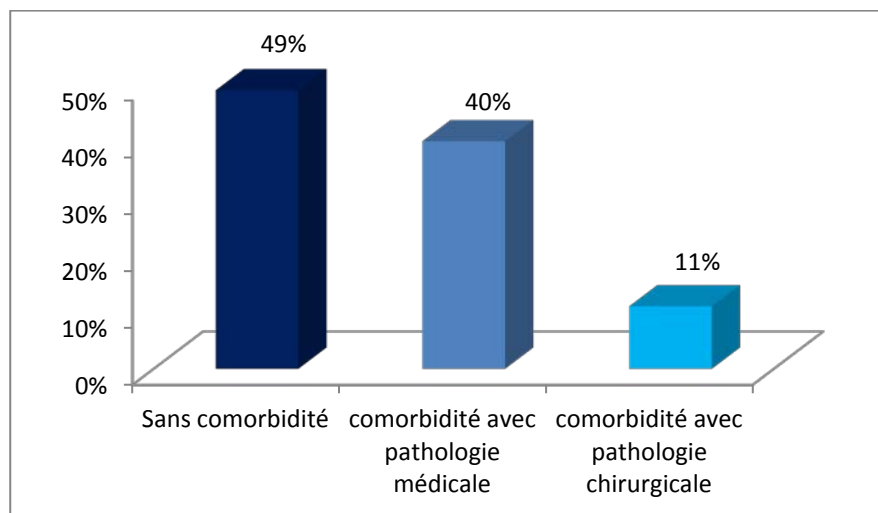


Figure 36 : Répartition de la population selon la comorbidité pathologique au cours de l'internement

1. Comorbidité avec pathologie médicale :

40% de la population avait présenté un problème médical au cours de l'internement :

- 5 cas de diabète
- 4 cas de tuberculose
- 4 cas de gastrite chronique à hélicobacter pylori
- 2 cas de syndrome malin des neuroleptiques
- 2 cas d'otite moyenne purulente
- 1 cas de cardiopathie
- 1 cas d'anémie
- 1 cas de pyélonéphrite aigu
- 1 cas de dermatose
- 1 cas de neurosyphilis

2. Problème chirurgical

Presque 11% de la population ayant présenté un problème chirurgical durant l'internement :

- 2 cas de fistule anale
- 1 cas d'amputation sur pied diabétique
- 1 cas de cataracte
- 1 cas de trachéotomie
- 1 cas de lipome facial.

Tableau IX : Caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives de la population

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Symptomatologie à l'admission :		
*syndrome délirant	31	57.4
*syndrome autistique	7	12.96
*syndrome dissociatif	15	27.77
*trouble de l'humeur	11	20.37
*trouble de comportement	17	31.48
*crise épileptique	3	5.55
*autres	1	1.85
Diagnostic retenu :		
*schizophrénie	47	85.44
*Epilepsie	5	9.09
*trouble bipolaire	1	1.81
*retard mental	2	3.63
Age de début :		
*-15 ans	3	5.45
*15-19 ans	8	14.54
*20-24 ans	18	32.72
*25-29 ans	8	14.54
*30-34 ans	6	10.90
*35-39 ans	7	12.72
*40-44 ans	3	5.45
*45-49 ans	2	3.63
Mode de début :		
*aigu	6	10.9
*progressif	49	89.09
Durée de l'évolution de la maladie :		
*5-10 ans	16	29,1%
*11-15 ans	19	34,54%
*16-20 ans	5	9,1%
*21-25 ans	6	10,91%
*26-30 ans	4	7,27%
*+30 ans	5	9,1%
Hospitalisation actuelle : durée		
*-5 ans	22	40
*5-9 ans	20	36.36
*10-14 ans	6	10.90
*15-19 ans	4	7.27
*20-24 ans	3	5.45

Le profil des patients médicolégaux hospitalisés en psychiatrie hôpital Ibn Nafis

Hospitalisation actuelle : placement		
*Marrakech	25	45.45
*Ouarzazate	3	5.43
*Safi	15	27.27
*Kalaa essraghna	8	14.48
*Bengurir	2	3.63
*Autres (laayoun,rabat)	2	3.63
Hospitalisation actuelle : ordonnateur		
*procureur du roi du tribunal de 1ere instance	24	43.63
*procureur générale de la cours d'appel	30	54.54
*procureur de la cours militaire	1	1.81
Traitement reçu :		
*neuroleptique	53	96.36
*Thymorégulateurs	5	9.09
*sismothérapie	2	3.63
*anxiolytiques	10	18.1
*antidépresseurs	5	9.09
*antiépileptiques	8	14.48
*autres	7	12.72
Etat somatique au cours de l'hospitalisation actuelle : problème somatique :		
*diabète	5	9.09
*tuberculose	4	7.24
*cardiopathie	1	1.81
*Syndrome malin des NLP	2	3.62
*otite	2	3.62
*gastrite chronique	4	7.24
*anémie	1	1.81
*PNA	1	1.81
*dermatose	1	1.81
*Neurosyphilis	1	1.81
Etat somatique au cours de l'hospitalisation actuelle : problème chirurgical		
*trachéotomie	1	1.81
*cataracte	1	1.81
*pied diabétique	1	1.81
*fistule anale	2	3.62
*lipome faciale	1	1.81

VIII. Les échelles :

1. Evaluation de l'insight du malade :

1.1. Score général :

L'insight a été évalué grâce à la Birchwood Insight Scale. Nous avons trouvé que 32 patients de notre échantillon avaient un score général inférieur à 9, avec une moyenne qui était de $6,37 \pm 1,73$, soit un taux de mauvais insight de 58,18%.

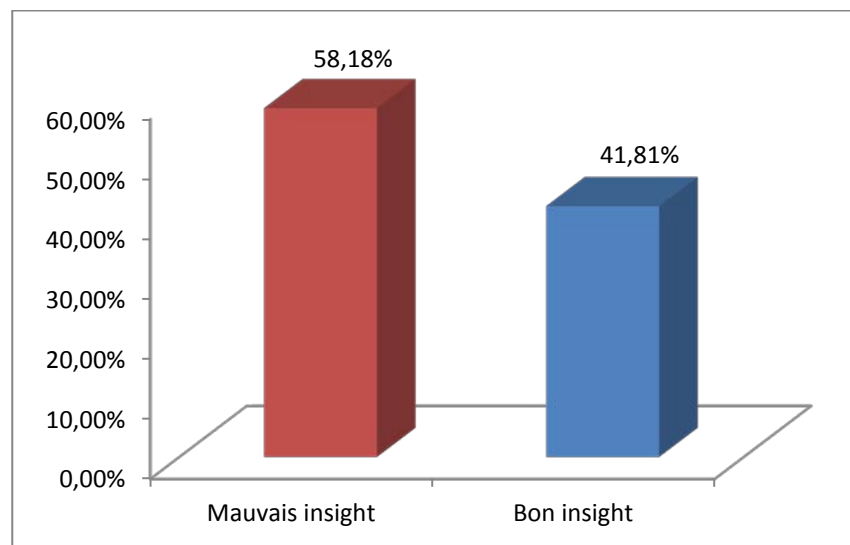


Figure 37 : Variabilité de l'insight chez les patients

1.2. Conscience des symptômes :

Dans la population étudiée, 54,54% n'avaient pas conscience des symptômes de la maladie.

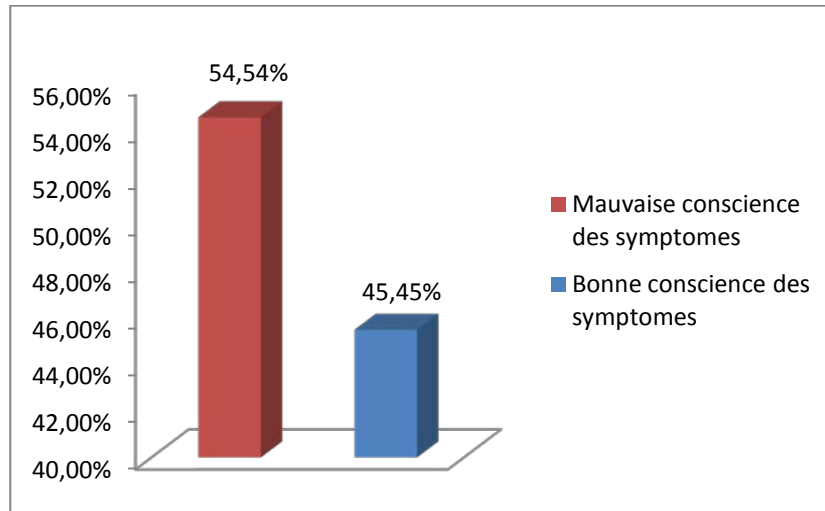


Figure 38 : Variabilité de la conscience des symptômes chez les patients
(sous échelle 1 de la Birchwood Insight Scale, voir annexe)

1.3. Conscience de la maladie :

Seuls 19 patients de notre études, soit un taux de 34,54%, avaient conscience de leur maladie.

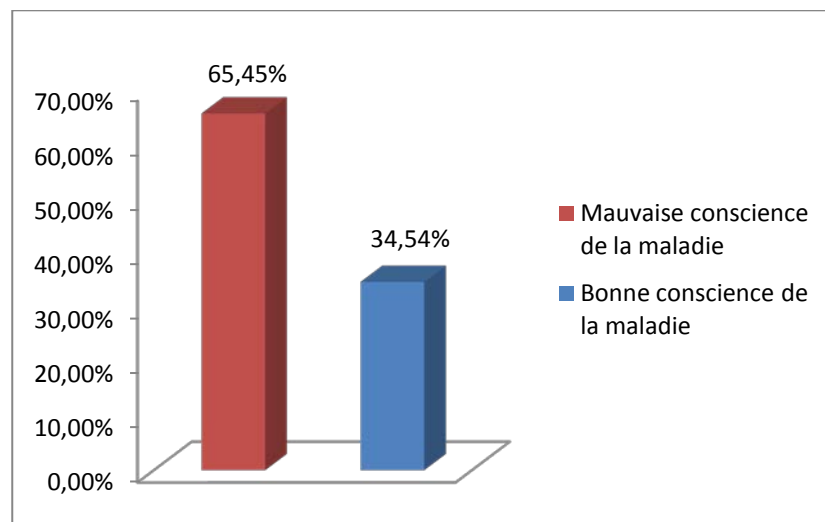


Figure 39 : Variabilité de la conscience de la maladie chez les patients
(sous échelle 2 de la Birchwood Insight Scale, voir annexe)

1.4. Conscience du besoin de traitement :

Environ les deux tiers de notre population avaient conscience du besoin de traitement.

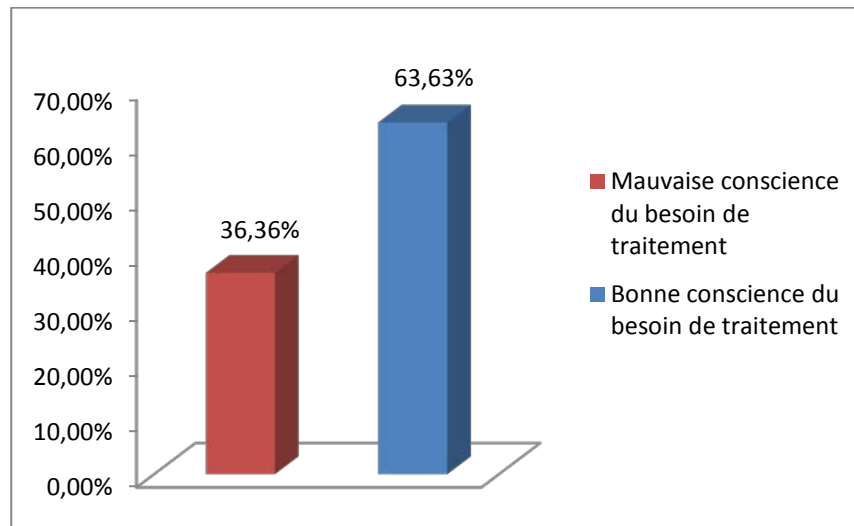


Figure 40 : Variabilité de la conscience du besoin du traitement chez les patients (sous échelle 3 de la Birchwood Insight Scale, voir annexe)

2. Evaluation des symptômes par la Positive and Negative symptoms scale (PANSS):

La moyenne du score total de la PANSS des patients de notre population était de $45,54 \pm 9,25$ avec des extrêmes allant de 30 à 66.

Tableau X: Evaluation des symptômes par la PANSS chez les patients

PANSS	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Echelle positive	7,92	2,2	7	17
Echelle négative	15,85	5,07	7	32
Echelle psychopathologique	21,83	4,15	16	36
Score total	45,54	9,25	30	66

3. Evaluation des symptômes par MADRS

L'évaluation de la dépression chez les patients avait trouvé un score inférieur à 15 (absence de dépression) chez tous les malades.

4. Evaluation des symptômes par SDAS :

L'évaluation du dysfonctionnement et de l'agressivité chez les patients avait trouvé un score allant de 1 à 16 avec une médiane de 4.

On a noté un faible taux d'agressivité, étant donné qu'au moment de l'évaluation les patients étaient sous traitement psychotrope et la durée moyenne d'internement était de $7 \pm 5,11$ ans.



DISCUSSION

I. Généralités:

1. Généralités sur la dangerosité :

1.1 Définition :

Le concept de dangerosité est né au XIX^{ème} siècle dans un contexte de défense sociale et de volonté de protection de la population contre le crime. Au début du XX^{ème} siècle, la dangerosité d'un individu renvoyait à des «habitudes délinquantes» et donc aux nombres d'infractions commises.

Il n'existe pas de définition de la dangerosité. Ce terme comprend trois inductions : la réponse pénale qu'implique le constat du danger, la recherche d'une cause pour tenter de l'éradiquer et le constat des conséquences pour rendre justice à la victime. (6)

La définition de ce qu'est un individu «dangereux» se modifie selon les valeurs changeantes de la société. PRATT démontre que le concept de dangerosité est une construction sociale plutôt qu'une entité ontologique. (7)

Initialement, l'évaluation de la dangerosité d'un individu répondait aux principes du droit pénal classique ; plus le nombre de crimes était important, plus la sentence était sévère. Après les années 1970, c'est plutôt le genre de crime qu'un individu pourrait commettre dans le futur, plutôt que le nombre de crimes perpétrés antérieurement, qui présente un intérêt dans la détermination de la dangerosité. (7)

La notion complexe de dangerosité comporte actuellement deux acceptions, criminologique et psychiatrique.

1.2 Dangerosité criminologique

La dangerosité criminologique peut faire l'objet de plusieurs définitions. Toutes sont néanmoins fondées sur des critères identiques (8):

*L'absence de pathologies psychiatriques.

*L'existence d'un risque de récurrence ou de réitération d'une nouvelle infraction empreinte d'une certaine gravité.

Les définitions formulées par plusieurs auteurs sur la dangerosité criminologique font toute référence à la probabilité de commettre une infraction contre les personnes et les biens.

La commission Santé-Justice a défini la dangerosité criminologique comme un «phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes et les biens». (9)

Pour certains auteurs, il ne convient pas de parler de la dangerosité d'un individu mais d'évoquer plutôt un «état» de dangerosité. Pour BOURGEOIS et BENEZECH, cet état de dangerosité correspond à un «Etat, situation ou action, dans lesquels une personne ou un groupe de personnes font courir à autrui ou aux biens, un risque important de violence, de dommage ou de destruction». Ils distinguent l'état dangereux permanent (trait) et l'état dangereux imminent (état). (10)

La détermination législative de «l'état dangereux» des auteurs d'infraction pénale s'opère aux moyens de présomption de dangerosité ou de présomption d'innocuité. Cette présomption de dangerosité repose en partie sur des critères légaux comme la «nature» de l'acte commis (torture, acte de barbarie, infractions révélant une délinquance habituelle ou professionnelle), les «mobiles particuliers» (terrorisme, racisme, homophobie..), les «modes opératoires» (présence d'une arme, empoisonnement), la «qualité» des victimes (enfants, personnes vulnérables), la concomitance et la corrélation d'infractions et le passé pénal. (8)

Les députés, auteurs du rapport sur le traitement de la récurrence des infractions pénales, concluent que «l'appréciation de la dangerosité et de la mesure de probabilité de commission d'une infraction constitue un exercice délicat qui doit être mis en œuvre au travers d'une

méthodologie pluridisciplinaire associant des expertises psychiatriques, médicopsychologiques et comportementales du condamné car aucun secteur de la médecine ou du domaine social ne saurait rester étranger à la criminologie. ». (8)

1.3 Dangérosité psychiatrique

La dangérosité psychiatrique est, quant à elle, une manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale.

La commission Santé-Justice, en 2005, a défini la dangérosité psychiatrique comme «un risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental et notamment au mécanisme et à la thématique de l'activité délirante». (9)

SENNINGER parle de «dangérosité pathologique» qui concerne le malade mental considéré comme dangereux, qui présente une probabilité de passage à l'acte agressif. (11)

Pour AMBROSI « l'état dangereux » correspond à un «risque psychologique, c'est-à-dire un état où la prise de décision impulsive est imminente et dont se dégage l'impression d'un « juste avant » l'effondrement psychique. (12)

2. Psychopathologie de passage à l'acte dans les différentes pathologies psychiatriques :

2.1 Schizophrénie et passage à l'acte violent :

La schizophrénie est une psychose chronique survenant chez l'adulte jeune, cliniquement caractérisée par des signes de dissociation affective et d'activité délirante, entraînant généralement une rupture de contact avec le monde extérieur et parfois un repli autistique.

Elle touche 1% de la population mondiale et est due à l'interaction de plusieurs facteurs notamment génétiques, biologiques, psychologiques et environnementaux.

Au Maroc, elle touche 5,6% de la population.

La symptomatologie est faite de signes variables : positifs, négatifs et dissociatifs.

Les signes positifs sont dominés par le délire à mécanisme surtout hallucinatoire et à thèmes variables, les signes négatifs correspondent au syndrome autistique et les signes dissociatifs à l'automatisme mental.

Le pronostic de la schizophrénie est conditionné par la précocité du diagnostic et donc le démarrage du traitement antipsychotique, ceci montre l'importance de la sensibilisation du public aux problèmes psychiatriques et des efforts éducatifs visant la famille.

Le passage à l'acte du schizophrène naît d'une situation ressentie comme dangereuse. Face à cette situation menaçante, le schizophrène va en rechercher l'origine, et se concentrer sur le monde extérieur, seule source possible de menace.

Dans un mouvement projectif, le schizophrène va commencer à percevoir le monde comme étrange, angoissant. le sujet schizophrène va rechercher des solutions face à cette menace. Une fugue, une tentative de suicide pour tenter de s'éloigner de la source du danger. L'homicide ou la tentative d'homicide peuvent être un moyen de résoudre cette situation dangereuse, et d'éliminer le persécuteur.

Plus de la moitié des schizophrènes violents présenteraient un autre diagnostic (dépression, abus de substances, traumatismes crâniens) et les diagnostics psychiatriques « purs » seraient rares dans la population carcérale (13,14).

Pour Putkonen et al. (15), il y aurait trois catégories diagnostiques de psychotiques qui tuent ou tentent de tuer une autre personne ; des diagnostics « purs » pour 25% (une majorité de schizophrénies, de troubles schizoaffectifs et d'autres troubles psychotiques), un tel diagnostic associé à un diagnostic d'abus de substances (dual diagnosis pour 25% de leurs sujets) et enfin l'un ou l'autre de ces deux diagnostics associés aux troubles de personnalité antisociale (47 %). (16)

Les patients schizophrènes présentant un délire de persécution peuvent passer à l'acte dans le cadre de ces idées délirantes. Dans un contexte d'insécurité et de fragilité émotionnelle, la conviction délirante peut se développer, du fait de distorsions cognitives qui ne permettent pas de traiter de façon adaptée une situation affective ou émotionnelle stressante.

Dans le cadre des délires de jalousie, et des crimes «passionnels», existe la notion de perte d'objet. La personnalité de ces criminels «passionnels» peut être marquée par l'égoïsme, le sentiment «d'avoir droit», une dépendance avec besoin de réassurance.

Les relations à l'autre oscillent entre idéalisation et dévalorisation d'autrui. Il existe un manque d'empathie à l'égard des sentiments d'autrui et une incapacité à supporter l'abandon. La relation possessive est marquée par une grande dépendance du sujet à l'objet. La menace de la perte d'objet, entraîne une atteinte narcissique avec menace de l'intégrité du Moi, et le passage à l'acte criminel intervient comme une défense contre l'effondrement du Moi.

2.2 Trouble de l'humeur et passage à l'acte violent :

Les Troubles Bipolaires (TB) sont caractérisés par la survenue d'épisodes maniaques, hypomaniaques, dépressifs (inconstamment) ou mixtes séparés par des périodes au cours desquelles les sujets sont, à priori, indemnes de dysfonctionnement psychique majeur (17).

Le trouble bipolaire est fréquent, il débute généralement à un âge précoce (estimé à 20 ans selon Epidemiologic Catchment Area (ECA)). Sa prévalence à un an, et sa prévalence sur la vie, en population générale, dans les études internationales, se situe respectivement entre 0,1 et 1,7%, et entre 0,2 et 1,6%. (18).

Au Maroc, la prévalence actuelle des épisodes maniaques, est de 3,2 % dans la population générale selon l'enquête nationale réalisée en 2003 (publiée en 2007) par le ministère de la santé étudiant la prévalence des troubles mentaux dans la population marocaine (19).

Les conséquences psychosociales de la maladie, notamment l'altération du fonctionnement professionnel, la dégradation des relations interpersonnelles et sociales ou encore la comorbidité addictive, constituent des facteurs prédictifs du pronostic de la maladie, ce qui souligne l'intérêt d'une prise en charge précoce, incluant le repérage des formes à début précoce, l'instauration d'un traitement pharmacologique et psychothérapique adéquat avec réhabilitation psychosociale.

L'étude menée par Modestin et al. sur 261 patients de sexe masculin présentant un trouble bipolaire ou unipolaire retrouve 42% de patients ayant un casier judiciaire (20).

Le symptôme le plus apparent dans la manie est l'excitation psychomotrice, qui peut engendrer des débordements dont des passages à l'acte agressifs.

L'agitation est parfois tellement intense qu'elle peut prendre l'aspect d'une fureur.

Le maniaque fait l'expérience d'un vécu de toute puissance, qui lui semble indispensable à sa survie. Selon SENNINGER, lorsque quelqu'un met en cause cette toute puissance, en s'y opposant, le maniaque se sent en danger pour sa survie, et peut alors passer à l'acte dans un déchaînement de violence. « C'était lui ou moi ».

Une étude réalisée sur les détenus de la prison d'Ottawa aux états unis d'Amérique (USA) avait révélé un taux de 7% de patients bipolaires parmi les 526 détenus. (21)

Concernant la nature des délits commis, Ritchie et al. (1999) avaient constaté que, sur 283 incendies criminels, 10% furent causés par des sujets bipolaires, tandis que Mcelory et al. durant la même année, avaient rapporté un taux de 36% de bipolaires sur 36 hommes reconnus coupables de délits sexuels. (20)

Les comportements transgressifs, quelque'en soient les types, assez fréquents chez les bipolaires, s'expliquent par la dimension impulsive de l'état maniaque et par la comorbidité addictive.

National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, dans une population de 34 653 sujets, avait montré que les comorbidités addictives à elles seules expliquent les comportements antisociaux des patients (22).

2.3 Retard mental et passage à l'acte :

Pour SENNINGER, la déficience mentale n'est pas à l'origine des passages à l'acte violent, mais à l'origine d'une altération de l'affectivité : insuffisance d'intégration des valeurs morales, désinhibition affective, immaturité affective, intolérance aux frustrations, irritabilité, suggestibilité, sentiment d'infériorité....

Toutes ces composantes affectives influencent la forme prise par les comportements agressifs chez les patients présentant une déficience mentale.

2.4 Epilepsie et passage à l'acte :

La maladie épileptique paraît prédisposer légèrement à la criminalité, la prévalence de l'épilepsie paraissant plus élevée en prison que dans la population générale. La forme temporale semble plus volontiers à l'origine de comportements violents. (23)

La violence peut être corrélée à des perturbations caractérielles intercritiques et à une éventuelle détérioration intellectuelle, le tout aggravé par un abus d'alcool ou de substances. Les troubles mentaux, notamment délirants, sont également plus nombreux chez les épileptiques.

L'agressivité est ainsi en relation avec l'existence de ces manifestations pathologiques associées plutôt qu'avec la crise épileptique elle-même.

3. Méthodes d'évaluation du risque de dangerosité des malades mentaux :

L'objectif de l'évaluation de l'état dangereux d'un patient est de prédire la survenue de comportements violents et donc de pouvoir mettre en place des stratégies

de prévention de cette violence. Il existe différentes méthodes permettant d'évaluer le risque de comportements violents et de dangerosité des malades mentaux.

L'approche anamnétique, qui implique d'évaluer les différents modes de violence dans l'histoire du patient en supposant qu'une agression passée peut se répéter dans des circonstances similaires.

L'approche clinique, qui implique l'application d'une expérience clinique, l'entraînement et l'intuition sur des types de cas particuliers pour interpréter l'information et arriver à un jugement professionnel sur le niveau de risque du patient.

L'approche actuarielle, qui en pratique, implique l'utilisation de données empiriques pour déterminer comment un groupe de personnes avec des caractéristiques similaires à celles du patient a tendance à se comporter.

3.1 L'approche anamnétique :

L'approche visant à faire l'anamnèse de l'histoire de violence du patient semble être très importante dans l'évaluation du risque de violence future. En effet, les patients malades mentaux ayant commis des infractions criminelles ont très fréquemment des antécédents de comportements violents et agressifs qui doivent être étudiés avec attention afin d'en tirer des informations essentielles sur la nature et le contexte de leur passage à l'acte violent. Pour certains auteurs, les actes de violences futures ne sont que la répétition des violences précédentes et les circonstances de passage à l'acte sont souvent les mêmes pour un individu donné.

3.2 L'approche clinique

L'évaluation du sujet violent croise de nombreux chemins et en particulier, celui de la construction d'une clinique des comportements violents. L'état dangereux d'un patient repose sur trois conditions: la personnalité du patient, le contexte et le comportement de l'entourage

(24). L'évaluation clinique doit permettre la recherche de facteurs de risques de dangerosité concernant la biographie du patient, son état mental, les comorbidités associées et sa relation aux soins.

Il faut distinguer les facteurs de risque statiques des facteurs de risque dynamiques. Les facteurs de risque statiques ne sont pas sujets à des changements. Ces facteurs incluent les facteurs sociodémographiques et les antécédents de violence. Les facteurs dynamiques sont sujets à changement du fait d'une prise en charge et incluent les facteurs comme l'accès à une arme, les symptômes psychotiques, l'abus de substance et le cadre de vie d'une personne.

L'évaluation clinique du risque de dangerosité doit s'effectuer selon 5 étapes (25) :

- Accumulation des informations concernant l'individu, à partir de différentes méthodes d'évaluations et en faisant appel à de multiples sources pour obtenir ces données (antécédents de violence, état mental, abus de substance ...)
- Identification des facteurs de risque (facteurs de risque historiques, cliniques, environnementaux, contextuels)
- Recherche des facteurs protecteurs (passés, actuels, contextuels).
- Evaluation du risque de violence à partir des informations obtenues en précisant, sa nature, la sévérité, l'imminence, l'évolution et les facteurs augmentant ou diminuant ce risque.
- Prise en charge adaptée au type de risque de violence: traitement, gestion de la violence, surveillance, supervision, organisation de la sécurité des victimes.

a. Antécédents de violence:

Le praticien doit souvent faire des efforts répétés pour obtenir le plus d'informations possible sur les antécédents de violence.

Pour permettre au clinicien de pouvoir aborder toutes les questions avec son patient, il est nécessaire que l'entretien puisse être réalisé dans un lieu sécurisé mais de façon à pouvoir

préserver une relation thérapeutique. Si le praticien perçoit que le patient est trop vulnérable au stress, secondaire aux questions posées sur la violence et que cela risque d'entraîner un comportement agressif, des actions appropriées doivent être mises en place pour prévenir ce risque (26).

Il peut être souvent nécessaire de trouver d'autres sources d'informations comme la famille, les soignants...

Le clinicien doit absolument déterminer quelles étaient les pensées, les émotions et les actions au cours de chaque événement violent, explorer comment la personne se sentait pendant le passage à l'acte et comment il s'est comporté immédiatement après (remords, attente, fuite, tentative de se couvrir) et comprendre les motivations de la violence, la dynamique entre la victime et le patient, le niveau de blessure, et le sens attribué par le patient à l'événement.

b. Etat émotionnel et mental au moment de l'évaluation

Lorsque l'on conduit une évaluation pour une dangerosité actuelle, une attention particulière doit être portée sur les affects de l'individu. Les personnes qui sont en colère ou manquent d'empathie à l'égard d'autrui ont une augmentation du risque de violence. Dans l'étude Mac Arthur, les sujets ayant un score important de colère sont deux fois plus à risque de présenter un comportement violent par rapport aux individus ayant de faibles scores de colère.

Le clinicien doit observer les changements de signes physiques et les symptômes indiquant une violence imminente. (27,28).

Chez les patients schizophrènes, il est nécessaire d'évaluer l'intensité des symptômes, la présence d'hallucinations avec ordre de violence et d'un délire de persécution avec persécuteur désigné.

c. Recherche de l'existence d'une cible de la violence

Toutes les menaces doivent être prises au sérieux et les détails élucidés. Il est nécessaire de rechercher chez un patient des fantasmes de violence et s'il existe une victime clairement identifiée.

Le clinicien doit également évaluer le risque de suicide chez tous les patients exprimant des menaces d'homicide. Une tentative de suicide utilisant des moyens violents augmente le risque de future violence envers autrui. Une étude a montré que 91% patients qui avaient fait une tentative d'homicide avaient également tenté de se suicider. (29)

d. Recherche de l'existence de comorbidités

La recherche d'une toxicomanie ou d'un éthylysme associé à la pathologie mentale majeure le risque de comportements violents et cela doit donc être dépisté par le clinicien.

e. Relation aux soins

Le clinicien doit noter le degré de conscience que le patient a de ses troubles et de la nécessité d'une prise en charge parce que l'absence d'une compliance aux soins majore les risques de passage à l'acte violent.

f. Evaluation du contexte

Les études ont en effet montré que la situation dans laquelle le patient vivait pouvait avoir des conséquences sur le risque de violence. Si le patient est dans un environnement violent, il y'a plus de probabilité qu'il commette un acte de violence (accès à des armes, proximité de certaines personnes pouvant être les cibles de sa violence).

3.3 Les instruments pour l'évaluation du risque de comportements violents

Depuis les années 1980, de nombreux instruments d'évaluation du risque ont été développés dans le but d'augmenter la précision de la prédiction de la violence. La plupart de ces instruments présentent une validité prédictive modérée, ce qui constitue, sans nul doute, un

progrès important par rapport aux évaluations cliniques générales, lesquelles prédisent la récurrence de manière inexacte, à travers une grande prévalence de faux-positifs (30).

L'évaluation du risque peut se subdiviser en :

- risque immédiat, qui s'impose dans l'instant et souvent en urgence.
- à court terme (d'une semaine à un mois), qui permet l'élaboration d'une prise en charge à brève échéance.
- à long terme, qui pose la question du pronostic.

L'évaluation à court terme apparaît comme l'évaluation la plus fiable et permet de souligner l'urgence d'une situation.

Il existe deux sortes de méthodes permettant l'évaluation du risque de comportements violents :

- Les méthodes d'évaluation fondées sur un jugement clinique, utilisent des instruments semi structurés. Ces méthodes associent les connaissances empiriques concernant la violence et évaluation clinique tenant également compte du contexte individuel (passé et futur) (31).
- Les instruments actuariels sont, quant à eux, des instruments structurés qui, à partir de variables anamnestiques ou sociodémographiques mesurables, donnent une probabilité quantitative statistique de risque, s'appliquant à des circonstances données et à une période donnée.

a. Les jugements cliniques structurés et semi-structurés

a.1. La HCR-20 (Historical Clinical Risk-20): un outil du jugement clinique semi-structuré (Webster et al. 1997) (Annexe 2)

Elle comporte 20 facteurs résumant les informations pertinentes sur le passé (histoire du patient), le présent (appréciation clinique), et de l'avenir (gestion du risque probable à l'avenir).

Le total à l'échelle va de 0 à 40. Chaque item est évalué sur la base d'un score de 0, 1 ou 2 selon que l'individu rencontre les critères définis à l'item. Le poids relatif des divers items est pris en compte dans l'estimation finale du risque.

Des études ont été menées chez des patients hospitalisés et ont montré la capacité de cet instrument à anticiper des comportements de violence pendant l'hospitalisation (principalement les facteurs de risques cliniques) ou après la sortie ou le retour dans la communauté. DOUGLAS et al. (1999) (32) ont retrouvé dans une étude de suivi de patients dans la communauté que ceux présentant un score supérieur à la médiane avait 6 à 13 fois plus de risque d'être violents que ceux présentant un total inférieur à la médiane.

a.2. L'échelle LSI-R (Level of Service Inventory)

Cette échelle est habituellement utilisée dans les services correctionnels. Elle est une évaluation combinée des risques et des besoins. Elle a été développée au Canada et ses mesures ont été validées en Amérique du Nord. L'échelle LSI-R consiste en 54 items et est composée de 10 sous-échelles. Le score total à la LSI-R indique le risque de récidive et suggère des interventions basées sur le score. (Andrews et Bonta. 1995, cités par SCOTT et RESNICK, 2006) (33).

b. L'approche actuarielle

Trois catégories de données fondent la plupart des approches actuarielles (31) :

- Les variables concernant la violence passée du sujet: celles-ci mettent l'accent sur une histoire de vie dont les praticiens connaissent l'importance dans la trajectoire et l'enfance des sujets violents. Elles vont souligner la fréquence, la sévérité et le type de comportements violents présenté par le sujet dans le passé. La précocité de la délinquance violente, est une variable déterminante. L'exposition propre du sujet évalué à des comportements ou à un entourage violent ou maltraitant dans l'enfance est considérée comme prévalente.

- Les éléments qui vont renforcer les comportements violents: ces éléments contribuent à faciliter l'émergence des comportements violents soit en raison de l'exposition à un environnement à risque, soit en raison d'un mode d'être qui va rendre les sujets à risque moins capables de résister à des sollicitations internes ou externes susceptibles de les conduire à la violence. Les facteurs liés au mode de vie (marginalisation, statut socio-économique), l'impulsivité, l'usage de verbalisations hostiles ou injurieuses ou à l'existence d'habitus alcooliques ou toxicomaniaques sont prédictifs de la violence.
- Les stimuli susceptibles de déclencher la violence du sujet: les événements vitaux marquants tels qu'une rupture sentimentale, les éléments qui viennent interagir directement avec la dynamique propre du sujet, telles les paroles perçues comme des insultes à l'estime de soi.

Des instruments ont été construits, à partir de ces facteurs de risque, visant la prédiction la plus fidèle possible des comportements de violence dans une population donnée, pour un risque donné, sur une période donnée.

b.1 L'échelle « Violence Risk Scale : 2nde édition (VRS-2). (Annexe 3)

Cette échelle de 26 items a été développée et validée dans une unité de psychiatrie légale du Canada comme un outil d'évaluation et de gestion du risque. (WONG et GORDON, 1999; cités par DOLAN et al. 2008) (34).

La VRS-2 consiste en 6 items mesurant des facteurs de risque statiques et 20 items mesurant des facteurs de risque dynamiques. Les items statiques sont classés de 0 à 3. Les items dynamiques sont également classés de 0 à 3.

La partie A de la VRS-2 consiste en l'évaluation des antécédents. La partie B concerne l'évaluation de la réponse au traitement. (Annexe 4).

b.2 L'échelle ICT (Iterative Classification Tree)

Cette échelle actuarielle a été développée à partir de l'étude Mac Arthur pour prédire la violence dans la communauté de patients récemment sortis de l'hôpital psychiatrique.

Elle permet une approche qui utilise une série de questions, reliées aux facteurs de risque de violence. En fonction de la réponse à une question, une autre question est posée, jusqu'à ce que l'individu soit classé dans une catégorie à haut risque ou à faible risque de violence future.

MONAHAN et al. (2001) (35) ont fixé comme limite pour la catégorie à faible risque de violence un score de 9% et pour la catégorie à haut risque un score de 37%. Comme facteurs de risques, ils ont retenus: la sévérité des arrestations antérieures (basée sur les informations rapportées par le patient); l'impulsivité motrice (mesurée avec la sous-échelle le motrice de la Barratt Impulsiveness Scale), la consommation de drogue par le père, les fantasmes récents de violence, la présence d'un trouble mental majeur sans troubles d'abus de substance, le statut d'admission (sous contrainte ou libre), les réactions de colère, l'existence d'un emploi, la violence récente (dans les deux mois précédents l'admission), une altération de la conscience (due à un traumatisme crânien), la violence parentale. Pour MONAHAN et al. (2005) (36), l'ICT peut être une aide pour les cliniciens lors de la prise de décision de sortie d'un patient.

3.4 L'échelle PCL-R : (Annexe 4)

L'un des instruments d'évaluation standardisés les plus validés est l'échelle de Psychopathie PCL-R de Hare. Cette échelle mesure les traits psychopathiques d'un individu. Les personnes qui ont un score élevé à cette échelle ont un risque élevé de récurrence de comportement violent.

La PCL-R est un entretien semi-structuré, avec des informations sur l'histoire et les antécédents du sujet et des critères spécifiques pour noter chacun des 20 items sur une échelle de 0 à 2. Le score total (allant de 0 à 40) reflète une estimation du degré de concordance d'un

individu avec le prototype du psychopathe. En Amérique du Nord, le score limite pour la psychopathie est 30 ou plus.

Fortement inspirée des travaux de CLEKLEY, qui avait tenté de démontrer l'existence de la psychopathie comme entité spécifique, cette échelle vise à la fois à rendre compte des éléments diagnostiques propres concernant la personnalité et les comportements tout en en déterminant l'intensité à partir d'un score. Elle vise à cerner le fonctionnement criminel sous ce double aspect (COTE, 2001) (37).

Certains indicateurs de cette échelle prendront une valeur inquiétante en termes de pronostic: l'absence d'empathie, l'indifférence froide, la dimension égocentrique, l'existence de comportements impulsifs.

4. Généralités sur les infractions médico-légales :

4.1 L'homicide :

L'homicide franchement pathologique est réalisé par un agresseur unique, sans signes de participation de complices éventuels. La scène du crime témoigne d'un comportement désorganisé et violent, le mobile paraissant inexistant ou illogique. La victime présente des blessures multiples, témoignant d'un acharnement excessif et ne touchant pas spécifiquement les organes vitaux. Il y'a de fréquentes lésions du visage (défiguration). Des actes sexuels anté et post-mortem sont possibles. Une arme d'opportunité est en général utilisée : pieds, mains, objet contondant, arme blanche ou à feu. Le meurtre est réalisé de près et d'ordre confrontationnel, l'étranglement étant fréquent, ainsi que les blessures de défense sur la victime. Il n'y a pas de mise en scène, de maquillage du crime, le cadavre étant abandonné sans précautions. La victime est souvent connue ou de proximité. Un homicide de masse est possible.

L'arrestation de cette catégorie de meurtrier pathologique est habituellement facile car il reste sur la scène du crime ou dans son voisinage immédiat ou laisse de nombreuses traces permettant de l'identifier aisément. Il se dénonce ou se laisse arrêter sans résistance, sans chercher à échapper à la police. Une tentative de suicide après le meurtre (meurtre-suicide) n'est

pas rare (38). Un tel type d'homicide peut être commis par un grand psychotique, mais également par un sadique sexuel passagèrement incontrôlé, un sujet traversant une crise passionnelle, existentielle, coléreuse, émotive, liée à des difficultés familiales, professionnelles ou sociales.

Une classification originale des homicides pathologiques a été établie. Les auteurs de ces crimes souffrent d'anomalies psychiques plus ou moins importantes à l'origine de leur comportement médico-légal. Ils se différencient des délinquants dotés d'une personnalité sensiblement normale ou présentant des traits caractériels à un niveau non pathologique commettant des meurtres perpétrés librement et lucidement et dont la motivation est rationnelle et utilitaire (règlement de comptes, homicide crapuleux, par intérêt, par vengeance, euthanasique, etc.) (39) :

- l'homicide impulsif en cas de troubles intellectuels (déficience légère) et/ou de la personnalité (antisociale ou borderline), souvent commis en état d'ivresse avec colère pathologique lors d'un conflit, d'une frustration ou d'une crise. La victime peut être un proche ou une personne inconnue de l'agresseur.
- l'homicide passionnel par incapacité à supporter une séparation ou une menace de rupture. La perte de l'objet entraîne une souffrance intolérable à l'origine d'un processus émotionnel et dépressif meurtre-suicide. La victime est le plus souvent le ou la partenaire comme le sont parfois les enfants du couple.
- l'homicide sexuel : son auteur agit avant tout soit pour dominer la victime, soit par colère (haine envers les femmes ou haine indifférenciée), soit par plaisir (sadisme). Le crime est d'autant moins planifié et organisé que l'agresseur est jeune, inexpérimenté, sous l'influence de la drogue ou de l'alcool, ou présente des troubles mentaux. La scène du crime reflète alors la nature spontanée et désordonnée du passage à l'acte. La victime est

généralement inconnue du meurtrier. Elle est sélectionnée en cas de crime organisé ou simplement ciblée (victime aléatoire d'opportunité) en cas de crime désorganisé.

- l'homicide dépressif : son auteur présente une pathologie névrotique, une personnalité limite, une psychose maniacodépressive ou autre qui va entraîner ses proches dans la mort au cours d'un moment émotionnel de niveau mélancolique ou mélancoliforme. La régression fusionnelle avec la victime s'accompagne de culpabilité et de douleur morale intenses. La victime est quelquefois consentante en cas de « pacte suicidaire ». La motivation de l'agresseur se veut altruiste ou possessive.
- l'homicide psychotique : son auteur est atteint d'un état délirant aigu ou chronique en période féconde provoquant une altération importante des rapports avec la réalité. Le passage à l'acte survient habituellement dans un état émotionnel intense s'accompagnant parfois d'un niveau de conscience abaissé et d'une désorganisation de la personnalité. C'est la projection délirante sur la victime qui est à l'origine des sentiments de peur, de jalousie et de persécution motivant la réaction meurtrière défensive de l'agresseur. Les proches parents ont un risque victimologique élevé.

L'homicide psychotique peut se produire parfois pour des causes insignifiantes dans un contexte de réaction impulsive brutale échappant à tout contrôle.

- l'homicide de cause organique ou toxique : son auteur est soit sous l'emprise d'un ou plusieurs toxiques : les ivresses alcooliques et les syndromes induits par d'autres substances psycho-actives : stupéfiants, antidépresseurs, stéroïdes anabolisants, soit porteur d'une pathologie somatique susceptible de provoquer des perturbations émotionnelles criminelles : tumeur cérébrale, démence. Le meurtre est réalisé souvent au cours d'un état d'excitation confuso-délirant aigu par perception erronée de l'environnement avec vécu onirique persécutoire.

4.2 Le parricide :

Les auteurs de crimes familiaux sont souvent perturbés psychologiquement selon deux pôles dominants : un versant psychotique/vengeur pour le parricide et le fraticide, un versant passionnel/dépressif pour l'uxoricide et le filicide[67]. Les parricides représentent 3 à 6 % de l'ensemble des homicides (40). Dans leur grande majorité (90 %), ils sont commis par les fils prenant leur père pour victime (41). Les adolescents parricides agissent habituellement dans un contexte non psychotique, le meurtre étant perpétré au cours d'une explosion coléreuse faisant suite à des abus répétés et à la violence intrafamiliale du père. Le souci de protéger la mère ou les autres membres de la fratrie est le mobile le plus souvent exprimé (42). La proportion de troubles psychotiques parmi les adultes auteurs de parricide est plus importante. Ces crimes représentent une proportion non négligeable des homicides commis par des patients psychotiques (20 à 30 %). Contrairement à l'ensemble des parricides dont la victime est préférentiellement le père, les patients souffrant de psychoses tuent préférentiellement leur mère, la schizophrénie étant de fait le diagnostic le plus fréquent (40, 41). Si le passage à l'acte est habituellement décrit comme survenant dans un contexte paroxystique et soudain, beaucoup d'auteurs de parricides expriment un sentiment ancien d'impasse relationnelle, d'étouffement, d'échec de toutes les tentatives de prise de distance.

Ils peuvent être confrontés à l'idée parricide depuis une longue période, essayant souvent d'obtenir une aide psychiatrique avant le drame (40).

4.3 L'infanticide et le liberticide :

L'infanticide est le meurtre ou l'assassinat d'un nouveau-né. La libéralisation de la contraception et de l'interruption volontaire de grossesse ont probablement beaucoup contribué à diminuer sa fréquence. Les auteurs d'infanticides sont presque exclusivement des mères indemnes de pathologie psychiatrique avérée et invoquant le non-désir d'enfant, et dont l'âge se situe entre 20 et 25 ans et le milieu socioculturel est souvent modeste. On observe chez ces

femmes une personnalité immature, des difficultés à communiquer, une grande solitude affective, le déni d'une grossesse souvent cachée à l'entourage et l'illégitimité de l'enfant.

Les liberticides, qui concernent les enfants plus âgés, apparaissent davantage pathologiques. Les parents sont fréquemment en cause. Pour les victimes très jeunes, les auteurs sont plus souvent leurs mères que leurs pères, ce rapport tendant à s'inverser quand l'enfant progresse en âge (43). Les agresseurs souffrent de troubles dépressifs et d'idées suicidaires préexistants au passage à l'acte (43,44). De 16 à 29 % des mères et de 40 à 60 % des pères se suicident immédiatement après le meurtre de leurs enfants (45). La mélancolie, les psychoses du post-partum, les pathologies délirantes aiguës ou chroniques peuvent également être en cause. Les complications de l'alcoolisme sont encore à l'origine de violences et de sévices mortels envers les enfants. (44,45)

4.4 L'agression sexuelle :

Une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite.

Les agressions sexuelles sont particulièrement graves par leur fréquence, leur tendance à la récurrence et la qualité des victimes.

L'incidence des affections psychiatriques parmi les délinquants sexuels, à l'exception des troubles de la personnalité, de l'alcoolisme et de l'abus de substances, n'apparaît pas plus importante que dans la population générale de niveau socioéconomique équivalent (46). Les sujets souffrant de troubles mentaux avérés ne représentent en effet qu'une faible proportion des auteurs de crimes ou délits sexuels (47).

La majorité des auteurs d'infractions sexuelles sont des hommes, une faible proportion de femmes étant également retrouvée aux États-Unis (10 %) (47). Les adolescents sont de plus en plus fréquemment impliqués, en particulier dans les viols commis à plusieurs : 50 % des agresseurs sexuels adultes rapportent avoir commis leur premier délit sexuel dans l'adolescence (48). On estime que les adolescents sont responsables de 25 % des viols et de 40 à 50 % des autres agressions sexuelles sur les enfants (48). Entre 20 et 30 % des viols de femmes adultes sont également le fait d'adolescents (46).

4.5 Le Viol :

Le viol est défini comme « tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature que ce soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise ».

a. Typologie des violeurs

De nouvelles typologies d'auteurs de viols ont été établies avec une rigueur méthodologique permettant d'identifier des groupes de sujets homogènes. (49)

Certains facteurs tels que l'alcoolisme, l'abus de substances, les psychoses, et la déficience intellectuelle semblent influencer ceux-ci (50). Une personnalité antisociale est souvent invoquée.

Seuls 10% des auteurs de viol réunissent les critères du « sadisme sexuel » où la souffrance de la victime est l'unique source d'excitation sexuelle chez l'agresseur (47, 51).

La typologie la plus récente des viols, en fonction des motivations et du comportement de l'agresseur, est la suivante (52, 53, 54) :

- Recherche de réassurance ou compensation (« power-reassurance rape ») L'agression a une fonction de réassurance pour un violeur au vécu marqué par un manque de confiance en soi, un sentiment d'inadéquation personnelle, des doutes sur une virilité perçue comme défaillante.

- Recherche de pouvoir ou expression d'un sentiment de domination (« power-assertive rape ») Ces violeurs ont souvent une insertion sociale plus satisfaisante. L'égoïsme et l'importance qu'ils attachent à leur image «virile» les caractérisent avec le sentiment d'avoir le droit d'agresser sexuellement comme expression de leur domination masculine et de leur supériorité.
- Rage (colère, vengeance ou déplacement, « anger-retaliatory rape ») L'agression est brutale, souvent impulsive et spontanée, ayant pour but de dégrader et de détruire la victime. Elle apparaît comme un substitut permettant le déplacement de la rage et du ressentiment envers les femmes, comme le réceptacle des pulsions agressives.
- Sadisme (« anger-excitation rape ») Les viols sont préparés et planifiés selon un imaginaire érotique violent. Ils font l'objet d'un rituel prolongé avec une érotisation des mauvais traitements infligés à la victime.

b. Prédicteurs de dangerosité sexuelle potentielle

- Antécédents de sévices sexuels dans l'enfance
- Personnalité antisociale, sadisme
- Importance de la comorbidité psychiatrique et addictive
- Nombre et gravité des infractions sexuelles antérieures
- Antécédents de comportements violents et d'incarcérations
- Adhésion à des croyances sexuelles déviantes
- Préférences sexuelles déviantes, enfant prépubères victimes
- Conduite exhibitionniste

4.6 L'incendie criminel :

L'incendie volontaire est une infraction grave et fréquente. La vengeance, la pulsion et l'attirance par le feu sont les trois motivations essentielles des incendiaires, un sentiment de colère ou de désespoir étant également fréquemment observé (55).

Les conduites incendiaires ne sont pas spécifiques d'une affection mentale particulière, la majorité de leurs auteurs ne présentant pas de pathologie avérée (55, 56). Une personnalité antisociale, une déficience intellectuelle ou un alcoolisme sont des troubles souvent rencontrés en expertise. La fréquence des affects dépressifs et suicidaires chez les incendiaires a été soulignée. Le véritable pyromane est rare, sinon exceptionnel (55, 56). La pyromanie est considérée comme un trouble du contrôle des impulsions dans les classifications internationales actuelles (DSM-IV). (51)

4.7 Les vols pathologiques :

Les vols pathologiques sont à différencier des vols utilitaires, conscients et organisés.

Les vols pathologiques peuvent être observés au cours de nombreuses affections : état démentiel (vols absurdes), déficience intellectuelle, trouble délirant (épisode délirant aigu, schizophrénie), trouble bipolaire (épisode dépressif majeur, hypomanie ou manie), état confusionnel, trouble obsessionnel-compulsif (collectionnisme), trouble dissociatif, conduite addictive, personnalité antisociale. Des vols sont également possibles dans le fétichisme (sous-vêtements féminins).

5. Généralités sur le code pénal au Maroc: voir annexe 5

II. Discussion des résultats :

1. Relation entre la dangerosité et les caractéristiques sociodémographiques :

1.1. Genre et violence :

Dans notre étude portée sur 55 patients médicolégaux internés en psychiatrie, 98% des patients étaient de sexe masculin.

La prédominance masculine dans notre étude ne serait pas autant spécifique à notre société marocaine puisque cette prédominance était également constatée même dans d'autres pays de statut socioéconomiques et culturels différents du notre :

Valevski et al. (57) dans une étude en Israël portant sur les schizophrènes meurtriers (n=33) avaient trouvé une prédominance masculine de 94%. Erb et al. (58) dans une étude similaire en Allemagne en 2001(n=29) avaient noté une prédominance masculine de 86,2% et dans une autre étude Meehan et al. (59) en 2006(n=85) la prédominance masculine était de 86%.

Dans une série de 210 homicides en France en 2007(60) 73% de la population était de sexe masculin.

SWANSON (1990) (61) a trouvé que le niveau de violence (auto-rapportée) est deux fois plus important chez les hommes atteints de troubles mentaux que chez les femmes. (5,29% contre 2,21%).

De même, pour SOYKA et al. (2007) (62), les hommes schizophrènes sont trois fois plus à risque de comportements violents ou criminels que les femmes schizophrènes.

Dans une étude sur le parricide commis par des malades mentaux, les 42 patients étaient tous masculins. (LEBIHAN et BENEZECH) (63).

1.2. Le statut matrimonial :

Dans notre étude, plus de la moitié des patients étaient célibataires (54,54%), 40% étaient mariés et 5,45% étaient divorcés.

Pour le statut matrimonial nos résultats rejoignent ce qui a été rapporté dans la littérature :

Dans l'étude de Erb et al. (58) en Allemagne en 2001(n=29) 58,6% de la population était célibataire, alors que 25% de la population était célibataire dans l'étude de Meehan et al. (59) en Angleterre et pays de Gales en 2006(n=85).

La série de 210 homicides en France (60) avait trouvé que 34% de la population était célibataire.

Koh et al. (64) à Singapour en 2006 avaient trouvé dans leur étude (n=110) que 57% de la population était célibataire.

Dans une étude menée par Klassen, O'Connor, les célibataires représentent un risque plus élevé que les gens mariés ou vivant en couple (65).

1.3. Niveau d'étude :

Notre étude avait objectivé que plus des deux tiers des patients (70,90%) étaient des analphabètes ou leur niveau ne dépassait pas le primaire.

Nos résultats se concordent avec les données de la littérature :

LINK et al. (1992) (66), ont mis en évidence que les individus malades mentaux ayant un faible niveau d'étude présentent plus de risque, que ceux ayant un bon niveau d'études, d'être condamné pour des infractions violentes (OR=2,1), de se battre avec autrui (OR=2,4), d'utiliser une arme lors d'une altercation (OR=2,3).

Les patients diagnostiqués avec un trouble psychotique ou bipolaire sont environ 10 fois plus susceptibles de rapporter l'utilisation récente d'une arme s'ils n'ont pas fini le lycée. Ces auteurs concluent que le risque de violence physique et d'utilisation d'une arme, chez les patients psychotiques et bipolaires, est fortement corrélé avec un faible niveau scolaire.

La série française de 210 homicides (60) avait objectivé que 56,7% de la population n'avait pas dépassé le niveau primaire.

1.4. Niveau social :

Notre étude montre que la majorité des patients (81,81%) gagnaient moins de 2000 dh par mois .

Cela est concordant avec les données de la littérature :

SWANSON et al. (1990) (61) dans l'étude ECA ont relevé que le fait d'être jeune, de sexe masculin et d'avoir un bas statut socio-économique était associé à un risque de comportement violent multipliée par 3 chez les personnes de classe sociale défavorisée par rapport aux classes sociales favorisées.

Ces mêmes auteurs, en 2000 (67), dans une étude sur 262 sujets hospitalisés sous contrainte ont trouvé que le risque de violence est significativement plus élevé chez les sujets jeunes, célibataires, avec un statut social précaire, résidant en ville, ou chez ceux récemment sans abri.

1.5. Profession :

Dans notre étude, presque un quart (25,45%) étaient sans profession et un tiers (34,54%) avaient une profession instable.

Nos résultats se concordent avec les données de la littérature :

Valevski et al. (57) dans leur étude portant sur les schizophrènes meurtriers israéliens (n=33) avaient trouvé que 33% de la population était sans emploi.

Erb et al. (58) dans leur étude en Allemagne en 2001(n=29) avaient noté un pourcentage de 48,3% de patients sans emploi

Dans l'étude de Meehan et al. (59) en 2006 (Angleterre et pays de Gales, n=85) le taux de patients sans emploi était de 68%.

2. Relation entre la dangerosité et les antécédents personnels :

2.1. Les antécédents personnels psychiatriques :

Dans notre étude les antécédents psychiatriques ont été retrouvés chez 90,90% (n=50) dont 80% ayant au minimum une consultation antérieure, 92% ayant au moins une hospitalisation antérieure.

Nos résultats rejoignent des données de la littérature :

Loretto et al. dans une étude canadienne (68) sur une population de schizophrènes homicides (n=52) avaient constaté que 60% des patients avaient des antécédents psychiatriques. Valevski et al. en Israël (57) (n=33) avaient noté que 61% des patients avaient des antécédents psychiatriques. Erb et al. en Allemagne (n=29) (58) avaient trouvé un pourcentage de 69% et dans l'étude de Meehan et al. en 2006 (Angleterre et pays de Gales, n=85) (59) 72% des patients avaient des antécédents psychiatriques.

2.2. Les antécédents personnels judiciaires

Dans notre étude, nous avons constaté que 20% des patients avaient des antécédents d'incarcération (n=11), pour différents motifs (agression, vol, pyromanie), avec une durée moyenne d'incarcération de 11 mois avec un minimum de 1 mois et un maximum de 36 mois.

Les antécédents d'infractions et de condamnations et un âge précoce de début du comportement délinquant ont été aussi mis en évidence comme facteurs de risque de comportements violents chez les malades mentaux.

La récente étude Mac Arthur a trouvé que toutes les mesures de violences antérieures (auto-rapportées, casier judiciaire, dossier hospitalier) sont fortement reliées à une violence future.(Fondation Mac Arthur, 2001)

Dans l'étude de TARDIFF et al. (1997) (69), les patients qui avaient été violents contre une personne dans le mois précédant leur hospitalisation avaient 9,1 fois plus de risque de récurrence de violence physique à la sortie de l'hôpital.

MODESTIN et AMMANN (1996) (70) ont trouvé que les patients schizophrènes ayant présenté des antécédents d'infractions criminelles avant leur première hospitalisation sont plus susceptibles de présenter des comportements criminels que ceux n'ayant pas ces antécédents. (47% vs 18%)

LAMB et al. (2007) (71) ont retrouvé dans leur étude, que 95% des détenus présentant des troubles mentaux avaient des antécédents judiciaires. Parmi eux, 72% avaient été arrêtés précédemment pour un crime violent contre les personnes et 41% avaient été incarcérés dans une prison d'état.

WALSH et al. (2004) (72), dans une étude sur 200 patients schizophrènes, ont établi que les antécédents d'agression et de condamnation multipliaient le risque de violence par 2.

DEAN et al. (2006) (73) ont mis en évidence que les antécédents de condamnation pour violence multipliaient le risque de comportement de violence physique par 5,8 chez les femmes présentant un trouble psychotique.

Valevski et al. (57) dans avaient constaté que 67% des patients Israéliens avaient des antécédents d'incarcération. Erb et al. (Allemagne) (58) avaient trouvé un taux de 62,1% d'antécédents judiciaires, alors que Meehan et al. (59) (Angleterre et pays de Gales) le pourcentage était de 32%.

2.3. Les habitudes toxiques :

L'abus de substance, alcool ou drogue, est connu pour être un facteur de risque de violence en population générale. Il en est de même pour les personnes présentant des troubles mentaux, mais cette augmentation du risque est plus marquée qu'en population générale.

COTE et HODGINS (1992) (74), en étudiant des patients présentant des troubles mentaux, auteurs d'homicide, ont constaté une prévalence de 73% d'abus de substance chez les patients schizophrènes et de 60% chez les patients présentant des troubles affectifs. Le risque relatif de violence est de 15,4 chez les hommes souffrant d'abus de substance. Pour les femmes, le risque de commettre un acte violent est considérablement plus important en cas d'abus de substance.

MULVEY, en 1994, (75) sur la base d'une revue de la littérature récente sur la relation entre les troubles mentaux et la violence, concluait que la combinaison d'un trouble mental sévère et d'un trouble d'abus de substance augmentait significativement le risque de commettre un acte violent.

SWARTZ et al. en 1998 (76) ont examiné 331 patients hospitalisés sous contrainte présentant des troubles mentaux sévères (principalement des schizophrénies et d'autres troubles psychotiques, 26.9% de troubles bipolaires et 5.1% de dépression majeure). 33.8% avaient des problèmes en lien avec l'alcool ou les drogues et 17.8% du groupe étudié (n=59) avaient été impliqués dans des actes violents sévères avant l'admission. Ces auteurs ont retrouvé que l'association d'abus de substance et d'une non compliance au

traitement est significativement associée à des comportements de violence importante, qui surviennent dans les quatre mois précédant l'hospitalisation en psychiatrie. L'abus de substance multiplie par 2 le risque de violence chez les patients présentant un trouble mental sévère, et l'association d'une mauvaise compliance au traitement et d'un abus de substance, multiplie ce risque par 2.29.

Pour SWANSON (2000) (67), sur 262 patients hospitalisés sous contrainte, la prévalence de la violence était de 50% chez les patients présentant un abus de substance contre 26.5% chez les patients ne présentant pas d'abus de substance.

Dans notre étude était en concordance avec les données de la littérature : 65.45% (n=36) des malades avaient des antécédents toxiques.

3. Relation entre la dangerosité et les antécédents familiaux :

Dans notre étude, le tiers de la population ayant des antécédents familiaux judiciaires.

Ces résultats sont concordants avec ceux rapportés dans la littérature :

En 2009, Fazel et al. (77) dans une étude de cohorte portant sur 13 806 patients schizophrènes, retrouvaient 17,1 % d'hommes et 5,6 % de femmes condamnés pour violence après la sortie de l'hôpital. Pour ces auteurs les antécédents familiaux augmentant le risque de condamnations pour violence de 50 à 150 %.

L'équipe de LINK (1992) (66) ont retrouvé que l'environnement social, le milieu d'habitation jouaient un rôle dans la prévalence de comportements violents. Le fait d'habiter dans un milieu violent augmente le risque: de condamnation, d'être impliqué dans une altercation, et d'utiliser une arme, par 2.

SWANSON (78), en 1997, a mis en évidence que les patients vivant seuls étaient moins à risque de commettre des actes violents que ceux vivant avec des proches, la proximité d'une cible de violence potentielle augmente le risque de passage à l'acte.

4. Relation entre la dangerosité et les caractéristiques cliniques de la maladie :

4.1 Le diagnostic retenu :

SWANSON et al. en 2002 (79) ont cherché à évaluer la prévalence et les facteurs de risque de violence chez des patients présentant des troubles mentaux. Ils ont étudié un échantillon de 802 patients, l'échantillon était composé de 44,8% de schizophrènes, 19,5% de troubles schizoaffectifs, 16,9% de troubles bipolaires, 11,3% d'épisodes dépressifs majeurs, selon les critères du DSM-IV.

STEINERT et al. (80) ont retrouvé que les comportements auto ou hétéro agressifs étaient un symptôme fréquent de la schizophrénie au cours des deux premières années d'évolution de la maladie.

Vielma et al (81) (1933), dans une étude de violence, ont trouvé 57% de la population étudiée (n=83) étaient des schizophrènes.

En concordance avec ces données, dans notre étude 91% des patients étaient des schizophrènes.

4.2 Age de début et durée d'évolution de la maladie :

Dans notre étude, la maladie mentale évoluait chez 70,92% des patients entre 5 et 10 ans et l'âge moyen de début est de $26,32 \pm 8,38$ ans.

LE BIHAN et BENEZECH (2004) (n=42) ont mis en évidence dans leur étude, que dans 40.5%, la maladie évoluait depuis 1 à 5 ans avant le passage à l'acte violent, dans 11.9%, de 5 à 10 ans, dans 33.3% depuis plus de 10 ans. (82)

4.3 L'insight et la dangerosité :

Dans notre étude, nous avons trouvé que 32 patients de notre échantillon avaient un score général inférieur à 9, soit un taux de mauvais insight de 58,18%.

CHEUNG et al. (1997) (83) ont comparé 31 patients schizophrènes ayant commis des actes de violence physique à des patients schizophrènes n'ayant jamais été violents. Ils n'ont pas retrouvé d'association significative entre l'insight et la violence.

De même, SWARTZ et al. (1998) (84), dans une étude rétrospective sur la violence physique chez des patients présentant des troubles mentaux, n'ont pas retrouvé d'association entre la violence et la capacité d'insight.

Par contre, ARANGO et al. (1999) (85) ont mis en évidence que les patients schizophrènes violents présentaient une capacité d'insight plus faible que les patients non violents.

BUCKLEY et al. (2004) (86) ont trouvé, dans une étude sur 226 schizophrènes ou schizoaffectifs, que les patients schizophrènes qui avaient commis des actes de violences physiques avaient une faible capacité d'insight concernant leur maladie et les complications légales de leur comportement lorsqu'ils étaient comparés à un groupe de patients non violents.

Dans une étude sur la violence au cours du premier épisode psychotique, FOLEY et al. (2005) (86) ont constaté que le manque d'insight augmentait le risque de violence par 3.

SOYKA et al. (2007) (87) ont mis en évidence, en étudiant la prévalence de comportements criminels avec ou sans violence chez 1662 schizophrènes, qu'une faible capacité d'insight était associée au risque de comportements criminels.

De même, ALIA-KLEIN et al. (2007) (88), dans une étude sur 60 patients psychotiques hospitalisés dans une unité de psychiatrie légale ont trouvé, qu'une faible capacité d'insight concernant la maladie était associée à la sévérité de passages à l'acte violent envers autrui.

5. Relation entre la dangerosité et la prise en charge thérapeutique :

La plupart des études réalisées sur la violence et les troubles mentaux mentionnent une rupture de soins avant le passage à l'acte.

LE BIHAN et BENEZECH (2004) retrouvent un refus de soins ou l'arrêt du suivi et du traitement avant les faits homicides dans 64.3% des cas. (82)

Le rôle de la prise en charge psychiatrique et de la désinstitutionalisation dans la violence liée à la pathologie psychiatrique a été analysé par différents auteurs. Déjà en 1939, un chercheur britannique, Penrose, avait publié une étude comparative entre différents pays européens. Il montrait que plus il y'avait de lits en psychiatrie, moins il y 'avait de personnes en prison et qu'inversement, moins il y' avait de lits psychiatriques, plus il y 'avait d'individus en détention. Autrement dit, plus on psychiatrique, moins on criminalise.

Abramson, en 1972, (cité par DAVIS S.1992) (89) est l'un des premiers à suggérer que l'ère actuelle de désinstitutionalisation entraîne une criminalisation des malades mentaux aux Etats-Unis.

Dans son étude sur 262 sujets hospitalisés sous contrainte, SWANSON (2000) (67) a mis en évidence que la prévalence de la violence était de 41.6% chez les patients non observant, contre 25.5% chez ceux acceptant de prendre régulièrement leur traitement.

LAMB et al. (2007) (90) ont retrouvé que 92% des détenus présentant des troubles mentaux sévères avaient des antécédents de non observance du traitement médicamenteux prescrit en ambulatoire avant l'arrestation pour laquelle ils étaient incarcérés.

6. Relation entre la dangerosité et l'acte :

6.1. L'âge au moment de l'acte :

Dans notre étude l'âge moyen au moment de l'acte était de $32,67 \pm 7,37$ ans avec un maximum de 50 ans et minimum de 18 ans.

Nos résultats se concordent avec les données de la littérature, les études montrent que les adultes jeunes sont plus violents que le reste de la population. En ce qui concerne les malades mentaux, le risque paraît également plus élevé chez les patients de moins de 30 ou 40 ans (91,92).

Pour Russo et al. les malades mentaux meurtriers sont plus jeunes (37 ans versus 40 ans) [93]

Les meurtriers malades mentaux sont plus âgés (34 ans versus 27 ans pour Shaw et al. (94); 36 ans versus 26 ans pour Vielma et al. (81))

Pour Valevski et al. (57) l'âge moyen des patients était de 32 ans, même chiffre était noté dans l'étude de Joyal et al. (95) . L'âge moyen était de 33 ans dans l'étude de Meehan et al.(59)

Dans notre contexte comme ailleurs la dangerosité psychiatrique semble fréquente à un âge jeune.

6.2. L'état au moment de l'acte :

Dans notre étude, plus de la moitié (52,72%) de la population était hallucinée au moment de l'acte, 20% était persécutée, 20% était sous l'influence de substance.

Ces résultats sont en concordance avec ceux de la littérature :

Loretto et al. (68) dans leur étude canadienne sur une population de schizophrènes homicides (n=52) avaient noté que 56% de la population était délirante au moment de l'acte.

TAYLOR (1985, cité par Juginger, 1996) (96) a interrogé 121 détenus psychotiques et a mis en évidence que 93% présentaient des symptômes psychotiques aigus au moment du passage à l'acte criminel, que 21% avaient été influencés directement par leurs symptômes et que 26% pensaient que leur passage à l'acte était lié en partie à part ceux-ci. 90% l'avaient été par des idées délirantes et 10% par des hallucinations.

TAYLOR a conclu que le comportement influencé par des idées délirantes semblait significativement plus dangereux que celui influencé par les hallucinations.

Valevski et al. (57) ont trouvé que 33% de la population étaient délirantes et 21% présentaient des hallucinations acousticoverbales.

KRAKOWSKI et al. (1999) (97) ont trouvé que la sévérité des symptômes des patients schizophrènes mesurée par la BPRS était corrélée aux comportements de violence. Les patients schizophrènes violents présentent des symptômes d'anxiodépression, de troubles de la pensée et d'hostilité/suspicion plus sévères.

TAYLOR et al. (1998) (98) dans une étude sur 1740 patients hospitalisés dans un hôpital psychiatrique de haute sécurité ont mis en évidence que la proportion de personnes présentant des hallucinations était plus importante chez les sujets ayant commis des infractions avec violence que chez ceux ayant commis d'autres types d'infractions (33 vs 22%), mais que cela était encore plus important pour les idées délirantes (52 vs 27%).

LARGE et NIELSEN (99) ont constaté que 30 à 50% du risque d'homicide vie entière dans la psychose sont situés lors du premier épisode délirant.

Les premières études suggéraient que les délires de persécution étaient associés à une augmentation du risque de violence (100).

NESTOR (1995) (101) a retrouvé, chez des patients psychotiques auteurs d'homicide et d'infractions contre les biens, que lorsqu'il existait un délire aigu au moment du

passage à l'acte, les patients ayant commis un homicide présentaient plus d'idées délirantes centrées sur un proche (92%vs72%).

BJORKLY en 2002 (102), dans une revue de la littérature de 26 études sur les liens entre délire et violence a retrouvé une augmentation du risque de violence associée au délire et principalement au délire à thème de persécution.

TAYLOR et al. (1998) (98) retrouvent une augmentation de la prévalence du délire à thème de persécution chez les auteurs de violence physique. Ils concluent que lorsqu'une personne schizophrène ou ayant une autre psychose commet des violences graves, le délire est souvent un facteur majeur dans la commission de l'infraction.

NIELSEN et al. (2007) (103) ont mis en évidence chez 88 patients psychotiques ayant commis un homicide que les symptômes les plus fréquemment présents au moment du passage à l'acte étaient des hallucinations auditives associées à un délire de persécution, les sujets pensant que la victime représentait un danger pour eux. Pour 36% des patients, la victime avait planifié un meurtre, pour 18% la victime était le diable.

Des chercheurs ont mis en évidence que les délires caractérisés par un sentiment de menace et la sensation d'un contrôle de son esprit par une force extérieure (TCO ou Syndrome d'Influence) étaient associés à une augmentation du risque de violence (LINK et al., 1994, cités par STOMPE, 2004) (104).

CHEUNG et al. (1997) (105) ont trouvé que les patients qui ressentaient une émotion négative, comme la colère, la tristesse et l'anxiété, du fait du contenu de leur délire, étaient plus susceptibles de comportements violents.

BJORKLY (2002) (106), dans une revue de 6 études, a mis en évidence que la répercussion émotionnelle du délire, (anxiété, peur) était associée à un risque de passage à l'acte violent.

6.3. Le moyen utilisé dans l'homicide et l'agression :

S. Richard-Devantoy, (60) dans son étude sur les 210 homicides en France a trouvé que les actes étaient commis par: les armes à feu (36,4 %), les armes blanches (21,1 %), les coups (13,9 %) et la strangulation (9,6 %).

Les armes blanches représentaient 37% de l'ensemble des moyens utilisés dans l'étude menée par Shaw et al. (107) (Angleterre, 2006), et 46% dans l'étude de Koh et al. (Singapour, n=110, 2006). (108)

L'armes blanche était utilisée respectivement 55% et 34% dans l'étude de Joyal et al. (95) et Loretto et al. (Canada, n=52) (68).

Les données de la littérature concordent avec les résultats de notre étude : les armes blanches (42,85%), les objets solides (14,28%), les pelles en fer (11,90%) et la strangulation (7,14%) représentent les quatre grands moyens de passage à l'acte.

6.4. La victime :

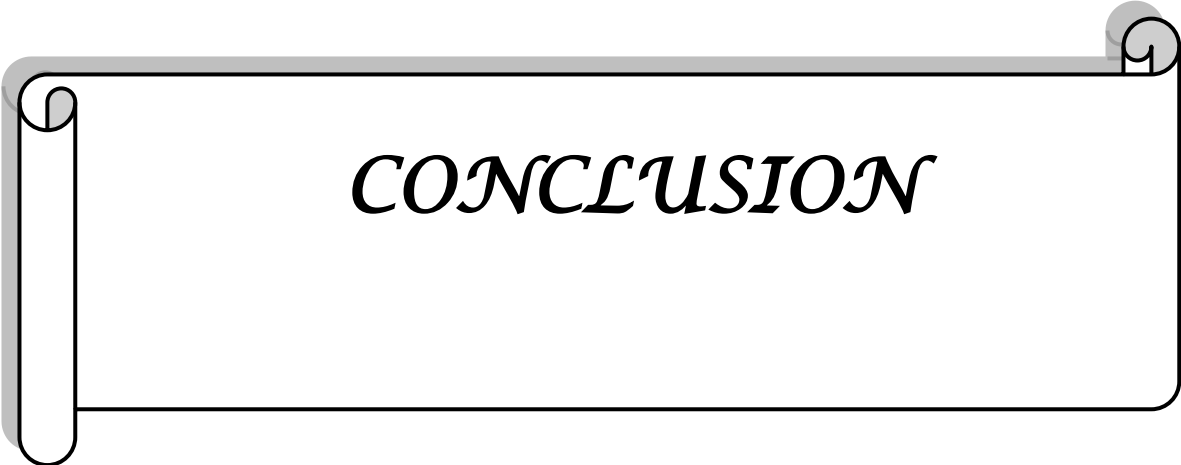
BÖKER et HAFNER (cités par ERONEN, 1998) (109) ont trouvé que les victimes les plus représentées, des actes violents commis par des personnes présentant des troubles mentaux, étaient celles qui avaient un contact proche. (Seulement 9% des victimes étaient des inconnus).

HUMPHREY et al. (1992) (110) ont constaté que les victimes de patients schizophrènes étaient dans 56% des cas des membres de la famille (Mère, conjoint...). Les parents et les enfants sont donc les victimes principales des personnes souffrant de troubles mentaux.

Benezech et al. en 1982 (111) dans une étude portant sur 55 patients schizophrènes homicides avaient trouvé que 35% des victimes étaient de la famille, 36,5% étaient des connaissances (voisins ou proches) et 28,6% étaient des étrangers.

Valevski et al. (57) (n=33) dans leur étude israélienne avaient noté que 61% des victimes étaient des membres de la famille, 21% étaient des voisins ou des proches et 18% étaient des inconnus.

En concordance avec ces données notre étude trouve que les victimes étaient jeunes dans 36,95% et âgées dans 45,65%, 78,26% des victimes étaient de sexe masculin, 65,21% des victimes étaient de l'entourage du patient (parenté ou connaissance).



CONCLUSION

Les études internationales ont bien montré que les individus atteints de troubles mentaux sévères sont plus susceptibles de commettre des actes violents que la population générale et que l'augmentation du risque de violence est liée à la fois à des facteurs historiques, contextuels et cliniques.

Parmi les facteurs historiques : nous retiendrons, l'âge jeune, le milieu socioéconomique défavorisé, le faible niveau scolaire, l'inactivité professionnelle, les antécédents d'infractions, de violence et les antécédents d'hospitalisations.

Concernant les facteurs contextuels : un environnement violent, des relations affectives et amicales peu soutenantes, semblent favoriser l'émergence de comportements agressifs.

La symptomatologie clinique : joue un rôle important dans le risque de dangerosité des malades mentaux au sein de la communauté, ainsi la schizophrénie semble être le diagnostic majorant le plus le risque de passage à l'acte violent. La dangerosité de ces patients est augmentée en cas de délire de persécution, de syndrome d'influence, de manque d'insight, d'abus d'alcool ou de drogue et de la comorbidité avec un trouble de la personnalité type antisocial ou de traits psychopathiques. La non-observance des traitements et une mauvaise adhésion aux soins sont également associées à une augmentation du risque de violence.

Notre étude portée sur 55 malades médicolégaux hospitalisés en psychiatrie dont le diagnostic majeur est la schizophrénie a trouvé les mêmes facteurs cités dans la littérature et qui augmentent le risque de passage à l'acte violent.

Dans notre contexte, au Maroc, la psychiatrie connaît des difficultés importantes :

- Augmentation de plus en plus de nombre des malades mentaux.
- Stigmatisation de la maladie mentale et recours des familles aux tradithérapeutes.
- Nombre de lits d'hospitalisation reste très limité (chiffre)

- Manque de personnels spécialisés : le nombre total actuel de psychiatres au Maroc, toutes catégories confondues (publics, privés et militaires) n'étant que de 350, pour 30 millions d'habitants. Le secteur public est celui qui souffre le plus: 116 psychiatres, 683 infirmiers spécialisés, 14 psychologues. A l'hôpital ibn Nafis de Marrakech : le nombre de consultation par an est de 40000/an, le nombre de lit d'hospitalisation est de 220 lits, le taux d'occupation moyen est de 120%, la durée moyenne de séjour est de 30 jours, le nombre de médecin est de 4, le nombre de résident est de 7, le nombre des infirmiers spécialisés est de 58, le nombre de psychologues d'enfants est de 2 et 2 assistantes sociales.
- Absence de structures psychiatriques pour le suivis des malades mentaux en ambulatoires.
- Non disponibilité des médicaments psychotropes.
- Niveau de pauvreté de la population, ce qui pose un problème de prise en charge.
- Rejet social des malades mentaux.
- Disponibilité des substances toxiques....

Ces difficultés expliquent les difficultés connues pour une prise en charge correcte des patients et aussi pour l'accès des soins.

D'où le nombre important de malades mentaux violents qui, dans des états de décompensation aigue, peuvent commettre des actes dangereux.

Les malades médico-légaux qui ont commit des crimes, après une expertise médico-légale, sont soit déresponsabilisés par les tribunaux ou condamnés d'emprisonnement dont la durée varie selon le type de la responsabilité, atténuée ou totale.

Dans tous les cas ces malades se retrouvent internés en psychiatrie. Pour le premier cas, la période d'internement est indéterminée et peut aller jusqu'à plusieurs années, ce qui va à l'encontre de jugement et qui montre que le malade médico-légal est constaté toujours

dangereux et mis à l'écart de la société et de la famille, ce qui renforce le rejet du malade. La procédure de mise en fin de cet internement est longue et difficile et aboutit souvent à un échec. Dans le deuxième cas, les patients sont également internés en psychiatrie pour une période indéterminée et leur transfert en prison après leur stabilisation reste une procédure difficile.

Ce qui transforme l'unité de soins à une sorte de prison, vu le manque des unités de malades mentaux dangereux, posant un grand problème pour l'équipe soignante.

Pour endiguer cette évolution, il s'avère nécessaire de :

- Sensibiliser le public aux problèmes de santé mentale et lutter contre la stigmatisation.
- Engagement de l'état pour augmenter nombre de structures spécialisées et de personnels médicaux et paramédicaux.
- Multiplier les structures ambulatoires (centres médicopsychologiques).
- Rendre les médicaments disponibles.
- Entretenir psychiquement les patients et les familles.
- Mettre en place des structures de réhabilitation des patients médicolégaux pour une meilleure insertion familiale, professionnelle et sociale.
- Développer des thérapies spécialisées pour améliorer l'insight, les capacités intellectuelles, émotionnelles et relationnelles des patients.

Toutes ces recommandations demeurent obligatoires afin d'assurer un suivi régulier et d'accompagner le patient dans son évolution, ce qui pourrait diminuer la fréquence de violence des malades mentaux.



RÉSUMÉS

Résumé

L'objectif de notre travail est de déterminer les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques des malades médicolégaux, de souligner les particularités juridiques des malades médicolégaux, chercher les facteurs prédictifs de la dangerosité et élaborer les moyens préventifs de passage à l'acte violent des malades mentaux.

C'est une étude transversale à visée descriptive portant sur une série de patients médicolégaux, basée sur les dossiers clinique et juridique, les expertises psychiatriques et une fiche d'exploitation, qui a recruté 55 malades médicolégaux internés en psychiatrie.

L'étude a rapporté les résultats suivants : L'âge moyen est 32,67 ans, avec une prédominance masculine 98%, 70,90% n'ont pas dépassé le niveau primaire, 81,81% de faible niveau socioéconomique, la schizophrénie paranoïde était la plus représentative avec 81,81%, avec un âge moyen de début de la maladie $26,32 \pm 8,38$ ans et une durée d'évolution de $15,34 \pm 8,33$ ans. 55 victimes : 54,54%(n=30) homicide, 21,72%(n=12) agression, 10,86%(n=6) pyromanie, 7,24%(n=4) viol et 5,43%(n=3) pour vol. 45,65% des victimes sont des sujets âgés, 36,95% sont des sujets jeunes. Toutes les victimes de viol sont des mineurs sans prédominance de sexe (1 / 1). L'irresponsabilité pénale est prononcée pour 80% des malades médicolégaux.

Les facteurs de risque de passage à l'acte violent sont: l'âge jeune, le sexe masculin, le niveau d'instruction bas, le niveau socioéconomique bas, les antécédents psychiatriques personnels et familiaux, les antécédents judiciaires personnels, les habitudes toxiques, la schizophrénie, avec un âge de début jeune et durée d'évolution importante, les hallucinations et le délire de persécution, la non compliance au traitement, l'accessibilité à l'arme blanche, la

famille et les personnes de l'entourage sont les plus exposées à la violence des malades mentaux.

Pour pouvoir mettre en place une prise en charge correcte des malades médicolégaux, afin de prévenir tout acte violent, l'état doit s'engager pour favoriser les moyens humains, les structures et le personnel soignant et les équipes soignantes sont poussées à prendre en considération les facteurs de risque les plus impliqués dans le passage à l'acte dans notre étude.

Abstract

The aim of our study was to study the sociodemographic, clinical and criminological forensic patients, to highlight the legal peculiarities of forensic patients, look for predictors of dangerousness and develop preventive means crossing the violent acts.

This is a descriptive cross-sectional study referred on a number of forensic patients, based on clinical and legal records, psychiatric evaluations and operating record, which recruited 55 patients interned in forensic psychiatry.

The study reported the following results: The average age is 32.67 years, with a male predominance 98%, 70.90% did not exceed the primary level, 81.81% of low socioeconomic status, schizophrenia was the most representative with 81.81 %, with an average age of onset of the disease 26.32 ± 8.38 years and disease duration 8.33 ± 15.34 years. 55 victims: 54.54% (n = 30) homicide, 21.72% (n = 12) aggression, 10.86% (n = 6) pyromania, 7.24% (n = 4) and 5.43 rape % (n = 3) for theft. 45.65% of the victims are elderly, 36.95% are young people. All rape victims are minors without sex predominance (1/1). The criminal liability is imposed for 80% of forensic patients.

The risk factors for transition to the violent act are: Age young , the male , low level instruction, low socioeconomic level, personal and family psychiatric history , Personal Criminal History, Toxic Habits, Schizophrenia, with a young age of onset and duration of significant changes, hallucinations and delusions of persecution, non-compliance to treatment, accessibility to the stab, the family and those of the environment are the most exposed to the violence.

To establish a proper management of forensic patients to prevent any violent act, the state must commit to foster human resources, structures and nursing staff, and medical teams are urged to consider risk factors most involved in acting out in our study

ملخص

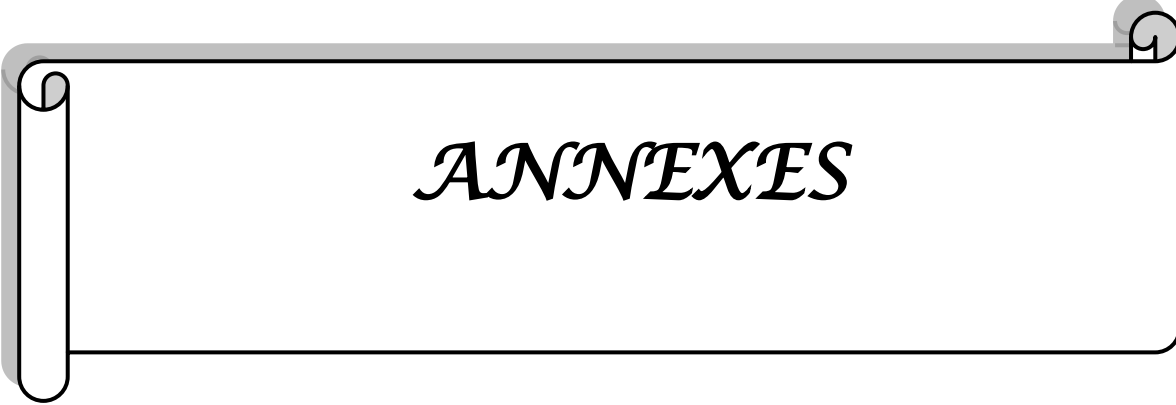
الأهداف المتوخاة من هذا البحث هي تحديد الخصائص السوسيوديموغرافية، السريرية و الاجرامية للمرضى نفسانيا المتابعين من أجل جنايات، تحديد المميزات القانونية لهؤلاء المرضى، البحث عن العوامل التي تمكن من التنبؤ بإمكانية ارتكاب المرضى النفسانيين لجناية ما، تطوير وسائل وقائية تمكننا من اجتناب ارتكاب المرضى النفسانيين لأي فعل اجرامي

لقد قمنا بدراسة مستعرضة ذو هدف وصفي على عدد من المرضى النفسانيين المتابعين من اجل جنايات واستعنا بسجلات طبية و قضائية، بالخبرات الطبية النفسية ل 55 مريض نزيل بمستشفى الطب النفسي و قمنا بملئ استمارة لكل مريض.

و قد وجدت الدراسة النتائج التالية :وكان متوسط العمر 32.67 عاما، مع غلبة الذكور 98٪، 70.90٪ لم يكن يتجاوزوا المرحلة الابتدائية من التعليم، 81.81٪ من الوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض، 85.44٪ حالة انفصام الشخصية، مع متوسط عمر بداية المرض 26.32 ± 8.38 سنة، ومدة المرض 15.34 ± 8.33 عاما. 55 ضحية: 54.54٪ (ن = 30) ضحية قتل، و 21.72٪ (ن = 12) ضحية اعتداء جسدي، 10.86٪ (ن = 6) هوس الحرائق، 7.24٪ (ن = 4) ضحية اغتصاب و 5.43٪ (ن = 3) ضحية سرقة. 45.65٪ من الضحايا هم من كبار السن، 36.95٪ من الشباب. جميع ضحايا الاغتصاب من القاصرين دون غلبة الجنس (1/1). تم تسجيل انعدام المسؤولية الجنائية عند 80٪ من المرضى.

العوامل التي تؤدي إلى ارتكاب المرضى النفسانيين لجناية هي صغر السن، الجنس الذكري، انخفاض مستوى التعليمي والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، وسوابق إصابته بمرض نفسي إن على المستوى الشخصي أو العائلي، وسوابق جنائية الشخصية، والتعاطي لمختلف أنواع المخدرات، و مرض انفصام الشخصية، سن مبكرة لبداية المرض، الصيغة الهذيانية، الهلوسة والاهام، وعدم الامتثال للعلاج، سهولة الحصول على الاسلحة البيضاء. الأسرة و الاشخاص المحيطون بالمريض هم الأكثر تعرضا للعنف من المرضى عقليا.

من خلال هذه الدراسة تبين أن الدوافع المذكورة سالفًا هي الأكثر تأثيرًا على المريض للقيام بفعل جنائي، مما يحث الهيئة المعالجة كي تأخذ هذه العوامل بعين الاعتبار لتفادي قيام المرضى من ممارسة فعل عنيف مستقبلاً. كما يجب على الدولة أن تعزز من الموارد البشرية والهيكل الصحية و الطاقم الطبي والتمريضي.



ANNEXES

Annexe1 : fiche d'exploitation

DOSSIER N° :

I/Données sociodémographiques

1/Age :

2/Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

3/Etat civil : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve)

4/Enfant : ☐ sans ☐ nombre :

5/Niveau d'étude: ☐ non scolarisé ☐ primaire ☐ secondaire ☐ baccalauréat
☐ Universitaire (bac+))

6/Profession a ☐ l'internement : ☐ non
☐ Oui à préciser :

7/ Revenu personnel mensuel avant l'internement : Dhs

☐ ≤2000 ☐ 2000≤ ≤5000
☐ 5000≤ ≤10000 ☐ 10000≤

8/Situation des parents :

* Père ☐ vivant ☐ décédé
 * Mère ☐ vivante ☐ décédée

9/nombre de fratrie :

10/Milieu de vie : ☐ urbain ☐ rural

II / Antécédents :

A-personnels :

1/médicaux ☐ Non ☐ Oui A préciser :

2/chirurgicaux ☐ Non ☐ Oui A préciser :

3/judiciaires : ☐ Non ☐ Oui

* Nombre d'incarcération :

* Cause d'incarcération : a/viol b/pyromanie c/vol d/agression e/autres :

* Durée totale d'incarcération :

* Age de la première condamnation :

4/psychiatrique ☐ Non ☐ Oui :

* consultation antérieure : 1 : oui 2/non

* hospitalisation antérieure : 1 : oui 2/non

* ATCD de TS : 1 : oui 2/non

5/Habitudes toxiques : *tabac ☐ non

Oui : * âge de début :

* nombre de cigarette par jour :

* consommation : a/ régulière b/occasionnelle

*cannab ☐ non :

Oui : * nombre de dirhams par jour :

* consommation : a/ régulière b/occasionnelle

*Alcool ☐ non :

Oui : * nombre de litres par jour :

* consommation : a/ régulière b/occasionnelle

*autres :

B / familiaux :

1/Psychiatrique ☐ non ☐ Oui

A préciser : 1-TB 2- SZP 3-Dépression 4-tentatives de suicide
5- Autres :

2/ judiciaires: ☐ Non ☐ Oui
3/habitudes toxiques familiales : ☐ Non ☐ Oui

III/ Caractéristiques de la maladie :

1/La symptomatologie de l'admission :
☐ Sd délirant ☐ Sd autistique ☐ Sd dissociatif
☐ Trouble de l'humeur ☐ trouble de comportement ☐ crise épileptique

2/Diagnostic retenu :
☐ Schizophrénie paranoïde ☐ schizophrénie déficitaire
☐ Schizophrénie désorganisé ☐ Trouble schizo-affectif
☐ Épilepsie+trouble psychiatrique ☐ trouble bipolaire
☐ Débilité mentale+trouble psychiatrique ☐ autres :

3/ Age de début :
4/ Mode de début :
5/ Durée d'évolution de la maladie (en année) :

7/L'hospitalisation actuelle :
*Date d'internement :
*traitement :
☐ Neuroleptique ☐ TR ☐ Sismothérapie
☐ Anxiolytique ☐ Antidépresseurs ☐ Antiépileptique
☐ Autres

IV/ état somatique actuelle :

1/ problème somatique : ☐ diabète ☐ Cardiopathie
☐ Tuberculose ☐ HIV
☐ Cataracte ☐ dermatose
☐ Autres :
2/ problème chirurgical : ☐ non
☐ oui à préciser :

V/évaluation de l'insight :

Birchwood et al . 1994 , Insight Scale for Psychosis-auteurs,
Traduction Sabrina Linder et Jérôme Favrod-2006

	D'accord	Pas d'accord	Incertain(e)
1-Certains des symptômes ont été créés par mon imagination	2	0	1
2-Je me sens psychologiquement bien	0	2	1
3-Je n'ai pas besoin de traitement médicamenteux	0	2	1
4-Mon séjour à l'hôpital était nécessaire	2	0	1
5-Le médecin a raison de me prescrire un traitement médicamenteux	2	0	1

6-J n'ai pas besoin d'être vu(e) par un médecin ou un psychiatre	0	2	1
7-Si quelqu'un disait que j'avais une maladie nerveuse ou mentale il aurait raison	2	0	1
8-Aucune des choses inhabituelles que j'ai vécues n'est due à une maladie	0	2	1

Score du malade :

Score maximal= 12 : très bon insight

Score minimal= 0 : pas d'insight

(9 et plus = bon insight)

Sous-échelles :

Items		Total possible
1 , 8	Conscience des symptômes	4 (3 or 4 =bon insight,1 or 2= pauvre insight)
2 , 7	Conscience de la maladie	4 (3 or 4 =bon insight,1 or 2= pauvre insight)
3 , 4 , 5 , 6	Besoin de traitement(il faut additionner les items et les diviser par 2)	4 (3 or 4 =bon insight,1 or 2= pauvre insight)

VI/ Positive and Negative symptoms scale(P.A.N.S.S.) durant l'hospitalisation actuelle:

KAY S.R. , OPLER L.A et FISZBEIN A.

Traduction française : J.P. LEPINE

Entourer la cotation appropriée à chaque dimension

ECHELLE POSITIVE

	Abs	Min	Leg	Mod	M/S	Sev	Ext
1-idée délirantes	1	2	3	4	5	6	7
2-désorganisation conceptuelle	1	2	3	4	5	6	7
3-activité hallucinatoire	1	2	3	4	5	6	7
4-excitation	1	2	3	4	5	6	7
5-idée de la grandeur	1	2	3	4	5	6	7
6-méfiance/persécution	1	2	3	4	5	6	7
7-hostilité	1	2	3	4	5	6	7

ECHELLE NEGATIVE

	Abs	Min	Leg	Mod	M/S	Sev	Ext
1-émoussement de l'expression des émotions	1	2	3	4	5	6	7
2-retrait affectif	1	2	3	4	5	6	7
3-mauvais contact	1	2	3	4	5	6	7
4-repli social passif/apathique	1	2	3	4	5	6	7
5-difficultés d'abstraction	1	2	3	4	5	6	7
6-absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation	1	2	3	4	5	6	7
7-pensée stéréotypées	1	2	3	4	5	6	7

ECHELLE DE PSYCHOPATHOLOGIE GENERALE

	Abs	Min	Leg	Mod	M/S	Sev	Ext
1-préoccupations somatiques	1	2	3	4	5	6	7
2-anxiété	1	2	3	4	5	6	7
3-sentiments de culpabilité	1	2	3	4	5	6	7
4-tension	1	2	3	4	5	6	7
5-maniérisme et troubles de la posture	1	2	3	4	5	6	7
6-dépression	1	2	3	4	5	6	7
7-ralentissement psychomoteur	1	2	3	4	5	6	7

8-manque de coopération	1	2	3	4	5	6	7
9-contenu inhabituel de la pensée	1	2	3	4	5	6	7
10-désorientation	1	2	3	4	5	6	7
11-manque d'attention	1	2	3	4	5	6	7
12-manque de jugement et de la prise de conscience de la maladie	1	2	3	4	5	6	7
13-troubles de la volition	1	2	3	4	5	6	7
14-mauvais contrôle pulsionnel	1	2	3	4	5	6	7
15-préoccupation excessive de soi(tendances autistiques)	1	2	3	4	5	6	7
16 -évitement social actif	1	2	3	4	5	6	7

Score positif : { }

score négatif : { }

score général : { }

IV –Acte médico-légal :

1/nature de l'acte : homicide ☐ viol ☐ pyromanie ☐ autres ☐

2/Age au moment de l'acte : (ans) ☐

3/l'intervalle entre l'acte et l'internement :

4/intention de l'acte ☐ volontaire ☐ involontaire ☐

5/contexte de dispute avant l'acte ☐ oui ☐ non

6/comportement après l'acte : ☐ Fugue ☐ Inhibition

7/moyen utilisé pour l'acte :

8/état du malade au moment de l'acte : ☐ Hallucination ☐ persécuté par la victime
☐ Discordance ☐ état de confusion
☐ Usage de substance ☐ imprécis

9/ Victime: A/âge ☐ Enfant ☐ Mineur ☐ jeune ☐ âgé
 B/sexe :
 C/statut: ☐ parenté ☐ connaissance ☐ inconnu

10/ conscience actuelle de l'acte: ☐ oui ☐ non

11/conséquence judiciaire : ☐ Irresponsabilité ☐ internement en psychiatrie
☐ Responsabilité atténuée, durée de condamnation :
☐ Responsabilité totale, durée de condamnation :

12/Ordonnateur de l'internement : ☐ Procureur générale de la cours d'appel
☐ Procureur du roi du tribunal de 1ere instance

13/Placement: ☐ Marrakech ☐ Ouarzazate ☐ Safi
☐ Elkalaa ☐ Bengurir ☐ autres

V/Echelle MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale)

1) Tristesse apparente

Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se déridier.

- 0 Pas de tristesse.
- 1
- 2 Semble découragé mais peut se déridier sans difficulté.
- 3
- 4 Parait triste et malheureux la plupart du temps.
- 5
- 6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

2) Tristesse exprimée

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée et le degré auquel l'humeur est dite être influencée par les événements.

- 0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.
- 1
- 2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.
- 3
- 4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression.
- 5
- 6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation.

3) Tension intérieure

Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

- 0 Calme. Tension intérieure seulement passagère.
- 1
- 2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.
- 3
- 4 Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 5
- 6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

4) Réduction du sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

- 0 Dort comme d'habitude.
- 1
- 2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit. Léger ou agité.
- 3
- 4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.
- 5
- 6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

5) Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

- 0 Appétit normal ou augmenté.
- 1
- 2 Appétit légèrement réduit.
- 3.
- 4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.
- 5
- 6 Ne mange que si on le persuade.

6) Difficultés de concentration

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

- 0 Pas de difficulté de concentration.
- 1
- 2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.
- 3

- 4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.
5
6 Incapacité de lire ou de converser sans grande difficulté.

7) Lassitude

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

- 0 Guère de difficultés à se mettre en route ; pas de lenteur.
1
2 Difficultés à commencer des activités.
3
4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.
5
6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8) Incapacité à ressentir

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.
1
2 Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels.
3
4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.
5
6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir, et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches, parents et amis.

9) Pensées pessimistes

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché ou de ruine.

- 0 Pas de pensées pessimistes.
1
2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation et d'autodépréciation.
3
4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises, mais encore rationnelles.
Pessimisme croissant à propos du futur.
5
6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10) Idées de suicide

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

- 0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.
1
2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.
3
4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible, mais sans projet ou intention précis.
5
6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

VI/ SOCIAL DYSFUNCTION AND AGGRESSION SCALE (SDAS)

0 =absent 1 = douteux 2 = moyen 3 = modéré 4 = sévère
Marquer le champ approprié au-dessous de P et G avec un X

Annexe 2 : HCR-20 (Historical Clinical Risk-20)

<i>Facteurs historiques</i>	<i>Facteurs cliniques</i>	<i>Facteurs de gestion de risque</i>
H1 violence antérieure	C1 introspection Difficile	R1 projet manquant de faisabilité
H2 1 ^{er} acte de violence commis durant la jeunesse	C2 attitudes négatives	R2 exposition à des facteurs déstabilisants
H3 instabilité des relations intimes	C3 symptômes actifs de la maladie	R3 manque de soutien personnel
H4 problèmes d'emploi	C4 impulsivité	R4 inobservation des mesures curatives
H5 problème de Toxicomanie	C5 résistance au traitement	R5 stress
H6 maladie mentale grave		
H7 psychopathie		
H8 inadaptation durant la Jeunesse		
H9 trouble de la Personnalité		
H10 échecs antérieurs de Surveillance		

Annexe 3 : Violence Risk Scale 2

Facteurs statiques
S1 Age actuel S2 Age au moment de la première condamnation S3 Nombre de condamnation en tant que mineur S4 Violence au cours de la vie S5 Antécédents d'évasion S6 Stabilité de l'éducation familiale
Facteurs dynamiques
D1 Style de vie violent D2 Personnalité criminelle D3 Attitudes criminelles D4 Ethique vis-à-vis du travail D5 Groupe de pairs criminels D6 Agressions interpersonnelles D7 Contrôle émotionnel D8 Violence durant l'incarcération D9 Utilisation d'une arme D10 Insight concernant les causes de la violence D11 Maladie mentale D12 Abus de substance D13 Stabilité des relations D14 Soutien dans la communauté D15 Sortir de situations à haut risque D16 Cycle de violence D17 Impulsivité D18 Distorsion cognitive D19 Compliance à la supervision D20 Niveau de sécurité de la sortie de l'institution

Annexe 4 : Check List révisée (PCL-R), traduction française

1 –Loquacité et charme superficiel 2– Surestimation de soi 3– Besoin de stimulation et tendance à s'ennuyer 4– Tendance au mensonge pathologique 5– Duperie et manipulation 6– Absence de remords et de culpabilité 7– Affect superficiel 8– Insensibilité et manque d'empathie 9– Tendance au parasitisme 10– Faible maîtrise de soi 11– Promiscuité sexuelle

- 12- Apparition précoce de problèmes de comportements
- 13- Incapacité à planifier à long terme et de façon réaliste
- 14- Impulsivité
- 15- Irresponsabilité
- 16- Incapacité à assumer la responsabilité de ses faits et gestes
- 17- Nombreuses cohabitations de courte durée
- 18- Délinquance juvénile
- 19- Violation des conditions de mise en liberté conditionnelle
- 20- Diversité des types de délits commis par ces sujets.

Annexe 5 :

Article 75 : L'internement judiciaire dans un établissement psychiatrique consiste dans un placement en un établissement approprié, par décision d'une juridiction de jugement, d'un individu présumé auteur, coauteur ou complice d'un crime ou d'un délit, qui en raison des troubles de ses facultés mentales existant lors des faits qui lui sont imputés, et constatés par une expertise médicale, doit être déclaré totalement irresponsable et se trouve ainsi soustrait à l'application éventuelle des peines prévues par la loi.

Article 76 : Lorsqu'une juridiction de jugement estime, après expertise médicale, que l'individu qui lui est déféré sous l'accusation de crime ou la prévention de délit, était totalement irresponsable en raison de troubles mentaux existant lors des faits qui lui sont imputés, elle doit :

- 1° constater que l'accusé ou le prévenu se trouvait au moment des faits dans l'impossibilité de comprendre ou de vouloir, par suite de troubles de ses facultés mentales ;
- 2° le déclarer totalement irresponsable et prononcer son absolution ;
- 3° Ordonner, si les troubles subsistent, son internement dans un établissement psychiatrique.

La validité du titre de détention est prolongée jusqu'à l'internement effectif.

Article 77 : L'internement judiciaire se prolonge aussi longtemps que l'exigent la sécurité publique et la guérison de l'interné.

L'interné doit initialement être l'objet d'une mise en observation. Il doit être examiné chaque fois que le psychiatre l'exige nécessaire, et en tous cas tous les six mois.

Lorsque le psychiatre traitant estime devoir mettre fin à l'internement judiciaire, il doit en informer le chef du parquet général de la cour d'appel qui peut, dans un délai de dix jours à compter de la réception de cet avis, exercer un recours contre la décision de sortie, dans les conditions fixées par l'article 28 du dahir du 21 chaoual 1378 (30 avril 1959) relatif à la prévention et au traitement des maladies mentales et à la protection des malades mentaux. Ce recours est suspensif.

Article 78 : Lorsqu'une juridiction de jugement estime, après expertise médicale, que

l'auteur d'un crime ou d'un délit, bien qu'en état d'assurer sa défense au cours des débats, était néanmoins atteint lors des faits qui lui sont imputés d'un affaiblissement de ses facultés mentales entraînant une diminution partielle de sa responsabilité, elle doit :

- 1° Constater que les faits poursuivis sont imputables à l'accusé ou au prévenu ;
- 2° Le déclarer partiellement irresponsable en raison de l'affaiblissement de ses facultés mentales au moment des faits ;
- 3° Prononcer la peine ;
- 4° Ordonner, s'il y a lieu, que le condamné sera hospitalisé dans un établissement psychiatrique, préalablement à l'exécution de toute peine privative de liberté. L'hospitalisation s'impute sur la durée de cette peine, et prend fin dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article 77.

Article 79 : Lorsqu'une juridiction de jugement estime, après expertise médicale, que l'individu qui lui est déféré sous l'accusation de crime ou la prévention de délit était responsable en totalité ou en partie au moment des faits qui lui sont imputés, mais qu'en raison de troubles de ses facultés mentales survenus ou aggravés ultérieurement, il se trouve hors d'état d'assurer sa défense au cours des débats, elle doit :

- 1° Constater que l'accusé ou le prévenu est hors d'état de se défendre, par suite de l'altération présente de ses facultés mentales ;
- 2° Surseoir à statuer ;
- 3° Ordonner son hospitalisation dans un établissement psychiatrique.

La validité du titre de détention est prolongée jusqu'à l'internement effectif.

Le psychiatre traitant devra informer le chef du parquet général de la décision de sortie, dix jours au moins avant qu'elle ne soit exécutée. Le titre de détention qui était en vigueur au moment de l'hospitalisation reprendra effet et les poursuites seront reprises à la diligence du ministère public. En cas de condamnation à une peine privative de liberté, la juridiction de jugement aura la faculté d'imputer la durée de l'hospitalisation sur celle de cette peine.

Article 80 : Le placement judiciaire dans un établissement thérapeutique consiste dans la mise sous surveillance dans un établissement approprié, par décision d'une juridiction de jugement, d'un individu, auteur, coauteur ou complice soit d'un crime, soit d'un délit correctionnel ou de police, atteint d'intoxication chronique causée par l'alcool ou les stupéfiants, lorsque la criminalité de l'auteur de l'infraction apparaît liée à cette intoxication.

Article 81 : Lorsqu'une juridiction de jugement estime devoir faire application des dispositions de l'article précédent, elle doit :

- 1° Déclarer que le fait poursuivi est imputable à l'accusé ou au prévenu ;
- 2° Constater expressément que la criminalité de l'auteur de l'infraction apparaît liée à une

intoxication chronique causée par l'alcool ou les stupéfiants ;

3° Prononcer la peine ;

4° Ordonner, en outre, le placement judiciaire dans un établissement thérapeutique pour une durée qui ne saurait excéder deux années.

Le condamné sera soumis à la mesure de placement, préalablement à l'exécution de la peine, à moins que la juridiction n'en décide autrement.

Article 82 : La mesure de placement judiciaire dans un établissement thérapeutique est révoquée lorsqu'il est constaté que les causes qui l'avaient provoquée ont disparu.

Lorsque le médecin-chef de l'établissement thérapeutique estime devoir mettre fin à cette mesure, il en informe le chef du parquet général de la cour d'appel qui, dans un délai de dix jours après réception de cet avis, peut exercer un recours contre la décision, dans les conditions fixées par l'article 77.

Le séjour dans la colonie agricole suit immédiatement l'exécution de la peine.



BIBLIOGRAPHIE

1 – BENEZECH M.

Introduction à l'étude de la dangerosité. Rapport pour les 13e rencontres nationales des services médicopsychologiques régionaux et unités pour malades difficiles ayant pour thème les dangerosités,

Paris, 19 novembre 2001

2 – OMS.

Rapport mondial sur la violence et la santé.

Genève: OMS; 2002.

3 – MILLAUD F, DUBREUCQ JL:

Prédiction des comportements violents des malades mentaux, Synthèse d'une revue de la littérature. Expertise psychiatrique pénale. *Audition publique.*

John Libbey 11/2007

4 – DUBREUCQ JL, LOYAL C, MILLAUD:

Risque de violence et troubles mentaux graves.

Ann Med Psychologiques 2005; 163:852-65

5 – SENNINGER JL.

Notion de dangerosité en psychiatrie médico-légale *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie, 37-510-A-10.*

Paris : Elsevier Masson SAS ; 2007

6 – GRAVIER B., LUSTENBERGER Y.

L'évaluation du risque de comportement violent: le point sur la question.

Ann Med Psychol. 2005;163:668-680

7 – PRATT J.

Dangerosité, risque et technologie du pouvoir.

Criminologie. 2001; 34 :101-121

8 – RAPPORT de la mission parlementaire de JP GARRAUD.

Réponses à la dangerosité

9 – RAPPORT de la commission Santé-Justice présidée par BURGELIN JF.

Santé, justice et dangerosités: pour une meilleure prévention.

Ministère de la Justice et de la Santé

10- BOURGEOIS M., BENEZECH M.

Dangerosité criminologique, psychopathologique et comorbidité psychiatrique.
Ann. Med Psychol. 2001; 159:475-486

11- SENINGER JL.

Les trajectoires psychopathologiques de la dangerosité.
In « Dangerosité et vulnérabilité en psychocriminologie ».
L'Harmattan, Paris, 2003

12- AMBROSI A.

L'évaluation de la dangerosité : de quels dangers d'agit-il ? In VILLERBU « Dangerosité et vulnérabilité en psychocriminologie ».
L'Harmattan, Paris, 2003

13- TAYLOR P, GUNN J.

Violence and psychosis. I. Risk of violence among psychotic men.
Br Med J (Clin Res Ed) 1984;288:1945-9.

14- CÔTÉ G, HODGINS S.

Co-occurring mental disorders among criminal offenders.
Bull Am Acad Psychiatry Law 1990;18:271-81.

15- PUTKONEN A, et al.

Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: A structured clinical study on dual and triple diagnoses.
Schizophren Bull 2004;30:59-72.

16- M.-J.

Schizophrenia and violence: Comorbidity and typologies
Vandamme UFR de psychologie, université Lille-3, domaine du Pont-de-Bois, 59654 Villeneuve-d'Ascq, France

17- Henry C.,

Gay : Maladie maniaco-dépressive ou troubles bipolaires.
Encyclopédie Orphanet. Janvier 2004. <http://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-troublesbipolaires.pdf>

18- ROUILLONS F.

Epidémiologie du trouble bipolaire.
L'Encéphale 1997 ; (Suppl 1) : 7-11.

- 19– **Ministère de la sante Enquête nationale :**
Prévalence des troubles mentaux dans la population générale en 2003.
OMS 2007.
- 20– **PETITJEAN F.**
Aspects médico-légaux.
L'Encéphale, 2003 ; XXXIX, cahier 2 : 5-7.
- 21– **KEMP D.E. et al.**
Screening for bipolar disorder in a county jail at the time of criminal arrest.
Journal of Psychiatric Research, 2008; 42: 778-786.
- 22– **ROUILLONS F.**
Epidémiologie du trouble bipolaire.
Ann Med Psychol, 2009.
- 23– **ELLIOT FA.**
Violence.
The neurologic contribution: an overview., Arch Neurol 1992 ; 49 : 595-603
- 24– **CAILLAT AS., HORREARD AS., KOTTLER C.**
Les méthodes d'évaluation de la dangerosité.
In BEAUREPAIRE, BENEZECH, KOTTLER.
« Les Dangerosités » John Libbey Eurotext, Paris, 2004.
- 25– **DOYLE M., DOLAN M.**
Standardized risk assessment.
Psychiatry. 2007;6:409-414
- 26– **Bouchard JP.**
Le parricide commis par des sujets masculins psychotiques : de l'analyse clinique à la prévention (étude portant sur 55 cas de parricide).
Thèse pour le doctorat en psychopathologie (Nouveau Régime), Université de Toulouse-LeMirail, Faculté de psychologie, Centre d'Études et de Recherches en Psychopathologie, 2000 (Première analyse criminelle comportementale du parricide, conçue et débutée en 1979, portant sur la période 1950-2000).
- 27– **BERG AZ., BELL S CC., TUPIN J.**
Clinician safety: assessing and managing the violent patient.
New Dir MentHealth Serv. 2001; 91:107-127.

28- BELL CC.

Assessment and management of the violent patient. *J Natl Med Assoc.* 2000; 92:247-253.

29- ASNIS GM., KAPLAN ML. HUNDORFEAN G., SAEED W.

Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 1997; 20:405-425.

30- PHAM TH., DUCRO C., MARGHEM B., REVEILLERE C.

Evaluation du risque de récidive au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone. *Ann Med Psychol.* 2005;163:842-845.

31- GRAVIER B., LUSTENBERGER Y.

L'évaluation du risque de comportements violents: le point sur la question. *Ann. Med. Psychol.* 2005;163:668-680.

32- DOUGLAS KS., OGLOFF JRP., TONIA N., GRANT I.

Assessing risk of violence among psychiatric patients: The HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist Screening version. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1999; 67:917-930.

33- SCOTT CL., RESNICK PJ.

Violence risk assessment in persons with mental illness. *Aggress Violent Behav.* 2006;11 :598-611.

34- DOLAN M., FULLAM R., LOGAN C., DAVIES G.

The violence risk scale second edition (VRS-2) as predictor of institutional violence in a British forensic inpatient sample. *Psychiatr Res.* 2008;158:55-65.

35- MONAHAN J., STEADMAN HJ., ROBBINS PC., SILVER E., APPELBAUM PS., GRISSO T. et al.

Developping a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *Br J psychiatry.* 2000; 176:312-319.

36- MONAHAN J., STEADMAN HJ. ROBBINS PC., APPELBAUM P., BANKS S., GRISSO T.

An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders. *Psychiatr. Serv.* 2005 ;56 :810-815.

37- COTE G.

Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique.

Criminologie. 2001; 34:31-45. 156

38- BENEZECH M.

Des crimes fous commis par les fous et les autres.

Forensic 1994;5:41-44

39- BENEZECH M.

Classification des homicides volontaires et psychiatrie.

Ann Méd Psychol 1996 ; 154 : 161-173

40- MILLAUD F, AUCLAIR N, MEUNIER D.

Parricide and mental illness.

Int J Law Psychiatry 1996 ; 19 : 173-182

41- BENEZECH M.

De quoi souffrent les parricides ?

Perspect Psychiatr 1992 ; 34 : 207-212

42- NEWHILL CE.

Parricide.

J Fam Viol 1991;6:375-394

43- RESNICK PJ.

Child murder by parents: a psychiatric review of filicide.

Am J Psychiatry 1969; 126 : 325-334

44- BOURGET D, BRADFORD JM.

Homicidal parents.

Can J Psychiatry 1990 ; 35 : 233-238

45- MARZUK PM, TARDIFF K, HIRSCH CS.

The epidemiology of murder-suicide.

JAMA 1992; 267: 3179-3183

46- AUBUT J.

Les agresseurs sexuels. Théorie, évaluation et traitement.

Paris : Maloine, 1993

47- THIBAUT F.

Troubles des conduites sexuelles. Diagnostic et traitement.

Encycl Méd Chir(Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37-105-G-10,2000 : 1-9

48- BLATIER C.

La délinquance des mineurs. L'enfant, le psychologue, le droit.

Saint-Martin-d'Hères (Isère) : Presses Universitaires de Grenoble, 1999

49- GROTH AN, BIRNBAUM HJ.

Men who rape: the psychology of the offender.

New York : Plenum Press, 1979

50- MCKIBBEN A.

La classification des agresseurs sexuels. In : Aubut J éd. Les agresseurs sexuels. Théorie, évaluation et traitement.

Paris : Maloine, 1993 : 58-78

51- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM).

Traduction française coordonnée par Guelfi JD.Paris : Masson, 1983, 1989, 1996

52- JACKSON JL, BEKERIAN DA.

Offender profiling. Theory, research and practice.

Chichester : Wiley, 1997

53- KNIGHT RA, PRENTKY RA.

Classifying sexual offenders: The development and corrolation of taxonomic models. In : Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE eds. Handbook of sexual assault: issues, theories and treatment of the offender.

New York : Plenum Press, 1990 : 23-52

54- TURVEY BE. CRIMINAL PROFILING.

An introduction to behavioral evidence analysis.

London : Academic Press, 1999

55- LAXENAIRE M, KUNTZBURGER F.

Les incendiaires. Collection Médecine et Psychothérapie.

Paris : Masson, 1995

- 56- Barte HN, Ostaptzeff G.
Criminologie clinique.
Paris : Masson, 1992
- 57- VALEVSKI A, AVERBUCH I, RADWAN M, GUR S, SPIVAK B, MODAI I, ET AL.
Homicide by schizophrenic patients in Israel.
Eur Psychiatry 1999;14:89-92.
- 58- ERB M, HODGINS S, FREESE R, MULLER-ISBERNER R, JOCKEL D.
Homicide and schizophrenia: may-be treatment does have a preventive effect.
Crim Behav Ment Health 2001;11:6-26.
- 59- MEEHAN J, FLYNN S, HUNT I, ET AL.
Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales.
Psychiatr Serv 2006;57:1648-51.
- 60- S. RICHARD-DEVANTOY, B. GOHIER, A.-S. CHOCARD, J.-P. DUFLOT, J.-P. LHUILLIER, J.-B. GARRE
Caractérisation sociodémographique, clinique et criminologique d'une population de 210 meurtriers.
- 61- 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; 41(7):761-770.
- 62- SOKYA M., GRAZ C., BOTTLENDER R., DIRSCHEDL P., SCOECH H.
Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia.
Schizophr Res. 2007; 94:89-98.
- 63- LE BIHAN P., BENEZECH M.
Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. A propos de 42 observations.
Ann MedPsychol. 2004 ; 162:615-625
- 64- KOH KGWW, GWEE KP, CHAN YH.
Psychiatric aspects of homicide in Singapore: A fiveyear review (1997-2001).
Singapore Med J 2006 ; 47 :297-304.

65- KLASSEN D, O'CONNOR WA.

Demographic and case history variables in risk assessment. In: Monahan J, Steadman H, editors. Violence and mental disorder.

Chicago: The University of Chicago Press; 1994.p. 229-57.

66- LINK BG., ANDREWS H., CULLEN FT.

The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered.

Am. Sociol Review. 1992; 57:275-292.

67- SWANSON JW., SWARTZ MS., BORUM R., HIDAY V., WAGNER R et al.

Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behavior in persons with severe mental illness.

Br J Psychiatry. 2000; 174 : 324-331.

68- LORETTU L, SANNA NM, NIVOLI G.

Le passage à l'acte homicide du schizophrène. In: Millaud F, editor.

Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques.

Paris: Masson; 1998. p. 77-93.

69- TARDIFF K., MARZUK P., LEON A., PORTERA L.

A prospective study of violence by psychiatric patients after hospital discharge.

Psychiatr Serv. 1997; 48:678-681.

70- MODESTIN J., AMMANN R.

Mental disorder and criminality: male schizophrenia.

Schizophr Bull. 1996; 22(1):69-82.

71- LAMB R., WEINBERGER L., JEFFREY L., MARSH J., GROSS BH.

Treatment prospects for persons with severe mental illness in a urban county jail.
Psychiatr Serv. 2007;58:782-786

72- WALSH E., GILVARRY C., SAMELE C., HARVEY K., MANLEY C et al.

Predicting violence in schizophrenia: a prospective study.

Schizophrenia Research. 2004; 67:247-252.

73- DEAN K., WALSH E., MORAN P., TYRER P., CREED F., BYFORD S et al.

Violence in women with psychosis in the community: prospective study.

Br J Psychiatry. 2006; 188:264-270

74- COTE G., HODGINS S.

The prevalence of major mental disorders among homicide offenders.
Int J Law Psychiatry. 1992; 15:89-99.

75- MULVEY EP.

Assessing the evidence of a link between mental illness and violence.
Hosp and Community psychiatry. 1994;45:663-668

76- SWARTZ MS., SWANSON JW. HIDAY V. BORUM R., WAGNER HR., BURNS BJ.

Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication.
Am J Psychiatry 1998; 155:226-231.

77- FAZEL S-C, GRANN M, CARLSTRÖM M, LICHENSTEIN P ET LANGSTRÖM.

Risk factors for violent crime in schizophrenia. A national cohort study of 13806 patients.
J Clin Psychiatry 2009; 70, 3: 362-369.

78- SWANSON J., ESTROFF S., SWARTZ M., BORUM R., LACHICOTTE W.et al.

Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity and lack of treatment.
Psychiatry. 1990; 60:1-22.

79- SWANSON et al.,

The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness.
Am J PublicHealth, 2002, 92 (9) : 1523-1531

80- STEINERT T., WIEBE C., GEBHART RP.

Aggressive behavior against self and others among first-admission patients with schizophrenia.
Psychiatr Serv. 1999; 50:85-90.

81- VIELMA M, VINCENTE B, HAYES GD, ET AL.

Mentally abnormal homicide. A review of a special hospital male population.
Med Sci Law 1993;33(1):47-54.

82- LE BIHAN P., BENEZECH M.

Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. A propos de 42 observations.
Ann Med Psychologiques. 2004 ; 162: 615-625.

- 83– CHEUNG P., SCHWEITZER I., CROWLEY K., TUCKWELL V.
Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions.
Schizophrenia Research. 1997; 26:181–190.
- 84– SWARTZ MS., SWANSON JW., HIDAY V., BORUM R., WAGNER R et BURNS BJ.
Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication.
Am J Psychiatry. 1998;155:226– 231.
- 85– ARANGO C., BARBA A., GONZALES T., ORDONEZ A.
Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study.
SchizophrBull. 1999; 25:493–503.
- 86– BUCKLEY PF., HROUDA DR.
Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia.
Am J Psychiatry. 2004;161:1712–1714
- 87– SOKYA M.,GRAZ C., BOTTLENDER R., DIRSCHEDL P., SCOECH H.
Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia.
Schizophrenia research. 2007; 94:89–98
- 88– ALIA-KLEIN N. O'ROURKE TM. GOLDSTEIN R., MALASPINA D.
Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample.
Aggress. Behav. 2007;33:86–89
- 89– SENON JL., MANZANERA C.
Réflexions sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale.
Ann Med Psychol. 2006;164:818–827
- 90– LAMB RH. WEINBERGER LE., MARSH JS. GROSS BH.
Treatment prospects for persons with severe mental illness in an urban county jail.
Psychiatr Serv. 2007; 58:782–786.
- 91– ESTROFF SE, ZIMMER C.
Social networks, social support and violence among persons with severe persistent illness.
In: Monahan J, Steadman H, editors. Violence and mental disorder. Chicago: The University of Chicago Press; 1994. p. 259–95.

92– NOBLE P, RODGER S.

Violence by psychiatric inpatients.

Br J Psychiatr 1989; 155:384–90.

93– RUSSO G, SALOMONE L, DELLA VILLA L.

The characteristics of criminal and non criminal mentally disordered patients.

Int J law Psychiatry 2003; 26:417–35.

94– SHAW J, APPLEBY L, AMOS T, ET AL.

Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide: national clinical survey.

BMJ 1999; 318:1240–4.

95– JOYAL CC, PUTKONEN P, PAAVOLA P, TIIHONEN J.

Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia.

Psychol Med 2004;34:433–42.

96– JUNGINGER J.

Psychosis and violence : The case for a content analysis of psychotic experience.

Schizophr. Bull. 1996 ;22 :91–103

97– KRAKOWSKI M., CZOBO P., CHOU JC.

Course of violence in patients with schizophrenia : relationship to clinical symptoms.

Schizophr. Bull. 1999; 25:505–517.

98– TAYLOR PJ., LEESE M., WILLIAMS D., BUTWELL M., DALY R., LARKIN E.

Mental Disorder and violence: a special high security hospital study.

Br J Psychiatry. 1998 ;172:218–224

99– LARGE M., NIELSEN O.

Evidence for a relationship between the duration of untreated psychosis and the proportion of psychotic homicides prior to treatment.

Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol. 2008; 43:37–44.

100– WESSELY et al. 1993) (282 WESSELY S., BUCHANAN A., REED A., CUTTING J., EVERITT B., GARETY P., et al.

Acting on delusions: Prevalence.

Br J Psychiatry. 1993;163:69–76

101– NESTOR PG., HAYCOCK J., DOIRON S., KELLY J., KELLY D.

Lethal violence and psychosis: a clinical profile. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1995; 23:331–341.

102– BJORKLYS.

Psychotic symptoms and violence toward others.

A literature review of some preliminary findings. Part 2: Hallucinations. Aggress Violent Behav. 2002; 7:605–615.

103– NIELSSEN O., WESTMORE B., LARGE M., HAYES R.

Homicide during psychotic illness in New South Wales Between 1993 et 2002. *Med J Australia.* 2007; 186(6):301–304.

104– STOMPE T., ORTWEIN-SWOBODA G., SCHANDA H.

Schizophrenia, delusional symptoms, and violence; The Threat/Control-Override concept re-examined.

Schizophr. Bull. 2004; 30:31–44.

105– CHEUNG P., SCHWEITZER I., CROWLEY K., TUCKWELL V.

Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions. *Schizophr Res.* 1997 ; 26 :181–190.

106– BJORKLY S.

Psychotic symptoms and violence towards others; a literature review of some preliminary findings.

Part 1: Delusions. Aggression Violent Behav. 2007;7:617–631.

107– SHAW J, AMOS T, HUNT IM, FLYNN S, TUNRBULL P, KAPUR N, ET AL.

Mental illness in people who kill strangers: longitudinal study and national clinical survey. *BMJ* 2004;328:734–7.

108– JOYAL CC, PUTKONEN P, PAAVOLA P, TIIHONEN J.

Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia.

Psychol Med 2004;34:433–42

109– ERONEN M., ANGERMEYER MC. SCHULZE B.

The psychiatric epidemiology of violent behaviour.

Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1998 ;33 :S12–S23

110– HUMPHREY MS., JOHNSTONE EC., Mc MILLAN JF. TAYLOR PJ.

Dangerous behavior preceding first admissions for schizophrenia.

Br J Psychiatry. 1992;161 :501-505

111– BENEZECH M, ADDAD M.

L'homicide des psychotiques en France. A propos d'une enquête portant sur cinq années (1977-1981).

Ann Med Psychol 1982;141:101-6.



أَقْسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أَرَأَيْتَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونُ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ وَالْأَحْوَالِ بِإِذْلٍ وَسَعِيٍّ فِي اسْتِنْقَازِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِإِذْلٍ رِعَايَتِي لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

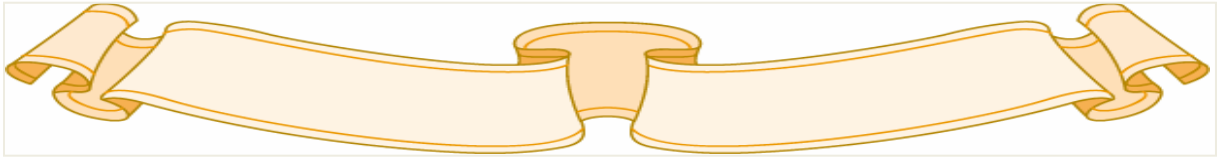
وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلَبِ الْعِلْمِ، أَسْخِرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ. لَا لِأَذَاهِ.

وَأَنْ أَوْقِرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْنَعُنِي، وَأَكُونَ أَخًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبَةِ

مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

والله على ما أقول شهيد





جامعة القادسي عياض كلية الطب و الصيدلة مراكش

أطروحة رقم 55

سنة 2014

خصائص المرضى النزليين بمصحة الطب النفسي والمتابعين من أجل جنايات مستشفى ابن نفيس

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2014/06/27

من طرف

السيد نصر الدين خطاب

المزداد بتاريخ 20 شتنبر 1987 بالناضور

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

اختلال عقلي - جنايات - خصائص الاجتماعية، الديموغرافية، السريرية، الإجرامية والقانونية
التنبؤ بخطورة المرضى النفسيين

اللجنة

الرئيس

السيد م. خ. شولي

أستاذ في علم الصيدلة العصبية

المشرف

السيدة ف. عصري

أستاذة في الطب النفسي

السيدة خ. أكراتي

أستاذة في طب أمراض الجهاز الهضمي

الحكام

السيد م. بنيس

أستاذ في علم الأعصاب