

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N° 194

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Psychiatrie

par

Noémie Praud

née le 09/07/1986 à Asnières Sur Seine (92)

Présentée et soutenue publiquement le mardi 18 octobre 2016

Manie et actes médico-légaux : à propos de 3 cas de viol

Président : Monsieur le Professeur Jean-Marie Vanelle

Directeurs de thèse : Monsieur le Docteur Olivier Giron

Madame le Docteur Anne Sauvaget

Membres du jury : Monsieur le Professeur Jean-Louis Senon

Madame le Professeur Marie Grall-Bronnec

Madame le Docteur Claire Burgaud-Dejeune

Remerciements

Aux patients qui ont été la source de ce travail.

Aux équipes et aux médecins avec qui j'ai travaillé et qui m'ont tant appris.

A Marianne Jaglin, qui m'a aidée dans le recueil d'informations.

Au Dr Caroline Vigneau, pour ses explications concernant l'échelle BMQ.

A Nelly Gemehl, pour son travail de recueil des adresses des médecins coordonnateurs.

Aux médecins coordonnateurs qui ont pris de leur temps pour me répondre et grâce à qui ce travail s'est vu enrichi.

Au Dr Sébastien Prat, qui m'a ouvert de nouvelles perspectives.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Marie Vanelle,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Soyez assuré de ma reconnaissance pour la richesse de votre enseignement et pour votre disponibilité auprès de vos étudiants. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre sincère estime.

Merci pour votre bienveillance tout au long de nos études.

Monsieur le Professeur Jean-Louis Senon,

Nous sommes honorés de vous compter parmi les membres de notre jury, et sommes honorés que vous ayez accepté de juger notre travail de thèse. Vous nous avez fait découvrir la psychiatrie légale et la criminologie, et nous vous sommes reconnaissants de nous avoir transmis votre savoir et votre passion.

Madame le Professeur Marie Grall-Bronnec,

Vous nous avez guidés et avez su vous montrer disponible tout au long de nos études. Votre humanisme et votre expérience clinique ont été pour nous des repères essentiels. Soyez assurée de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Monsieur le Docteur Olivier Giron,

Tu m'as fait l'honneur de me faire confiance et de diriger ce travail. La pertinence de tes réflexions et ta bienveillance m'ont accompagnée tout au long de ce travail. J'ai particulièrement apprécié travailler à tes côtés. Trouve ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Madame le Docteur Anne Sauvaget,

Tu m'as fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail. Ta disponibilité et tes compétences m'ont permis d'enrichir considérablement mes connaissances, en bénéficiant de ta chaleureuse attention. Merci pour ton enthousiasme et ta confiance, tu es un modèle.

Madame le Docteur Claire Burgaud-Dejeune,

C'est grâce à toi que ce sujet a pu naître. Merci pour ton précieux temps passé à me transmettre ton expérience et ton savoir clinique. Ta pratique et ton écoute auprès des patients est un exemple pour moi. Merci, sincèrement.

A Erwan, ma famille et mes proches, merci. En mémoire de mes grands-parents.

"J'ignore comment je me suis remise d'avoir commis les actes nécessitant une telle répression, pas plus que je ne sais comment ni pourquoi des liens d'amitié ou d'amour ont survécu à l'écrasante usure de pulsions si obscures, si féroces et si dommageables. Le contrecoup de ces violences contre les autres ou contre soi-même est infiniment pénible et douloureux pour toutes les personnes concernées"

Kay Redfield Jamison

Abréviations et acronymes

AMM : Autorisation de mise sur le marché

AP : Action prolongée

AVP : Accident de la voie publique

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CMP : Centre médicopsychologique

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

ECT : Electro-convulsivo-thérapie

ESPT : Etat de stress post-traumatique

HAS : Haute Autorité de Santé

HDT : Hospitalisation à la demande d'un tiers

HBP : Hypertrophie bénigne de la prostate

HL : Hospitalisation libre

HO : Hospitalisation d'office

ILS : Infraction à la législation sur les stupéfiants

IRS : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine

ISRS : Inhibiteur sélectif de la Recapture de la Sérotonine

ITT : Incapacité temporaire totale

MMSE : Mini Mental State Examination

SDRE : Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat

SMPR : Service médico-psychologique régional

SPDT : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers

TC : Traumatisme crânien

TCC : Thérapies cognitivo-comportementales

TDAH : Trouble déficit de l'attention/hyperactivité

TDM : Tomodensitométrie

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UMD : Unité pour malades difficiles

WFSBP : The World Federation of Societies of Biological Psychiatry

Plan général

Introduction

Première partie : Positionnement de la problématique

Deuxième partie : Etude clinique

Troisième partie : Discussion des aspects cliniques et thérapeutiques

Quatrième partie : Discussion des aspects médico-légaux

Cinquième partie : Implications pratiques et propositions de prise en charge

Conclusion

Bibliographie

Résumé

Table des matières

1. INTRODUCTION	12
2. PREMIERE PARTIE : POSITIONNEMENT DE LA PROBLEMATIQUE	14
2.1. GENERALITES SUR LE TROUBLE BIPOLAIRE	14
2.2. PHYSIOPATHOLOGIE DU TROUBLE BIPOLAIRE	15
2.3. L'ETAT MANIAQUE.....	17
2.3.1 PERSPECTIVE MODERNE	17
2.3.1.1. Définition de la manie et critères DSM actuels.....	17
2.3.1.2. Echelles d'évaluation de la manie	18
2.3.1.3. Traitement médicamenteux de l'état maniaque	19
2.3.2. PERSPECTIVE CLINIQUE CLASSIQUE DE L'ETAT MANIAQUE	19
2.3.2.1. Historique du concept de manie	20
2.3.2.2. Etat maniaque typique	21
2.3.2.3. Approche phénoménologique de la manie	22
2.3.3. RISQUES MEDICO-LEGAUX AU COURS DE L'ETAT MANIAQUE	25
2.4. DANGEROUSITE PSYCHIATRIQUE	26
2.4.1. DEFINITION DU CONCEPT DE DANGEROUSITE PSYCHIATRIQUE	26
2.4.2. FACTEURS DE RISQUE DE DANGEROUSITE CHEZ PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX.....	27
2.4.2.1. Facteurs de risque généraux de violence dans les troubles psychiatriques	27
2.4.2.2. La violence dans le trouble bipolaire	29
2.4.2.3. Evaluation du risque de violence en psychiatrie	30
2.5. L'AGRESSION SEXUELLE.....	32
2.5.1. L'AGRESSION SEXUELLE : UNE DEFINITION PENALE	32
2.5.2. APPROCHE CLINIQUE DES AUTEURS DE VIOLENCE SEXUELLE	32
2.5.2.1. Naissance d'un intérêt pour la violence sexuelle par les cliniciens.....	32
2.5.2.2. La violence sexuelle au sein des classifications psychiatriques actuelles	33
2.5.2.3. Clinique des auteurs de violence sexuelle	34
2.5.2.3.1 Polymorphisme clinique des auteurs de violence sexuelle.....	34
2.5.2.3.2. Perversion	35
2.5.2.3.3. Perversité	36
2.5.2.3.4. Passage à l'acte et recours à l'acte.....	37
2.5.2.3.5. Traits communs présents dans la perversion et la perversité, relation perverse.....	38
2.5.2.3.6. Caractéristiques des auteurs de violence sexuelle avant, pendant et après le passage à l'acte	39
2.6. REVUE DE LA LITTERATURE : ETAT DES LIEUX CONCERNANT LA VIOLENCE CHEZ LE PATIENT BIPOLAIRE	43
2.6.1. METHODE	43
2.6.2. DONNEES ACTUELLES	44
2.6.2.1. Généralités	44
2.6.2.2. Prévalence de la violence dans le trouble bipolaire.....	45
2.6.2.2.1. Etudes épidémiologiques en population générale	45
2.6.2.2.2. Etudes de cohortes de naissance	46

2.6.2.2.3. Etudes en population clinique.....	46
2.6.2.2.4. Etudes en population pénitentiaire	47
2.6.2.3. Comorbidités favorisant la survenue de comportements violents dans le trouble bipolaire 48	
2.6.2.3.1. Comorbidités addictives.....	48
2.6.2.3.2. Comorbidité avec le TDAH	49
2.6.2.3.3. Comorbidité avec les troubles de la personnalité.....	50
2.6.3. SYNTHÈSE DES DONNÉES	50

3. DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE CLINIQUE 54

3.1. Méthodologie.....	54
3.2. Résultats.....	58
3.2.1. CAS DE JEAN	58
3.2.2. CAS D'ALAIN	71
3.2.3. CAS DE MARC	87
3.2.4. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS (TABLEAU RÉCAPITULATIF)	97

4. TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION DES ASPECTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES102

4.1. Discussion pour chaque cas	102
4.1.1. JEAN	102
4.1.2. ALAIN	105
4.1.3. MARC	111
4.2. Aspects intersubjectifs, positionnement des patients vis-à-vis des faits dans l'après-coup	115
4.2.1. ASPECTS INTERSUBJECTIFS DANS LA RELATION THÉRAPEUTIQUE.....	115
4.2.2. SOUVENIR ET POSITIONNEMENT DES PATIENTS VIS-A-VIS DES FAITS ET DE LA VICTIME.....	118
4.2.2.1. Souvenir des faits	118
4.2.2.2. Culpabilité	119
4.2.2.4. Honte.....	120
4.2.2.4. L'agression sexuelle et la relation d'objet chez le maniaque.....	120
4.3. Synthèse des résultats cliniques	121
4.4. Thérapeutique.....	124
4.4.1. TRAITEMENT DU TROUBLE BIPOLAIRE.....	124
4.4.2. TRAITEMENT DE LA VIOLENCE SEXUELLE	125
4.4.2.1. Recommandations concernant le traitement des auteurs de violence sexuelle.....	125
4.4.2.1.1. Mesures psychothérapeutiques	126
4.4.2.1.2. Mesures pharmacologiques.....	128
4.4.3 APPLICATION AUX PATIENTS BIPOLAIRES AUTEURS DE VIOL AU COURS D'UN ÉTAT MANIAQUE	130
4.5. Limites	132

5. QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION DES ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX134

5.1. La responsabilité pénale du malade mental	134
--	-----

5.1.1.	ORIGINE DE L'IRRESPONSABILISATION DES MALADES MENTAUX	134
5.1.2.	COMMENT SE DECIDE LA RESPONSABILITE PENALE D'UN MIS EN CAUSE ?	135
5.1.3.	LES CONSEQUENCES DE L'IRRESPONSABILISATION PENALE POUR LE MIS EN CAUSE.....	137
5.1.4.	LA RESPONSABILITE PENALE DU MALADE MENTAL AUJOURD'HUI.....	138
5.1.4.1.	Evolution de la loi concernant la responsabilité	138
5.1.4.2.	La présence de malades mentaux en prison malgré la loi : des explications variées	139
5.1.4.3.	La responsabilité de nos patients bipolaires	142
5.1.5.	Glissement vers une évaluation de la dangerosité plutôt que de la responsabilité	143
5.2.	Le patient bipolaire en prison	145
5.2.1.	Epidémiologie.....	145
5.2.2.	PARTICULARITES DU PATIENT BIPOLAIRE EN PRISON.....	145
5.2.3.	INCARCERATIONS RECIDIVANTES	147
5.2.4.	LE SOIN PSYCHIATRIQUE EN MILIEU CARCERAL	147
5.2.4.1.	Les dispositifs de soins psychiatriques en milieu carcéral	147
5.2.4.2.	Les limites actuelles du dispositif de soins psychiatriques aux détenus.....	149
5.2.4.3	Les particularités du soin au patient bipolaire incarcéré	150
5.3.	L'injonction de soin	153
5.3.1.	ORIGINE DES SOINS PENALEMENT ORDONNES	153
5.3.2.	NAISSANCE DE L'INJONCTION DE SOIN.....	155
5.3.3.	EXTENSION DU DISPOSITIF D'INJONCTION DE SOIN	155
5.3.4.	UN CHAMP NOUVEAU POUR LES PSYCHIATRES.....	156
5.3.5.	CONDAMNES ACTUELLEMENT CONCERNES PAR LA MESURE D'INJONCTION DE SOIN	157
5.3.6.	ROLES DU PSYCHIATRE DANS LE DISPOSITIF D'INJONCTION DE SOIN	158
5.3.7.	L'INJONCTION DE SOIN : UNE MESURE DE SOIN ?	159
5.3.8.	L'INJONCTION DE SOIN CHEZ LES BIPOLAIRES AUTEURS DE VIOL	162
5.3.8.1.	Diffusion d'un questionnaire aux médecins coordonnateurs.....	162
5.3.8.2.	Applicabilité et spécificité de l'injonction de soin pour les patients bipolaires auteurs de violences sexuelles	168
5.4.	Risque de récurrence	170
5.4.1.	DONNEES CONCERNANT LE RISQUE DE RECIDIVE CHEZ LES AGRESSEURS SEXUELS	170

6. CINQUIEME PARTIE : IMPLICATIONS PRATIQUES ET PROPOSITIONS DE PRISE EN CHARGE179

6.1.	Devant un auteur de viol, quand suspecter un accès maniaque au moment des faits ?	179
6.2.	Quels sont les facteurs de risque pour un patient bipolaire de commettre un viol au cours d'un état maniaque ?	180
6.3.	Devant un patient ayant commis un viol au cours d'un état maniaque, quelle évaluation clinique et paraclinique doit-on réaliser ?.....	180
6.4.	Devant un patient ayant commis un viol au cours d'un état maniaque, quels diagnostics différentiels doit-on éliminer ?	181
6.5.	Devant un patient ayant commis un viol au cours d'un état maniaque, quelles sont les principales comorbidités psychiatriques à rechercher et à traiter ?	182
6.6.	Devant un patient ayant commis un viol au cours d'un état maniaque, quelles échelles sont pertinentes pour l'évaluation du patient ?	182

6.7. Devant un patient ayant commis un viol au cours d'un état maniaque, quelles sont les spécificités du traitement médicamenteux ?	183
6.8. Devant un patient ayant commis un viol au cours d'un état maniaque, quels sont les risques à prendre en compte durant la période de détention ?	183
6.9. Devant un patient ayant commis un viol au cours d'un état maniaque, quels sont les risques de récurrence ?	184
6.10. Devant un patient ayant commis un viol au cours d'un état maniaque, quelles sont les spécificités de la prise en charge au cours de l'injonction de soin ?	184
7. CONCLUSION	186
8. BIBLIOGRAPHIE.....	189

1. INTRODUCTION

Le trouble bipolaire est un trouble psychiatrique fréquent bien connu des psychiatres. Bien que couramment sous-estimé, un lien complexe mais significatif entre ce trouble sévère de l'humeur et le risque de violence a été mis en évidence. Classiquement, dans le trouble bipolaire, les actes médico-légaux diffèrent selon le pôle de l'humeur. Dans la phase mélancolique, l'homicide altruiste ou l'homicide-suicide sont classiquement décrits (1). En phase maniaque, la prodigalité, les atteintes aux biens et les achats pathologiques sont généralement la règle. Des atteintes contre les personnes, et notamment des atteintes sexuelles, peuvent aussi se rencontrer. Les conditions du passage à l'acte sont multifactorielles, dépendant de nombreux paramètres contextuels, cliniques, structurels et historiques.

Au cours de notre internat, lors d'un semestre réalisé auprès d'une population pénale, nous avons rencontré un patient bipolaire détenu condamné pour avoir commis un viol, cet acte ayant eu lieu au cours d'un état maniaque. Nous avons en parallèle suivi une formation en criminologie et psychiatrie médico-légale nous permettant un angle d'approche particulier.

Ce viol commis par un patient bipolaire au cours d'un état maniaque appelle une double lecture, clinique et médico-légale, et a éveillé chez nous des questionnements qui ont fait naître ce travail de thèse. Nous avons donc réalisé une recherche bibliographique concernant la violence chez le patient bipolaire, et en particulier la violence sexuelle au cours de l'état maniaque. Puis avons recherché d'autres patients ayant commis un viol au cours d'un état maniaque, afin d'établir une analyse clinique et psychopathologique de ces sujets, et d'examiner les modalités thérapeutiques. Nous avons complété notre travail par un questionnaire auprès de psychiatres médecins coordonnateurs prenant en charge une population médico-légale afin d'étayer nos recherches.

Notre thèse se découpe en cinq parties. Dans la première partie, nous positionnons notre problématique à travers une revue de la littérature des données actuelles concernant le trouble bipolaire, sa dangerosité, et l'agression sexuelle. Notre deuxième partie expose

notre étude clinique qualitative. Ensuite, nous discutons des aspects cliniques recueillis chez les patients auteurs de viol au cours d'un état maniaque et des perspectives thérapeutiques. Puis nous discutons des aspects médico-légaux de cette problématique particulière, en incluant les résultats des questionnaires adressés aux médecins coordonnateurs. Enfin, dans une cinquième partie, nous proposons un récapitulatif de notre travail sous la forme d'un "guide pratique" destiné aux psychiatres susceptibles de rencontrer des patients bipolaires ayant commis un viol au cours d'un état maniaque.

2. PREMIERE PARTIE : POSITIONNEMENT DE LA PROBLEMATIQUE

2.1. Généralités sur le trouble bipolaire

Le trouble bipolaire est une pathologie psychiatrique fréquemment rencontrée dans la pratique clinique courante. Il s'agit d'un trouble de l'humeur endogène, touchant autant les hommes que les femmes, dont la prévalence en population générale est estimée entre 1 et 1.5% (2). Les sujets qui souffrent de cette pathologie traversent de façon épisodique des phases de fléchissement thymique (dépression) avec des phases d'expansion de l'humeur (manie ou hypomanie), entrecoupées d'intervalles libres plus ou moins longs. Entre deux épisodes, le patient est indemne de tout trouble, d'où le terme autrefois employé par Magnan de "folie intermittente". Le trouble bipolaire est entré dans les classifications nosographiques actuelles à partir du DSM-III (3).

En fonction de l'intensité des états maniaques et de l'évolution de la maladie, plusieurs catégories de troubles bipolaires sont distinguées. Le trouble bipolaire de type 1, anciennement nommé "psychose maniaco-dépressive", est le plus typique. De véritables épisodes maniaques ou mixtes (association de symptômes maniaques et dépressifs au cours du même épisode) caractérisent la maladie. Dans le trouble bipolaire de type 2, les phases d'excitation n'atteignent pas la même intensité, et sont caractérisées par des états hypomaniaques. Une troisième catégorie comprend les troubles bipolaires induits par les médicaments (corticoïdes, antidépresseurs...) ou un abus de toxiques, les troubles bipolaires secondaires à une affection médicale et les troubles cyclothymiques.

Le trouble bipolaire est une maladie chronique, sévère, classée par l'OMS parmi les dix pathologies les plus invalidantes(4). Un traitement des phases aiguës, mais aussi à long terme, est nécessaire (5).

2.2. Physiopathologie du trouble bipolaire

De nombreuses hypothèses issues de différents courants (génétiques, neurobiologiques, psycho-sociaux...) contribuent à expliquer le trouble bipolaire.

De nombreuses études ont apporté les preuves d'une contribution génétique dans la vulnérabilité aux troubles bipolaires. La part de la maladie expliquée par les gènes serait estimée entre 60 à 80%. De nombreux gènes ont été étudiés, leurs rôles et implications exacts sont difficiles à déterminer. Ce serait la combinaison de plusieurs gènes à effets variables, associée à l'influence de l'environnement, qui entraînerait l'expression de la maladie (6).

L'implication de facteurs de risque environnementaux est prouvée dans la survenue du trouble bipolaire. Parmi ces facteurs environnementaux, les stress pendant l'enfance et l'adolescence ont un poids important. L'abus émotionnel, l'abus physique et la négligence seraient des causes observées. Des perturbations précoces des interactions affectives pourraient favoriser un mode de relation fondé sur l'instabilité affective, prédisposant à des fluctuations thymiques à l'âge adulte. L'implication de facteurs neurodéveloppementaux est envisagée, devant l'argument que ces événements interviennent en pleine période de maturation cérébrale (7).

Le modèle neurodéveloppemental souligne l'existence d'atteintes précoces, dès le début du développement du système nerveux, entraînant la dysplasie de certains circuits neuronaux. L'entrée dans la maladie, plus tardive, serait liée à des anomalies entrant en interaction avec ces atteintes précoces (8).

Le trouble bipolaire a des taux d'association élevés avec certaines pathologies somatiques (troubles cardiovasculaires et pathologies auto-immunes). Des travaux montrent qu'il existe des anomalies du système immunitaire lors des décompensations aiguës. Plus largement, un déséquilibre immuno-inflammatoire chronique semble accompagner les différentes phases du trouble. De nombreux marqueurs inflammatoires sont suspectés et pourraient être en cause (9).

Les patients bipolaires auraient des cycles circadiens instables, supposant une plus grande vulnérabilité à des perturbations de la régulation des cycles veille-sommeil. Le système de régulation interne serait plus fragile, moins adaptable, ce qui pourrait précipiter la survenue des épisodes thymiques. Cette fragilité endogène pourrait reposer sur une vulnérabilité génétique (10).

Les études de neuro-imagerie du trouble bipolaire ont permis de proposer des modèles neurobiologiques fondés sur une connectivité anormale entre les régions préfrontales et sous-corticales. Cependant, les études ne permettent pas encore de déterminer si certaines anomalies sont de réels biomarqueurs de vulnérabilité de la maladie, ni si ils sont présents avant, après le début des troubles ou associés à l'évolution de la maladie (11).

Le modèle biochimique explique l'alternance entre les états d'excitation et les phases de dépression présents dans le trouble bipolaire en s'appuyant sur le fonctionnement des deux grands systèmes de neurotransmetteurs. Il existe normalement un équilibre entre les systèmes dopaminergiques et sérotoninergiques. Chez les bipolaires, ce système de régulation central serait altéré. L'état maniaque serait causé par un emballement dopaminergique et une inhibition sérotoninergique, et la dépression liée à une hypoactivité sérotoninergique. De nombreuses autres anomalies sont mises en cause, touchant divers neurotransmetteurs et les cascades moléculaires post-synaptiques (12).

Le stress chronique (difficultés financières récurrentes, maladie de longue durée...) et les événements de vie majeurs (décès d'un proche, licenciement...) font partie des facteurs de décompensation de la maladie bipolaire, bien qu'ils ne soient pas directement à l'origine de la pathologie. Cependant, les vulnérabilités génétiques et biologiques s'exprimant en interaction avec l'environnement, ces facteurs externes sont à prendre en considération (13).

Il est probable que chacun de ces modèles explique une partie du trouble, il est possible d'envisager une convergence entre des éléments biochimiques, anatomiques, génétiques. De nombreuses recherches restent à faire, et il serait intéressant de pouvoir imaginer un modèle intégratif.

2.3. L'état maniaque

2.3.1 Perspective moderne

2.3.1.1. Définition de la manie et critères DSM actuels

L'état maniaque est une période bien délimitée d'exaltation de l'humeur, apparaissant généralement de manière rapide. La thymie devient euphorique, expansive, avec souvent une agressivité et une hyperréactivité. La crise maniaque est une des causes majeures d'agitation. Le diagnostic de manie est clinique, après un examen physique et un bilan biologique et radiologique afin de s'être assuré de l'absence d'organicité.

Les critères actuellement retenus pour porter le diagnostic d'état maniaque sont, selon le DSM-5 (14) :

A. Un épisode maniaque est défini comme une période nettement délimitée d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable ou d'une augmentation de l'activité ou de l'énergie orientée vers un but. Cette période doit durer au moins une semaine, être présente tout le long de la journée presque tous les jours ou moins si une hospitalisation est nécessaire.

B. Au moins 3 des symptômes suivants doivent être présents à un degré significatif et constituent un changement notable du comportement habituel (4 symptômes si l'humeur est seulement irritable).

- Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
- Réduction du besoin de sommeil (se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil).
- Plus grande communicabilité que d'habitude ou le désir de parler constamment.
- Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
- Distractibilité (l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants).

- Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.
- Engagement excessif dans les activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
- Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un épisode mixte.

C. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales, ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir les conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui ou bien, s'il existe des caractéristiques psychotiques.

D. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (donnant lieu à un abus, médicament) ou d'une affection médicale généralisée (hyperthyroïdie...).

Les critères **A** à **D** constituent un épisode maniaque.

La présence d'au moins un épisode maniaque est nécessaire pour le diagnostic d'un épisode bipolaire de type I.

2.3.1.2. Echelles d'évaluation de la manie

La recherche actuelle a recours aux échelles de manie, qui utilisent divers critères symptomatiques cliniques. Les échelles validées sont la BMRS (*Beigel mania rating scale*), la YMRS (*Young mania rating scale*) qui est à la fois large et simple, la *Petterson mania scale*, etc. Les items ne se superposent pas et diffèrent selon les échelles.

2.3.1.3. Traitement médicamenteux de l'état maniaque

Les recommandations internationales actuelles conseillent d'instaurer un thymorégulateur dès le premier épisode maniaque, car 90% évoluent vers un trouble bipolaire (5). Les recommandations de la HAS, publiées en 2009 (15), et une synthèse des recommandations internationales (5), conseillent d'utiliser en première intention un thymorégulateur (Lithium, Valproate), ou un antipsychotique atypique (Olanzapine, Risperidone, Quétiapine, Aripiprazole) en monothérapie. Une bithérapie d'emblée par Lithium ou Valproate associé à un antipsychotique atypique peut être envisagée en fonction de la symptomatologie (en cas de manie sévère ou mixte). En seconde intention, la Carbamazépine, ou une association Lithium et Valproate, sont recommandées. En troisième ligne on peut utiliser de l'Halopéridol ou de la Chlorpromazine, une association Lithium ou Valproate et Halopéridol, ou une association Lithium et Carbamazépine ou Clozapine.

Le traitement de la manie doit répondre aux impératifs d'efficacité, tout en tenant compte de la nécessité de poursuivre le traitement à visée prophylactique avec un profil de tolérance optimal au long cours pour le patient.

2.3.2. Perspective clinique classique de l'état maniaque

"Il y a une souffrance, une jubilation, une solitude et une terreur propres à ce type de folie. Dans les envolées, c'est fantastique. Les idées et les émotions fusent à la vitesse des étoiles filantes. On les suit, on les lâche, on en trouve des meilleures qui brillent encore plus. La timidité s'en va, les mots et les gestes exacts vous viennent à point nommé. Le pouvoir de captiver les autres est une certitude intérieure. On trouve de l'intérêt aux gens inintéressants. La sensualité est omniprésente, comme est irrésistible le désir de séduire et d'être séduit. Une impression de facilité, d'intensité, de puissance, de bien être, d'opulence et d'euphorie vous gagne jusqu'à la moelle."

Kay Redfield Jamison

2.3.2.1. Historique du concept de manie

Dans l'antiquité, le terme de "manie" a servi en Grèce pour désigner la folie. Le maniaque correspond en effet le plus souvent à l'image que l'on se fait du "fou", de par les débordements parfois spectaculaires qu'il peut présenter. Au cours de l'histoire de la psychiatrie, la notion de manie s'est d'abord appliquée aux formes agitées et au "trouble général" des facultés, et elle est devenue un moment synonyme de délire général. Longtemps, de grands psychiatres ont employé ce terme aujourd'hui familier dans un sens plus vague et plus général que celui sur lequel nous nous accordons désormais.

La manie a été abondamment décrite au cours du dix-neuvième siècle, en particulier par Pinel et Esquirol, ce dernier s'approchant au plus près du sens du terme actuel de manie : "La manie est une affection cérébrale chronique, ordinairement sans fièvre, caractérisée par la perturbation et l'exaltation de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté". Le type clinique de manie que nous connaissons actuellement s'est dégagé progressivement à partir de 1850, au départ sous le nom de "manie simple", "franche", "primitive", "idiopathique", et qui a été intégré dans les psychoses circulaires, périodiques ou intermittentes par les psychiatres français (Falret, Baillarget, Magnan) ; ou par les auteurs allemands dans la psychose maniaco-dépressive (Griesinger, Kraepelin).

Dans sa célèbre étude psychiatrique numéro 21 de la manie parue en 1954, Henri Ey apporte une description d'une grande richesse clinique du tableau maniaque. Il introduit son étude ainsi : "le tableau clinique de la manie est tellement simple que c'est celui qu'on apprend le premier aux débutants", tout en précisant que ce tableau "est plus complexe qu'il n'y paraît" (16).

2.3.2.2. Etat maniaque typique

Mode d'installation

L'état maniaque apparaît classiquement de façon brutale, soudaine, parfois après une période de privation de sommeil ou un stress lié à un événement de vie. Il existe chez certains patients un "signal-symptôme" stéréotypé signant l'entrée dans la phase maniaque.

Analyse de la phase d'état

Le patient maniaque a une présentation souvent inadaptée, il apparaît avec une tenue excentrique, ou négligé voire incurique. La dénudation est également fréquente. Sur le plan psychomoteur, le patient présente une accélération globale de son fonctionnement. Il est agité, toujours en mouvement. A cause de son incapacité à fixer son attention, l'hyperactivité du maniaque est stérile. Les débordements sont fréquents du fait de l'instabilité.

Classiquement, l'humeur maniaque est euphorique et expansive. Il existe le plus souvent une grande labilité émotionnelle : le patient peut passer d'un état d'extrême jovialité à un état d'agressivité en quelques instants. Cette labilité excessive est illustrée dans l'œuvre de l'écrivain Gérard de Nerval, où il décrit une scène déroulée au cours d'un de ses états maniaques : "Je me pris de querelle avec un facteur [...]. Je voulais l'empêcher d'entrer dans un cabaret. Par une singularité que je ne m'explique pas, voyant que je le menaçais de mort, son visage se couvrit de larmes. Je me senti attendri, et je le laissai passer" (17).

Le contact est familier, hyper-syntone. Le maniaque ressent généralement un sentiment de toute puissance et de bien-être. Le caractère pathologique de cette exaltation de l'humeur est identifiable par son inadaptation au contexte, sa persistance, et par la notion de rupture avec l'état antérieur (18). Henri Ey décrit chez le maniaque deux types de présentations : "personnage grossier mais bon enfant" ou "individu furieux et irascible" (16). Dans la première catégorie, les tendances érotiques, ordurières ou obscènes sont fréquentes, accompagnées d'une familiarité exubérante chez un sujet volubile et jovial. Le malade

hargneux, lui, est de contact hostile, menaçant, pouvant volontiers présenter des crises clastiques.

Sur le plan psychique, l'accélération de la pensée se manifeste par une logorrhée, une fuite des idées, des coqs à l'âne. Le discours est souvent ludique. Le patient ressent un défilement rapide et incessant d'idées.

Les signes physiques sont quasiment constants dans la manie. Ils se caractérisent par une insomnie sans fatigue, des troubles alimentaires. Sans traitement de la phase maniaque, les retentissements somatiques peuvent être dramatiques, liés à un épuisement de l'organisme.

Le caractère psychotique ou non de la manie est depuis longtemps discuté. Déjà, Henry Ey disait que l'on peut trouver "même dans les manies les plus simples et les plus pures... déjà un délire naissant... une certaine distorsion de la réalité et des pensées..." et des "constructions délirantes fugaces et floues" (16). La moitié des patients en phase maniaque présente des symptômes délirants, associés ou non à des hallucinations (19).

Le principal motif de recours au soin chez ces patients est souvent lié à des troubles du comportement qui altèrent leur fonctionnement dans la sphère sociale, familiale et professionnelle. C'est généralement un tiers, proche ou famille, qui vient confronter le patient à sa situation et le contraint à accéder aux soins (20). Le coup d'arrêt est souvent brutal, dans certains cas marqué par une interpellation par les forces de l'ordre pour divers troubles du comportement ou même des infractions.

2.3.2.3. Approche phénoménologique de la manie

Après avoir décrit la clinique de l'état maniaque, nous allons tenter, grâce aux travaux de Ludwig Binswanger principalement, de comprendre dans quel monde le maniaque vit, quel est son rapport au temps, à lui même et à l'autre.

Le maniaque et son rapport au monde

Le maniaque vit dans un monde bien à part, son vécu constitue une expérience originale, en dehors de la réalité de ce que nous connaissons. Il vit dans un monde "de bondissements et de jaillissements, de sauts et de tourbillons" (21). C'est un monde affranchi : affranchi de la pesanteur, des limites spatio-temporelles, du carcan de la pensée logique et rationnelle.

Ce monde est le monde même de "l'optimisme", où tout est facile, tout va de soi, et "le vraisemblable et le réel se confondent dans le mieux". Dans ce mode d'existence qui permet au sujet de tout prendre du bon côté, le maniaque fait l'expérience d'une fusion entre la réalité extérieure et le monde intérieur. Il vit ainsi une véritable "danse" avec le réel, au cours de laquelle les possibilités et les perspectives sont sans limites. Il y a toujours assez d'espace et de temps pour parvenir à ses fins.

La pensée, elle, subit une "compression elliptique". Elle est rapide, discontinue et accumule le désordre de nombreuses idées. Le carcan de la logique est aboli. La pensée est "sans ombres, claire, légère, infinie et inépuisable".

Le maniaque et son rapport au temps

La manie obéit à une accélération. Le vécu du maniaque est caractérisé par la précipitation et la soudaineté. Il n'y a pas de passé ni de futur, mais un présent toujours renouvelé, instantané. L'existence est purement actuelle et momentanée. La pensée saute les termes intermédiaires, ce qui engendre cette volubilité fluide, sans ordre. Cette discontinuité constitue la structure typique de la manie.

Chez le maniaque, le passé hypermnésique envahit le présent qui n'a jamais le temps de s'élaborer. Le présent a à peine le temps de s'installer que l'avenir se façonne déjà en projets insensés. Ce glissement sautillant du temps anime l'incontinence verbale, écrite et gestuelle. Le sujet perd la ligne de son existence propre. Le temps est volatile, il déborde, s'inscrit dans une discontinuité sans fin. Les différents moments de l'ego ne se regroupent pas dans un maintenant ancré dans la temporalisation, expliquant les défaillances dans la continuité de la biographie interne (22).

Minkowski, quant à lui, évoque un rétrécissement du temps : "Le rétrécissement particulier

que subit, chez le maniaque, le contact vital avec la réalité, rétrécissement qui, sans toutefois l'anéantir, rend ce contact singulièrement superficiel, en fait le jouet du "maintenant", toujours variable, changeant d'un instant à l'autre" (23) .

Le maniaque et son rapport à soi-même

L'expérience de la constitution de l'ego est défaillante chez le maniaque, car la constitution temporelle est défaillante. Ce qui vaut pour l'échec de la continuité de la pensée dans la manie, donc pour la fuite des idées, à savoir qu'elle repose sur une altération de l'expérience temporelle, est également valable pour la constitution habituelle de l'ego. Chez le maniaque, le sentiment de continuité biographique est en retrait derrière les présentations actuelles ou momentanées. Comme il manque une prise de position conséquente envers soi-même, il manque aussi au maniaque la prise de position conséquente envers l'autre. Le défaut de signification de l'alter ego naît dans le défaut de l'interprétation de son propre ego.

Le maniaque et son rapport à l'autre

Le maniaque se détourne de soi-même et se tourne vers l'autre. Mais le rapport à l'autre dans la manie est profondément bouleversé. L'autre n'est pas l'alter ego, qui suppose une communication et une appréhension authentiques (l'appréhension peut être définie comme l'image de l'autre non présent). L'autre devient simplement un parmi beaucoup d'autres. L'alter ego devient un étranger, et même une chose étrangère, une simple chose prise, utilisée, consommée, poussée. La réification peut se montrer sous la forme de l'interchangeabilité, la capacité à la substitution, ou sous la forme de la chose utilitaire, consommable. "Même la haine effrénée et les menaces furieuses de vengeance que les maniaques irascibles profèrent contre ceux qui les internent ou les retiennent à l'hôpital, n'est pas la haine envers quelqu'un ou le plaisir de vengeance à l'égard d'un alter ego mais, conformément à la perte de l'expérience constitutive de l'ego, c'est seulement encore la furie contre un obstacle, contre quelque chose de résistant placé sur leur chemin" (22).

2.3.3. Risques médico-légaux au cours de l'état maniaque

Comme nous l'avons abordé au cours de la description clinique classique, la symptomatologie maniaque se caractérise entre autres par une désinhibition, une excitation psychomotrice, une irritabilité, une expansivité, pouvant mener le patient à des débordements et des excès à l'origine de comportements désadaptés. Les barrières sociales sont levées, la morale disparaît. Le franchissement des interdits sociaux peut entraîner des conséquences médico-légales graves. La toute-puissance peut pousser le maniaque à défier la loi, la transgresser, et il se heurtera à celui qui tentera de l'en empêcher, l'autre étant alors vécu comme un simple obstacle. La familiarité, ludique ou agressive, pousse le maniaque à rechercher les contacts sociaux, que ce soit avec des proches ou des inconnus. Cette hyper sociabilité, potentiellement associée à une hypersexualité, entraîne alors des conduites problématiques. Goodwin et Jamison (19) rapportent des troubles de la sexualité au cours de l'état maniaque dans 57 % des cas (nudité, exhibitionnisme, hypersexualité). Le sentiment de toute puissance se retrouvant dans tous les domaines, le maniaque peut ressentir une puissance sexuelle et une augmentation de son pouvoir de séduction, à l'origine de sollicitations sexuelles déplacées, répétées, avec un caractère d'urgence associé à l'acte sexuel. Une telle désinhibition peut donc favoriser les actes médico-légaux de nature sexuelle. La dangerosité de certains patients maniaques existe bel et bien. Il s'agit cependant généralement de violence désorganisée et non préméditée. Les conduites agressives sont impulsives, liées à la labilité thymique et au contexte.

Dans les pages suivantes, nous allons aborder de manière plus précise le risque de violence chez le patient en psychiatrie en général, puis chez le patient bipolaire et maniaque en particulier.

2.4. Dangerosité psychiatrique

2.4.1. Définition du concept de dangerosité psychiatrique

Le concept de dangerosité est complexe et reflète des préoccupations sécuritaires sociétales croissantes. Il n'existe pas de définition consensuelle de la dangerosité, dont il existe plusieurs formes, mais la définition de Bénézech est intéressante : "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" (24).

La dangerosité est classiquement subdivisée :

- D'une part, il y a la **dangerosité criminologique** (1): c'est un phénomène psycho-social caractérisé par des indices révélateurs de la très grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens. La dangerosité criminologique est l'évaluation probabiliste du risque de récidive d'un sujet ayant déjà commis un premier passage à l'acte, chez une personne ne présentant le plus souvent pas de trouble mental, mais plutôt un trouble de la personnalité. Elle repose sur des facteurs étiologiques généraux.
- Et d'autre part il y a la **dangerosité psychiatrique** (1): elle est définie comme une manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie. Elle est caractérisée par la présence au moment des faits d'une maladie mentale. Elle repose sur des facteurs étiologiques mentaux.

Cette distinction est critiquée par certains auteurs niant toute dangerosité psychiatrique, au motif que le taux de manifestations de dangerosité liée à un trouble psychiatrique est minime au regard de l'ensemble de la population souffrant de trouble mental, taux encore plus faible rapporté à l'ensemble de la population, et estiment que la violence attribuée au trouble mentale est une forme de stigmatisation (1). Cependant, cette distinction permet de rappeler que les personnes souffrant de troubles mentaux présentent tout de même une augmentation du risque de violence, bien qu'ils soient rarement auteurs des actes criminels

les plus graves. A contrario, les personnes atteintes de troubles mentaux sont deux à trois fois plus souvent victimes de violences que la population générale (25). Le lien entre schizophrénie et violence est clairement établi, mais celui entre trouble de l'humeur et violence est plus controversé et complexe à saisir (1).

2.4.2. Facteurs de risque de dangerosité chez patients atteints de troubles mentaux

2.4.2.1. Facteurs de risque généraux de violence dans les troubles psychiatriques

Certains paramètres peuvent faire craindre un passage à l'acte dangereux chez un malade mental. Des facteurs de risque peuvent être extraits de la littérature, abondante à ce sujet, permettant d'établir des profils symptomatiques susceptibles de favoriser l'apparition de violence.

Les facteurs de risque de violence chez les individus souffrant de pathologie mentale peuvent être regroupés en plusieurs catégories : individuels et historiques, cliniques, liés aux soins, et contextuels (26).

Les facteurs de risque individuels

Parmi les facteurs de risque individuels apparaissent les facteurs sociodémographiques. Un âge jeune (27), un faible niveau socio-économique ainsi qu'un faible niveau d'études augmentent le risque de violence (28).

En population psychiatrique, le genre n'est pas à considérer comme un facteur de risque, car bien que dans la population générale les hommes soient plus violents que les femmes, cette différence s'amenuise en cas de pathologie mentale sévère. En effet, la maladie mentale augmente de façon plus importante le risque de violence chez la femme par rapport à l'homme (29). Cependant, la violence des femmes a tendance à être moins sévère en termes de lésions infligées que celle des hommes.

Ensuite, les facteurs de risque liés aux antécédents individuels sont à considérer. Ils sont immuables. La perturbation de l'environnement familial (29), les antécédents de victimisation ou d'abus sexuels dans l'enfance (30), les antécédents personnels de violence et les antécédents de trouble des conduites lors de l'enfance ou de l'adolescence sont également à repérer (27).

Les facteurs de risque cliniques

- Trouble de la personnalité : L'association d'une pathologie mentale sévère à un trouble de la personnalité antisociale augmente significativement le risque de violence. L'absence d'empathie, l'égoïsme, l'impulsivité caractéristique de ce trouble de la personnalité favorise le passage à l'acte violent, qui survient fréquemment lors d'une frustration mal tolérée (28).
- Troubles d'abus de substance ou d'alcool : L'ensemble des études s'accorde sur le fait que la consommation de substances psycho-actives augmente le risque de violences dans la population générale, mais plus encore chez les patients malades mentaux (31).
- Troubles neuropsychologiques : Chez les patients présentant des atteintes neurologiques, en particulier frontales, on constate une élévation du risque de violence, ainsi que la répétition de ces comportements. Les atteintes frontales dans les psychoses déficitaires entraîneraient une diminution des capacités de contrôle pulsionnel et de gestion de la colère (32).

Facteurs liés aux soins

- Déni des troubles : Les comportements violents et criminels sont significativement liés à un manque d'insight et à l'hostilité envers les soignants. Le manque d'insight est associé à une faible reconnaissance des conséquences de la maladie (33).
- Observance thérapeutique : Les traitements médicamenteux permettent une stabilité de l'état psychique. L'observance joue donc un rôle central dans la diminution du risque de violence, une rupture thérapeutique augmentant le risque de violence. L'établissement d'un bon lien thérapeutique est nécessaire afin de permettre une observance de la part du patient. Les études ont prouvé que la période de 20 semaines suivant une hospitalisation est particulièrement à risque d'apparition de violences. La

mise en place d'un suivi rapproché (hebdomadaire) pendant cette période critique diminue ce risque (34). La capacité du patient à demander de l'aide aux soignants peut être un facteur de protection, étant un bon marqueur d'insight et d'alliance thérapeutique.

Facteurs de risque contextuels

Les facteurs liés à l'environnement sont essentiels à prendre en compte dans l'évaluation de la dangerosité. Tout facteur de stress est un potentiel facteur de violence. Le praticien doit s'attacher à questionner le patient sur ses conditions sociales, son cadre de vie, ses relations affectives (26).

2.4.2.2. La violence dans le trouble bipolaire

Il a été mis en évidence un lien significatif entre trouble sévère de l'humeur et risque de violence. L'épisode dépressif majeur et le trouble bipolaire de type 1 sont les troubles de l'humeur le plus à risque de violence (1). La littérature concernant le lien spécifique entre violence et trouble bipolaire est beaucoup moins abondante que pour la schizophrénie. Classiquement, dans le trouble bipolaire, les actes médico-légaux diffèrent selon le pôle de l'humeur. L'homicide ainsi que l'homicide-suicide se rencontrent dans l'épisode dépressif (35) (36), tandis que l'épisode maniaque est plutôt à l'origine d'infractions contre les biens. Le taux de criminalité est plus élevé chez les patients bipolaire, avec un taux de récurrence plus important que dans la population générale (37). Les crimes graves sont généralement rares, et associés à un abus de substances. En outre, les conditions du passage à l'acte sont multifactorielles (31).

Des travaux ont permis de dégager des traits cliniques, présents au cours de l'état maniaque, associés à la survenue de comportement violents :

Impulsivité, hostilité :

Chez le patient bipolaire, l'impulsivité (se traduisant par une incapacité à différer un acte source de plaisir), est un trait fréquent, qui se majore particulièrement lors de l'état maniaque. En effet, quel que soit l'état thymique, les scores d'impulsivité sont significativement plus élevés chez les patients bipolaires (38). De plus, en phase maniaque ou mixte, ces patients présentent une plus forte impulsivité que les sujets témoins et les patients bipolaires en phase euthymique (39). L'impulsivité contribue également à favoriser la consommation de toxiques, qui favorisent à leur tour le risque de passage à l'acte violent (40). Selon certains auteurs, le risque de violence serait d'ailleurs plus associé aux abus de toxiques qu'à l'épisode maniaque lui-même. L'hostilité, signe de colère et d'opposition, est un symptôme de la manie fréquent, corrélé au risque de violence (41).

Symptômes psychotiques :

Les symptômes mégalomaniaques, les idées de grandeur, ou les idées délirantes de persécution semblent être des facteurs de risque de dangerosité. L'existence d'un persécuteur désigné augmenterait ce risque de violence.

Symptômes liés à la désorganisation :

D'autres symptômes comme la désorganisation de la pensée ou du comportement, l'irritabilité, le trouble du jugement sont également pressentis pour être des facteurs de risque de violence. Cependant, si l'état maniaque s'accompagne d'une désorganisation, la planification d'un crime est en général impossible. Le risque de comportement violent se traduirait plus par un acte impulsif, réactionnel à un contexte donné.

2.4.2.3. Evaluation du risque de violence en psychiatrie

L'évaluation du risque de violence chez le patient en psychiatrie doit donc comprendre l'étude de multiples facteurs. Il faut rechercher des antécédents de comportement violents agis ou subits, évaluer l'intensité des symptômes psychiatriques, rechercher un trouble de la personnalité associé. La consommation d'alcool et autres toxiques doit être

systématiquement questionnée, ayant une action désinhibitrice. Les capacités d'élaboration, d'insight et l'adhésion aux soins sont de bons facteurs de protection.

Certains facteurs de risque de violence sont "statiques", c'est à dire qu'ils sont difficilement ou non modifiables (comme l'âge, le sexe, la structure de la personnalité) et d'autres sont "dynamiques", c'est à dire qu'ils peuvent être sujets à des changements (comme l'abus d'alcool, les symptômes cliniques). Les mesures thérapeutiques doivent se concentrer sur les facteurs dynamiques.

Des outils d'évaluation du risque de violence ont été développés depuis plusieurs années. Dans la pratique clinique quotidienne en France, ils sont pour le moment peu utilisés par les psychiatres. Les instruments de mesure tiennent compte des corrélations établies entre certains facteurs de risque et la violence. Il existe deux grands types d'outils : les échelles actuarielles (statiques), et les outils de jugement clinique structuré. L'échelle de psychopathie de Hare, la Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R), évalue la dimension psychopathique d'un individu, en population légale ou médico-légale, corrélée au risque de récidive violente (42). Les instruments les plus récents incluent la notion de facteurs de protection, comme le Short-Term Assessment Risk and Treatability (START). Les échelles les plus utilisées aujourd'hui sont celles fondées sur un jugement clinique structuré, telle que l'échelle Historical, Clinical Risk (HCR)-20. Les échelles doivent être choisies en fonction de la population étudiée, le type d'organisation du milieu d'évaluation, etc (43).

Après avoir cerné, à travers la description des particularités cliniques de l'état maniaque d'une part, et à travers l'évocation des facteurs de risques mis en évidence dans la littérature d'autre part, quels étaient les risques de comportement violent chez le patient bipolaire en état maniaque, nous allons développer dans la partie suivante la problématique de l'agression sexuelle.

2.5. L'agression Sexuelle

2.5.1. L'agression sexuelle : une définition pénale

L'agression sexuelle et le viol ne sont pas des concepts cliniques appartenant au champ de la médecine ou de la psychiatrie, mais sont définis par le code pénal.

L'article 222-22 du code pénal stipule : "Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise". L'article 222-23 précise : "Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol" (44).

2.5.2. Approche clinique des auteurs de violence sexuelle

2.5.2.1. Naissance d'un intérêt pour la violence sexuelle par les cliniciens

La violence sexuelle a longtemps été vue comme un mal inexorable. Puis, dans les années 1980, la prise en compte du discours des victimes a amené une augmentation du nombre de plaintes auprès de la justice, et des condamnations pour ce type d'infractions. C'est donc d'abord dans les prisons qu'est né un intérêt pour une clinique des auteurs de violence sexuelle (45).

Longtemps, la délinquance sexuelle a été synonyme de "perversion". Pourtant ce type d'agir violent, bien que suscitant l'incompréhension et l'indignation, n'est pas le seul fait des "pervers" (46). Ces conduites, bien que perverses dans les faits, peuvent survenir de manière isolée chez un sujet ayant habituellement un fonctionnement mental autre (névrotique ou psychotique). Elle peuvent aussi survenir chez un sujet mal structuré, au fonctionnement

rudimentaire, où les éléments pervers sont mal organisés (47) (48). Il existe néanmoins des sujets chez qui ces processus sont prévalents, il est nécessaire de distinguer ces différentes modalités de fonctionnement.

2.5.2.2. La violence sexuelle au sein des classifications psychiatriques actuelles

La perversion n'est plus utilisée dans les classifications psychiatriques actuelles. Afin d'éviter le jugement moral qui est associé à ce terme, on lui préfère le terme de "paraphilie". La paraphilie signifie "à côté" et "aimer", faisant référence à une déviation par rapport au comportement sexuel considéré comme la norme dans un contexte sociétal donné. Le DSM 5 donne de la paraphilie la définition suivante :

"Les caractéristiques essentielles d'une paraphilie sont des fantasmes imaginatives sexuellement excitantes, des impulsions sexuelles ou des comportements survenant de façon répétés et intenses, et impliquant (i) des objets inanimés, (ii) la souffrance ou l'humiliation de soi-même ou du partenaire, (iii) des enfants ou d'autres personnes non consentantes, et qui s'étendent sur une période d'au moins six mois (Critère A). Chez certaines personnes, des fantasmes imaginatives (fantasmes) ou des stimuli paraphiliques sont obligatoires pour déclencher une excitation sexuelle et font toujours partie de l'acte sexuel. Chez d'autres, les préférences paraphiliques n'apparaissent qu'épisodiquement (par exemple au cours de période de stress), alors qu'à d'autres moments la personne est capable d'avoir un fonctionnement sexuel sans faire appel à des fantasmes imaginatives ou à des stimuli paraphiliques. Les comportements, impulsions sexuelles, ou fantasmes imaginatives sont à l'origine d'un désarroi cliniquement significatif ou d'une altération d'un fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (Critère B)."(14)

Les paraphilies peuvent donc aller d'un comportement sexuel proche de la normale, à des comportements violents ou humiliants. Les paraphilies ne sont heureusement pas toutes illégales et à l'origine de comportements sexuels délictueux ou criminels. Certains de ces

comportements en revanche, impliquant les enfants ou une personne non consentante, entraînent des infractions sexuelles et tombent alors sous le coup de la justice.

La notion de paraphilie tend à effacer la connotation péjorative associée au terme "perversion" et permet de souligner l'existence d'une souffrance sous-jacente à ces comportements sexuels. Néanmoins, cette notion étant purement descriptive, on ne peut faire l'économie d'un recours à la théorie pour comprendre la psychopathologie des auteurs de violence sexuelle. La théorie psychanalytique en offre un éclairage intéressant, grâce notamment aux travaux de Claude Balier. Psychiatre en SMPR, il a élaboré, à partir d'une base psychanalytique et d'observations cliniques, une théorie éclairant la clinique des auteurs de comportements sexuels délictueux.

2.5.2.3. Clinique des auteurs de violence sexuelle

2.5.2.3.1 Polymorphisme clinique des auteurs de violence sexuelle

L'agir sexuel violent n'est pas lié à un trouble de la personnalité ou un trouble psychiatrique défini. La plupart des auteurs d'infractions à caractère sexuel ne sont en général pas des malades mentaux, ou alors présentent des pathologies peu spécifiques, hétérogènes. On retrouve souvent de manière aspécifique des traits d'immaturité, des éléments passés ou présents dépressifs (chez 61 à 81% des sujets) ou anxieux (31 à 64%), des troubles de l'adaptation et du contrôle (49).

Lorsqu'un trouble de la personnalité caractérisé est retrouvé, ce sont le plus souvent des troubles de la personnalité psychopathique ou antisociale, ainsi que schizoïde ou narcissique qui sont décrits. Un abus d'alcool ou de toxiques est souvent présent (50 à 83% des cas). Parmi les auteurs de violence sexuelle, les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique avéré sont peu représentés (environ 4%) (48).

Il est très délicat d'isoler des groupes cliniques caractéristiques ou de distinguer des types de personnalité selon les types d'actes commis. Proulx et al. ont examiné le lien entre trouble de la personnalité et mode opératoire chez des agresseurs sexuels extrafamiliaux de femmes adultes, et ont proposé un modèle comprenant 3 profils d'agresseurs. Le premier correspond à "l'agresseur sadique", qui présente un trouble de la personnalité type dépendante, évitante ou schizoïde. Le second profil, "l'agresseur colérique", est le fait des personnalités état-limite. "L'agresseur opportuniste" constitue le troisième profil, constitué de personnalités narcissiques, paranoïdes et dépendantes (50).

Au total, de multiples profils peuvent se rencontrer parmi les auteurs de violence sexuelle. Ils peuvent être névrosés, psychotiques ou pervers, les comportements pervers n'étant pas l'apanage des pervers. On parle plutôt de "champ pervers", l'infiltration perverse pouvant aller de quelques traits pervers chez un sujet névrotique ou état limite à une organisation perverse de la personnalité. L'infraction sexuelle peut surgir au sein de la perversité ou de la perversion, qu'il convient de différencier (47).

2.5.2.3.2. Perversion

La perversion sexuelle est définie par une "déviation par rapport à l'acte sexuel normal (...). On dit qu'il y a perversion quand l'orgasme est obtenu avec d'autres objets sexuels (...) ou par d'autres zones corporelles (...) ou quand l'orgasme est subordonné de façon impérieuse à des conditions extrinsèques" (51). Ces sujets pratiquent pour la majorité une sexualité perverse sans violence ou sans victime non consentante.

Les perversions sexuelles sont liées à une anomalie du développement psychosexuel normal. Il existe deux hypothèses expliquant cette altération du développement :

- Les interactions précoces avec les figures parentales se sont, pour une raison quelconque, interrompues de manière prématurée et brutale. Cette séparation, traumatisante, provoque chez l'enfant une agressivité et un désir de tuer la figure d'attachement pour reprendre la maîtrise de son autonomie. Le sujet reste alors

accroché à des fixations prégénitales, avec notamment un blocage de la relation sujet/objet au stade du double.

- La période de latence s'est arrêtée prématurément, à cause de stimulations sexuelles excessives par l'entourage.

Le clivage survient à un stade où le Moi est relativement évolué, le sujet fait des vas et viens entre un sentiment de triomphe vis à vis des blessures narcissiques et une position dépressive profonde. Dans la perversion, le traumatisme infantile non résolu reste dans la vie psychique du sujet. L'acte pervers permet une réparation momentanée du traumatisme, permettant de maîtriser l'angoisse en déshumanisant l'autre, en lui infligeant ce que le sujet a lui-même subi. Le partenaire est à la fois idéalisé et réduit au statut d'instrument auto-érotique, afin de parvenir au plaisir sexuel à travers un scénario ludique non génital (52). "Toutefois, le besoin de mettre en acte répétitivement un même scénario sexuel prégénital révèle qu'il s'agit là aussi, à travers mais en-deçà de la jouissance, de la nécessité compulsive de conforter par là une représentation de soi vacillante, dévaluée ou même en péril de désorganisation" (47)

Certains pervers sexuels peuvent aller jusqu'au passage à l'acte délictueux ou criminel. Chez eux, la femme est vue comme dangereuse et castratrice, et à l'inverse les enfants sont idéalisés et investis comme objets d'amour. "Ce que le pervers sexuel pédophile cherche à dénier, c'est l'insupportable désinvestissement de ses propres parents pour l'enfant qu'il a été en affirmant, à l'inverse, la haute valeur érotique des enfants pour un adulte" (47). Le pervers a rarement recours à la violence, faisant plutôt usage de la séduction pour parvenir à ses fins. On parle ici de "passage à l'acte".

2.5.2.3.3. Perversité

Le pervers narcissique a subi des carences affectives et narcissiques majeures dès le début de sa vie, et s'est construit avec une Imago maternelle envahissante et menaçante, à côté d'une Imago paternelle passive et inexistante. Dans la perversité, le clivage est extrêmement précoce, radical. Le sujet a des angoisses terribles de néantisation, non représentables

psychiquement. Ces angoisses ne lui permettent pas de développer une relation à l'autre satisfaisante, l'autre étant vécu comme systématiquement menaçant, dans une angoisse de confusion sujet/objet dans la relation.

Dans la perversité, le narcissisme primaire occupe une place prédominante. Ces sujets ont une organisation défensive fondée sur le déni, l'expulsion et la projection immédiate sur autrui de toute blessure susceptible d'altérer une représentation de soi invulnérable et sans faille (53). Ce mécanisme est indépendant de toute anomalie du comportement sexuel et peut s'exercer dans le champ purement relationnel, sous la forme d'une disqualification insidieuse destructrice de la pensée d'autrui. Le pervers cherche une "ivresse narcissique" nourrie de la déroute et du rabaissement de l'autre.

Ici, le sujet peut attaquer physiquement l'autre en utilisant la sexualité. Le recours à l'acte violent n'a pas pour but de rechercher un quelconque plaisir sexuel, "on est ici bien en-deçà du plaisir sexuel et a fortiori de la relation à l'autre. Il s'agit au contraire de la recherche de l'anéantissement de l'autre au profit de l'assomption narcissique du Moi" (47) La sexualité est au service de ce narcissisme défailant, visant à préserver une représentation de soi fondée sur la destructivité (physique et psychique).

Pour Balier, c'est cette forme de perversité redoutable qui intervient dans les processus conduisant aux comportements sexuels violents, et au viol en particulier. C'est également cette forme de perversité qui semble être à l'œuvre chez les tueurs en série (54).

2.5.2.3.4. Passage à l'acte et recours à l'acte

L'origine, les modes d'expression et l'intensité des comportements pervers diffèrent donc selon les individus. "Ces troubles du comportement sexuel correspondent moins à des troubles de la sexualité qu'à des solutions défensives vis-à-vis d'angoisses majeures concernant le sentiment identitaire" (45). Les comportements délictueux ou criminels sexuels sont possibles dans la perversion et la perversité, afin de préserver le narcissisme, mais n'ont pas les mêmes processus psychiques.

Le passage à l'acte dans la perversion permet de se défendre contre un effondrement dépressif lors d'un vacillement de la représentation identitaire en cas d'échec relationnel. La libido est intensément mobilisée au moment du passage à l'acte. Les traumatismes infantiles sont reversés dans le scénario érotique. L'acte est contingent, dans un fonctionnement le plus souvent limite, immature, parfois névrotique.

Dans la perversité, le recours à l'acte sexuel violent et le clivage du moi sont des moyens de défense contre l'entrée dans la psychose. Les menaces d'effondrement psychotiques surgissent lors d'angoisses terribles dans la relation, rappelant la menace précoce de disparition de soi-même. L'attaque de l'autre a pour but la destructivité, afin d'échapper à la menace d'anéantissement. L'acte, prévalent, est le mode d'expression privilégié vis-à-vis des angoisses. Le traumatisme originel est extrêmement précoce, dissocié de la vie psychique, le clivage est radical.

2.5.2.3.5. Traits communs présents dans la perversion et la perversité, relation perverse

Plusieurs traits communs se retrouvent dans la perversion et la perversité, présents à des degrés divers chez les individus, signant l'organisation perverse en dehors du passage ou du recours à l'acte.

Défaillances narcissiques

Des troubles du narcissisme sont toujours présents, de manière plus ou moins grave. Ils sont liés à l'absence d'Imagos parentales suffisamment bonnes dans le monde psychique interne, dont la construction a été entravée par diverses situations traumatiques. Ils se traduisent par une fragilité du sentiment de continuité identitaire ou une menace d'effondrement dépressif.

Clivage

Les mécanismes de clivage du moi et de déni permettent au pervers de vivre à deux niveaux contradictoires, s'ignorant mutuellement. Dans un niveau le sujet mène une vie adaptée à l'environnement, tenant compte de la réalité et acceptant les frustrations inhérentes à l'existence. L'autre niveau dénie la signification dans le réel de ce qui provoque l'angoisse, remplacée par une production du désir. Ces deux facettes coexistent en parallèle chez le sujet, qui fait sans cesse un va et vient entre déni et reconnaissance.

Relation d'emprise

Le fonctionnement pervers implique le besoin de contrôler l'autre, ce qui se traduit par le développement de la relation d'emprise. La relation d'emprise vise à maintenir l'autre à une distance non dangereuse en détruisant sa capacité à penser, à exister. La subjectivité, l'altérité de l'autre sont déniées dans des proportions plus ou moins importantes (55). La victime de l'emprise du pervers est renvoyée à la condition d'objet, au sens du fétichisme, afin de pouvoir être narcissiquement et érotiquement utilisable. En face d'un sujet pervers, l'interlocuteur ressent un malaise, a du mal à identifier ce qui l'envahit face à un discours en apparence cohérent. Parfois, la fascination ou la banalisation des actes s'insinue chez l'interlocuteur.

Le pervers "vampirise" l'autre (56). Les stratégies de séduction, d'embrouille, d'emprise et de domination qu'il emploie sont redoutables. Il met en place l'isolement de la victime, crée du clivage entre les individus, fait peser le secret. Il utilise l'injonction paradoxale, mettant l'autre dans l'impossibilité de se positionner. L'inversion est la signature du pervers, consistant au renversement de la culpabilité sur la victime ou des facteurs externes.

2.5.2.3.6. Caractéristiques des auteurs de violence sexuelle avant, pendant et après le passage à l'acte

Événements de vie, fonctionnement psychique et social avant l'agression

Les auteurs d'agression sexuelle ont fréquemment été soumis à une séduction précoce dans leur environnement. Leur vie sexuelle a donc souvent commencé de manière passive. Un

tiers d'entre eux a été lui-même victime d'agression sexuelle durant l'enfance, l'existence de maltraitance physique d'autre nature est aussi couramment rapportée. Lorsque ils ont été victimes de violences dans l'enfance, les faits n'ont en général pas été reconnus par leur entourage malgré la dénonciation (57).

Ils présentent très tôt des perturbations du sommeil avec des cauchemars, reflétant un profond sentiment d'insécurité. L'activité onirique est mal organisée, les rêves sont pauvres dans leur forme et leur contenu, témoignant d'un fonctionnement préconscient peu développé avec de nombreuses traces traumatiques. Les angoisses présentes sont majoritairement de type narcissique et d'adaptation. N'ayant pas de capacité dépressive fonctionnelle, ils sont dépendants d'un environnement dont ils se défendent mal et auquel ils cherchent à s'adapter. Ils sont en général l'objet d'angoisses majeures et de phobies primaires, en relation avec les perturbations infantiles précoces.

Les auteurs de comportement sexuel violent ont généralement une insertion sociale apparente satisfaisante, malgré un niveau scolaire faible. Ils sont autonomes, ont un mode de vie stable. Ils ont une bonne capacité à reproduire les modèles d'adaptation sociale, sans en avoir intériorisé psychiquement le modèle. Ils témoignent plutôt d'une bonne capacité de modelage plutôt que d'une réelle capacité d'intégration (45).

Avant l'infraction de nature sexuelle, 1/3 des auteurs de violence sexuelle ont présenté des comportements délictueux d'autre nature. Cela s'explique par l'insuffisance de défenses mentales qui les pousse à recourir au comportement pour tenter d'évacuer ou de colmater des états psychiques pénibles, et pour tenter de restaurer magiquement un Moi idéal. Les comportements sexuels transgressifs sont apparus à l'adolescence dans la moitié des cas.

Le sujet, son acte, sa victime

Souvent, le sujet a pensé à l'infraction avant de la commettre, qui survient comme une stratégie de défense face à l'impossible maîtrise de la montée de l'excitation. Le passage à l'acte a souvent lieu à une période particulière de la vie, telle qu'une rupture, un deuil, montrant la difficulté pour le sujet à traiter la perte objectale et ses défaillances de capacité dépressive.

La victime est souvent connue de l'agresseur. Chez la plupart des sujets, le passage à l'acte est impulsif, dans un climat d'effacement du processus de représentation psychique, avec une abolition momentanée des limites subjectives. Face à une impossibilité du psychisme à résoudre des conflits internes chez un individu marqué par de profondes carences élaboratives et des défauts d'accès au symbolique, le passage à l'acte vient jouer le rôle d'apaisement du psychisme. Il survient comme lutte contre l'effondrement dépressif ou psychotique. Au moment du passage à l'acte, la victime perd sa subjectivité, sa qualité d'être humain. Elle est assimilable à un objet, dans son sens ustensilaire. L'acte délictueux procure un sentiment immédiat d'apaisement.

Positionnement de l'agresseur dans l'après coup

- **Reconnaissance des faits :**

Les agresseurs ne font généralement pas le lien entre l'acte commis et la condamnation, et ne perçoivent pas les potentielles conséquences de l'agression pour la victime. Moins d'un agresseur sexuel sur deux reconnaît entièrement les faits reprochés, ces sujets sont conscients de l'infraction et de leur propre dysfonctionnement. Mais dans la majorité des cas, la reconnaissance n'est que partielle, avec une importante réticence. 14% des auteurs sont dans une négation complète de l'infraction.

Lorsqu'il y a une reconnaissance partielle des faits, il y a fréquemment des tentatives de justification. La victime est considérée comme "séductrice" ou "consentante" (57). Ils attribuent des causes extérieures à la commission de l'infraction, ou nient la contrainte exercée sur la victime. Ils se sentent eux-mêmes victime des événements, tentant de retourner la culpabilité sur la victime.

- **Culpabilité :**

La culpabilité est une émotion sociale, éprouvée lorsqu'on transgresse une norme morale (58). L'inversion de la culpabilité sur la victime signe l'absence de construction d'un espace psychique bien différencié et limité, avec l'émergence de confusion dedans-dehors lors d'une charge excitatrice trop importante. Même lorsque le sujet reconnaît être l'auteur des faits, on est en général encore loin d'un vrai travail de reconnaissance et d'appropriation

psychique, avec accès à la culpabilité et à la honte. Ces deux aspects sont d'ailleurs fréquemment confondus par l'auteur. La culpabilité appartient au registre de la relation d'objet. L'absence de culpabilité chez les auteurs de violence sexuelle est liée à leur défaut de structuration interne : ils ne comprennent pas le symbolique et n'ont pas intériorisé la loi. Ils ne peuvent donc pas percevoir la dimension délictueuse de l'acte, accéder à un conflit psychique et à une culpabilité.

- **Honte :**

La honte est une émotion plus archaïque que la culpabilité. C'est un sentiment appartenant au registre narcissique (58). Chez les auteurs de violence sexuelle, c'est plutôt le sentiment de honte qui est exprimé après l'acte. Cela témoigne de la crainte des conséquences de l'infraction, et de la honte d'avoir perdu le contrôle de soi-même. La honte provoque une rupture avec l'environnement et avec soi-même, elle renvoie chez l'auteur la blessure narcissique de perte de la maîtrise. Cela suggère que les auteurs de violence sexuelle ont une modalité de souffrance particulière. C'est surtout le retentissement social et familial qui est source de douleur morale, au moins dans un premier temps

- **Empathie et théorie de l'esprit :**

L'empathie est la capacité de comprendre et de se représenter les émotions, les sentiments et plus globalement les états mentaux d'autrui, en adoptant le point de vue de l'autre, tout en restant soi-même (59). Elle passe par la capacité à accéder à la vie mentale d'autrui, à capter ses états émotionnels.

Les neurosciences ont étudié l'empathie sous la forme de la "théorie de l'esprit", notion apparue en 1978. Ce terme désigne les processus cognitifs qui permettent la compréhension de nos propres états mentaux (croyances, désirs, intention), et ceux d'autrui, avec l'idée de pouvoir prédire les comportements de l'autre. Lorsque le développement est harmonieux, cette capacité cognitive est effective vers l'âge de 4 ans.

Cette capacité fait le plus souvent défaut, à divers degré, chez les auteurs de comportement sexuel violent (60). Certains sujets sont incapables d'attribuer des émotions adéquates à autrui, témoignant de l'absence d'empathie. Certains accèdent à une compréhension partielle des états mentaux d'autrui, l'autre est considéré avec une subjectivité incertaine et

non affirmée. Une petite partie des auteurs de violence sexuelle ont tout de même une théorie de l'esprit construite et aboutie. Le niveau de conscience émotionnelle de soi et la faculté d'empathie sont des capacités déterminantes dans la conscience que le sujet a de son acte (absente, partielle ou totale).

Comme nous l'avons vu, les malades mentaux avérés ne représentent que 4% de l'ensemble des auteurs d'agression sexuelle. Le passage à l'acte chez le malade mental est-il de même nature que chez les auteurs de violence sexuelle ayant des aménagements pervers ? L'agression sexuelle est-elle liée à un agir pervers, le malade pouvant également avoir des traits pervers, ou est-elle directement liée à la maladie mentale ? L'agression pourrait-elle en quelque sorte être "symptomatique" ?

Au cours de l'état maniaque, le débordement pulsionnel, l'hypersexualité, font partie des symptômes classiquement présents, en parallèle la représentation de l'altérité est bouleversée. Quels types de comportements violents peuvent alors survenir ? L'agression sexuelle a-t-elle une place particulière ? Quelle est la fréquence de tels actes ?

2.6. Revue de la littérature : état des lieux concernant la violence chez le patient bipolaire

2.6.1. Méthode

Afin de répondre à nos interrogations, nous avons effectué une recherche manuelle sur les bases de données Pubmed, ScienceDirect et Em-consulte, en langue anglaise et française. Nous avons combiné les termes de recherche suivants :

- Trouble bipolaire, trouble affectif, manie, état maniaque, crime, viol, agression sexuelle, prison

- Bipolar disorder, affective disorder, mania, manic state, crime, rape, sexual offense, jail

Nous avons sélectionné les études nous paraissant les plus pertinentes, incluant des échantillons contemporains (publiées après 1980). Nous avons constaté que la survenue de comportements violents chez le sujet bipolaire est encore peu étudiée, malgré l'émergence de publications récentes. Nous avons également constaté que les comportements violents étaient rarement analysés spécifiquement en fonction de la polarité du trouble (épisode dépressif ou état maniaque). Nous avons aussi remarqué que certains grands ouvrages de référence, notamment le célèbre "Manic-Depressive Illness" de Goodwin et Jamison, ne traitent pas spécifiquement de la question de la relation entre violence et trouble bipolaire. Nous avons cependant tenté de rassembler des données à la fois épidémiologiques et cliniques, permettant d'éclairer la question de la violence dans le trouble bipolaire, et en particulier de la violence au cours de l'épisode maniaque.

2.6.2 Données actuelles

2.6.2.1. Généralités

La question de la dangerosité des personnes présentant des troubles psychiatriques est depuis longtemps soulevée, et a fait l'objet de plusieurs études ces dernières décennies. En France d'ailleurs, à la demande du Ministère de la Santé, la HAS a organisé une audition publique sur l'évaluation de la dangerosité psychiatrique, parue en 2011 (1). Les estimations générales rapportent entre 3 et 5 % de violence attribuable aux troubles psychiatriques. Même si la majorité des actes violents n'est pas due aux malades mentaux, les études ont montré une association significative entre troubles mentaux graves et comportement criminel ou violent (61). Un nombre important de recherches concerne la violence dans la schizophrénie. Par contre, les études concernant spécifiquement le lien entre violence et trouble bipolaire sont encore peu nombreuses. Pourtant, les sujets bipolaires sont à haut risque de comorbidités addictives, augmentant encore le risque de violence.

2.6.2.2. Prévalence de la violence dans le trouble bipolaire

2.6.2.2.1. Etudes épidémiologiques en population générale

Une importante étude reprenant des données recueillies sur de grands échantillons (10 000 personnes) représentatifs de la population générale sur 3 sites, montre une prévalence de la violence 5 fois plus élevée chez les patients souffrant d'une pathologie de l'axe 1 du DSM-III (62). La violence chez les patients souffrant de dépression majeure, de manie ou de trouble bipolaire est estimée à 10 à 12 %, alors qu'elle ne concerne que 2% des sujets indemnes de trouble psychiatrique. La prévalence des troubles affectifs apparaît 3 fois plus importante parmi les patients violents. Cependant, le rôle de la comorbidité est essentiel dans la survenue de comportements violents chez ces patients. Les analyses établissent que la maladie mentale sévère seule ne prédit pas de façon significative le risque de violence ultérieure. En effet, alors que 3.4% des patients souffrant d'un trouble de l'humeur avait présenté un acte violent au cours de l'année écoulée, ce chiffre passe à 29.2 % en cas d'abus de substance associé.

Sur une cohorte représentative de 34 653 personnes issue de l'étude NESARC (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*), les personnes souffrant d'une maladie mentale grave présentent plus d'antécédents de violence rapportés. Cependant, cette association est pondérée par d'autres facteurs. La violence apparaît plutôt associée à des facteurs historiques (violence antérieure, détention juvénile, antécédents d'abus physiques par les parents, violence ou arrestation parentale), cliniques (comorbidités avec abus ou addiction à des substances, perception de menaces cachées), prédisposants (jeune âge, sexe masculin, faibles revenus), et contextuels (séparation ou divorce récent, absence d'emploi, victimisation) (27). Ces facteurs de risque sont également plus fréquents chez les sujets souffrant d'un trouble mental grave. La maladie mentale grave est donc clairement en rapport avec le risque de violence, mais son rôle causal est complexe, indirect, et s'inscrit dans une constellation d'autres facteurs individuels et situationnels sûrement plus importants.

Une autre importante recherche portant sur une cohorte représentative de la population générale de 5865 sujets, montre une prévalence plus élevée de violence en cas de dépression majeure (7%), dysthymie (9%) ou trouble bipolaire (16%). Le rôle de la comorbidité avec un abus de substance est également souligné dans ces travaux (63).

2.6.2.2.2. Etudes de cohortes de naissance

De nombreuses études de cohortes de naissance ont été menées ces dernières années dans les pays Scandinaves. Les antécédents de criminalités ont été recueillis sur une cohorte de 324 401 sujets. Cette étude montre que 27% de sujets souffrant d'un trouble bipolaire a déjà été arrêté pour infraction criminelle, contre 13% dans la population indemne de trouble (64).

Une autre cohorte sensiblement équivalente en termes de nombre de patients met en évidence un lien significatif entre maladie mentale grave et infraction criminelle. 5.2% des hommes souffrant d'une psychose affective ont été arrêtés au moins une fois pour infraction violente, contre 2.7% des hommes indemnes du trouble (65). Néanmoins, les patients porteurs d'une psychose affective sans comorbidité addictive ou de trouble de la personnalité ne présentent pas de sur-risque de violence par rapport à la population indemne d'antécédent psychiatrique majeur.

Chez 961 jeunes adultes suivis, l'épisode maniaque est significativement associé à la violence (OR=4.9), mais ce sur-risque disparaît après contrôle des comorbidités (66).

2.6.2.2.3. Etudes en population clinique

Une méta-analyse étudiant le risque de violence chez le sujet bipolaire conclue à un risque de violence chez près de 10% des patients bipolaires, contre 3% dans la population générale (40).

Dans les études portant sur des patients hospitalisés ou suivis, les auteurs s'accordent à dire que les patients en état maniaque sont plus fréquemment responsables d'infractions que la

population générale. Une équipe a recensé les infractions commises par des patients bipolaires sur une durée de 5 ans après une d'hospitalisation. Il ressort que les comportements criminels étaient plus élevés parmi les patients hospitalisés pour état maniaque. 16 % des patients maniaques avaient commis une infraction après leur sortie. Ces infractions sont le plus souvent mineures. Parmi les divers délits, les agressions contre les biens étaient les plus fréquentes. Cependant un nombre significatif d'infractions agressives ou violentes est recensé (42%), à type d'agression physique le plus souvent (chez 5,6% des patients, représentant 20% de l'ensemble des infractions). De rares cas de crimes graves ont également été rapportés (homicide 1.1%, viol 2.2%)(31).

Une équipe a analysé l'intensité de l'état maniaque, et a montré une corrélation entre l'augmentation du comportement criminel et le syndrome d'hostilité (suspicion, dysphorie, irritabilité, agressivité, manque de conscience de la maladie, absence d'insight et de coopération) (41). Cette symptomatologie peut constituer une grille de lecture clinique intéressante pour le psychiatre et pour l'expert.

2.6.2.2.4. Etudes en population pénitentiaire

Parmi les personnes détenues, une méta-analyse rapporte des troubles psychotiques et des troubles de l'humeur plus fréquents que dans la population générale (respectivement 3.7 % de psychoses et 10 % de dépressions majeures) (67). La prévalence du trouble bipolaire de type 1 est estimée à 6 fois plus élevé en prison que dans la population générale (68). Ces sujets sont des hommes plutôt jeunes, présentant un usage comorbide de substances et des hospitalisations plus fréquentes et plus courtes par rapport à un groupe témoin de patients bipolaires de type 1 non incarcérés.

En France, une importante recherche menée par la direction générale de la santé et le ministère de la justice confirme le taux élevé de troubles psychiatriques parmi les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires. Le taux de bipolarité est estimé à 3,1%, et le taux d'épisode maniaque ou hypomaniaque à 3.6% (69) .

Concernant plus précisément un lien entre trouble de l'humeur et violence sexuelle, des

travaux récents montrent une prévalence élevée de troubles thymiques sur la vie entière chez les auteurs d'agression sexuelle. Les troubles dépressifs et dysthymiques sont décrits comme courants. Ces travaux, réalisés sur des hommes condamnés pour infraction sexuelle, retrouvent une prévalence élevée de troubles bipolaires, aux alentours de 35% (70)(71). Récemment, une étude française menée en Maison d'arrêt a mis en évidence que, parmi les auteurs d'agression sexuelle, 20 % avait présenté des épisodes de manie ou d'hypomanie (72).

2.6.2.3. Comorbidités favorisant la survenue de comportements violents dans le trouble bipolaire

Dans plus de la moitié des cas, la maladie bipolaire est associée à une autre pathologie. C'est le trouble psychiatrique le plus exposé aux conduites addictives (abus d'alcool et de substances). Certains troubles de la personnalité sont aussi fréquemment associés.

2.6.2.3.1. Comorbidités addictives

La prévalence vie entière d'un abus d'alcool ou d'une alcoolo-dépendance serait 3 à 4 fois supérieure chez les sujets bipolaires par rapport à la population générale (73). Une vaste étude menée à partir de 43 000 patients prouve la fragilité des bipolaires face aux addictions. Parmi les patients bipolaires, 40 % présentent une addiction et 17% un abus de substance (74). Les substances les plus consommées sont l'alcool, le cannabis, les amphétamines et la cocaïne. Même en prenant en compte les facteurs confondants, la comorbidité addictive reste très importante. Elle est plus importante chez les sujets bipolaires de type 1 et, malgré sa fréquence élevée, est souvent sous-diagnostiquée. Or, les patients bipolaires et addicts présentent des symptômes de la maladie généralement plus sévères. Ils ont plus tendance à rechercher de la nouveauté, être agressifs, impulsifs. L'âge de début des troubles est souvent plus précoce, ils présentent plus d'épisodes maniaques. L'observance thérapeutique est de

moins bonne qualité, et il existe davantage de passages à l'acte. De plus, on observe une moins bonne réponse au traitement thymorégulateur (notamment au lithium) en présence d'une comorbidité addictive (75). Les raisons de cette fréquente association entre trouble bipolaire et addiction (surtout à l'alcool) sont mal connues. Plusieurs hypothèses ont été proposées, comme l'automédication par l'alcool, la présence de facteurs biologiques communs aux deux troubles, ou encore l'induction du trouble bipolaire par la consommation de toxiques (76). Il est donc essentiel de repérer les addictions chez un patient bipolaire, encore plus si il est de type 1, et à l'inverse de rechercher un trouble bipolaire chez un patient présentant un trouble addictif.

Il a été largement démontré que l'alcool favorise la survenue de tout type de violence, et la gravité des violences (77). En particulier, l'alcool et les substances psycho-actives sont un facteur d'augmentation du risque de violence chez les sujets atteints de troubles psychiatriques graves. Les mécanismes invoqués sont une désinhibition, une impulsivité, la perte de contrôle. On admettra donc facilement que l'association entre accès maniaque et ivresse aigüe puisse potentialiser le risque de commettre un acte médico-légal.

2.6.2.3.2. Comorbidité avec le TDAH

La prévalence à l'âge adulte du TDAH (Trouble de Déficit de l'Attention avec Hyperactivité) en population générale est estimée à 4.4% (78). L'association à un TDAH chez le sujet bipolaire est élevée, et estimée à 20 % des cas (79). Chez l'adulte souffrant de TDAH, les difficultés d'attention soutenue, les oublis fréquents et l'instabilité motrice dans la vie quotidienne sont les symptômes dominants. Les symptômes affectifs (irritabilité, labilité émotionnelle, basse estime de soi, anxiété sociale et de performance) sont également particulièrement fréquents. La distinction entre les deux troubles est parfois délicate, car il existe des dimensions cliniques communes (hyperactivité motrice, distractibilité, impulsivité, recherche de nouveauté). Cependant, l'évolution des symptômes peut permettre une distinction : le trouble bipolaire évoluant de manière cyclique, et le TDAH de manière chronique.

En comparaison avec un groupe de patients bipolaires témoins, lorsqu'il existe une comorbidité TDAH et trouble bipolaire, le trouble bipolaire est plus précoce et plus sévère

(80). Il y a plus d'épisodes thymiques caractérisés, une fréquence plus élevée de conduites suicidaires, de comportements violents et de comorbidités (troubles addictifs notamment), ainsi qu'un moins bon fonctionnement global du patient.

Parmi la population carcérale, la prévalence du TDAH est significativement plus fréquente que dans la population générale, évaluée à 21.3% des hommes adultes (81). Le TDAH est associé à de forts taux de comorbidités psychiatriques (82). Le risque d'avoir un trouble de l'humeur associé est ainsi multiplié par 5. Les détenus présentant un TDAH sont également plus à risque, du fait de leur inattention et de leur impulsivité, de commettre une infraction disciplinaire durant l'incarcération.

2.6.2.3.3. Comorbidité avec les troubles de la personnalité

Les interactions entre trouble bipolaire et troubles de la personnalité sont fréquentes et complexes. Selon une méta-analyse, 12 à 89 % des patients bipolaires aurait un trouble de la personnalité associé (83). Les personnalités comorbides les plus fréquemment retrouvées sont celles du cluster B du DSM-IV : antisociale, borderline, histrionique et narcissique. Les personnalités antisociales et borderline sont en particulier à risque de favoriser les conduites agressives, en raison des traits d'impulsivité et d'irritabilité présents. Ce sont des personnalités dont le tableau est dominé par le passage à l'acte et l'impulsivité. Un lien significatif est établi entre le score à l'échelle de psychopathie de Hare (PCL-R) et la violence chez des patients hospitalisés ou dans la communauté (42). L'association entre une personnalité psychopathique et un trouble mental sévère majore le risque de violence (64) .

2.6.3. Synthèse des données

Il existe bel et bien un risque augmenté d'infraction violente chez le patient bipolaire, en particulier en état maniaque. Cependant, l'ensemble des études pondère les résultats en précisant que le risque de violence associé au trouble affectif en lui-même apparaît minime en comparaison avec des sujets contrôles en l'absence d'usage de substance comorbide. Le

risque de comportement violent chez le bipolaire sans abus de substance associé serait multiplié par 2, et multiplié par 10 avec abus de substance associé. Les relations entre le trouble bipolaire, comorbidités addictives et criminalité sont complexes.

Le trouble bipolaire est probablement sous-diagnostiqué parmi les délinquants. Il serait 6 fois plus important en prison que dans la population générale. En effet, le diagnostic différentiel d'avec un trouble de la personnalité (type état-limite ou psychopathique) peut être délicat en raison de caractéristiques communes (instabilité, impulsivité, recherche de sensations, fluctuations de l'humeur, abus de substances), et de leur fort taux d'association. Il paraît également important de souligner la forte comorbidité du trouble bipolaire avec le TDAH. La symptomatologie est alors plus sévère, et les comportements violents sont plus fréquents.

Nous avons récapitulé dans un tableau ci-après les facteurs de risque de violence chez le patient bipolaire retrouvés dans la littérature.

Tableau récapitulatif des facteurs de risque de dangerosité psychiatriques généraux et spécifiques au trouble bipolaire

Facteurs de risque généraux de violence	Individuels	Age jeune, faible niveau socio-économique, faible niveau d'études
	Historiques	Antécédent de victimisation ou de violence, perturbation de l'environnement familial, trouble des conduites dans l'enfance ou l'adolescence
	Cliniques	Trouble de la personnalité antisociale
		Trouble d'abus de substance ou d'alcool
		Atteintes neurologiques frontales
	Liés aux soins	Déni des troubles, mauvaise observance thérapeutique
	Contextuels	Tout facteur de stress externe
Facteurs de risque spécifiques de violence liés au trouble bipolaire	Type de trouble	Trouble bipolaire de type 1
	Polarité à risque	Etat maniaque, épisode dépressif majeur, état mixte
	Signes cliniques à risque au cours de l'épisode maniaque	Impulsivité, hostilité, symptômes psychotiques, désorganisation de la pensée ou du comportement
	Comorbidités associées augmentant le risque	Comorbidités addictives (alcool, substances psycho-actives)
		TDAH
		Troubles de la personnalité (antisociale, état-limite)

Dans l'accès maniaque, les actes antisociaux sont relativement fréquents et concerneraient 16% des patients, mais ils sont plutôt représentés par des infractions mineures variées. L'exaltation semble rarement associée à la criminalité grave. Les agressions contre les personnes, qui concerneraient 5,6% des patients maniaques, consistent le plus souvent en des menaces ou violences physiques envers autrui, lorsque le patient est contrarié dans ses projets ou ses actions. Le sentiment de toute puissance peut conduire à un affrontement des forces de l'ordre. Les agressions sexuelles sont davantage des conduites de harcèlement, exhibitionnisme, gestes impudiques que des viols. Dans l'état maniaque, le patient agit généralement sans réfléchir aux conséquences potentielles de ses actes, car l'impulsivité domine le tableau. L'excitation et la désorganisation rendent en général impossible la préméditation de l'acte. Des consommations de toxiques associées peuvent aggraver encore cette dimension impulsive. Les crimes graves sont rares (homicide, viol).

Les études épidémiologiques sont parfois contradictoires. D'une part, on considère que les malades mentaux avérés représentent une faible part de l'ensemble des auteurs d'infraction sexuelle (environ 4%), qui présenteraient plutôt des troubles de la personnalité. D'autre part, dans certaines études ciblant les auteurs d'agression sexuelle incarcérés, un taux élevé de diagnostic vie entière de bipolarité est retrouvé (35%). Comment expliquer ces écarts ? Sont-ils fonction de la nature de l'infraction sexuelle ? Le trouble bipolaire est-il non dépisté en post-infraction immédiate (lors de l'expertise) ? De quel type de bipolarité s'agit-il ? L'accès thymique a-t-il un lien avec le passage à l'acte ?

Nous avons constaté qu'il n'y avait pas d'étude spécifique sur la violence sexuelle au cours de l'état maniaque. Classiquement, lors de l'état maniaque, ce sont plutôt des délits mineurs, des violences contre les biens ou des agressions physiques qui sont décrits. Pourtant, étant donné les caractéristiques cliniques de l'état maniaque, la décharge pulsionnelle, la désinhibition, l'hypersexualité, l'effondrement du sens moral, nous nous interrogeons sur le risque et les caractéristiques du viol au cours d'un état maniaque. Nous avons donc choisi d'étudier spécifiquement le viol au cours de l'état maniaque, afin de tenter de comprendre les modalités du passage à l'acte et de dégager des caractéristiques cliniques chez ces patients.

3. DEUXIEME PARTIE : ETUDE CLINIQUE

3.1. Méthodologie

Notre sujet d'étude nous a été en grande partie inspiré par la rencontre avec Alain, patient bipolaire de type 1, que nous avons pris en charge au SMPR lors de notre internat, au cours de consultations de suivi psychiatrique. Alain était incarcéré pour avoir commis un viol au cours d'un état maniaque. Cet acte, au carrefour de la psychiatrie médico-légale et de la clinique psychiatrique classique, commis par un patient qui a éveillé chez nous un intérêt particulier, nous a vivement interrogés. Nous avons choisi de rechercher au sein du SMPR d'autres patients incarcérés, bipolaires de type 1, ayant commis un viol au cours d'un état maniaque, et de mener une étude clinique.

Les critères d'inclusion de nos patients étaient : homme, bipolaire de type 1, pris en charge au SMPR via la file-active de consultation, incarcéré pour viol sur majeur ou mineur, le viol ayant eu lieu au cours d'une décompensation sur un mode maniaque. La période d'inclusion s'est étendue sur un an (mai 2015 à mai 2016).

Les critères de non inclusion étaient : mineur, majeur protégé ou sous tutelle, détenu non condamné.

L'objectif principal était de dégager les caractéristiques cliniques spécifiques de l'état maniaque dans lequel a été commis le viol. L'objectif secondaire était de repérer des facteurs de risque de viol chez le sujet bipolaire.

Sur notre période d'inclusion de un an, 2117 patients étaient dénombrés dans la file-active du SMPR. Sur l'ensemble de ces patients, seuls 3 correspondaient à nos critères de recherche et ont été inclus. Les données ont été recueillies au cours d'entretiens psychiatriques, lors d'entretiens libres dans un premier temps puis avec passation d'échelles cliniques dans un second temps. Les données ont été complétées avec le dossier médical ainsi qu'avec certaines expertises psychiatriques que nous avons pu nous procurer.

Les entretiens avaient pour but de développer une analyse clinique et psychopathologique du patient, d'examiner les modalités thérapeutiques. Il s'agit d'une étude qualitative, observationnelle monocentrique rétrospective.

Les démarches réglementaires ont été réalisées avec l'aide de la Direction de la Recherche du CHU de Nantes. Le consentement oral du patient à l'utilisation de ses données individuelles et cliniques a été recueilli. Les données ont été anonymisées. Toute donnée pouvant faire reconnaître le patient a été transformée (métier, composition familiale...) tout en respectant certaines particularités individuelles pouvant avoir un intérêt clinique pour notre recherche. Le protocole a été soumis au GNEDS.

Nous souhaitons ici préciser le cadre de la rencontre avec nos patients, afin que le lecteur puisse en avoir une représentation générale.

Après avoir recruté nos patients, nous les avons reçus au SMPR, au sein du centre de détention, au cours d'entretiens psychiatriques. Le lieu des entretiens changeait régulièrement, car nous n'avions pas de bureau attribué. Certains bureaux étaient sombres et austères, d'autre personnalisés et plus accueillants. Le SMPR est un environnement sonore. Les voix, les bruits de pas, de portes et de clés résonnent. Les horaires des entretiens avec les patients sont soumis aux aléas de la vie pénitentiaire et des exigences de sécurité. Un surveillant pénitentiaire est posté à l'entrée du SMPR, gérant et contrôlant les allées et venues des patients. Le patient doit porter sur lui son carton de rendez-vous, qui fait office de laissez-passer pour pouvoir se déplacer au sein de la prison jusqu'à l'unité de soin.

Au début de la prise en charge, le rythme des entretiens était fixé à un rendez-vous tous les 10 à 15 jours environ. Puis, l'élaboration de notre sujet avançant, nous avons informé les patients de l'intérêt que nous leur portions, et leur avons demandé s'ils acceptaient de nous confier leur histoire dans le cadre d'un travail de thèse. Les patients se sont livrés avec sincérité à l'exercice. Nous avons augmenté le rythme et la durée des entretiens afin de recueillir un maximum d'éléments cliniques et de passer des échelles d'évaluation. La fin du semestre approchait, et il est compliqué de retourner en détention une fois les accès expirés. Les patients se sont prêtés avec assiduité et application à nos questions. Alain était touché de l'intérêt que nous portions à son histoire. Jean souhaitait faire partie de ce travail

afin "d'aider à mieux comprendre comment une telle chose a pu se passer, pour qu'on puisse empêcher ça". Marc a accepté de participer dans le but de pouvoir éclairer un acte qui reste pour le moment difficilement compréhensible pour lui.

Après la phase de recueil des données cliniques, nous avons choisi d'évaluer plusieurs caractéristiques chez nos patients grâce à une batterie d'instruments d'évaluation clinique standardisés, que nous présentons ci-dessous :

Dans un premier temps nous avons évalué la présence et l'intensité de symptômes thymiques actuels et passés à l'aide de la Check-list d'hypomanie de Angst, la YMRS et la MADRS :

- La Check-list d'hypomanie de Angst (84) est une échelle permettant de diagnostiquer un épisode d'hypomanie sur la vie entière
- La YMRS (Young Mania Rating Scale) (85) est une échelle à 11 items permettant d'évaluer les symptômes maniaques actuels et leur gravité
- La MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale) (86) est une échelle à 10 items cotés de 0 à 6 utilisée pour estimer l'intensité de la dépression actuelle dans des domaines très variés tels que l'humeur, le sommeil et l'appétit, la fatigue physique et psychique et les idées de suicide.

Nous avons ensuite dépisté les comorbidités psychiatriques de nos patients avec la MINI, la ASRS-v1.1 et la DIVA 2.0 :

- La MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) (87) est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève, explorant de façon standardisée les principaux troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV.
- ASRS-v1.1 (Adult Self-Report Scale) (88) et DIVA 2.0 (Diagnostisch Interview Voor ADHD) (89) sont des échelles de dépistage du TDAH dans l'enfance et à l'âge adulte, respectivement sous forme d'auto et hétéro questionnaire.

Nous avons également souhaité évaluer les fonctions cognitives de nos patients, avec les échelles MOCA et DAPHNE :

- La MOCA (Montreal Cognitive Assessment) (90) permet de repérer les dysfonctions cognitives légères, en évaluant : l'attention, la concentration, les fonctions exécutives, la mémoire, le langage, les capacités visuoconstructives, les capacités d'abstraction, le calcul et l'orientation.
- DAPHNE (Désinhibition Apathie Persévérations Hyperoralité Négligence Empathie) (91) est une échelle en 10 items répartis en 6 catégories mise au point par une équipe Nantaise (Boutoleau et al.), permettant de dépister une démence fronto-temporale débutante.

Enfin, nous avons choisi d'examiner l'observance médicamenteuse de nos patients, de manière indirecte, à travers la BMQ :

- La BMQ (Belief Medical Questionnaire) (92) est une échelle en 18 questions évaluant les croyances du patient concernant les médicaments en général, et en particulier les médicaments psychotropes, les croyances influençant la qualité de l'observance. Elle explore, pour les médicaments en général et les médicaments psychotropes, la conscience de leur nécessité et les craintes du patient.

Nous allons détailler nos 3 cas cliniques dans les pages suivantes. Pour chaque patient, les aspects suivants seront abordés successivement :

- Présentation du contexte de la rencontre
- Antécédents médico-chirurgicaux
- Antécédents psychiatriques
- Antécédents familiaux
- Traitement médicamenteux actuel
- Antécédents judiciaires
- Biographie
- Histoire psychiatrique
- Déroulement des faits
- Entretiens au SMPR
- Résultats des échelles cliniques
- Synthèse du cas

3.2. Résultats

Les 3 cas cliniques vont être abordés successivement (Jean, Alain et Marc), puis un tableau synthétique récapitulera les éléments clés pour chaque patient.

3.2.1. Cas de Jean

Nous rencontrons Jean dès son arrivée au centre de détention en 2016, après 3 ans et demi de détention en Maison d'arrêt. Il purge une peine de 6 ans d'emprisonnement pour viol sur mineur de 15 ans, assortie d'une mesure de suivi socio-judiciaire avec injonction de soins de 5 ans.

Antécédents médico-chirurgicaux :

- Diabète insulino-dépendant connu depuis 2004
- Glaucome chronique à angle ouvert, rétinopathie diabétique bilatérale minime non proliférante
- Maladie de Dupuytren de la main droite (opérée à deux reprises)
- Hypercholestérolémie
- Hypertrophie bénigne de la prostate
- Deux crises d'épilepsie convulsive en 2015, dans un contexte de manque de sommeil associé à un déséquilibre du diabète. Examens complémentaires sans anomalies (EEG, IRM et TDM sans produit de contraste). Pas de récurrence convulsive.

Antécédents psychiatriques :

- Trouble bipolaire de type 1 (premier épisode maniaque à 48 ans)

Antécédents familiaux :

- Aucun antécédent familial à la connaissance du patient

Traitement médicamenteux actuel :

- Quétiapine LP 400 mg : 0 0 2
- Divalproate de Sodium 500 mg : 1 0 1
- Zopiclone 7.5 mg : 1 au coucher
- Atorvastatine 10 mg : 0 0 1
- Tamsulosine LP 0.4 mg : 0 0 1
- Carteolol LP 1% : 1 goutte dans chaque œil 1/jour
- Insuline glargine : 0-0-20 UI
- Insuline asparte : 10-8-10 UI

Antécédents judiciaires :

- Aucun

Biographie :

Jean est le second d'une fratrie de 3 enfants. Sa mère est femme de ménage, son père cariste. Il décrit une enfance heureuse, s'entend bien avec son frère et sa sœur, l'ambiance est sereine au domicile, même si sa mère est assez autoritaire. Jean est resté très attaché à ses parents qu'il voit hebdomadairement. Il se décrit lui-même comme "dépendant" à sa mère, "je suis très couvé".

Au niveau scolaire, il n'apprécie pas tellement l'école, préférant la pratique à la théorie. Il réussit néanmoins un cursus technique sans difficulté, témoignant de bonnes capacités intellectuelles. Il obtient un BEP de mécanicien. Il fait ensuite une année de service militaire, sans difficulté particulière. A l'issue de cette expérience, il retourne vivre près de chez ses

parents. Malgré son diplôme de mécanicien, il ne travaille pas dans ce domaine et intègre rapidement une société comme agent puis représentant commercial. Jean aime beaucoup le contact avec la clientèle. Il s'investit énormément dans son travail, se définit comme un "passionné", il travaille facilement plus de 12 heures par jour. Il montre de très bonnes capacités qui lui permettent de gravir les échelons et de prendre des responsabilités au sein de l'entreprise. Grâce à ses compétences, Jean perçoit un salaire relativement élevé, qui lui permet d'avoir un train de vie agréable et un confort matériel important. Malheureusement, malgré son engagement dans son travail, l'entreprise fait faillite en raison des conditions actuelles défavorables. Il subit alors un licenciement économique en 2012.

Sur le plan sentimental, Jean a sa première liaison à 17 ans, relation sans lendemain. Après l'armée, il rencontre sa première épouse. Ils se marient jeunes, s'installent dans la ville natale de Jean. Après quelques années de vie commune, Jean demande le divorce, car son épouse refuse d'avoir un enfant. Jean souhaite quant à lui fonder une famille. Après plusieurs mois, il rencontre Sylvie, qui est déjà enceinte. Il la demande rapidement en mariage, et l'épouse pendant la grossesse. Jean assiste à la naissance de l'enfant de Sylvie, Alexandre, et le reconnaît à l'état civil. Il l'élève ensuite comme son propre fils. Jean n'aura jamais d'enfant biologique, car son épouse souffre quelques années après la naissance de leur fils d'un cancer de l'utérus nécessitant une hystérectomie. Cependant, Jean noue des liens forts avec Alexandre, avec qui il construit une vraie relation paternelle. Jean et Sylvie n'ont jamais caché à leur fils la vérité sur sa filiation. Alexandre, aujourd'hui âgé de 26 ans, continue à être proche de son père adoptif.

Jean décrit sa femme comme une femme de caractère, "grande et très belle", "une femme à poigne", "ce qui me convenait très bien". Paradoxalement, il la nomme "ma petite femme" à chaque évocation. Jean évoque une sexualité de couple conformiste, régulière. Le couple est particulièrement centré sur le travail et la réussite. Sylvie était responsable de boutique. Jean réalise beaucoup de déplacements pour son travail, part parfois à la semaine. Tous deux travaillent également une partie des week-ends. Lorsqu'ils sont chez eux, ils aiment recevoir et s'entourer de leurs amis. En 2007, on détecte un cancer chez Sylvie. Elle décède en 2012, pendant que son époux est en détention provisoire.

Histoire psychiatrique et déroulement des faits :

Jean reste aux côtés de son épouse tout au long de sa maladie, qui évolue inéluctablement. A partir de 2011, Sylvie est dans un état de santé précaire.

Dans l'été 2012, Sylvie est hospitalisée pour une aggravation de son état, et les médecins annoncent au couple une fin de vie proche. Jean fait alors des allers-retours quotidiens entre son travail et le service où sa femme est prise en charge. Il réduit son temps de sommeil, devient "complètement surmené". "Je me levais à 4h, faisais ma journée de travail, et après j'allais voir ma petite femme". "Je faisais beaucoup de route tous les jours, au moins 3 heures. Le soir je rentrais très tard chez moi, je rappelais le service pour savoir comment ma petite femme allait, j'appelais parfois en pleine nuit car j'étais inquiet". Au même moment, Jean subit un licenciement économique. Il commence alors à "péter les plombs". Un épisode maniaque, le premier de sa vie, s'installe en quelques jours. Jean est alors âgé 48 ans.

Jean ne dort quasiment plus. Il est dans un état de bien-être et d'exaltation extrêmes. "Je me sentais tellement bien, je faisais ce que je voulais". Il présente une levée majeure d'inhibition. Par exemple, il s'introduit à plusieurs reprises chez des connaissances sans y être invité, ouvre le frigidaire, mange tout ce qu'il y trouve puis repart chez lui. Les prises alimentaires sont anarchiques et abondantes, et, associées à une mauvaise observance de son traitement, entraînent une décompensation de son diabète. Il se promène nu chez lui, va chercher son courrier dans le jardin nu, "je me sentais libre", sans volonté consciente d'exhibition, sans conscience du caractère répréhensible de son comportement. "Il faisait chaud, je me sentais à l'aise comme ça". Il ne rapporte pas d'excitation sexuelle particulière. Il revêt par moment un slip de bain ou un simple peignoir, "alors que d'habitude, je suis toujours en costume-cravate".

Son fils est en voyage au moment où s'installe l'épisode maniaque. Il perçoit cependant des troubles, lorsque Jean lui téléphone à des heures anormales et tient des propos parfois désadaptés. Alexandre prend un rendez-vous pour son père chez le médecin traitant, mais Jean ne s'y rend pas. Il entre dans un état d'excitation psychique et physique, il se sent tout puissant. Il commence alors une série de vols "absurdes" dans divers magasins. Il dérobe à une dizaine de reprises des téléviseurs, des ordinateurs, des bouteilles d'alcool, "même pas du bon alcool, un truc que je ne comptais pas boire !". Il passe devant les vigiles avec ses

butins sous le bras, et se fait arrêter à plusieurs reprises. Il est même placé en garde à vue deux fois mais est relâché aussitôt. Il s'amuse pendant ces vols, qu'il commet dans un état d'esprit ludique et de défi. "Je volais tout et n'importe quoi, même du détergent". "C'était juste pour m'amuser".

L'état maniaque est installé depuis deux semaines. Depuis 48 heures, Jean a éteint son téléphone, ignorant l'inquiétude et les alertes de son fils. Il est chez lui. Son voisin tond la pelouse, ses deux enfants (un garçon de 7 ans et une fille de 4 ans) sont dans le jardin également. Ils s'ennuient, et la petite fille se met à pleurer. Jean la connaît un peu, "c'est une petite fille qui pleurait tout le temps". Entendant les pleurs, Jean sort de chez lui en peignoir et se rapproche des enfants. Il entretient des liens cordiaux avec son voisin, il y a un climat de confiance. Jean propose aux enfants de l'accompagner à l'intérieur de la maison pour leur donner des gâteaux, le voisin les y autorise pendant que lui-même finit de s'occuper de son jardin. Le petit garçon refuse, préférant rester auprès de son père. Jean emmène la fillette dans la cuisine, il se souvient avoir voulu "lui donner des gâteaux pour qu'elle arrête de pleurer". Ils mangent ensemble la moitié de la boîte de gâteaux. L'enfant continue à pleurer, Jean la prend dans ses bras pour la consoler. Il nie toute intentionnalité malveillante, "à aucun moment je n'avais pensé à lui faire du mal". Elle continue à sangloter, cela l'agace, il se sent irrité. Il évoque alors une "impulsion" soudaine, sans explication possible. Quelque chose lui "échappe". Il enlève la culotte de la petite fille, la caresse brièvement et introduit un doigt. Aussitôt après le viol, il part de chez lui, laissant la fillette. Il prend sa voiture et part rendre visite à son épouse à l'hôpital, dans une tenue inadaptée (en short et en marcel). "Je ne me suis rendu compte de rien", "je n'avais que ma petite femme en tête", "tout ce que j'attendais c'était l'heure où je pouvais aller la voir à l'hôpital". Avec sa voiture, il conduit de manière dangereuse en zigzagant et roulant très vite, "je me sentais invincible", "je pensais que rien ne pouvait m'arriver". Il force même un barrage de police. Après cette infraction routière, il est arrêté quelques minutes plus tard par un équipage de gendarmerie. Il a une vive altercation avec l'un des agents, puis il est placé en garde à vue. Les faits de viol ont été pendant ce temps révélés par la victime, pour lesquels Jean est mis en accusation.

Durant la garde à vue, il est examiné par un psychiatre qui constate le tableau maniaque évoluant depuis deux semaines, il est aussitôt hospitalisé en SDRE. Lors de son arrivée à l'hôpital psychiatrique, Jean est jovial, totalement insomniaque, sans fatigue physique. Il est

tachypsychique, et présente une élation de l'humeur associée à une grande tension interne. Il a un sentiment de toute puissance, minimise ses actes, fait des demandes inappropriées, présente d'importants troubles du jugement.

Devant ce premier épisode maniaque de survenue tardive chez un patient sans antécédent psychiatrique, un bilan physique est réalisé. Le diabète est très déséquilibré. Jean s'alimentait anarchiquement et prenait son traitement par insuline de manière désordonnée. Il est en hyperglycémie à son arrivée, rapidement corrigée. Un scanner cérébral est réalisé, ne détectant aucune anomalie. Un processus frontal est notamment éliminé.

La désinhibition instinctuelle persiste quelques jours. Jean présente de manière fugace des éléments interprétatifs au cours des premiers jours d'hospitalisation, faisant poser la question d'un délire sous-jacent, auquel l'équipe soignante n'a pas accès. Le comportement est très imprévisible. Jean est tout-puissant, il devient même hostile verbalement avec les soignants. Le discours est parfois confus et paradoxal, avec une symptomatologie fluctuante au cours de la journée. Plusieurs jours d'isolement, au départ associé à des contentions physiques, sont nécessaires.

À huit jours de l'introduction d'un traitement thymorégulateur (Olanzapine 20 mg/jour) et sédatif (Loxapine et Diazépam), Jean est plus calme. L'élation et la désorganisation retombent. Cependant apparaissent brièvement des éléments thymiques mixtes, avec l'émergence d'éléments dépressifs associés à la toute-puissance.

Après trois semaines de prise en charge hospitalière, l'humeur se stabilise. Devant une bonne compliance aux soins, un contact amélioré, l'absence d'agressivité et des conduites instinctuelles restaurées, la mesure de SDRE est levée et Jean intègre la maison d'arrêt.

Il est reçu aussitôt par l'équipe du SMPR afin de bénéficier d'un suivi rapproché. Peu de temps après son arrivée en détention, Jean présente un virage de l'humeur. Il manifeste des angoisses psychotiques massives, présente une tension psychique majeure. Il alterne entre des attitudes de prestance et un vécu d'indignité et de culpabilité, associé à un désarroi intense. Il développe des idées délirantes de persécution, pensant qu'un complot est fomenté contre lui par le personnel pénitentiaire. Il dénie tout trouble, ainsi que les infractions commises. Des idées suicidaires émergent, et devant un risque de raptus anxieux, Jean est réintégré en SDRE sur le secteur de rattachement à l'hôpital psychiatrique.

Dans le service où il est accueilli, Jean se montre à la fois logorrhéique, vindicatif et exigeant. Il est hyperactif, se lance dans de multiples courriers et papiers, de manière très dispersée, sans but. Il verbalise à plusieurs reprises des velléités suicidaires avec scénarios, l'humeur est sombre. Les éléments délirants de persécution, de mécanisme interprétatif essentiellement, sont par ailleurs présents mais peu accessibles. Un diagnostic d'état mixte est posé. La neutralisation des éléments thymiques et délirants est obtenue en quelques jours avec une simple augmentation de la sédation et un cadre thérapeutique contenant. La thymorégulation est maintenue avec une monothérapie par Olanzapine 20 mg/jour. Jean retourne en maison d'arrêt, où il bénéficie d'une prise en charge par l'équipe du SMPR, comprenant des entretiens individuels psychiatriques fréquents, ainsi que des médiations thérapeutiques au CATTP. À peine deux mois après le début de son incarcération, l'épouse de Jean décède des suites de son cancer. Jean et elle n'auront pas pu se revoir depuis la mise en détention. Jean ne peut non plus assister aux funérailles, la permission lui étant refusée devant un état psychiatrique jugé instable.

Durant deux ans de prise en charge au SMPR, Jean présente à certains moments des épisodes de fléchissements thymiques, réactionnels au contexte carcéral ainsi qu'au deuil de son épouse, sans que s'organise un épisode dépressif caractérisé. Devant des phases de déstabilisation majeures du diabète, l'Olanzapine est interrompue et remplacée par de la Quétiapine LP 400 mg/jour, traitement qui est bien toléré et permet un maintien temporaire de la stabilité thymique.

Au terme de deux ans de détention provisoire, le procès pour le viol de la fillette a lieu. Jean présente alors une nouvelle décompensation maniaque nécessitant une hospitalisation en SDRE, cette fois-ci à l'UHSA. Il a un comportement très perturbé, désinhibé. En plus des éléments de tachypsychie et de logorrhée, il est à plusieurs reprises agressif physiquement et verbalement avec le personnel pénitentiaire, puis avec les soignants. Il manifeste des éléments sub-délirants de persécution, de mécanisme interprétatif. Son jugement est très altéré. La modification du traitement thymorégulateur (Quétiapine LP 800 mg/jour et Divalproate de Sodium 1000 mg/jour) permet une restauration thymique et un retour en maison d'arrêt.

Au décours de cet épisode maniaque, après quelques jours passés en détention ordinaire, l'humeur de Jean s'effondre en épisode dépressif caractérisé. Il est alors pris en charge à

l'Hôpital de jour du SMPR. Après deux mois, alors que son état s'améliore progressivement, il est transféré en centre de détention, de manière imprévue.

Entretiens au SMPR :

Jean présente donc à son arrivée au centre de détention un épisode dépressif en cours de rémission. Nous le rencontrons dès son arrivée, de manière régulière, afin d'évaluer l'humeur et assurer un suivi rapproché. Il présente des troubles du sommeil à type d'insomnie, par contre l'appétit est conservé. La thymie est triste. Une anhédonie ainsi qu'une aboulie sont présentes. Jean est légèrement désorienté à son arrivée, il se sent en difficulté devant ce transfert brutal dont il ne comprend pas les raisons. Il refuse cependant une ré-hospitalisation en hôpital de jour. Il est très anxieux, rumine. Il demande à être sédaté par les traitements pour se réfugier dans le sommeil. Progressivement, l'élan vital revient, le sommeil s'améliore après quelques modifications médicamenteuses et un rappel de certaines règles hygiéno-diététiques.

Au cours du suivi, le contact est syntone. Il n'y a aucun élément psychotique. Les capacités de raisonnement et de jugement sont intactes. Jean ne présente pas de trouble de la personnalité évident, hormis quelques traits névrotiques histrioniques et phobiques, non pathologiques (estime de soi médiocre, fond phobique, comportements d'évitement, dépendance à sa famille). Il ne présente pas de traits pervers.

Pendant les premiers entretiens, Jean se montre parfois légèrement agressif verbalement, il est irritable. Les éléments d'éducation thérapeutiques sont parfois mal vécus par le patient, qui supporte difficilement le diagnostic de bipolarité. En effet, souffrant déjà d'un diabète, il rétorque "c'est bon je connais les maladies chroniques, je sais qu'il faudra toujours prendre un traitement !". "C'est facile de dire ce qu'il faut faire, ce n'est pas à vous que ça arrive ". L'alliance est au départ difficile. Il est facilement défensif, sans montrer de signe en faveur d'une décompensation psychotique. Il refuse dans un premier temps d'aborder le motif de son incarcération. Jean est condamné à 6 ans de détention, il a bénéficié d'une atténuation

de la peine pour altération du discernement lors du jugement. Il ne présente pas de clivage ni de dénégation, mais sa présentation défensive empêche dans un premier temps d'évoquer son histoire récente. Il allègue au début une amnésie complète des faits, disant d'ailleurs que l'amnésie explique que l'altération du discernement ait été retenue. Nous reprenons ensemble le sens de la loi, une amnésie ne justifiant nullement une altération ou une abolition du discernement.

Les premiers entretiens se centrent donc sur ce que Jean veut bien apporter. Il aborde chaque entretien avec des éléments assez factuels concernant la détention. Puis il est rapidement émotif, évoque de manière récurrente une grande souffrance psychique liée au décès de sa femme. Il met cette souffrance en opposition avec la peine de prison qu'il subit : "la prison, ce n'est rien, on en sort. Ma femme je ne la reverrai jamais" "Elle est décédée, je n'étais même pas là, je rentrerai chez moi sans l'avoir jamais revue". Jean passe beaucoup de temps en cellule à regarder les photos de son épouse, à pleurer. À certains moments il semble presque s'auto-infliger cette souffrance, "ça me fait du mal", "j'en ai besoin". Il rumine douloureusement les souvenirs de la fin de vie de son épouse. Peu à peu, nous pouvons évoquer cette dernière avant la maladie. Ces échanges permettent d'établir un lien avec le patient, et l'aident à poursuivre son processus de deuil. Il aborde sans réticence des choses plus intimes, la façon dont il percevait son épouse, leur vie à deux, leur fils, son rôle de père, et de grand père. Jean a effectivement une petite fille, Marion, âgée de 2 ans. Il ne l'a jamais rencontrée. Son fils refuse pour le moment qu'ils soient en contact direct, ayant peur que son père puisse être dangereux. "Je suis blessé, mais je comprends qu'il soit prudent, même si moi je sais que je ne recommencerai jamais." Jean ressent une intense culpabilité vis à vis de son fils : "il a perdu sa mère, et son père est en prison pour quelque chose de terrible". Ceci permet une ouverture pour aborder les faits pour lesquels il est condamné, et retracer l'histoire des troubles psychiatriques. Jean accepte que l'on lève le voile peu à peu sur ce qui s'est passé.

Jean se souvient peu des hospitalisations, et l'anamnèse des troubles psychiatriques est floue. Nous reprenons ensemble les quelques éléments clinique à notre disposition

retranscrits dans le dossier, afin remettre une chronologie, une histoire, et aborder les symptômes de la maladie. À la lecture de la symptomatologie constatée lors des hospitalisations, Jean a des rires gênés. "Je ne me rappelle de rien", "on m'a dit que j'étais attaché..." Il se souvient en revanche de l'état de bien-être et d'exaltation ressenti lors des premiers jours de l'épisode maniaque au cours duquel ont eu lieu les faits. Puis les choses deviennent un peu plus confuses, des éléments de désorganisation apparaissent. Le temps lui semblait très accéléré. Il ne garde qu'un souvenir flou du viol en lui-même, qui lui semble n'avoir duré qu'un bref instant. Il se rappelle s'être senti tendu, irrité, très accéléré à ce moment, et ne pas avoir eu conscience de faire du mal à l'enfant. Jean accepte la condamnation, "c'est grave, je paye pour ce que j'ai fait", mais tente de mettre à distance les faits "J'ai tellement ruminé... Aujourd'hui, j'essaie de ne plus y penser, ça me met trop mal".

Jean en veut à son entourage amical. Il considère qu'ils auraient pu intervenir, car ils avaient constaté des bizarreries dans son comportement "Certains ont dit après que j'étais trop speed, et que je faisais des choses étranges". "S'ils m'avaient fait hospitaliser, ou qu'ils avaient appelé les gendarmes, ça ne serait jamais allé jusque-là... Je n'aurai jamais fait ça..." Jean ne se reconnaît pas dans cet acte, qu'il qualifie lui-même de "tellement monstrueux et inimaginable". L'évocation des faits est douloureuse pour lui. Il a un sentiment d'incompréhension totale de ces actes. "En plus maintenant que j'ai une petite fille..." Il se rappelle seulement d'une "impulsion", sans sens possible pour le moment. Il déclare n'avoir jamais eu aucun fantasme pédophilique. Pendant de nombreuses années, les amis et amies de son fils sont venus à la maison, il n'a jamais éprouvé de désir sexuel pour des enfants ou adolescents. Certains entretiens sont ponctués de beaucoup d'émotions, parfois des pleurs. Il pourra à un moment dire "j'aurai tout aussi bien pu tuer, j'ai bien violé une petite fille". Il reconnaît sa culpabilité, accepte la peine, est conscient de la gravité de son acte. "Je dois payer pour ce que j'ai fait".

En parallèle, Jean fait le constat amer d'une vie sociale riche en apparence, mais de relations se révélant superficielles. De nombreuses "amitiés" se sont rompues lors de l'incarcération. Par contre, il reçoit un solide soutien de son fils, de ses parents, de son frère et de sa sœur.

Au cours du suivi, Jean présente des oscillations entre des phases de thymie neutre, avec reprise de l'élan vital, et des périodes de tristesse, où les ruminations sont plus envahissantes, sans qu'un épisode thymique caractérisé ne se constitue. Il verbalise par moment des idées suicidaires pendant le suivi, sans scénario. Il reste au départ souvent seul dans sa cellule, entretient des correspondances écrites avec ses proches. Il sort progressivement de l'isolement grâce aux médiations proposées au CATTP, dans lesquelles il s'investit avec plaisir. Il participe ainsi au "groupe pâtisserie" et à la médiation "sport et santé". Le traitement lui est distribué quotidiennement, ce qui est rassurant pour le patient et lui permet d'avoir un contact régulier avec les soignants. Jean accepte peu à peu le diagnostic de bipolarité, il fait des liens entre bipolarité et diabète concernant le caractère chronique de la maladie. Au bout de quelques mois de prise en charge, Jean fait une demande de formation au sein de la détention, car il se sent mieux et à même de s'investir dans un nouvel apprentissage.

Lorsque nous abordons avec le patient le risque de récurrence, Jean assure que, selon lui, il n'y a aucun risque. Il associe strictement le passage à l'acte à l'épisode maniaque, et compte être observant sur la prise du traitement. On note une certaine confusion entre rechute et récurrence, et le sens du soin pénalement ordonné, lorsque Jean interroge : "Pourquoi mon injonction de soin ne dure que 5 ans ? Ma maladie bipolaire, c'est à vie."

Résultats des échelles cliniques (patient âgé de 52 ans au moment de la passation, niveau d'études : BEP)

Evaluation thymique :

- Echelle d'hypomanie de Angst : 2/20
- YMRS : 3/44
- MADRS : 11/60

Evaluation des comorbidités :

- MINI :

4 Episodes dépressifs majeurs passés

Risque suicidaire moyen

3 Episodes maniaques passé

Trouble panique : non

Agoraphobie : non

Phobie sociale : non

Trouble obsessionnel compulsif : non

Etat de stress post-traumatique : non

Dépendance alcoolique/abus d'alcool : non

Troubles liés à une substance non alcoolique : non

Troubles psychotiques : non (le patient n'a pas de souvenir d'éléments délirants lors des épisodes maniaques)

Pas d'anorexie mentale

Pas de boulimie

Trouble anxieux généralisé passé entre 2000 et 2005 (lié à un surmenage professionnel)

Pas de trouble de la personnalité antisociale

- TDAH ASRS-v1.1 et DIVA-2.0 : pas de TDAH

Evaluation des fonctions cognitives :

- MOCA : 24/30 (limite pathologique)

Perte d'un point de fluidité de langage, 1 point sur capacités visuo-constructives

Perte de 5 points sur l'attention, perte de 3 points sur la mémoire épisodique

- DAPHNE : 0/40

Evaluation des croyances concernant les médicaments :

- BMQ :

Concernant les psychotropes :

Nécessité du traitement psychotrope 25/25

Craintes concernant les psychotropes 16/25

Concernant les médicaments en général :

Sur-prescription de médicaments par les médecins 4/20

Dangers liés à l'utilisation des médicaments 6/20

Synthèse des résultats des échelles :

Jean a un trouble bipolaire de type 1. Il présente une symptomatologie dépressive légère au

moment de la passation des échelles, et le risque suicidaire est moyen. Il a pour comorbidité objectivée un trouble anxieux généralisé passé. Il est également dans un processus actuel de deuil difficile. La MOCA montre une déficience cognitive légère, avec une perte d'efficacité concernant principalement les capacités d'attention et la mémoire épisodique. Cependant, la symptomatologie dépressive présente peut expliquer en partie cette altération. Une seconde évaluation serait à réaliser à distance, une fois les symptômes thymiques stabilisés.

Le rapport nécessité/crainte des médicaments psychotropes est en faveur d'une bonne observance thérapeutique lorsqu'il est supérieur à 1 (93). Chez Jean, ce rapport est de 1.6, ce qui est en faveur de l'observance.

3.2.2. Cas d'Alain

Alain a 48 ans au moment de son arrivée au centre de détention fin 2015. Il vient de passer 4 ans en maison d'arrêt. Il purge une peine de 8 ans de détention (confusion d'une peine de 7 ans pour viol avec une peine antérieure d'un an pour agression physique), assortie de 10 ans de suivi socio-judiciaire avec injonction de soin. Nous le rencontrons au SMPR afin de prendre le relais thérapeutique après un suivi régulier à la maison d'arrêt. Alain est bipolaire de type 1, bien stabilisé depuis 4 ans avec le même traitement durant toute sa détention.

Antécédents médico-chirurgicaux :

- Cryptorchidie unilatérale inguinale droite opérée à l'âge d'un an
- Une dizaine d'AVP à moto et en voiture
- Arrachement du tendon rotulien droit lors d'un AVP
- Traumatisme crânien en 2009 avec perte de connaissance lors d'une agression, ayant entraîné des céphalées séquellaires (pas d'autres séquelles)

Antécédents psychiatriques :

- "Anorexie" vers l'âge de deux ans
- Difficultés d'expression orale à l'âge de 12 ans (bégaiement) au décours du décès du grand-père paternel. Suivi quelques mois en CMPP
- Trouble bipolaire de type 1
- Abus d'alcool, dépendance au THC

Antécédents familiaux :

- Grand-mère paternelle ayant présenté des troubles psychiatriques (pas de diagnostic posé) : "folle", "délires", "hallucinations"

- Frère : deux hospitalisations en hôpital psychiatrique. Décédé par suicide (pendaison) à l'âge de 19 ans
- Oncle maternel décédé par suicide (arme à feu)
- Dépression maternelle après le décès d'un nouveau-né à quelques mois de vie, lorsque Alain avait 2 ans (possible lien avec l'anorexie d'Alain)
- Père décédé des suites d'une maladie de Parkinson

Traitement :

- Oxcarbazépine 600 mg : 1-0-1
- Olanzapine 10 mg : 0-0-2

Antécédents judiciaires :

- Premiers délits à l'âge de 14 ans. Série de cambriolages en bande, de l'âge de 14 à 16 ans. Première condamnation judiciaire à 16 ans à des réparations (remboursement).
- A partir de 25 ans, condamnations régulières "tous les 3 ans", (sans jamais de peine de prison ferme), pour divers motifs correctionnels (bagarres, plusieurs AVP, conduite en état d'ivresse, consommation et vente de cannabis, dégradations de biens...).
- En 2010 : violence avec arme (coups de couteaux) dans le cadre d'un règlement de compte. Alain est condamné à 6 mois d'emprisonnement fermes et 6 mois d'emprisonnement avec sursis. Il n'avait pas encore effectué sa peine, qui est comprise dans sa peine actuelle.

Biographie :

Le père d'Alain était professeur de mathématiques dans un collège, il est décédé il y a quelques années des complications d'une maladie de Parkinson. Sa mère était puéricultrice,

et est actuellement retraitée. Les parents d'Alain se sont séparés quand il avait 12 ans, suite à des "infidélités" de son père. Il décrit un homme séducteur, qui "dragait beaucoup".

L'enfance d'Alain est marquée par une éducation sévère de la part de son père " quand je faisais une bêtise, c'était des baffes, et au pain sec et à l'eau". En parallèle il décrit une mère "super", qui s'occupait bien d'eux. Il est l'aîné d'une fratrie de 5. Après lui, un nouveau-né décède à quelques mois de vie (mort subite du nourrisson). Il a ensuite deux sœurs puis un frère. Son frère se suicide lorsqu'Alain a 25 ans. L'une de ses sœurs est infirmière, l'autre éducatrice, il garde de bons liens avec elles. Il est resté proche de sa mère.

Alain était un "bon élève" en primaire, faisant preuve de bonnes capacités intellectuelles. Il est ensuite scolarisé dans l'établissement où son père enseigne, ce qui est source de souffrance en raison des aventures de son père, qui a des maîtresses parmi le personnel du collège. Alain garde un souvenir d'un "dagueur invétéré". Ses camarades lui rapportent les aventures de son père, cela le blesse, il commence alors à devenir "bagarreur". Son comportement devient difficile à cette période, "perturbateur", il écope de nombreuses sanctions. Il se décrit comme "leader dans les conneries". Après une 6^{ème} et une 5^{ème} dans ce collège, il demande à être pensionnaire dans un autre établissement, afin de s'éloigner de son père. Il poursuit sa scolarité sans problèmes, mais échoue aux épreuves du BEPC. Alain affirme avoir toujours détesté l'école, car "avec un père prof, j'ai eu ma dose". Il évoque également des difficultés à tenir en place en classe, à se concentrer sur les cours. Il se sent "impatient", est très facilement distrait. Il obtient néanmoins un CAP de mécanicien à l'âge de 18 ans. Il accomplit ensuite son service militaire sans difficulté.

Alain travaille d'abord comme mécanicien, puis il passe son permis poids lourds. Il fait de nombreux déplacements, effectue des séries de contrat à durée indéterminée, change régulièrement d'emploi. A partir de 2007, il est en arrêt maladie (après un épisode maniaque intense), puis perçoit une pension d'invalidité à partir de 2010 en lien avec son trouble bipolaire. Cela ne l'empêche pas de faire régulièrement un peu de "travail au noir" (bâtiment, exploitation agricole, chauffeur routier...). Alain a un mode de vie peu ordinaire, marqué par une certaine impulsivité et instabilité. En parallèle de changements fréquents d'emplois, il change aussi souvent de logement, vit par périodes en caravane. Avant l'incarcération il vit dans un appartement dont il est locataire. Il n'a pas de mesure de

protection juridique, mais c'est surtout sa mère qui gère son budget, il est peu autonome pour la gestion du quotidien et des papiers administratifs.

Sur le plan affectif, Alain a eu de nombreuses relations. Il nie avoir eu des conduites sexuelles à risque et des infections sexuellement transmissibles. Il a eu diverses expériences de vie commune qui n'ont jamais duré plus de 3 ans, se lassant vite, il a "envie de changer". Il décrit une sexualité hétérosexuelle, ordinaire. Il se définit comme un "gros demandeur" lorsqu'il est en couple, mais sans caractéristique pathologique. Il n'a jamais eu d'enfant. Avant l'incarcération, Alain était célibataire, ayant quitté son amie depuis environ un mois.

Histoire psychiatrique :

Le premier épisode thymique caractérisé a lieu à l'âge de 25 ans, s'organisant en un épisode dépressif. Alain alterne ensuite phases dépressives et phases maniaques tout au long de sa vie, jusqu'à son entrée en détention fin 2011. Il est stabilisé depuis cette date, prenant correctement son traitement.

Episodes dépressifs caractérisés :

Alain traverse une dizaine d'épisodes dépressifs caractérisés d'intensité majeure, d'une durée moyenne de 4 mois, entre 25 et 40 ans. Autant la description des états maniaques est floride, autant la clinique des épisodes dépressifs est plus difficile à collecter. Alain a des difficultés à identifier les épisodes dépressifs, à les repérer chronologiquement et à les replacer dans leur contexte.

Il semble que chaque épisode dépressif se déroule de manière sensiblement identique, survenant le plus souvent au décours d'un épisode maniaque. Alain présente alors une aboulie, une anhédonie, une asthénie et une apathie. Il ne décrit pas de douleur morale, mais plutôt un sentiment de vide intense. Il est alors clinophile, hypersomniaque. Il se replie au domicile, passant des semaines entières sans sortir de chez lui, sa mère lui apporte alors à manger, sinon il ne se déplace pas pour subvenir à ses besoins. Il rompt presque à chaque fois son suivi psychiatrique lorsqu'il est dans cet état, arrêtant aussi les traitements.

L'alimentation est anarchique, avec des pertes importantes de poids. Il lui arrive de s'alcooliser massivement certains jours, afin d'essayer de "ressentir quelque chose". Il se sent particulièrement ralenti sur le plan idéo-moteur, incapable de se concentrer ou de prendre des décisions. Il présente régulièrement des idées noires durant ces périodes, élaborant parfois des scénarios suicidaires sans jamais aller jusqu'à passer à l'acte. Le temps est perçu comme étiré, chaque jour ressemblant au précédent, "je ne vois pas le temps passer". En revanche, il n'y a pas de symptomatologie délirante présente lors de ces états dépressifs. A aucun moment des idées d'incurabilité, de ruine, de négation d'organe ne sont repérées. La résolution des épisodes a lieu spontanément, sans aide psychiatrique, le premier signe étant une reprise progressive de l'envie.

Episodes hyperthymiques :

Le premier contact avec la psychiatrie a lieu à l'âge de 29 ans (en 1996), pour une bouffée délirante aiguë, au cours de laquelle Alain est hospitalisé d'office pour troubles à l'ordre public (dégradation de biens). Le tableau est marqué par une insomnie, un délire mystique et mégalomane, une agitation et une agressivité. L'épisode a lieu dans un contexte de rupture sentimentale. Alain sort stabilisé après un mois d'hospitalisation et un traitement par Halopéridol 5 mg/jour. Il interrompt rapidement son traitement.

Il est ré-hospitalisé en HO un an plus tard, pour une nouvelle bouffée délirante aiguë, au cours de laquelle la symptomatologie délirante et l'hétéroagressivité envers sa mère sont au premier plan. Un traitement retard est alors instauré. Alain sort avec un traitement par Zuclopenthixol 150 mg/jour, de l'Halopéridol Décanoate 50 mg 3 ampoules en intramusculaire toutes les 3 semaines, ainsi qu'un suivi CMP et une prise en charge CATTP. Il arrête rapidement le traitement devant les effets secondaires qui le gênent (il se plaint de dyskinésies et de fatigue, s'endort au volant dans le cadre de son travail).

En 1999, Alain présente une nouvelle décompensation, cette fois-ci clairement identifiée comme un état maniaque. Il part à Bangkok dans un état déjà sub-exalté, de manière impulsive. Lors de ce voyage pathologique, il présente un état maniaque franc. Dans une euphorie toute puissante, il présente d'importants troubles du jugement. Il "tombe

amoureux" d'une prostituée, "je voulais l'épouser, je pensais que c'était la femme de ma vie". Il se met en danger à plusieurs reprises sans s'en rendre compte, "je m'amusais", avec un sentiment d'invincibilité. Il ne dort quasiment plus, fait preuve d'une force physique et d'une endurance qu'il ne soupçonnait pas. Il présente des idées délirantes mystiques et mégalomaniques. Il décrit également de brèves hallucinations auditives. Il présente de graves troubles du comportement à plusieurs reprises : il agresse physiquement un ami, met le feu dans l'appartement qu'il occupe "pour jeter un sort" à une amie, insulte des vigiles de l'ambassade des Etats-Unis "car je voulais rentrer à Lyon en hélicoptère, et ils n'ont pas voulu". Il erre dans les rues et les parcs de la ville avec des projets extravagants, saute sur les voitures. Il est arrêté à trois reprises et placé en garde à vue devant ces troubles à l'ordre public. Il garde un excellent souvenir de ces quelques jours dans les geôles bangkokiennes : "j'étais content d'être là, je chantais à tue-tête", "je dessinais sur les murs", "une fois j'ai voulu boucher les toilettes pour créer une inondation et m'évader". Il est ensuite hospitalisé en psychiatrie à Bangkok où il reste 3 semaines avant d'être rapatrié, au bout d'un voyage qui aura duré en tout 2 mois et demi. Alain éprouve un certain soulagement à être hospitalisé, car il est épuisé physiquement et psychiquement. En France, les soins sont poursuivis sous le mode de l'hospitalisation libre. Il sort rapidement, stabilisé par de l'Halopéridol 20 mg/jour.

Une rechute maniaque a lieu au bout de quelques semaines, dans le décours immédiat d'un AVP avec arrachement du tendon rotulien ayant nécessité une intervention chirurgicale. Une hospitalisation en HDT est organisée. Alain est mégalomaniac, hyperactif. Il arbore une tenue extravagante, ne se séparant plus d'un chapeau à paillettes. Il a des idées délirantes mystique, magnétise sa jambe opérée en refusant les antalgiques prescrits, magnétise les autres patients "pour qu'ils aillent mieux". Il a des projets grandioses. Le traitement de sortie comprend du Zuclopenthixol AP 200 mg 2 ampoules tous les 15 jours.

Chez Alain, le Zuclopenthixol entraîne une baisse importante de la libido, difficilement supportable. Son psychiatre le remplace alors par de la Risperidone 6 mg/jour, qui a malheureusement le même retentissement négatif sur la libido, en plus d'une prise de poids. Alain commence alors à prendre son traitement de manière anarchique en 2001, puis l'interrompt. Il rompt également le suivi au CMP. Devant la réapparition de symptômes hyperthymiques, un psychiatre libéral lui prescrit de la Fluphénazine en injections

intramusculaires qu'il garde quelques temps et lui permet "d'éviter l'hôpital". Ce traitement entraîne des dyskinésies majeures chez Alain, ainsi qu'une somnolence excessive, somnolence en partie responsable d'un AVP en 2002 au cours duquel une personne est tuée. Alain, choqué par cet accident, arrête la Fluphénazine aussitôt, puis est suivi par son médecin traitant qui instaure de l'Olanzapine 15 mg/jour

En 2006, après une rupture de traitement depuis quelques mois, une nouvelle hospitalisation a lieu pour une décompensation maniaque. Il est amené par les pompiers pour hétéroagressivité (détérioration de biens, agressivité envers sa mère). Il accepte cependant l'hospitalisation. La clinique est dominée par une logorrhée, des coqs à l'âne, une dispersion, et des idées délirantes. L'insomnie est quasi-totale depuis plusieurs jours. La réinstauration d'Olanzapine 15 mg/jour permet une amélioration thymique et la sortie du patient.

Cependant, quelques semaines après la sortie de l'hôpital, Alain rechute à cause d'une prise anarchique du traitement, ce qui nécessite une admission en HDT. En effet, Alain a tendance à utiliser l'Olanzapine comme "somnifère", lorsqu'il ressent le besoin de se reposer un peu, sans considérer ce médicament comme un traitement de fond d'une maladie qu'il ne reconnaît pas totalement. Alain avait présenté, dans les prodromes de la rechute, une hétéroagressivité importante (agression physique d'un voisin) et des conduites à risque ("stock-car" dans un parking), avec déjà un sentiment de toute puissance et d'immortalité, "il ne pouvait rien m'arriver". Durant l'hospitalisation, Alain se montre agressif, exalté, excité. Il est opposant aux soins, menaçant, exigeant. Ce séjour est marqué par de nombreuses transgressions (introduction d'alcool dans le service, irrespect, "terrorise les autres patients", "ne peut s'empêcher de faire des trocs"). De l'Olanzapine 20 mg/jour permet un apaisement de la symptomatologie.

A l'issue de l'hospitalisation, il sera revu en consultation, et son psychiatre opérera quelques changements de traitement, avec tentative d'ajout de Divalproate de Sodium puis Valpromide, mais Alain ne respecte pas les prescriptions... Il finit par interrompre à nouveau tout traitement et tout suivi.

En 2009, Alain est admis en HO suite à des troubles du comportement sur la voie publique. Il présente un état maniaque avec toute puissance, menaces hétéro-agressives, logorrhée, il

réalise durant cette période des dépenses considérables. Le ludisme est omniprésent, il défie l'autorité et les soignants. Il fuguera même du service quelques heures avec un grand amusement. Au bout de 3 semaines il effectue une sortie d'essai, son état s'étant amélioré sous Olanzapine 20 mg/jour et Divalproate de Sodium 1000 mg/jour. Cependant il est réintégré dès le lendemain, pour de nouveaux troubles du comportement sur la voie publique ainsi qu'un AVP qu'il a causé. Alain est extrêmement agité, agressif, tout puissant, il dénie tout trouble et refuse le traitement. Revendicant et opposant, il multiplie les provocations. Un passage en UMD (Unité pour Malade Difficile) est envisagé lors de cette hospitalisation mais n'aura finalement pas lieu. Le patient reste environ 20 jours en isolement, avec des contentions maintenues une dizaine de jours. Il finit par sortir stabilisé sous Divalproate de Sodium 1000 mg /jour et Zuclopenthixol AP 200 mg 3 ampoules tous les 15 jours.

Lors du suivi ambulatoire, à l'issue de la prise en charge hospitalière, Alain entre dans une phase dépressive. Il se sent apathique et asthénique, se plaint d'une perte l'élan vital. Il présente également une anhédonie et une hypersomnie. Habituellement, durant ces phases dépressives, Alain interrompt le suivi, restant replié au domicile, l'épisode dépressif cédant sans traitement au bout de quelques mois. Cette fois-ci il poursuit le suivi avec son psychiatre, qui arrête progressivement le Zuclopenthixol et introduit de l'Escitalopram 20 mg. Le Divalproate de Sodium est remplacé par de l'Oxcarbazépine 1200 mg /jour. Devant l'apparition d'une irritabilité, l'antidépresseur est rapidement arrêté. L'état du patient se stabilise.

En 2010, Alain agresse un homme à l'arme blanche dans un bar. Devant ses antécédents, il est admis en HO pour violence. L'observation à l'hôpital n'objective pas de symptomatologie thymique franche. La sortie est rapide. A posteriori, Alain confie qu'il n'était effectivement pas en état maniaque à ce moment, que l'agression était un règlement de compte et qu'il était bien conscient de ce qu'il faisait. Etre à l'abri de la justice à l'hôpital l'arrangeait bien. D'ailleurs, l'expertise psychiatrique qui a lieu suite à cette agression conclue à l'absence d'altération ou d'abolition du discernement et une condamnation est prononcée. Nous n'avons pas eu accès à l'expertise réalisée à cette époque, nous ne savons donc pas si un trouble de la personnalité avait été retenu, ou si une pathologie psychiatrique, même non en rapport avec les faits, avait été évoquée.

Parallèlement à cette affaire d'agression à l'arme blanche pour laquelle il attend le jugement, Alain est placé sous contrôle judiciaire pour détention de stupéfiants. Ce cadre juridique l'incite à se rendre régulièrement en consultations, il est observant avec son traitement qui est poursuivi à l'identique (Oxcarbazépine 1200 mg/jour et Olanzapine 10 mg/j). Il bénéficie alors d'une phase de stabilité thymique durant un peu plus d'1 an.

Fin 2011, Alain rompt avec son amie de l'époque, il commence à consommer plus de cannabis, prend anarchiquement son traitement. Il présente alors une nouvelle décompensation maniaque, au cours de laquelle il commet un viol, qui conduit à l'incarcération actuelle.

Déroulement des faits :

Fin octobre 2011, Alain présente des prodromes d'un nouvel épisode maniaque. Il se sent légèrement exalté, ses besoins en sommeil se réduisent. Il consulte son psychiatre le 26 octobre qui constate qu'Alain est "un peu au-dessus", et prescrit une augmentation de l'Olanzapine à 20 mg ainsi qu'une adjonction de Diazépam dans la journée. Un nouveau RDV est programmé une semaine plus tard, le 2 novembre, auquel Alain ne se rend pas. Sa mère téléphone le jour même au psychiatre pour l'informer que son fils est devenu agressif et intrusif. On conseille à la mère d'Alain d'avertir la gendarmerie.

Emporté par l'exaltation, le patient ne respecte pas la prescription. Il arrête son traitement, ne prenant l'Olanzapine que de temps en temps "pour dormir une heure ou deux lorsque ça fait trop longtemps que je n'ai pas dormi". Il se sent dans un état de profond bien être, euphorique, exalté. Puis il sent qu'il "disjoncte". Il est ludique, défie l'autorité dans un sentiment de toute puissance. Il multiplie les projets extravagants dans une hyperactivité stérile. Il souhaite entre autres acheter un bus pour le réaménager et emmener des groupes de rock en tournée, lancer une culture de cannabis dans sa maison pour ensuite la louer. Il dilapide tout son argent, jusqu'à ce que son compte bancaire soit vide. Il devient agressif, très irritable, l'insomnie est quasi-totale. Il est très expansif, logorrhéique et mégalomane. Il décrit une distractibilité majeure avec des troubles de la concentration, une tachypsychie avec fuite des idées. Il n'y a pas d'épisode de confusion. Alain se montre

extravagant dans sa tenue, il porte de nombreux couvre-chefs. Il ressent dans cet état une "puissance d'action qui m'aide", "comme si j'avais toute une équipe de rugby derrière moi". Il n'a plus aucun contrôle sur l'agitation, se sent "agi par cette force". Il n'y a pas d'épisode d'hallucination, de sentiment de persécution. Il nie tout exhibitionnisme sexuel ou hypersexualité durant cette période, il ne consomme quasiment pas d'alcool "car ça ne fait aucun effet lorsque je suis en phase maniaque". Par contre il consomme du cannabis, mais moins qu'habituellement car il en ressent alors moins les effets psychotropes.

L'ensemble des faits se sont déroulés sur une même nuit, début novembre 2011, à peine une semaine après le début de son état maniaque. Alain a alors 44 ans.

Les chefs d'accusation sont :

- viol
- arrestation, enlèvement, séquestration ou détention arbitraire
- agression sexuelle
- violence avec usage ou menace d'une arme suivie d'une ITT inférieure à 8 jours
- vol avec destruction ou dégradation
- violence ayant entraîné une ITT inférieure à 8 jours

Alain garde un souvenir très précis des faits, qu'il peut dérouler avec beaucoup de détails. La séquence des événements suit une logique toute particulière liée à l'état d'excitation qui est présent à ce moment-là, et n'est compréhensible que par lui-même. Les personnes extérieures ne perçoivent absolument pas de fil conducteur dans une apparente agitation désorganisée. Les faits relatés par le patient peuvent être résumés comme suit.

Dans le cadre de projets grandioses, Alain se rend à la banque, car il souhaite retirer de grosses sommes d'argent. Essuyant un refus devant un comportement et des demandes inadaptées, il menace l'agent de sécurité, puis s'éloigne. Il prévient sa mère par téléphone qu'il compte réaliser un braquage de la banque. Il se rend ensuite en fin de journée dans un bar, boit une bière de 50 cL, puis fait appel à une amie pour qu'elle vienne le chercher en voiture. Alain souhaite que cette amie l'emmène chez d'autres connaissances. En effet, il a pour projet de leur louer sa maison dans laquelle il a installé des plantations de cannabis.

Alain monte donc dans la voiture, mais se montre agressif à l'encontre de son amie. Il saute même de la voiture en marche car "elle ne roulait pas assez vite et se trompait de route, ça m'énervait". Son amie s'arrête pour le récupérer, mais alors Alain lui prend le volant de force. Elle reste à l'arrière de la voiture. Alain conduit extrêmement vite, "comme un gros malade", son amie hurle, "elle était terrorisée". Les cris irritent profondément Alain, alors il lui met une première gifle, puis, "je ne sais pas pourquoi, je lui ai mordu le nez. Elle s'est tue." En cours de route, Alain s'arrête pour prendre avec lui sa toute nouvelle tronçonneuse, parce qu'il vient juste de l'acheter et en est "très fier". Il ne prévoit pas particulièrement de s'en servir, agissant impulsivement. Alain et son amie qui est toujours à l'arrière de la voiture, arrivent chez les connaissances, un couple. Alain sort de la voiture, portant sa tronçonneuse. Il souhaite discuter avec l'homme pour le convaincre de lui louer sa maison. Devant son refus de consentir à cette location, Alain l'agresse physiquement, le frappe avec la tronçonneuse. "Je m'en suis pris à lui pour qu'il comprenne qu'il devait louer ma maison, comme il s'était engagé. Je ne voulais pas lui faire de mal". L'homme parvient à se sauver. L'amie d'Alain restée à l'arrière de la voiture en profite pour se sauver également. Alain retourne vers la maison du couple, et emmène alors avec lui la femme du couple, Patricia, dans la voiture. Il prend soin de ranger la tronçonneuse dans le coffre, "je ne voulais pas la poser par terre et qu'elle se salisse". Son but en emmenant Patricia avec lui est de "lui montrer d'autres appartements pour qu'ils les louent vu qu'ils ne voulaient pas louer ma maison". Alain et Patricia roulent ensemble quelques temps, ils "se roulent un joint". Arrivés dans les appartements vides qu'Alain souhaitait lui montrer, il impose une relation sexuelle à Patricia. "Je ne sais pas pourquoi j'ai fait ça ". Alain décrit une entente préalable cordiale entre eux deux : "elle m'avait fait des cadeaux", "je pensais à ce moment qu'on avait un lien particulier, qu'on pouvait avoir un rapport sexuel". Alain n'a, au moment du viol, pas conscience du caractère imposé de la relation, "je pensais qu'elle était d'accord". La victime ne s'est pas opposée de façon manifeste, très probablement par crainte de ses réactions. C'est Alain lui-même qui avance cette hypothèse "elle avait peur de déclencher ma rage, donc elle ne s'est pas opposée". Après cela, Alain quitte les lieux, non conscient des agressions et du viol commis. Quelques heures plus tard, il retourne à la banque, toujours dans l'idée de retirer de l'argent. Sa mère ayant prévenu les gendarmes de ses menaces de braquage, il est attendu par les forces de l'ordre sur le parvis, où il est arrêté. Entre temps Patricia et les autres victimes ont porté plainte, l'ensemble des chefs d'accusation tombent.

Entretiens au SMPR :

Alain a une présentation physique robuste, il arbore de nombreux tatouages sur l'ensemble du corps. Certains sont artisanaux, d'autre réalisés par des professionnels, chacun est chargé d'histoire. Nombreux sont des prénoms féminins, car il "tombe facilement amoureux". Certains tatouages sont plus particuliers, comme celui qu'il a sous l'œil, qu'il a fait sur un coup de tête, après avoir eu un accident avec sa Harley. Il s'est également fait tatouer un "Fuck" sur la langue et "You" à l'intérieur de la lèvre inférieure, "pour les poulets, je peux les emmerder sans même leur parler !".

Alain vient à nos entretiens sur son temps de travail, car cela lui "fait une pause", même si son absence lui fait perdre une part de son salaire. Plusieurs heures par jour, il travaille dans un atelier où il range des caramels dans des boîtes, il s'y ennuie.

Alain est un patient sympathique, de bon contact. Il ne présente pas de traits pervers. Les entretiens sont ponctués de digressions, sans logorrhée ni fuite des idées. Il prend plaisir à évoquer les épisodes maniaques, "je m'amusais bien". On est presque emporté dans ses "aventures". Il reconnaît être nostalgique de ces phases maniaques, qu'il qualifie de "bons souvenirs". Avant l'incarcération, il partageait souvent ces péripéties avec ses amis, "on se marrait bien". Il évoque ces épisodes avec ludisme, fait le récit de jeux maniaques. Il parle souvent des forces de l'ordre qu'il nomme "poulets", dont il défie l'autorité avec grand plaisir lors de ces phases. Les scènes évoquées sont emplies de détails très précis, mais souvent Alain doute de la chronologie des événements. Son récit se présente parfois comme une succession de scènes juxtaposées, pas forcément dans le bon ordre. Alain effectue de multiples allers-retours dans le discours, pour pouvoir expliquer le sens qu'avaient ses actes sur le moment. En état maniaque, "le temps passe trop vite, je n'ai jamais le temps de faire tout ce que j'avais prévu dans une journée" "Tout est accéléré".

Il garde également de bons souvenirs des hospitalisations, "c'était rigolo", au cours desquelles il noue des liens avec certains patients. Même la chambre d'isolement, dans laquelle il fait plusieurs séjours, est source d'amusements, car elle est vécue comme l'occasion de défier les soignants, de transgresser les règles. Tout est source de jeu. Au sujet de sa maladie, Alain dit "Je préfère être bipolaire qu'avoir n'importe quelle autre maladie".

Par contre, lorsqu'au cours des entretiens nous abordons les faits d'agression et de viol, le ton d'Alain est très différent, grave, le visage est sérieux. Alain reconnaît les faits, mais n'avait pas sur le moment repéré la contrainte exercée. Les expertises psychiatriques présentencielles concluent pour l'une à l'abolition du discernement au moment des faits, tandis qu'une autre conclue à une altération du discernement. Un collège de deux experts mandatés par la suite conclue à un discernement altéré. L'altération du discernement est retenue lors du jugement. Alain accepte la peine, qui a du sens pour lui. "C'est mérité...", "En prison, je ne perds pas mon temps, ça m'a fait comprendre que j'avais besoin d'un traitement, depuis 4 ans que je suis incarcéré je suis stabilisé, je vais beaucoup mieux." Il a accès à la culpabilité et à la honte, et montre de l'empathie pour les victimes. "Elles ont du être terrifiées, j'avais vraiment pété un câble...". Il évoque en particulier Patricia, la victime du viol, avec empathie et culpabilité.

Alain est ponctuel et régulier aux entretiens psychiatriques, et un soin au CATTP lui est proposé. Il participe à la médiation "pâtisserie" puis à la médiation "terre", s'y investit avec enthousiasme, prend une place "sympathique" dans le groupe tout en restant adapté. Il a une bonne conscience de sa maladie bipolaire, prend son traitement très régulièrement. Il assure qu'il ne retombera pas dans les erreurs passées de rompre les soins. Nous l'interrogeons sur la nostalgie qu'il évoque en relatant l'exaltation maniaque, et notre inquiétude concernant une recherche de ces sensations perdues. Mais Alain tempère, car cet événement a été un coup d'arrêt brutal. Il explique avoir beaucoup évolué durant ces années de détention et de soin, et pouvoir se rappeler de certains moments agréables sans pour autant vouloir risquer de revivre de telles choses. Il admet aussi avoir honte dans l'après coup des comportements qu'il a lorsqu'il est maniaque. De plus, les moments dépressifs, qui suivent chaque état maniaque et dont il ne parle que très peu, sont particulièrement éprouvants et laissent une trace douloureuse. Nous essayons ensemble de repérer des facteurs particuliers ayant pu mener Alain à commettre des agressions et un viol lors de cet épisode maniaque. Alain repère que cet épisode était légèrement différent de ceux vécus antérieurement, avec plus d'agressivité et d'irritabilité. La note ludique était moins présente. Il avait également consommé du cannabis et de l'alcool, ayant pu altérer d'autant plus son jugement et augmenter l'impulsivité. Nous évoquons aussi sa personnalité sous-jacente, de type état-limite (impulsivité, multiples conduites de mise en danger,

instabilité professionnelle et personnelle, relations affectives intenses et souvent instables) pouvant être un terrain à risque d'actes violents.

Résultats des échelles cliniques (passées à l'âge de 48 ans, niveau d'études : CAP)

Evaluation thymique :

- Hypomanie de Angst : 2/20
- YMRS : 1/44
- MADRS : 1/60

Evaluation des comorbidités psychiatriques :

- MINI :

10 épisodes dépressifs majeurs (entre 25 et 40 ans)

Pas de risque suicidaire

12 épisodes maniaques entre 29 et 44 ans

Pas de trouble panique

Pas d'agoraphobie

Pas de phobie sociale

Pas de trouble obsessionnel compulsif

Pas d'état de stress post-traumatique

Abus d'alcool passé (de 18 à 44 ans)

Dépendance au cannabis (de 18 à 44 ans)

Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques passé (premier épisode à 29 ans, dernier à 32 ans)

Pas d'anorexie mentale

Pas de boulimie

Pas d'anxiété généralisée

Pas de trouble de la personnalité antisociale

- TDAH ASRS-v1.1 et DIVA 2.0 : Symptômes de TDAH adulte et pendant l'enfance, prédominance de la forme trouble de la concentration

Evaluation des fonctions cognitives :

- MOCA : 26/30

Perte d'un point en fluidité verbale, un point en fonction visuo-spatiale, 2 points en mémoire épisodique

- DAPHNE : 0/40

Evaluation des croyances concernant les médicaments :

- BMQ :

Concernant les psychotropes :

Nécessité du traitement psychotrope 25/25

Craintes concernant les psychotropes 7/25

Concernant les médicaments en général :

Sur-prescription de médicaments par les médecins 18/20

Dangers liés à l'utilisation des médicaments 6/20

Synthèse des résultats des échelles :

Alain a un trouble bipolaire de type 1, avec une prédominance d'épisodes maniaques, stabilisé au moment de la passation des échelles. Les comorbidités objectivées sont un abus

d'alcool, une dépendance au cannabis, un TDAH. Il n'y a pas d'altération des fonctions cognitives. Il n'y a pas de trouble de la personnalité antisociale.

On retrouve dans les expertises et pendant les entretiens un trouble de la personnalité état-limite, mais nous n'avons pas validé cette hypothèse par une mesure standardisée de la personnalité.

Alain a une représentation positive de ses traitements psychotropes (rapport nécessité/crainte : 3.6). Ceci est en faveur d'une bonne observance thérapeutique actuelle. Paradoxalement, il pense que les médicaments en général sont trop utilisés par les médecins. Cela semble lié à des croyances du patient concernant les vertus des "médecines naturelles" selon sa propre formulation.

3.2.3. Cas de Marc

Marc est un patient que nous n'avons pas pu rencontrer personnellement, en raison de son transfert dans un autre établissement pénitentiaire pour achever le reste de sa peine d'emprisonnement juste après son inclusion dans notre étude. En raison de la rareté des cas, nous avons choisi d'inclure tout de même ce patient. Les éléments cliniques suivants ont pu être recueillis grâce au dossier clinique, à l'expertise psychologique, ainsi qu'à l'aide précieuse de Marianne Jaglin, interne au SMPR dans le centre de détention qui a accueilli Marc, et qui a collecté des informations supplémentaires et fait passer au patient des échelles d'évaluation clinique.

Marc est arrivé en 2014, à l'âge de 55 ans, à la maison d'arrêt, puis est transféré un an plus tard en centre de détention. Il écope d'une peine de 5 ans d'emprisonnement ferme pour viol, assortie d'une mesure de suivi socio-judiciaire avec injonction de soin de 3 ans.

Antécédents médico-chirurgicaux :

- Diabète de type 2 (découvert en 2015)
- Brûlures au 3^e degré de 75 % de la surface corporelle suite à une tentative de suicide au gaz (1993)
- Asthme
- BPCO post-tabagique
- Dysplasie des cordes vocales
- Une crise convulsive en 2011 sur sevrage éthylique : TDM cérébral sans injection : lacunes bilatérales des noyaux gris centraux, élargissement des espaces péri-cérébraux
- Atrophie cérébelleuse avec ataxie
- Neuropathie périphérique, d'origine multicarentielle (alcool et défaut d'alimentation). Ces troubles s'améliorent à chaque période d'arrêt de l'alcool.

Antécédents psychiatriques :

- Trouble bipolaire de type 1
- Alcoolisme chronique débuté à l'adolescence (premières alcoolisations massives à l'âge de 15 ans au moment de l'entrée en internat)
- Addiction aux jeux (jeux de casino), avec curatelle renforcée secondaire à des problèmes d'argent
- Personnalité du registre état limite

Antécédents familiaux :

- Alcoolisme chronique chez le père
- Une tante paternelle décédée par suicide

Traitement médicamenteux actuel :

- Divalproate de Sodium 500 mg 1 0 1
- Cyamémazine 25 mg 1 0 1
- Anétholtrithione 25 mg 1 1 1
- Gliclazide 30 mg : 2 0 0
- Metformine 850 mg : 1 0 1
- Rosuvastatine 5 mg 1 0 0

Antécédents judiciaires

- 2011 : condamnation à 4 mois de prison avec sursis avec 5 ans de mise à l'épreuve pour violence conjugale

Biographie :

Marc est le cadet d'une fratrie de deux. Son frère aîné est boulanger. Son père, ancien agent dans l'administration, est décédé des suites d'un alcoolisme chronique. Sa mère était femme au foyer. Les liens sont aujourd'hui tendus entre elle et Marc, car les manifestations de la maladie de son fils, ainsi que ses nombreuses tentatives de suicide, l'ont éprouvée.

Marc ne garde que peu de souvenirs de ses années de scolarisation en maternelle et en primaire, il ne rapporte pas d'événement particulier. Il était plutôt bon élève. En revanche, il se rappelle avoir souffert d'une énurésie jusqu'à l'âge de ses sept ans. Au collège, il réussit très facilement. Il a même tendance à s'ennuyer, il a parfois du mal à se concentrer en classe, et a du mal à tenir en place. Il entre ensuite au lycée, où il vit à l'internat. Il commence à s'alcooliser à cette période avec ses camarades de chambrée, ramène de l'alcool en douce dans l'internat. Il écope de quelques sanctions sans gravité. A cette époque, Marc rentre peu au domicile familial, car les alcoolisations importantes de son père génèrent un climat d'inquiétude et de tension. Il ne rapporte cependant pas de faits de violence, de carence ou de maltraitance. Il obtient son bac avec aisance. Après le bac, il entreprend des études supérieures mais change plusieurs fois d'orientation. Il fait son année de service militaire. Il finit par obtenir un diplôme d'éducateur spécialisé, puis travaille quelques années en tant qu'éducateur dans une institution. En tout début de carrière, il assiste à un événement traumatique qui le marquera violemment. Sur son lieu de travail, un résident tue un autre résident. Il aide au nettoyage de la scène de crime, dont il garde des souvenirs effrayants de "cerveau et de sang partout". Marc présente au décours un épisode dépressif caractérisé majeur. A partir de cette date, il aura beaucoup de mal à réintégrer son poste, multipliant les arrêts de travail pendant plusieurs années. Il sera finalement déclaré en invalidité professionnelle à l'âge de 32 ans. A peu près à la même période, après quelques années d'une addiction aux jeux de casino qui ont entraîné une dilapidation de son argent, Marc est placé sous curatelle renforcée.

Sur le plan sentimental, Marc se décrit comme "séducteur", "toujours entouré de femmes", avec "des partenaires multiples". Il présente des relations sexuelles parfois à risque, ne se protégeant pas toujours. Il ne rapporte malgré cela pas d'infection sexuellement transmissible symptomatique. Il se marie une première fois, union qui dure 5 ans et qui lui

donne une fille qui est actuellement comptable. Il rencontre sa seconde épouse peu de temps après son divorce. Ils ont ensemble un fils, aujourd'hui juriste à l'étranger. Quelques années plus tard, Marc rencontre sa troisième épouse (Christine). Ils entretiennent une relation chaotique, et divorcent au bout de 10 ans de vie commune. Marc relie leur séparation à son "tempérament caractériel" et à sa propension à la boisson. Ils conservent des liens et se revoient épisodiquement, rencontres au cours desquelles ils ont parfois des relations sexuelles.

Marc n'a quasiment plus de liens avec ses enfants depuis leur préadolescence. Il perd le droit de garde, sans être déchu des droits parentaux. Il tente à plusieurs reprises de renouer le contact, mais cela achoppe rapidement. Au fur et à mesure, Marc est de plus en plus isolé sur le plan social et affectif. Il ne voit quasiment plus sa mère ni son frère. Il conserve seulement une relation avec son ex-femme Christine.

Histoire psychiatrique :

Vers l'âge de 15 ans, Marc débute ses premières alcoolisations massives, au moment de l'entrée à l'internat. Il devient alcoolodépendant au bout de quelques années, les alcoolisations se fondant avec les problèmes thymiques. Les consommations se font plutôt sur un mode dipsomaniaque, entrecoupées de périodes d'abstinence de plusieurs mois. Lors des états maniaques en revanche, il ne s'alcoolise quasiment pas, car l'effet « n'est pas intéressant ». L'exaltation est telle que l'alcool n'apporte pas d'effet psychotrope supplémentaire. Marc s'alcoolise en dehors des états maniaques afin de retrouver dans l'ivresse les mêmes sensations qu'en état maniaque : montée, euphorie, descente. Au fur et à mesure de l'évolution de son trouble bipolaire, les alcoolisations massives accompagnent surtout les épisodes dépressifs.

Le premier épisode thymique a lieu alors que Marc a environ 25 ans. Au décours d'un événement traumatique au travail, il présente un épisode dépressif caractérisé majeur. Il n'est pas hospitalisé à cette époque, ne consulte pas de médecin et ne reçoit pas de traitement. Il reste à son domicile pendant plusieurs mois, et récupère progressivement sans aide médicale.

Marc présente ensuite un premier épisode maniaque vers l'âge de 28 ans, au cours duquel il est hospitalisé pour la première fois en HO devant un comportement inadapté sur la voie publique en lien avec une excitation psychomotrice majeure. A partir de cette période, Marc sera hospitalisé de nombreuses fois, dans différentes régions. Il présente au cours de sa vie plusieurs états maniaques caractérisés (une dizaine répertoriés au total), avec lors de certains des idées délirantes mégalomaniaques et messianiques justifiant des mesures d'HDT ou de HO. Chaque décompensation maniaque est précédée d'une rupture de traitement médicamenteux et du suivi psychiatrique durant quelques mois. Il reçoit durant plusieurs années du Lithium, puis à partir de 2004 du Valpromide 1200 mg/jour, qui sera augmenté par périodes à 1500 mg/jour.

En 2010, il est hospitalisé en HO pour un accès maniaque au cours duquel il se montre très agressif. Marc est interpellé par les gendarmes alors qu'il déambule nu dans la rue, émet des propos sexuels très crus et inadaptés, qui sont récurrents ensuite au cours de la prise en charge hospitalière. Il montre une grande dispersion psychique et motrice, est logorrhéique, ludique, très excité. Juste avant d'être hospitalisé, déjà en crise maniaque, il frappe son épouse, qui porte plainte. La stabilisation thymique est obtenue grâce à une bi-thérapie thymorégulatrice par Aripiprazole 30 mg/jour et Valpromide 1500 mg/jour.

Le souvenir que garde Marc de ces épisodes est d'être comme un "chien fou", où "tout l'excite". Il est nostalgique de ces phases, qui étaient plus fréquentes en début de maladie, et se sont espacées avec a contrario une augmentation des épisodes dépressifs.

Les phases hyperthymiques sont en général suivies d'épisodes d'effondrement dépressif, pendant lesquels le patient fait souvent une tentative de suicide. Il fera notamment une tentative de suicide par immolation, qui le laisse gravement brûlé. Il est aussi régulièrement hospitalisé pour des intoxications médicamenteuses volontaires à répétition. Au cours de ces phases dépressives, une symptomatologie mélancolique n'est jamais atteinte, aucun élément délirant n'est rapporté.

Au fil du temps, le recours à l'hospitalisation à temps complet s'intensifie. Les décompensations thymiques se font plus souvent sur un mode dépressif. Les hospitalisations ont lieu grâce à l'intervention de personnes extérieures, en HL. Au fur et à mesure de l'évolution de son trouble bipolaire, le tableau dépressif prend une coloration particulière et

récurrente chez Marc. Il reste alité des semaines entières, voire des mois, en buvant de l'alcool massivement. Il est extrêmement incurique, s'urinant dessus. Il se souvient d'une sensation agréable, contenante, procurée par l'urine. Il ne ressent pas tant une souffrance psychique, mais décrit plutôt « un grand vide », « rien », comme si il avait « besoin d'être en hibernation ». En 2011, il reste hospitalisé quasiment un an, en faisant parfois des essais de sortie qui se soldent par des rechutes. Le moral est particulièrement bas, il s'auto-dévalorise, se replie. Devant l'incurie du logement, le service d'hygiène de la ville est alerté. Marc décrit une perte d'élan vital, n'avoir "plus envie de vivre", sans idées ni scénario suicidaire. Il est pessimiste et s'oppose activement aux soins. A cette période Marc exprime une perte des effets agréables de l'alcool, il ressent uniquement de l'agressivité, et commence à s'inquiéter pour sa santé. La difficulté à obtenir une restauration de l'humeur malgré un traitement par Venlafaxine 225 mg/jour, Olanzapine 10 mg/jour et Valpromide 1500 mg/jour fait envisager un traitement par électroconvulsivothérapie (ECT). Finalement, après une période d'abstinence prolongée ainsi qu'une réadaptation thérapeutique (diminution de l'Effexor à 150 mg/jour), le patient retrouve une certaine stabilité. Les ECT ne sont plus indiquées, de plus le risque de majorer des troubles cognitifs existants faisait douter de leur indication.

Marc a bénéficié à deux reprises d'un bilan neuropsychologique. Un premier bilan est réalisé en 2011 devant un déclin cognitif et des troubles mnésiques ressentis par le patient, et dans le cadre d'un projet de sismothérapie. Le bilan montre une efficience cognitive globale satisfaisant. Le MMSE (Mini Mental State Examination) est à 28/30 (perte de 2 points en calcul mental), avec de façon plus analytique des troubles mnésiques centrés sur une altération du stockage et de la récupération, ainsi que des intrusions. On repère également un trouble attentionnel, un défaut de la programmation, sans syndrome dyséxecutif marqué. Il existe de discrets troubles visuo-constructif. L'examen neurologique somatique retrouve des stigmates périphériques d'une polyneuropathie sur un terrain alcoololo-carentiel. On constate au TDM des lacunes bilatérales des noyaux gris centraux. L'IRM ne retrouve pas d'anomalie en regard des régions hippocampiques, ni d'argument pour la présence d'anomalies vasculaires. Le neurologue conclue à l'époque à un terrain alcoololo-carentiel qui rend probablement compte d'un certain nombre d'éléments, mais sans pouvoir écarter avec assurance un début de pathologie dégénérative. Les troubles de la

mémoire (profil cortical, temporal interne) et des fonctions exécutives peuvent en partie expliquer la détérioration de l'autonomie.

A son arrivée à la Maison d'arrêt en 2014, un nouveau bilan neuropsychologique est réalisé devant des plaintes mnésiques, qui sont stables dans le temps. Le MMSE est à 29/30 (perte de 1 point en calcul mental). L'efficacité cognitive est globalement stable dans le temps. Il est même noté une légère amélioration de certaines capacités, notamment concernant les performances mnésiques antérogrades. Il n'est pas été retrouvé de dysfonctionnement exécutif ou attentionnel, et les fonctions instrumentales sont satisfaisantes. Le neurologue conclue à une absence de dégradation des performances cognitives, et même au contraire à une discrète amélioration de certaines performances en lien avec une diminution de l'intoxication alcoolique.

Déroulement des faits :

Après une rupture de traitement et de suivi psychiatrique depuis plusieurs mois, ainsi que des alcoolisations massives irrégulières, Marc présente une nouvelle décompensation maniaque. Il est insomniaque, tachypsychique, très exalté et dispersé. Il présente une hyperactivité psychomotrice avec logorrhée. Il présente également des prémices d'idées délirantes avec un syndrome de concernement (il a l'impression que l'on parle de lui à la télévision), mais critique ces idées qui l'inquiètent. Dans cet état d'excitation qui dure depuis plusieurs jours, Marc a de nouveau très envie d'aller vers les autres. Il reprend contact avec son ex-femme Christine, et va chez elle. Ils boivent ensemble de grandes quantités d'alcool, de manière continue, sur plusieurs jours. Marc présente depuis quelques années des troubles de l'érection, et le couple utilise parfois des légumes pour la pénétration lors de leurs rapports sexuels. Marc va alors acheter des légumes dans la superette du quartier. Lui et Christine continuent à boire massivement. Marc a une amnésie de ce qui s'est passé ensuite, c'est "le trou noir". Christine appelle les secours et porte plainte pour viol. Lorsque les policiers arrivent sur les lieux, ils constatent que le logement est dans un état d'incurie majeure, avec des matières fécales dispersées à divers endroits. Marc est accusé d'avoir violé son ex-femme avec les légumes et est placé en détention provisoire.

Entretiens au SMPR :

A son arrivée à la maison d'arrêt, Marc est reçu aussitôt par le SMPR, en raison d'un état d'excitation signalé par l'administration pénitentiaire. Il présente en effet un état maniaque « refroidi par le choc carcéral ». L'exaltation a disparu, mais le patient présente une hypersyntonie. Il est logorrhéique, tachypsychique, très dispersé, ne peut pas se concentrer. La relation avec son codétenu est très compliquée. Il est complètement incurique. On repère également des éléments de toute puissance, avec une mégalomanie. Marc évoque encore des idées délirantes, il pense que l'on parle de lui à la télévision, tout en pouvant critiquer ces idées. Il lui est aussitôt prescrit un double traitement thymorégulateur (Divalproate de Sodium 1000 mg/jour et Olanzapine 10 mg/jour) ainsi qu'une sédation importante par Cyamémazine. Les idées délirantes disparaissent rapidement, puis les éléments maniaques s'abrasent. La stabilisation thymique est obtenue au bout d'environ trois semaines.

L'adaptation en détention est difficile pour Marc, il doit faire face à des contrariétés pénitentiaires et judiciaires. Peu à peu, il développe une vie ritualisée, s'adapte. Au bout de quelques mois, Marc exprime se sentir même mieux en prison qu'à l'extérieur, grâce à une vie rythmée, l'abstinence en alcool et l'absence de tentation, le confort de n'avoir "rien à organiser". Il reste par contre assez isolé par rapport aux autres détenus. Il a également peu de liens avec l'extérieur, seule sa mère lui téléphone de temps en temps. A distance des alcoolisations et des troubles thymiques, le contact avec Marc est de bonne qualité. Il verbalise aisément, faisant preuve d'une bonne efficacité intellectuelle. Il n'y a pas de déficit cognitif franc repéré.

Lors des premiers entretiens, Marc ne reconnaît au départ pas les faits, il se sent « sous le choc ». Il a une amnésie totale des faits reprochés. Il a au tout début une volonté de clamer son innocence, ne pouvant se reconnaître dans ce qui lui est reproché. Marc tente de comprendre ce qui a pu se passer, évoquant un « couple malsain », des jeux sexuels avec des substituts phalliques de ce type ayant déjà eu lieu en raison de ses problèmes d'érection. En effet, de telles difficultés avaient déjà été évoquées lors des entretiens avec son psychiatre quelques années auparavant. Marc n'a jamais eu de consultation spécialisée concernant ce problème. Les hypothèses de ses troubles de l'érection sont probablement mixtes, associant

une neuropathie multicarentielle et les possibles effets secondaires des traitements neuroleptiques.

Au bout de trois mois de détention et une période de stabilisation thymique, Marc arrête de lui-même l'Olanzapine et présente au bout d'un mois un fléchissement de l'humeur. Le moral est bas, il devient clinophilie, anhédonique, aboulique. Il désinvestit les activités entreprises en détention. La reprise de l'Olanzapine entraîne aussitôt une amélioration, avec reprise de l'élan vital. Malheureusement, au bout de quelques mois, la découverte d'un diabète imputé à l'Olanzapine oblige l'interruption de ce traitement. Cela permet une stabilisation des glycémies. On note alors un nouveau fléchissement thymique, à une période coïncidant avec le jugement pour viol sur son ex-femme. La confrontation aux faits et la condamnation à 5 ans de prison fermes (prise en compte d'une altération du discernement lors du prononcé de la peine) permettent à Marc un accès à la culpabilité. Malgré l'amnésie des événements, il reconnaît sa responsabilité, est extrêmement affecté. Il ne se reconnaît toujours pas dans de tels actes, mais accepte la condamnation. Il exprime de l'empathie pour la victime. Il ressent également une honte intense. Il est à cette période sujet à de nombreux épisodes d'angoisses massives. Grâce à une augmentation de la prise en charge au SMPR (rapprochement des entretiens, mise en place d'ateliers au CATTP) et une anxiolyse médicamenteuse par Cyamémazine, l'état de Marc s'améliore. Il continue à exprimer une profonde culpabilité, et accède à un questionnement sur son fonctionnement, en partie sur sa consommation d'alcool et le rapport qu'il entretient avec son trouble bipolaire. Il peut révéler un vécu d'angoisses majeures, un sentiment de vide chronique qu'il tente de soulager par les sensations éprouvées à travers les alcoolisations. Le traumatisme vécu en début de carrière semble avoir joué un rôle important dans la détérioration de son fonctionnement social, et avoir contribué, avec la maladie bipolaire et les addictions, au repli et à l'isolement progressifs.

Marc ne fait pas appel du jugement. Il est transféré ensuite en centre de détention, où il poursuit ses soins et reste observant quant au traitement. Il est accessible à une éducation thérapeutique, et débute en parallèle une prise en charge addictologique, ce qu'il avait auparavant toujours refusé.

Depuis son transfert, Marc n'a pas présenté de décompensation thymique. Le traitement par Divalproate de Sodium 1000 mg/jour et un étayage ambulatoire suffisent au maintien d'une humeur stable.

Résultats des échelles cliniques (passées à l'âge de 56 ans, niveau d'études Bac + 3) :

Evaluation des comorbidités psychiatriques :

- MINI

9 épisodes dépressifs majeurs (entre 25 et 53 ans)

Pas de risque suicidaire

10 épisodes maniaques (entre 28 et 55 ans)

Pas de trouble panique

Pas d'agoraphobie

Pas de phobie sociale

Pas de trouble obsessionnel compulsif

Etat de stress post-traumatique suite à un traumatisme à l'âge de 25 ans

Dépendance alcoolique/abus d'alcool : oui

Troubles liés à une substance non alcoolique : non

Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques passé

Pas d'anorexie mentale

Pas de boulimie

Pas d'anxiété généralisée

Pas de trouble de la personnalité antisociale

- DIVA 2.0 et ASRS-v1.1 : Symptômes de TDAH dans l'enfance et à l'âge adulte, prédominance de la forme trouble de la concentration

Evaluation des fonctions cognitives :

- MMSE : 29/30
- DAPHNE : 1/40

Les échelles Check-list d'hypomanie de Angst, YMRS, MADRS, MOCA et BMQ n'ont malheureusement pas pu être réalisées faute de contraintes liées à l'organisation.

Synthèse des résultats des échelles :

Les échelles réalisées objectivent un trouble bipolaire de type 1 avec prédominance d'états maniaques, une addiction à l'alcool, un TDAH et un état de stress post traumatique. Il n'y a pas de déficit cognitif détecté. Cependant on peut, devant certains arguments cliniques (incurie, troubles du jugement, comportement frontal), évoquer un début de démence alcoolique surajoutée, compatible avec un MMSE normal.

3.2.4. Synthèse des résultats (tableau récapitulatif)

Caractéristiques cliniques

	Case report 1 Jean	Case report 2 Alain	Case report 3 Marc
Type de trouble	Trouble bipolaire de type 1	Trouble bipolaire de type 1	Trouble bipolaire de type 1
Age du premier épisode maniaque	48 ans	29 ans	28 ans
Nombre total d'épisodes maniaques	3	12	10
Age du premier épisode dépressif	49 ans	25 ans	25 ans
Nombre total d'épisodes dépressifs	4 selon la MINI, 1 constaté sur le plan psychiatrique	10	9
Hospitalisations antérieures	Non	Nombreuses, dont SDRE et SDT	Nombreuses, dont SDRE et SDT
Suivi psychiatrique antérieur	Non	CMP, ruptures de suivi itératives	CMP, ruptures de suivi itératives
Observance médicamenteuse antérieure	Sans objet	Mauvaise, nombreuses rupture de traitement	Mauvaise, nombreuses ruptures de traitement
Facteurs liés à la décompensation maniaque	Deuil, licenciement, réduction du temps de sommeil	Rupture de traitement, majoration des consommations de cannabis	Rupture de traitement, alcoolisations massives
Durée d'évolution du trouble bipolaire au moment du passage à l'acte	2 semaines	19 ans	30 ans
Antécédents médico-chirurgicaux	Diabète, glaucome, hypercholestérolémie, maladie de Dupuytren, HBP, crises convulsives	Cryptorchidie, AVP, TC	Diabète, asthme, BPCO, dysplasie des cordes vocales, brûlures cutanées, neuropathie périphérique
Comorbidités addictives vie entière	Non	Addiction au THC, abus d'alcool	Addiction à l'alcool et aux jeux
Hypersexualité	Non	Non	Non
Comorbidités psychiatriques vie entière	Trouble anxieux généralisé entre 2000 et 2005	TDAH enfance et âge adulte	TDAH enfance et âge adulte, ESPT
Troubles des conduites dans l'enfance et l'adolescence	Non	Oui	Oui

	Case report 1 Jean	Case report 2 Alain	Case report 3 Marc
Personnalité	Traits de personnalité histrioniques et phobiques	Etat-limite	Etat-limite
Antécédents de maltraitance dans l'enfance	Non	Non	Non

Caractéristiques du passage à l'acte

	Case report 1 Jean	Case report 2 Alain	Case report 3 Marc
Age de l'auteur	48 ans	44 ans	55 ans
Durée d'évolution de l'épisode maniaque au moment des faits	2 semaines	1 semaine	1 semaine
Symptômes psychotiques	doute sur un délire sous-jacent (éléments interprétatifs)	Non	oui (syndrome de concernement)
Traits cliniques saillants au moment du passage à l'acte	Hostilité, irritabilité, toute puissance, désorganisation, hyperactivité, désinhibition	Hostilité, toute puissance, exaltation, hyperactivité, idées de grandeur, désorganisation	Hypersociabilité, désinhibition, exaltation, toute puissance, désorganisation, incurie
Autres infractions commises au cours du même épisode	oui (exhibitionnisme non judiciairisé, vols, infraction routière)	oui (vol, violence avec arme, séquestration)	Non
Tentatives d'alerte de l'entourage	Oui (son fils)	Oui (sa mère)	Non
Sexe de la victime	Féminin	Féminin	Féminin
Age de la victime	4 ans	46 ans	51 ans
Lien avec la victime	Voisine	Amie	Ex-épouse
Niveau de préméditation	Aucun, passage à l'acte impulsif	Aucun, passage à l'acte impulsif	Aucun, passage à l'acte impulsif
Coups et blessures, sadisme associé	Non	Non	Non
Consommation d'alcool associée	Non	Oui	Oui
Consommation d'autres toxiques	Non	Oui (Cannabis)	Non
Comportement de l'auteur aussitôt après les faits	Quitte les lieux, poursuit ses projets	Quitte les lieux, poursuit ses projets	Reste sur les lieux

Caractéristiques après le passage à l'acte

	Case report 1 Jean	Case report 2 Alain	Case report 3 Marc
Traitement médicamenteux permettant la stabilisation thymique	Quétiapine LP 800 mg/j + Divalproate de Sodium 1000 mg/j	Oxcarbazépine 1200 mg/j + Olanzapine 20 mg/j	Divalproate de Sodium 1000 mg/j
Evaluation des fonctions cognitives	MOCA 24/30, DAPHNE 0/40	MOCA 26/30, DAPHNE 0/40	MMSE 29/30, DAPHNE 1/40
Reconnaissance des faits	Entière	Entière	Entière
Honte	Oui	Oui	Oui
Culpabilité	Oui	Oui	Oui
Aménagements pervers	Non	Non	Non
Volonté de changement	Oui	Oui	Oui
Alliance thérapeutique après les faits	Bonne	Bonne	Bonne
Prononcé d'un 122-1 alinéa 2	Oui	Oui	Oui
Durée de la peine de privation de liberté	6 ans	8 ans	5 ans
Durée de l'injonction de soin	5 ans	10 ans	3 ans

4. TROISIEME PARTIE : DISCUSSION DES ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES

4.1. Discussion pour chaque cas

4.1.1. Jean

Synthèse du cas :

Jean est un patient atteint d'un trouble bipolaire type 1, dont le premier épisode maniaque a eu lieu à 48 ans. Il a des traits de personnalité de type histrioniques et phobiques, et a pour antécédent psychiatrique un trouble anxieux généralisé. Il présente un deuil difficile au moment de l'évaluation clinique. Il est également porteur d'un diabète insulino-dépendant.

Lors de son premier épisode maniaque, Jean a commis un viol sur une petite fille de 4 ans, viol s'insérant dans une succession d'infractions commises au cours du même épisode, chez un sujet indemne d'antécédent judiciaire. Le diagnostic de manie a été porté aussitôt après les faits, au cours d'une hospitalisation en SDRE décidée lors de la garde à vue. Une hyperglycémie a été mise en évidence de façon concomitante.

Jean est un sujet au fonctionnement évoquant une certaine immaturité et passivité, ainsi qu'une dépendance affective.

Discussion d'un diagnostic différentiel :

Jean est porteur d'un diabète de type 2, insulino-dépendant. Au cours de la décompensation maniaque, l'alimentation était anarchique, et la prise de son insuline inadaptée. Lors de son admission en SDRE dans un service de psychiatrie à l'issue de la garde à vue, une hyperglycémie avait été diagnostiquée (nous n'avons pas pu nous procurer les dosages exacts et nous ignorons si des complications hydroélectrolytiques étaient présentes). Nous pouvons donc nous interroger sur la présence d'une hyperglycémie ou d'une hypoglycémie ayant altéré la conscience au moment du passage à l'acte.

L'hyperglycémie peut survenir chez les patients diabétiques non ou mal observants. Les deux complications de l'hyperglycémie sont l'acidocétose diabétique et le syndrome d'hyperglycémie hyperosmolaire. Les mécanismes physiopathologiques sont proches. L'hyperglycémie entraîne une déshydratation par diurèse osmotique, puis la carence insulinique active la production de corps cétoniques, responsables à terme d'une acidose métabolique organique. Les corps cétoniques ont des propriétés anesthésiques, expliquant en partie les troubles de la conscience (94). L'expression clinique de ces pathologies se traduit entre autres par une altération de la conscience.

Dans le cas de Jean, son diabète de type 2 est insulinodéficient, et nécessite une insulinothérapie. Les mécanismes de contre-régulation de l'hypoglycémie sont donc altérés et il peut présenter des hypoglycémies sévères (95). L'excès d'apport en insuline associé à des apports nutritionnels inadéquats peut entraîner une hypoglycémie. Ce désordre peut se manifester par des troubles neurologiques parfois graves, tels qu'une agressivité, une excitation, des difficultés idéatoires, des changements de comportement, une labilité émotionnelle.

En plus de l'hyperglycémie diagnostiquée après son arrestation, les symptômes présentés par Jean au moment du passage à l'acte pourraient être en faveur d'un désordre glycémique. Les souvenirs que Jean a du viol semblent flous, il se rappelle d'une irritabilité, et d'avoir proposé à l'enfant de manger des gâteaux. L'irritabilité et les troubles mnésiques peuvent entrer dans le cadre d'une symptomatologie liée au désordre métabolique. La proposition de manger des gâteaux est en apparence immature. Elle pourrait en effet s'inscrire soit dans le fonctionnement immature du patient favorisé par la désinhibition, soit dans une envie irrésistible de consommer des aliments sucrés liée à une hypoglycémie, ou encore s'expliquer par l'association de ces deux facteurs.

Discussion des facteurs de risque de violence :

Le trouble bipolaire de type 1 est le trouble affectif le plus à risque de violence. Il s'agissait d'un premier épisode maniaque, et la méconnaissance du trouble a participé à un mauvais insight et à l'absence de capacité à demander une aide extérieure. Le contexte de fin de vie de son épouse (menace de perte de la personne étayante au sein d'un fonctionnement immature et dépendant), ainsi que le contexte de licenciement, sont des facteurs de déstabilisation majeurs, sources d'un stress intense et donc de violence potentielle. Les traits cliniques présents lors de l'épisode maniaque (toute puissance, irritabilité, désinhibition, désorganisation, probables éléments délirants de persécution) majorent ce risque. D'ailleurs, le viol a eu lieu au cours d'une série d'infractions d'autres natures au sein du même épisode maniaque, chez un sujet indemne d'antécédents judiciaires et au fonctionnement social habituel approprié.

Discussion des bilans réalisés au décours de l'épisode maniaque :

Une hyperglycémie a été diagnostiquée au moment de l'arrivée de Jean en hospitalisation. Une imagerie cérébrale signe l'absence de processus organique.

Devant de telles conduites désinhibées, des sérologies à la recherche d'infections sexuellement transmissibles auraient été intéressantes. Un bilan de personnalité et un bilan neuropsychologique auraient également pu avoir leur intérêt devant ce mode de décompensation particulier et grave d'un premier épisode thymique.

Discussion des traitements reçus :

Le premier épisode maniaque a été traité par Olanzapine 20mg, traitement conforme aux recommandations (5)(15), ce qui a permis une stabilisation thymique. Jean répond bien et rapidement aux antipsychotiques. Cependant, une déstabilisation du diabète a obligé à remplacer l'Olanzapine par une autre molécule. Le choix s'est porté sur de la Quétiapine LP 400 mg/j. Le choix de cet antipsychotique interroge, en raison de ses effets secondaires également diabétoènes. Les traitements habituellement préconisés et exempts de

retentissement sur le diabète sont le Lithium et le Divalproate de Sodium. L'Aripiprazole et la Risperidone sont également des traitements de première intention de l'état maniaque mais sont contre-indiqués chez Jean en raison de leurs effets secondaires hyperglycémisants. Une bithérapie par Quétiapine et Divalproate de Sodium a finalement été instaurée devant une nouvelle phase de décompensation, et permet une actuelle stabilité thymique.

Nous avons évalué l'observance actuelle de Jean à travers l'évaluation des croyances concernant les médicaments. Aujourd'hui, il apparaît que Jean reconnaît entièrement la nécessité de prendre un traitement psychotrope, et que ses craintes sont modérées. Ceci est en faveur d'une bonne observance thérapeutique (93).

Discussion de la place de la sexualité :

Jean décrit une sexualité conventionnelle, hétérosexuelle exclusivement. Avant que la maladie de son épouse s'aggrave, le couple avait des rapports sexuels réguliers. Suite aux lourds problèmes de santé dont elle a souffert, le couple n'a pas eu de rapport sexuel pendant environ un an. Jean rapporte que cette absence de rapports n'a pas généré de frustration, d'obsessions particulières, ou l'émergence d'activités fantasmatiques déviantes. Il s'est masturbé occasionnellement pendant cette période, mais sa libido était basse, en raison des épreuves qu'il traversait. On ne retrouve pas d'éléments faisant évoquer une quelconque paraphilie. La place et la subjectivité de l'autre est reconnue, la relation interpersonnelle est investie sans éléments de contrainte ou de domination.

4.1.2. Alain

Synthèse du cas :

Alain est atteint d'un trouble bipolaire type 1, à polarité maniaque prédominante, son premier épisode maniaque ayant eu lieu à 29 ans. Sa personnalité est de type état-limite. Il a pour autres comorbidités psychiatriques notables une addiction au cannabis, un abus d'alcool, un TDAH (forme trouble de la concentration prédominante) persistant à l'âge adulte.

Alain a commis un viol à l'âge de 44 ans, au cours d'un énième épisode maniaque durant lequel il a perpétré une série d'infractions violentes. La décompensation maniaque avait déjà été diagnostiquée par son psychiatre traitant une semaine avant les faits, et a également été constatée au moment de l'arrivée à la maison d'arrêt, aussitôt prise en charge au SMPR. Alain avait déjà présenté des comportements violents contre les biens et les personnes lors de précédents épisodes maniaques. Il avait également commis d'autres infractions en dehors de tout épisode thymique.

Alain a un fonctionnement où prédominent l'impulsivité et l'instabilité. La gestion de l'agressivité est défaillante, et la propension au recours à l'agir domine son existence.

Discussion des diagnostics différentiels

Le trouble du contrôle des impulsions est un ensemble de troubles caractérisé par la difficulté à résister à une impulsion, une pulsion ou une tentation alors que le passage à l'acte est nuisible à l'individu ou à son entourage. Les individus éprouvent un sentiment d'excitation et de plaisir avant l'acte, et une satisfaction ou un bien-être au moment de l'accomplissement de l'acte. Le trouble du contrôle des impulsions et le trouble bipolaire partagent de nombreux points communs (96). Ils ont des caractéristiques cliniques similaires, comme la présence de comportements à risque, la recherche de sensations, l'impulsivité et l'instabilité émotionnelle. Ils débutent à un âge jeune, et sont fréquemment comorbides. Ils sont également souvent associés dans les études familiales. Certains arguments biologiques sont en faveur de la proximité de ces deux troubles : les possibles anomalies communes des circuits sérotoninergiques et dopaminergiques, et la réponse similaire aux antidépresseurs et aux thymorégulateurs. Dans le trouble du contrôle des impulsions comme dans la manie, l'impulsivité domine le tableau, et des comportements agressifs, antisociaux (vols, pyromanie), dépenses inconsidérées, hypersexualité, absence de prise en considération des risques peuvent s'observer. Dans le trouble du contrôle des impulsions il y a, au moment du passage à l'acte, un plaisir intense. Les comportements antisociaux répétés d'Alain, associés à un certain plaisir, peuvent faire s'interroger sur la présence de ce type de trouble. De plus, Alain avait mis le feu dans un appartement lors d'un épisode maniaque. Ce comportement peut entrer dans la symptomatologie d'un état

maniaque, mais aussi dans le cadre d'une pyromanie caractéristique d'un trouble du contrôle des impulsions.

Le mode de vie instable et marginal d'Alain, sa difficulté à conserver un emploi sur le long terme, sa tendance aux relations intenses et peu durables, les multiples infractions débutées à l'adolescence et qui ont ensuite jalonné son parcours questionnent sur un trouble de la personnalité psychopathique. On ne retiendra cependant pas ce diagnostic chez ce patient. En effet, Alain est capable d'investir des relations interpersonnelles, d'éprouver de l'empathie. Il ressent de la culpabilité et des remords, et on ne retrouve pas d'hypertrophie du moi.

La consommation aigüe d'alcool (une bière de 50 cL) et de cannabis (un joint) quelques heures avant le passage à l'acte, dans le cadre d'un trouble addictif au cannabis et de trouble de l'usage d'alcool préexistants, ont probablement favorisé une impulsivité structurelle ainsi qu'une levée des inhibitions et un trouble du jugement. L'agression à l'arme blanche commise en 2010 avait eu lieu dans des circonstances de consommation de toxiques, sans décompensation thymique, mettant en exergue la potentialité agressive du patient lors de la consommation de substances psycho-actives.

Le père d'Alain est décédé des suites d'une maladie de Parkinson. Même si Alain ne présente pas de signes cliniques faisant évoquer une maladie de Parkinson, nous pouvons nous interroger sur la présence d'une vulnérabilité génétique à des désordres neuropsychiatriques au sens large chez ce patient (97).

Discussion des facteurs de risque de violence :

Alain est atteint d'un trouble bipolaire de type 1 évoluant depuis près d'une vingtaine d'années au moment des faits, comprenant majoritairement des décompensations sur un mode maniaque, forme la plus à risque de violence. La qualité de l'observance thérapeutique et de l'insight était particulièrement mauvaise, facteur clinique également à risque. Chaque décompensation maniaque était précédée d'une rupture de traitement médicamenteux. Malgré les mesures de contraintes répétées (SPDT et SDRE), le suivi d'Alain a été ponctué d'interruptions. On note qu'Alain avait déjà présenté des violences contre les

biens et les personnes au cours d'épisodes maniaques antérieurs, avec à plusieurs reprises une agressivité envers sa mère et les autres personnes intervenant près de lui. L'agressivité semble donc être chez lui en partie symptomatique de son mode de décompensation maniaque.

Le trouble de la personnalité de type état limite majeure le risque de violence, en raison de l'impulsivité et des difficultés à gérer les situations conflictuelles. De plus, le TDAH est un facteur supplémentaire de risque de comportement violent. Le TDAH est surreprésenté en population carcérale, l'impulsivité, l'hyperactivité motrice, la recherche de nouveauté et la tendance à la consommation de stupéfiants caractérisent ce trouble, pouvant être à l'origine d'infractions. L'ensemble de ces caractéristiques cliniques sont présentes de manière chronique chez Alain, même en dehors des épisodes thymiques. Les comorbidités addictives ne font que renforcer un tableau déjà structurellement impulsif.

Les troubles des conduites ont commencé dans l'adolescence, puis des infractions de nature diverses avec notamment des violences contre les personnes ont été récurrentes tout au long de la vie d'Alain. Ces antécédents, associés à une insertion sociale précaire, majorent le risque de violence.

L'ensemble de ces facteurs, historiques, structurels, contextuels et cliniques, s'associent et amplifient le risque de comportement agressif. L'épisode maniaque était teinté d'hostilité, toute puissance, mégalomanie et désorganisation, facteurs cliniques aigus supplémentaires. Le viol a d'ailleurs été commis au sein d'une série d'infractions violentes au cours du même épisode maniaque, dans un contexte de rupture thérapeutique.

Discussion des bilans réalisés au décours de l'épisode maniaque :

Un bilan biologique a été réalisé dans les jours suivant l'admission du patient, ne montrant pas d'anomalie biologique pouvant expliquer un tel tableau (hémogramme, bilan thyroïdien, hépatique, hydroélectrolytiques normaux). En revanche, des sérologies à la recherche d'infections sexuellement transmissibles n'ont pas été réalisées.

Nous ne retrouvons pas de trace d'une imagerie cérébrale dans le cadre du bilan de ce nouvel épisode maniaque. Le dernier TDM cérébral remonte à 2009 (dans le cadre du bilan

d'un traumatisme crânien). Alain étant un patient bipolaire de type 1 déjà connu, avec de nombreuses hospitalisations pour décompensations thymiques, l'équipe le prenant en charge n'a pas dû juger utile de réaliser une nouvelle imagerie, la clinique de l'épisode devant être appréciée comme suffisamment typique. Une imagerie cérébrale est en effet recommandée dans le cadre du bilan d'un premier état maniaque, mais il n'y a pas forcément lieu d'en réaliser à chaque décompensation si le trouble est typique (15).

Discussion des traitements reçus :

Alain a reçu de nombreux traitements antipsychotiques puis thymorégulateurs à partir de l'âge de sa première décompensation maniaque à 29 ans. Chaque rechute thymique est précédée d'une rupture plus ou moins rapide du traitement médicamenteux de la part du patient.

Au début de l'évolution des troubles, Alain recevait de l'Halopéridol (probablement en raison du tableau délirant présenté lors des décompensations) en association avec du Zuclopenthixol (sans doute destiné à traiter la dimension impulsive). La non observance médicamenteuse, liée à des effets secondaires gênants (baisse importante de la libido chez un homme jeune), ont mené à la prescription de Risperidone. La Risperidone fait partie des traitements recommandés en première intention dans le traitement de l'état maniaque (recommandations de la HAS et internationales) (5)(15). Mais son retentissement également néfaste sur la libido, associé à une prise de poids, ont conduit à une nouvelle rupture thérapeutique. Une période de traitement intramusculaire par Fluphénazine a succédé, responsable d'une somnolence excessive et de dyskinésie à l'origine d'une nouvelle rupture médicamenteuse. Alain a reçu de l'Olanzapine au bout de 10 ans d'évolution du trouble. Ce délai d'introduction d'un traitement thymorégulateur chez un patient bipolaire coïncide avec les données de la littérature (4). Alain tolérait bien cette molécule, mais le défaut d'insight, d'observance et d'éducation thérapeutique ont conduit à des prises anarchiques et à des interruptions itératives de traitement. Devant la difficulté à obtenir une euthymie après un nouvel épisode maniaque, la prescription d'une double thymorégulation s'est avérée nécessaire à partir de l'âge de 38 ans. Après plusieurs tentatives d'associations, et de multiples ruptures de traitement, l'association Oxcarbazépine et Olanzapine permet un

équilibre thymique. Alain reçoit toujours cette association médicamenteuse aujourd'hui, sans rechute lorsque il est observant.

A travers ce parcours chaotique transparait un patient dont la maladie répond bien aux traitements antipsychotiques et thymorégulateurs, malgré des troubles addictifs qui peuvent généralement entraîner une moins bonne réponse aux thymorégulateurs (75), mais dont l'inobservance médicamenteuse répétée a entraîné de multiples rechutes. Ces difficultés majeures d'observance chez Alain semblent liées à plusieurs facteurs : un mauvais insight, une mauvaise compréhension du rôle des traitements, une recherche des états maniaques, l'usage de toxiques, la personnalité dominée par des traits d'impulsivité et donc une non prise en compte des conséquences potentielles de ses actes.

Alain a reçu durant les 5 premières années d'évolution des troubles, des antipsychotiques essentiellement (Halopéridol, Zuclopenthixol). L'Halopéridol n'est recommandé qu'en troisième ligne dans le traitement de l'état maniaque, et le Zuclopenthixol n'est pas préconisé (5). Cela peut s'expliquer en partie par la fréquente confusion du trouble bipolaire avec la schizophrénie au début de l'évolution des troubles. La clinique des états maniaques est polymorphe et hétérogène, et s'accompagne fréquemment d'une symptomatologie psychotique. Les états maniaques peuvent donc souvent prendre la forme d'états psychotiques aigus, et la question du diagnostic différentiel avec une schizophrénie est régulièrement soulevée dans la pratique quotidienne (98). Les premières hospitalisations d'Alain étaient marquées par une symptomatologie délirante, évoquant un épisode psychotique aigu plutôt qu'une entrée dans un trouble bipolaire, il est donc pertinent qu'il ait reçu des antipsychotiques en premier lieu.

Alain n'a jamais reçu de lithium au cours de l'évolution de sa maladie bipolaire. L'hypothèse est que, devant les difficultés d'observance médicamenteuse de ce patient, son psychiatre aurait pu ne pas souhaiter introduire du lithium en raison des risques encourus en cas de mésusage.

Nous avons évalué l'observance actuelle d'Alain à travers l'évaluation des croyances concernant les médicaments. Aujourd'hui, après 4 ans de stabilisation thymique, il apparaît qu'Alain a confiance en ses traitements, et a peu de craintes les concernant, ce qui est un facteur majeur de bonne observance thérapeutique (93). Cependant, Alain a cette

perception après 4 années de stabilisation dans un cadre très particulier. Nous pouvons imaginer que ses croyances étaient très différentes auparavant, ce qu'il nous a lui-même confié. Il aurait été intéressant d'avoir une évaluation comparative.

Place de la sexualité :

Alain a eu son premier rapport sexuel à 17 ans. Il ne présente pas de paraphilie. Il est hétérosexuel, a eu des relations avec plusieurs compagnes et se décrit comme "gros demandeur", ce qu'il traduit par en moyenne un rapport sexuel tous les jours à tous les deux jours lorsqu'il est en couple. La sexualité a une place importante pour Alain, et les traitements ayant des effets négatifs sur la libido sont mal supportés par le patient. L'autre est investi en tant que sujet différencié et singulier. On ne retrouve pas d'hypersexualité pathologique, de notion de comportement sexuel à risque, ni d'antécédent d'infection sexuellement transmissible.

4.1.3. Marc

Synthèse du cas :

Marc est un patient atteint d'un trouble bipolaire de type 1 à polarité maniaque prédominante, son premier épisode maniaque ayant eu lieu à 28 ans. Il présente une personnalité type état-limite. Ses autres comorbidités psychiatriques associent une addiction à l'alcool, une addiction aux jeux de casino, un TDAH (forme trouble de la concentration prédominante) dans l'enfance et à l'âge adulte, et un état de stress post-traumatique.

Il a commis un viol au cours d'un état maniaque, associé à une alcoolisation massive. L'état maniaque a été diagnostiqué aussitôt après les faits, à son arrivée à la maison d'arrêt par les psychiatres du SMPR. On note un précédent épisode de violence conjugale (sans violence sexuelle) dans les prémices d'un état maniaque antérieur.

Le fonctionnement de Marc est empreint d'une certaine passivité, sur un fond anxieux décompensé après un traumatisme au travail. La fuite des relations interpersonnelles, l'isolement social et les conduites addictives dominent l'évolution du tableau.

Discussion des diagnostics différentiels

L'aspect de désinhibition majeure, l'incurie manifeste et la présence de matières fécales répandues dans le domicile au cours de l'épisode maniaque soulèvent la question d'une atteinte frontale. En outre, lors de précédents épisodes dépressifs, Marc avait déjà présenté des phases d'apragmatisme et d'incurie importantes. Marc est âgé de 55 ans au moment des faits, et sa pathologie bipolaire évolue depuis une trentaine d'années. Chez le sujet bipolaire vieillissant, le risque d'évolution vers des troubles cognitifs puis un état démentiel est significatif, les capacités cognitives se détériorant progressivement à partir de l'âge de 45 ans (99). Les altérations cognitives du patient bipolaire évoluent lentement et sont de type frontal. Les troubles mnésiques font souvent partie des premières plaintes du patient. Les scores au MMSE sont longtemps préservés, ce test est donc peu sensible pour dépister les altérations cognitives débutantes. Les atteintes frontales peuvent se traduire par des symptômes comportementaux dans un premier temps, essentiellement de type apathique, ainsi qu'une diminution des capacités de contrôle pulsionnel. Chez Marc, on note d'une part des plaintes mnésiques répétées, et d'autre part un certain repli en cellule, pouvant évoquer un début d'apathie. Même si le MMSE reste correct (29/30), on ne peut pas grâce à ce seul test éliminer un début de démence frontale pouvant s'inscrire dans le vieillissement de son trouble bipolaire. Les résultats des TDM réalisés en 2011 et 2014 ne permettaient pas non plus d'écarter avec assurance un début de pathologie dégénérative. Marc présente en outre des facteurs de risque supplémentaires de déclin cognitif. Le nombre d'épisodes thymiques et d'hospitalisations, l'âge précoce du premier épisode maniaque (avant 40 ans) et la présence de symptômes psychotiques semblent en effet être des facteurs d'aggravation du déclin cognitif. L'addiction à l'alcool a également un effet délétère surajouté. La consommation régulière et excessive d'alcool, en raison de sa toxicité cérébrale, induit des troubles cognitifs, allant de troubles cognitifs légers à modérés, aux démences alcooliques et

au syndrome de Korsakoff. Les atteintes frontales sont possibles, et on observe parfois une altération de la théorie de l'esprit chez les patients alcoolo-dépendants (100).

Marc a présenté tout au long de sa vie des comportements sexuels à risque. Un bilan sérologique récent à la recherche d'infections sexuellement transmissibles n'a pas été réalisé. Or, la syphilis est en recrudescence depuis les années 2000. Lorsque cette infection n'est pas soignée à temps, des manifestations neurologiques peuvent apparaître au bout de 4 à 7 ans d'évolution (phase tertiaire). Les symptômes peuvent être variés et se manifester, en fonction du stade, par une ataxie, des troubles mnésiques isolés, des modifications du caractère et une évolution vers une atrophie cortico-sous-corticale à prédominance fronto-temporale, avec à terme une démence. Le tableau peut aussi être brutal, débutant par un épisode confusionnel ou un épisode délirant (thématique mégalomaniaques, surestimation de soi et idées de grandeur essentiellement). Les tests psychométriques mettent alors en évidence des signes frontaux (101). La sexualité à risque et les traits cliniques présentés chez Marc auraient pu faire évoquer une neurosyphilis.

Discussion des facteurs de risque de violence

Marc présente un trouble bipolaire de type 1 évoluant depuis 27 ans, à polarité maniaque prédominante. L'association à une personnalité à dominante impulsive (état-limite) et à un TDAH prédispose le patient à un sur-risque de violence, comme chez Alain. La présence d'une addiction comorbide à l'alcool, consommé de manière dipsomaniaque, favorise la levée d'inhibition et les troubles majeurs du jugement. On note également une observance thérapeutique et un insight médiocres, avec des ruptures de traitement répétées, à l'origine de décompensations thymiques. Les traits cliniques prédominants au moment de l'épisode maniaque ayant conduit au passage à l'acte (désinhibition, toute puissance, désorganisation, caractéristiques psychotiques) sont à risque de survenue de comportement violent. Des facteurs historiques marqués par des antécédents de violence conjugale augmentent le risque de violence ultérieure. Les facteurs contextuels tels que l'isolement socio-affectif et la désinsertion sociale sont aussi notablement à risque.

Discussion des bilans réalisés au décours de l'épisode maniaque :

Un bilan biologique réalisé au décours des troubles ne retrouvait pas, en dépit des consommations d'alcool, de perturbation du bilan hépatique. Les sérologies à la recherche d'infections sexuellement transmissibles n'ont pas été réalisées. Malgré l'absence de plainte symptomatique, les recherches auraient été intéressantes au regard des conduites à risque.

Un bilan neuropsychologique a été réalisé en 2011 et à nouveau en 2014, après les faits, devant des plaintes mnésiques subjectives, retrouvant une efficacité cognitive satisfaisante. Cependant, le bilan réalisé ne comprenait pas de MOCA mais un MMSE. Or l'évaluation des fonctions cognitives avec le MMSE n'évalue pas les fonctions exécutives et les capacités d'abstraction. Sa sensibilité est moins importante pour dépister les troubles frontaux.

Discussion des traitements reçus :

Marc a reçu en première intention du Lithium à partir de son premier épisode maniaque à l'âge de 28 ans. Cette prescription est conforme aux recommandations internationales et de l'HAS (5)(15). Les autres molécules reçues ont été le Valpromide, l'Aripiprazole, l'Olanzapine et le Divalproate de Sodium. Un diabète imputé à l'Olanzapine a dû faire cesser ce traitement, et une monothérapie par Divalproate de Sodium est actuellement suffisante.

Place de la sexualité

Chez Marc, on observe une tendance à une sexualité à risque. Il évoque des périodes où il avait des partenaires sexuels multiples, et n'utilisait pas toujours de protection pendant les rapports. Les relations sont exclusivement hétérosexuelles. Il a eu recours à partir de l'âge de 50 ans à des substituts phalliques lors de ses rapports sexuels avec Christine, pratique exclusivement réservée à leur couple, consentie par les deux partenaires. Marc a été amené à adopter ces pratiques en raison d'un trouble de l'érection non bilaté (possible étiologie mixte iatrogène et neuropathique).

Cependant, malgré des pratiques sexuelles particulières, l'autre est considéré dans sa subjectivité. Il n'apparaît pas entretenir de relation empreintes de contrainte ou d'emprise

avec ses partenaires, le consentement mutuel étant respecté, et l'autre considéré avec ses propres désirs qu'il dit respecter.

Malgré des comportements à risque, il n'a jamais rapporté de symptômes d'infection sexuellement transmissible. Un bilan sérologique serait néanmoins indispensable.

4.2. Aspects intersubjectifs, positionnement des patients vis-à-vis des faits dans l'après-coup

4.2.1. Aspects intersubjectifs dans la relation thérapeutique

Nos sujets bipolaires ayant commis un viol lors d'un état maniaque ont un fonctionnement et un positionnement différent des auteurs de violence sexuelle "classiques" rencontrés dans le cadre de notre semestre au SMPR. Nous ne sommes pas en face d'un sujet avec des aménagements pervers. Dans la relation thérapeutique, il n'y a pas de mise en place de mécanismes d'emprise, la pensée circule. Nos patients n'ont pas tendance à la manipulation de l'interlocuteur, à la captation de l'autre, à l'utilisation d'une rhétorique perverse. On ne ressent pas le malaise que nous avons pu éprouver parfois lors des entretiens avec d'autres auteurs de violence sexuelle ayant des aménagements pervers. En effet, nous avons pu à travers certains entretiens avec ce type de patients, ressentir des moments de blocage, de coup d'arrêt de notre propre pensée. Nous avons parfois eu le sentiment d'être prisonniers d'une relation au cours de laquelle les disqualifications insidieuses étaient récurrentes, entrecoupées de périodes de comportement séducteur. L'emprise a aussi pu se vivre à travers l'appréhension de la prochaine rencontre avec certains patients. Grâce à l'aide de nos collègues du SMPR, à travers un espace tiers permettant la verbalisation et la mise en pensée de ce qui avait pu se jouer, nous avons pu nous dégager de ces difficultés éprouvées dans la relation.

Ces éprouvés n'étaient pas présents au cours des entretiens avec les sujets bipolaires ayant commis un viol. Nous avons le sentiment d'être en présence d'un patient que l'on aurait pu facilement rencontrer sur le secteur de psychiatrie dans d'autres circonstances. L'évocation

des faits de viol n'a pas, malgré l'horreur de l'acte en lui-même, crée de sentiment d'effroi ni de sidération. Les patients ont abordé les faits avec pudeur, retenue, et considération de la subjectivité de la victime. Leur récit n'avait pas le même impact que ce qui est retrouvé chez le patient ayant des aménagements pervers, tentant de nous imposer la place de spectateur d'une scène suscitant la répulsion. Nous nous sommes questionnés sur nos contre-attitudes vis-à-vis de nos patients auteurs de violence sexuelle "classiques" et de nos patients bipolaires auteurs de viol. Les patients bipolaires n'étaient-ils donc pas des auteurs de violence sexuelle comme les autres ? Étaient-ils réellement exempts d'aménagements pervers ? Ou était-ce notre regard de psychiatre, emprunt d'une certaine bienveillance vis-à-vis des "vrais fous", qui a modifié notre perception de ces patients ? Aurions-nous pu avoir une tolérance plus grande envers eux ? Leur accorder plus d'indulgence, les excuser en raison de leur maladie psychiatrique ? Est-ce pour ces raisons que, au cours de la narration de leurs actes, nous n'avons pas éprouvé la même aversion que chez nos autres patients ? La sympathie à leur égard n'a-t-elle pas amoindri l'horreur du récit du viol ?

Alain est un patient qui nous a particulièrement marqués. Il était très sympathique. Peut-être sa sympathie était-elle liée à l'hypersyntonie du bipolaire ? Il se présentait toujours très ponctuel aux entretiens, parfois même en avance afin d'éviter les mouvements de blocage pénitenciers et de risquer d'être en retard. Les derniers entretiens étaient consacrés aux passations des échelles cliniques, il ne pouvait s'empêcher de faire des digressions, il souhaitait expliquer chaque réponse, à tel point que nous avons craint à certains moments de ne pas avoir le temps de lui faire passer toutes les évaluations. Il faut aussi admettre que la passation des échelles était parfois pénible, un moment de pause avec une nouvelle anecdote de son histoire permettait un temps de respiration bienvenu. Alain a été touché d'être sujet d'une étude. Il nous a confié : "des copains m'avaient dit d'écrire un livre sur toutes mes histoires, c'est un peu comme si c'était vous qui le faisiez finalement". Il tentait de répondre avec précision à nos questions, tout en s'inquiétant de "ne pas être un spécialiste", pourtant le matériel clinique qu'il nous a livré était d'une très grande richesse, à tel point que nous n'avons pas pu tout retranscrire. Nous pensons que cette richesse sémiologique qu'il a partagée avec nous, passionnante pour le psychiatre que nous sommes, a grandement participé à l'intérêt particulier que nous avons eu pour ce patient.

Il existe en outre chez Alain un côté transgressif, un amusement à défier l'autorité, parfois captivant. Néanmoins, il a peur "d'être un psychopathe". Nous avons échangé plusieurs fois à ce sujet. Nous sommes convenu ensemble qu'en effet il "jouait parfois au psychopathe", dans son comportement avec les forces de l'ordre surtout. Nous avons aussi pu lui souligner que le fait qu'il s'en inquiète nous semblait un point intéressant. La passation des échelles et la reprise des éléments cliniques recueillis a permis d'éclairer ses traits de personnalité, d'éliminer un trouble psychopathique et de rassurer le patient. Nous avons ensuite pu aborder sa personnalité état-limite, éclairant certaines tendances de son fonctionnement et certaines de ses difficultés interpersonnelles.

La rencontre avec Jean a été plus compliquée lors des premiers entretiens. Nous avons même eu, en début de prise en charge, une phase d'agacement. Jean semblait au départ irrité de venir aux rendez-vous, mais son état psychiatrique le nécessitait. Il se contentait d'un discours factuel, revenait sans cesse à ses problèmes de sommeil, même si il refusait de mettre en place les règles hygiéno-diététiques les plus simples. Il mettait parfois en place des stratégies pour éviter l'échange, comme programmer un autre rendez-vous juste après notre entretien, ou demander à partir plus tôt pour éviter les blocages pénitenciers. Il avait tendance à nous demander l'heure, et si l'entretien était bientôt terminé. Nous avons donc changé notre manière d'appréhender les entretiens avec Jean, à mettre de côté ce que nous désirions aborder pour être plus attentifs à sa plainte, et évoquer ses sujets de préoccupation. Nous avons donc pu accéder à l'univers de ce patient en l'accompagnant d'abord dans son processus de deuil, en étant à l'écoute de ses ruminations au sujet de son épouse décédée. Nous avons pu ensuite nous décaler de ces sujets, en suivant le rythme du patient. Jean nous a interpellés par sa posture immature. Nous avons en face de nous une personne qui avait été "cuvée", selon ses termes, toute sa vie : d'abord par sa mère, puis par sa "petite femme".

Nous avons réalisé avec Jean un travail délicat de reconnaissance des faits de viol, avec un effort d'élaboration et d'acceptation. Jean n'avait encore jamais abordé directement l'acte et travaillé psychiquement autour. Après leur évocation le jour de l'expertise psychiatrique, il avait soigneusement essayé d'oublier. La passation des échelles cliniques lui a aussi permis de mieux comprendre et de commencer à accepter son trouble bipolaire. Il était parfois

surpris d'entendre, à travers les descriptions symptomatiques, que d'autres personnes pouvaient souffrir des mêmes mouvements extrêmes de l'humeur.

Ces rencontres ont été d'une grande richesse, tant sur la plan humain que professionnel. Nous nous sommes interrogés sur nos propres mouvements intersubjectifs, en nous demandant comment ils avaient pu jouer dans la relation avec les patients, et comment ils avaient pu avoir un rôle dans l'éveil d'un intérêt pour cette problématique bien particulière. Nos réflexions ont été accompagnées par une psychiatre du SMPR, qui nous recevait en supervision une heure par semaine durant notre semestre. Ce travail lui doit beaucoup.

4.2.2. Souvenir et positionnement des patients vis-à-vis des faits et de la victime

4.2.2.1. Souvenir des faits

Le contraste entre les patients bipolaires et les autres auteurs de violence sexuelle que nous avons reçus en consultation s'établit aussi sur la différence de positionnement de l'agresseur vis-à-vis de l'acte et de la victime. Chez nos patients bipolaires, nous avons constaté une souffrance morale à revenir sur les faits. Il n'y avait pas de tentative de justification, d'inversion, de victimisation ou de minimisation. Le sujet ne tentait pas de nous convaincre, de nous emmener avec lui dans un retournement de la culpabilité.

Le patient ne se reconnaît pas dans cet agir violent, qui ne prend pas sens, même plusieurs années plus tard. Il en existe néanmoins une appropriation, le patient admet que c'est bien lui qui a commis le viol, qu'il est responsable. Le souvenir de l'épisode maniaque est en général relativement précis, même des années après. Le sujet est capable d'y poser un regard critique, tout en se rappelant d'une totale incapacité de percevoir le caractère pathologique de son état, et de la violence de son acte au moment des faits.

La mémoire des patients maniaques est essentiellement séquentielle et visuelle (20). Ils se souviennent avec détails de certaines scènes et de certains faits, avec souvent des détails précis rapportés lors de la narration. Il existe en revanche des confusions dans la temporalité des événements, une absence de continuité. Le sujet bipolaire entretient un rapport singulier avec ses épisodes maniaques, il existe une certaine fascination vis-à-vis des épisodes, de l'intensité du vécu et du sentiment de puissance expérimenté. Il peut à posteriori critiquer ces ressentis illusoires et éphémères.

Pour Alain et Marc, il existe une certaine nostalgie des épisodes, au contraire pour Jean c'est plutôt le regret et la honte. Malgré le caractère agréable lors de l'état maniaque, les souvenirs sont entachés par la suite de l'épisode et la reprise de contact avec la réalité. Les souvenirs concernant le viol sont précis chez Alain. Il se rappelle d'une absence de velléité violente, d'avoir utilisé l'autre dans un moment pulsionnel, sans décodage de l'attitude de la victime.

Au contraire, chez Jean, les souvenirs sont flous. Nous nous interrogeons sur la signification de ce flou apparent : est-ce un mécanisme défensif ? Correspond-il à un épisode d'altération de la vigilance dans le cadre d'un trouble métabolique (déséquilibre du diabète) ? S'agit-il d'un moment de dépersonnalisation au moment de l'acte ? Jean rapporte le souvenir d'avoir été irrité par les pleurs de la fillette, puis, soudainement, d'être passé à l'acte sur l'enfant, sans qu'il puisse relier cela à une intentionnalité d'agression sexuelle.

4.2.2.2. Culpabilité

Nos sujets expriment tous trois une culpabilité au sujet de la victime, qui est considérée dans son altérité et sa subjectivité. Ils s'inquiètent au sujet des conséquences qu'a leur acte sur la vie de la victime, ses relations affectives, sa vie quotidienne, son estime d'elle-même. Ils font bien le lien entre l'acte et la condamnation.

Jean s'interroge sur la façon dont sa victime va grandir et se construire. Il fait le parallèle avec sa propre petite fille, en se questionnant sur ses propres réactions si elle était victime

d'un viol : "Je me dirai sûrement que le violeur est une ordure, je serai tellement en colère". Alain se demande si Patricia a pu reprendre le cours de sa vie normale. Marc s'inquiète au sujet de l'état actuel de Christine "Je me demande parfois si elle va quand même bien".

4.2.2.4. Honte

La honte est aussi présente chez nos patients. Elle s'exprime à travers la honte d'avoir pu commettre un tel acte, à travers les questions qui se posent concernant l'image qu'ils renvoient à leur entourage. La honte s'étend à leurs proches. Alain se préoccupe de la perception qu'a sa famille de lui, et du retentissement que cela peut avoir sur elle "Avoir quelqu'un qui a fait ça dans sa famille, je pense que c'est horrible". Jean perçoit les conséquences pour son fils "Avoir un père qui a fait ça...". Pour Marc, le fait que sa mère, seule personne de sa famille à avoir maintenu des contacts avec lui, apprenne les faits détaillés, a été source d'une honte intense et d'un moment de décompensation anxieuse majeure pendant la détention.

4.2.2.4. L'agression sexuelle et la relation d'objet chez le maniaque

L'expérience d'autrui au cours de l'état maniaque est profondément bouleversée. La discontinuité du vécu temporel, de la pensée et de la perception de soi-même entraîne une représentation de l'autre non en tant qu'alter ego, mais en tant que chose étrangère.

L'agression sexuelle chez nos patients en état maniaque survient pour deux d'entre eux au terme d'une succession d'autres infractions de diverse nature (vols, agression physique, infraction routière...) Cet agir violent aurait-il pu alors être tout autre ? Un énième AVP, une agression physique non sexuelle, des dégradations ? Le viol au cours de l'état maniaque semble surgir de manière indistincte dans un déchainement pulsionnel, dans lequel l'autre est pris comme simple objet exutoire. Le maniaque se heurte à un obstacle, ne percevant

pas d'altérité. Autrui est interchangeable. Aussi, la victime aurait sûrement pu être une autre personne, ou l'acte aurait pu être différent.

L'absence d'altérité chez l'auteur de violences sexuelles ayant agi dans un moment pervers se traduit par l'utilisation de l'autre, sous forme ustensilaire, afin de se défendre contre l'effondrement. Chez le maniaque, au moment du passage à l'acte violent, l'absence d'altérité est plutôt vécue comme vision de l'autre en tant qu'obstacle, autrui étant un simple objet que l'on peut pousser, bousculer, lieu ou réceptacle de décharge pulsionnelle. Le passage à l'acte ne fait pas écho à une problématique de lutte contre l'effondrement et de réintégration du champ présent, mais à la percussio d'un obstacle quelconque.

4.3. Synthèse des résultats cliniques

Le viol au cours de l'état maniaque prend une place particulière au sein des infractions sexuelles. Dans notre étude qualitative, les auteurs se distinguent à travers des caractéristiques cliniques, sociodémographiques et criminologiques particulières. Ils sont légèrement plus âgés que la moyenne des agresseurs sexuels (49 ans versus 40 ans (57)). On ne retrouve chez aucun d'eux des antécédents d'abus ou de maltraitance dans l'enfance, d'infraction de nature sexuelle antérieure, de paraphilie, d'addiction sexuelle, d'aménagement pervers. Ils ne présentent pas d'organisation phobique primaire ou d'angoisses majeures, n'avaient jamais pensé à l'infraction avant de la commettre, caractéristiques habituellement fréquentes chez les agresseurs sexuels. La sexualité antérieure ne semble pas jouer un rôle dans la survenue du viol. Les patients ont une sexualité habituelle où l'altérité est prise en compte. Ils reconnaissent les faits et sont sujets à la honte et à la culpabilité dans l'après-coup. Ils perçoivent les conséquences de leur acte pour la victime.

Chez le patient souffrant d'un trouble bipolaire, l'impulsivité est un trait fréquent, quel que soit l'état thymique, et majoré par l'état maniaque (38). L'impulsivité constitue un risque de violence. Le trouble bipolaire est de type 1, catégorie particulièrement à risque de survenue

de comportement violent (1). Deux profils se dégagent parmi les cas cliniques étudiés. Celui de Marc et Alain d'une part, et celui de Jean d'autre part.

Chez Alain et Marc, le trouble bipolaire de type 1 est à prédominance d'épisodes maniaques, signant un profil particulier de la maladie. Ce sont deux patients dont les traits d'impulsivité dominent les conduites, renforcés par des comorbidités à risque (TDAH, personnalité état-limite, addictions). Contrairement aux caractéristiques retrouvées chez les auteurs d'infraction sexuelle, leur insertion sociale et leur adaptabilité est médiocre. Leur impulsivité chronique ne leur permet pas de reproduire un modèle d'adaptation social conventionnel. La consommation de toxiques concomitante au passage à l'acte renforce la désinhibition et les troubles du jugement. Ces deux patients se situent dans un sous-groupe bipolaire impulsif, à risque de passage à l'acte. Pour ces raisons, le type d'agression perpétrée par Alain et Marc pourrait être rapproché du type de violences sexuelles commises dans le groupe des agresseurs colériques décrits par Proulx et al. (50).

Jean a déclenché un premier épisode maniaque dans un contexte de stress majeur. Il rapporte 4 épisodes dépressifs caractérisés et 3 épisodes maniaques lors de la passation de l'échelle MINI, mais seulement un épisode dépressif caractérisé a été diagnostiqué et traité au cours de sa prise en charge au SMPR. Les 3 épisodes maniaques rapportés sont également retrouvés dans les comtes rendus médicaux. Jean était en période de deuil lors de sa détention, le deuil étant une dépression réactionnelle physiologique, nous pouvons nous demander si l'impression chez Jean d'avoir traversé 4 épisodes dépressifs caractérisés, soit plus que ce qui a été constaté médicalement, est liée à cette période normale de deuil, particulièrement dans le cas d'un deuil difficile comme chez lui. Il pourrait alors avoir, comme Alain et Marc, un trouble bipolaire à polarité maniaque dominante, donc un profil particulier de la maladie. En outre, La question d'un trouble métabolique au moment des faits ayant aggravé les troubles du jugement chez un sujet immature reste ouverte. Chez Jean, en raison de certains traits de personnalité dépendante, le viol commis pourrait être mis en parallèle avec le type de passage à l'acte perpétré par les agresseurs opportunistes décrits par Proulx et al. (50).

Il est nécessaire d'évaluer les fonctions cognitives chez les patients, en raison des possibles atteintes frontales débutantes liées au vieillissement du trouble bipolaire. Nos patients

avaient 44, 48 et 55 ans au moment des faits, or les capacités cognitives se dégradent à partir de 45 ans chez le bipolaire (99). Ce type de passage à l'acte pourrait être favorisé par un défaut de contrôle pulsionnel dans le cadre d'un début d'atteinte frontale.

Pour nos trois patients, l'état maniaque était intense, plutôt sur un versant agressif que ludique, plusieurs caractéristiques cliniques à risque de violence étaient présentes au moment du passage à l'acte. Les actes violents ont été commis tôt dans l'épisode, à moins de quinze jours d'évolution du trouble. Cette survenue précoce d'un tel accès de violence interroge sur l'évolution de l'intensité des symptômes au cours de l'épisode maniaque. Sont-ils à leur maximum en début d'épisode ? Ont-ils une évolution par phases ? Dans tous les cas, un traitement très précoce de l'accès maniaque, dès les premiers prodromes, est nécessaire afin d'éviter une évolution péjorative. Chez nos patients, une hostilité, des symptômes psychotiques, une toute puissance, un défaut d'insight faisaient partie du tableau. Nous sommes plus proches du "malade hargneux", de "l'individu furieux" (16), que du patient exalté et jovial. Le risque de violence chez le patient bipolaire en état maniaque est lié à l'accumulation de facteurs de risque historiques, cliniques et contextuels. D'autres infractions contre les biens et les personnes, commises au cours du même épisode chez nos patients, signent la place particulière de l'agressivité au sein des symptômes de cet épisode maniaque. L'agression est opportuniste, impulsive, sans préméditation. L'autre n'est pas perçu comme un alter ego, mais comme une chose étrangère. Le maniaque se heurte plutôt à un obstacle placé sur son chemin qu'il ne planifie un acte violent contre autrui. Nous ne sommes pas face à un recours à l'acte ni à un passage à l'acte, mais plutôt devant un débordement pulsionnel dans un contexte de jugement altéré.

Pourrait-on alors envisager, à l'extrême, que chez le maniaque, l'agression sexuelle puisse faire partie de la symptomatologie en phase aigüe ? Qu'elle puisse être traitée comme un symptôme, au même titre que les dépenses inconsidérées par exemple, communément considérées comme faisant partie intégrante de la maladie ?

Dans ce sens, Mc Elroy inclut dans le "spectre bipolaire" un certain nombre de troubles des conduites : kleptomanie, violences contre les biens et les personnes, accidents de la circulation, ainsi que les infractions sexuelles (96). Le trouble du contrôle des impulsions et la manie partagent des caractéristiques communes. On pourrait donc dans cette optique

concevoir que des comportements antisociaux, dangereux, fassent partie des caractéristiques de la symptomatologie maniaque, dont le risque d'agression sexuelle.

Cependant, le trouble du contrôle des impulsions est avant tout une description syndromique, dont les caractéristiques cliniques peuvent se retrouver incluses dans d'autres entités pathologiques. L'agression sexuelle comme symptôme d'un trouble du contrôle des impulsions ou symptôme d'un état maniaque renvoie à une problématique très complexe, à l'image par exemple de l'agression sexuelle chez les patients parkinsoniens sous traitements dopaminergiques. En effet, chez 13 % des patients souffrant d'une Maladie de Parkinson traités par Dopaminergiques, il est décrit l'apparition d'un Trouble du contrôle des Impulsions. De plus, chez 4% des patients traités, l'apparition de compulsions sexuelles et de paraphilies (pédophilie, agression sexuelle) est décrite (102). Le Trouble du contrôle des impulsions et les compulsions sexuelles sont en partie liés à la iatrogénie. Mais il s'agit d'un modèle iatrogène complexe. Les risques de développer de tels troubles sont multifactoriels, probablement liés à une stimulation dopaminergique anormale causée par une association de la progression de la pathologie, un traitement dopaminergique et des facteurs environnementaux et génétiques. Il existe une grande variabilité individuelle dans la prédisposition à développer un trouble du contrôle des impulsions chez un patient souffrant d'une Maladie de Parkinson traité par dopaminergiques.

4.4. Thérapeutique

4.4.1. Traitement du trouble bipolaire

Le traitement de l'état maniaque et du trouble bipolaire doit être guidé par les recommandations actuelles, comme mentionné dans la première partie, tout en tenant compte de la nécessité de poursuivre le traitement à visée prophylactique. L'enjeu est de créer une alliance thérapeutique suffisamment bonne afin de permettre une observance médicamenteuse de qualité.

Les trois patients présentés dans ce travail étaient en état maniaque et mal observants au traitement, ou sans traitement au moment du passage à l'acte. On peut alors envisager que la prévention de la rechute d'un nouvel état maniaque, grâce au traitement curatif et prophylactique du trouble, peut faire partie de la prévention d'un nouveau passage à l'acte. Le traitement des comorbidités est également essentiel chez ces patients.

4.4.2. Traitement de la violence sexuelle

En dehors du traitement du trouble bipolaire lui-même, que le psychiatre a en général l'habitude de manier, doit-on "traiter" la violence sexuelle en elle-même ? Dans les paragraphes suivants, nous allons développer les indications et modalités du soin habituellement consacré aux auteurs de violence sexuelle, afin de tenter de répondre à cette question.

4.4.2.1. Recommandations concernant le traitement des auteurs de violence sexuelle

Les auteurs de violence sexuelle forment un groupe caractérisé par une forme commune d'infraction. Néanmoins, les troubles psychiques qu'ils peuvent présenter et leur fonctionnement psychique sont hétérogènes. La peur de l'agresseur sexuel induit une attente auprès des soignants parfois irréaliste de la part de la société, relayée par certains magistrats. Que peuvent aujourd'hui proposer les professionnels du soin dans le traitement médical de ces personnes (103) ?

Les objectifs du traitement des paraphilies sont d'empêcher la récurrence, améliorer la qualité de vie du sujet et atténuer sa souffrance. La prévention de la récurrence est avant tout une attente sociale. Si elle ne peut être un objectif central du soin, elle est néanmoins un facteur à prendre en compte, le passage à l'acte ayant le plus souvent lieu au moment d'un désarroi psychique, et conduisant à une rupture sociale douloureuse. La prévention de la récurrence ne

peut pas se reposer sur les seuls soignants, et se situe au carrefour des prises en charge éducatives, sociales et pénitentiaires.

Des recommandations ont été émises par la HAS (recommandations nationales concernant la prise en charge des auteurs d'agression sexuelles sur mineurs de moins de 15 ans) (104), et la WFSBP (recommandations internationales pour les adultes atteints de paraphilies) (105), synthétisées ci-après.

4.4.2.1.1. Mesures psychothérapiques

Psychothérapies d'inspiration analytique

Les psychothérapies d'inspiration analytique s'adressent aux patients qui présentent un minimum de capacité de reconnaissance de leur dysfonctionnement. Les difficultés d'accès au symbolique, les faibles capacités de relation objectale peuvent être des obstacles à l'approche analytique. Il n'existe malheureusement actuellement pas de données suffisantes évaluant l'efficacité de ces méthodes.

En France, dans la plupart des SMPR, les équipes ont préférentiellement recours aux thérapies analytiques ou d'inspiration analytique, en lien avec notre héritage culturel particulier (l'œuvre de Claude Balier principalement). Ces thérapies s'articulent autour des notions d'inconscient, de fonctionnement psychique, de pulsion et de transfert (106). Le travail de type analytique avec le patient auteur de violence sexuelle, de part son fonctionnement psychique et sa modalité particulière d'entrée dans le soin, revêt une teinte originale. Le patient est au départ, plutôt que sujet souffrant, un "symptôme", désigné par la société qui demande à ce qu'il fasse l'objet d'un soin qu'ils n'a pas forcément demandé ou dont il pense ne pas avoir besoin, n'en voit pas l'utilité ou l'intérêt. L'écart entre la demande venant de l'extérieur et celle du sujet devra être interrogé et donner lieu à un travail de différenciation. Par ses actes, l'auteur de violence sexuelle déverse ses tensions intrapsychiques à l'extérieur, dans l'autre (dans la victime). Les processus de subjectivation sont des outils psychiques qui permettent la mise en sens et l'intériorisation, ces outils font défaut au patient. La capacité de l'autre à recevoir et transformer ces tensions déversées est

centrale. Le travail des soignants consiste donc à recevoir ces tensions, et faire le travail de transformation et de transmission nécessaire à la subjectivation. La réparation de ces processus permet alors au patient d'accéder à une efficacité des représentations et des mots pour lier les tensions internes. L'objectif à terme est une réparation du circuit pulsionnel.

La capacité du thérapeute à aller voir du côté de son impensé, voire de son impensable, pourra aider le patient à lier cette charge affective et lui donner accès à la représentation et la mise en fantasme. Les éprouvés sont centraux dans ce type de prise en charge. Pour que le thérapeute puisse travailler de manière sécurisée avec le patient, un cadre solide et contenant est nécessaire. Ce cadre, à la fois théorique, institutionnel et groupal, permet de contenir les éprouvés.

Thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont surtout très développées en Amérique du Nord (107). Elles s'appuient sur l'existence de distorsions cognitives dans l'appréhension de la sexualité chez le sujet atteint de paraphilie, qui, bien que n'étant pas à elles seules à l'origine des troubles, entretiennent des comportements déviants. Les TCC font appel à des techniques aversives visant à réduire l'excitation sexuelle déviante, à des procédés visant à renforcer l'excitation sexuelle non déviante, et à des techniques d'éducation sexuelle. Ces méthodes, en individuel ou en groupe, ont prouvé leur efficacité concernant la réduction du risque de récurrence (107).

Dans la lignée des thérapies cognitivo-comportementales, des approches psycho-socio-éducatives existent, elles insistent sur l'éducation des patients présentant des troubles paraphiliques, en session groupales, et sont centrées sur l'apprentissage d'habilités sociales (48).

4.3.2.1.2. Mesures pharmacologiques

Neuroleptiques

Les neuroleptiques n'ont pas montré d'intérêt dans le traitement des paraphilies, sauf dans les rares cas où le comportement sexuel déviant est secondaire à une psychose ou un trouble bipolaire. Il s'agit alors de traiter la maladie psychiatrique-elle même.

Antidépresseurs

Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sont parfois utilisés devant des arguments précliniques (modèles animaux et biologiques) et l'observation des effets indirects négatifs de ces traitements sur la sexualité. Cependant, ces traitements n'ont pas encore l'AMM dans cette indication (48).

Traitements hormonaux

Les traitements hormonaux, quoique controversés, sont parfois indiqués. Ils ont pour effet d'induire une "castration" chimique, réversible à l'arrêt du traitement. Deux molécules ont l'AMM dans cette indication. Le consentement éclairé et écrit du patient est un pré requis indispensable à la prescription de ces traitements, y compris chez les patients sous injonction de soin. Un bilan initial pré-thérapeutique (examen physique, bilan hépatique et hormonal, électrocardiogramme, ostéodensitométrie si doute sur une déminéralisation osseuse préexistante, bilan rénal, tension artérielle, glycémie à jeun et bilan lipidique) ainsi qu'une surveillance régulière une fois le traitement instauré (ostéodensitométrie, fonction hépatique pour l'acétate de cyprotérone, tension artérielle et électrocardiogramme pour les analogues de la GnRH) sont obligatoires.

L'acétate de cyprotérone (Androcur®) est un dérivé progestatif. Il inhibe l'action des androgènes en se liant de façon compétitive aux récepteurs nucléaires au niveau périphérique. Il réduit en parallèle la sécrétion de LH. Les limitations de l'usage de ce

traitement sont les effets secondaires gênants (gynécomastie, complications thromboemboliques, cytolyse hépatique, ostéoporose) et son mode d'administration exclusivement oral.

Les agonistes ou analogues de la GnRH (Gonadotrophin Releasing Hormon), Decapeptyl®, Salvacyl® ou Enantone®, induisent une inhibition réversible de la sécrétion de testostérone par désensibilisation des gonades à l'action de la GnRH endogène. Cette désensibilisation n'est effective qu'au bout d'environ 2 semaines, nécessitant sur cette période initiale l'adjonction d'acétate de cyprotérone. Ces traitements, d'action prolongée, sont administrés sous une forme injectable intramusculaire. Les effets secondaires sont essentiellement ceux de l'hypoandrogénie (asthénie, bouffées de chaleur, dépression, déminéralisation osseuse modeste) (48).

La WFSBP propose des recommandations dans la prescription des traitements médicamenteux dans les paraphilies. Elle a développé un algorithme de prescription comprenant 6 niveaux de sévérité (105).

- **Le niveau 1** correspond aux paraphilies sans risque d'infraction sexuelle. La psychothérapie, si possible la TCC, est conseillée (niveau C de preuves en l'absence d'études contrôlées).
- **Le niveau 2** correspond au traitement de l'exhibitionnisme sans risque de passage à l'acte de type pédophilique ou de viol. Le recours aux IRS est conseillé (niveau C en l'absence d'AMM et d'études contrôlées).
- **Les niveaux 3 et 4** correspondent aux paraphilies sans sadisme sexuel (pédophilie sans risque de passage à l'acte) et en l'absence de réponse aux fortes doses d'IRS dans les indications de niveau 2. L'introduction d'acétate de cyprotérone est conseillée (niveau C/D de preuves).
- **Le niveau 5** désigne le risque de passage à l'acte sous forme de viol envers des adultes ou des enfants. Dans ce cas, il est conseillé d'utiliser les agonistes de la GnRH à longue durée d'action (Salvacyl®) avec l'adjonction d'acétate de cyprotérone durant l'instauration du traitement. Le niveau de preuve est C en l'absence d'études contrôlées.

En l'absence de réponse à ces modalités de traitement, l'association au long cours d'acétate de cyprotérone et analogues de la GnRH est conseillé. Si l'efficacité est toujours insuffisante, on peut y associer un IRS. Cependant, il n'y a pas de preuve d'efficacité pour ces dernières stratégies. Il n'existe pas de consensus concernant la durée de traitement anti androgène recommandée, ni concernant les modalités d'interruption. Une durée minimale de 3 à 5 ans paraît nécessaire, avec un arrêt progressif.

4.4.3. Application aux patients bipolaires auteurs de viol au cours d'un état maniaque

Nous sommes ici dans le cas particulier de patients bipolaires de type 1, dont le viol a eu lieu au cours d'un état maniaque clairement diagnostiqué.

Chez Alain et Marc, la non observance thérapeutique avant l'incarcération était chronique. Nous insistons sur la nécessité de l'observance médicamenteuse afin de prévenir la rechute thymique chez tout patient bipolaire. Les comorbidités, fréquemment associées au trouble bipolaire, sont aussi à traiter. Marc présentait une addiction à l'alcool, et Jean une addiction au cannabis et un abus d'alcool. Ces troubles addictifs étaient présents depuis de nombreuses années et n'avaient jamais fait l'objet d'une prise en charge spécifique.

Aucune paraphilie n'a été mise en évidence chez nos patients, il s'agissait d'un premier acte de cette nature, et il n'y a pas de notion de développement d'une fantasmagorie ou d'obsessions particulières.

Selon nous, dans ce cas, il faut traiter le trouble bipolaire chez ces patients de manière optimale, avec en première intention un thymorégulateur conformément aux recommandations actuelles. Etant donné la sévérité de l'épisode et les caractéristiques présentées (hostilité, symptômes psychotiques), une bithérapie peut être envisagée d'emblée dans ces cas spécifiques (5). Il faut être encore plus vigilant au risque de rechute thymique chez ces patients. Un travail d'éducation thérapeutique en ce sens est nécessaire, les études ayant prouvé que des mesures psychoéducatives permettent de diminuer les rechutes (108).

Les comorbidités addictives sont également à traiter, et un travail addictologique doit idéalement être entrepris. La comorbidité avec le TDAH doit être prise en compte lorsqu'elle est dépistée. Les traitements de référence actuels du TDAH sont les psychostimulants (tels que le Méthylphénidate). L'induction d'un état maniaque est parfois observée avec ce type de traitement. Cependant, lorsqu'il est associé à un thymorégulateur, le Méthylphénidate pourrait avoir un effet bénéfique sur la réduction des symptômes maniaques et dépressifs et sur le fonctionnement cognitif (79). On peut alors envisager, après l'atteinte d'une stabilisation thymique optimale, l'introduction d'un psychostimulant chez les sujet bipolaires atteints d'un TDAH, permettant de réduire les symptômes inter critiques tels que l'irritabilité, l'impulsivité ou la distractibilité. L'introduction peut se faire en milieu hospitalier si l'on craint une décompensation maniaque. Deux de nos patients remplissent les critères d'un TDAH, prédominant sur le trouble de la concentration, à l'âge adulte. Cependant, le trouble de l'attention se retrouve de manière syndromique dans le trouble bipolaire. Ces deux troubles partagent en effet des caractéristiques communes. On peut se poser la question de la frontière entre une réelle comorbidité avec le TDAH ou un syndrome coexistant dans les deux pathologies, lié ici au trouble bipolaire. De plus, même si une comorbidité avec le TDAH est clairement présente, est-il intéressant de traiter le TDAH chez un sujet adulte avec un trouble de l'humeur aussi sévère ? Qu'attendre concrètement du traitement des symptômes du TDAH chez ces patients ? Le principal objectif semble avant tout de traiter le trouble bipolaire de manière optimale. L'intérêt d'introduire un traitement par Méthylphénidate, au risque d'induire de l'agressivité et des troubles du sommeil chez des patients ayant une pathologie grave et difficile à équilibrer, avec des antécédents de criminalité au cours d'un état maniaque, nous pose question. Il n'existe pas de recommandation émanant des autorités concernant cette problématique particulière.

Le traitement spécifique de la violence sexuelle ne semble pas indiqué chez ces patients. Un traitement hormonal ne nous semble pas pertinent. En effet, l'absence de paraphilie objectivée, et les circonstances particulières de survenue du viol ne justifient pas l'introduction d'un tel traitement au vu des risques encourus. Un traitement par ISRS n'est pas conseillé étant donné l'insuffisance de niveau de preuve et la présence d'une bipolarité de type 1 chez Alain et Marc. Par contre, Jean présente des caractéristiques d'un syndrome

dépressif caractérisé. L'ajout d'un traitement antidépresseur chez un patient bipolaire de type 1 peut être envisagé pour traiter l'épisode dépressif si celui-ci se confirme (109).

Les spécificités de prise en charge concernent plus le contenu psychothérapique du suivi, à condition d'une bonne stabilité thymique et émotionnelle permettant une introspection satisfaisante. En effet, au cours des entretiens, le psychiatre devra s'attacher à aborder spécifiquement avec le patient les faits de viol, et l'accompagner dans l'appropriation et la compréhension de son acte. Il devra travailler sur les circonstances de survenue du viol, afin d'identifier au sein de cet épisode maniaque les facteurs l'ayant facilité, et prévenir le risque de rechute thymique facilitateur de comportement dangereux. Un travail de prise en compte de la victime doit aussi avoir lieu.

Nous revenons également ici sur la nécessité de traiter très précocement un nouvel accès maniaque, dès les premiers prodromes, les symptômes étant très intenses dès le début de la crise. L'entourage a pour cela un rôle important. Nos patients reconnaissent a posteriori le rôle central de leurs proches, se plaignant parfois de n'avoir pas été "arrêté à temps". Jean pense que s'il avait été conduit à l'hôpital, il aurait pu être soigné plus tôt et que le viol n'aurait jamais eu lieu. La mère d'Alain s'était également rendue compte des troubles majeurs du comportement de son fils. Malheureusement, lorsque la phase maniaque est déjà bien installée, le patient n'entend plus les conseils de son entourage. Une éducation des proches à dépister les tout premiers signes d'alertes, et à aborder de façon adaptée avec le malade leur inquiétude dès les prodromes de l'épisode serait intéressante. Des ouvrages de vulgarisation existent en ce sens et peuvent être proposés à l'entourage (110).

4.5. Limites

Plusieurs limites modèrent ces conclusions. L'échantillon de patients est très réduit. Nous n'avons malheureusement pas pu faire passer toutes les échelles d'évaluation clinique à l'un de nos patients.

De plus, la sélection de nos patients s'est faite en détention, donc chez des sujets chez qui une responsabilité au moins partielle a été retenue. Nous n'avons pas pu étudier les

caractéristiques de patients ayant commis un viol en état maniaque ayant été reconnus comme irresponsables. Nous n'avons pas retrouvé de données concernant les taux d'irresponsabilisation des patients bipolaires auteurs de viol.

Les patients bipolaires semblent être majoritairement irresponsabilisés, quel que soit l'infraction, à travers une étude Tunisienne. Les auteurs retrouvent, bien que les références culturelles, le Code pénal et le système de santé ne soient pas le même qu'en France, que 92% des patients bipolaires sont déclarés irresponsables pénaux (111). Notre échantillon n'est donc vraisemblablement pas représentatif des patients maniaques ayant commis un viol.

Nous aurions pu faire passer des tests à nos patients afin d'évaluer leurs capacités d'empathie, afin d'étayer un recueil clinique subjectif à travers les entretiens. La théorie de l'esprit est encore peu étudiée chez les patients bipolaires. Pourtant une étude menée en 2009 (112) sur un échantillon réduit montre que les patients bipolaires non déments ont plus de difficultés que les sujets sains à reconnaître les émotions faciales de peur, de colère et de dégoût, et à attribuer des intentions à autrui. Ces difficultés sont accentuées chez les patients bipolaires déments. Ces déficits de cognition sociale observés pourraient participer aux troubles comportementaux et sociaux présents dans le trouble bipolaire.

5. QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION DES ASPECTS MEDICO-LEGAUX

5.1. La responsabilité pénale du malade mental

5.1.1. Origine de l'irresponsabilisation des malades mentaux

En France, le droit pénal ne punit pas le fou, et ce grâce à une conception humaniste héritée des aliénistes. Pinel, disait, au sujet des malades mentaux : "Ces aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante. [...] Les aliénés qui jusqu'alors ont été traités beaucoup plus en ennemis de la sécurité publique qu'en créatures déchues dignes de pitié doivent être soignés dans des asiles spéciaux. " (113) Cette conception est intégrée pour la première fois dans le code pénal de 1810, à travers l'article 64 exposant le principe de l'irresponsabilité pénale pour motif psychiatrique :

"Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister".

Il y a deux catégories d'exclusion de la faute : les raisons objectives et subjectives d'irresponsabilité. Le trouble mental se situe dans les causes subjectives d'altération du discernement, la nature juridique est la cause non présumée de non imputabilité, qu'il convient de déterminer au moment des faits (114). Le principe légal de l'irresponsabilité pénale repose sur le principe qu'il "n'y a ni crime ni délit sans intention de le commettre". C'est à dire que pour qu'un sujet soit responsable pénalement, il faut qu'une faute morale, une intention ait été présente lors de la commission de l'acte. L'irresponsabilité pénale découle de la perte du libre arbitre, quelle que soit la nature du trouble mental qui en est à l'origine. Le principe de démence autrefois spécifié dans les textes était corrélé à une abolition de la volonté, et donc à une absence de discernement et de libre arbitre.

Cette conception dichotomique séparait les malades mentaux irresponsables, destinés à l'asile, et les criminels jugés responsables, destinés à la prison. Mais la réalité étant plus complexe, certains se sont posé la question de la possibilité d'une "responsabilité partielle",

de situations mixtes où "la liberté morale [se] trouve plus ou moins diminuée" (115). Les partisans de cette vision estiment que certains malades mentaux, malgré des lacunes de leurs facultés de discernement, peuvent encore distinguer le bien et le mal, et que les excuser complètement serait trop indulgent, sans cependant les assimiler totalement aux individus sains. Chaque cas doit donc être apprécié individuellement.

Le concept de responsabilité partielle apparaît alors dans la circulaire Chaumié de 1905, qui pose le principe de l'atténuation de la peine pour des personnes reconnues responsables de leurs actes tout en étant atteintes d'un trouble mental. L'expert doit étudier l'état du patient au moment des faits, et indiquer dans quelle mesure le sujet est responsable de l'acte qui lui est reproché (116). Le concept d'altération du discernement naît à ce moment-là, permettant de sortir du manichéisme "fou criminel" ou "délinquant sain", et conduit à un nouveau texte entré en vigueur en 1994 dans le Code pénal actuel :

Article 122-1 : "N'est pas responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes"

"La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime" (44)

Cette formulation, appelant à nuancer le jugement, permet une gradation dans la responsabilité : présente, atténuée ou abolie.

5.1.2. Comment se décide la responsabilité pénale d'un mis en cause ?

Le juge de la juridiction de jugement ou d'instruction doit apprécier souverainement l'état mental de la personne poursuivie, et déterminer si une irresponsabilité pénale est présente. Dans ce but, le juge mandate un expert psychiatre, qui doit examiner le mis en cause lors de l'expertise psychiatrique pénale présentencielle d'évaluation et de responsabilité, et répondre classiquement aux questions suivantes (117):

- L'examen du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques ? Le cas échéant, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent.
- L'infraction qui est reprochée au sujet est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ?
- Le sujet est-il accessible à une sanction pénale ?
- Le sujet était-il atteint, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant soit aboli son discernement ou le contrôle de ses actes (au sens de l'article 122-1 al. 1 du CP), soit altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes (au sens de l'article 122-1 al. 2 du CP) ?

Cette expertise a donc pour but de repérer d'éventuelles pathologies psychiatriques, et de déterminer si elles ont pu être en lien avec le passage à l'acte. L'irresponsabilité pénale est retenue lorsqu'il existe une abolition du discernement en rapport avec une pathologie psychiatrique identifiée. Une des difficultés auxquelles doivent faire face les experts est l'absence de consensus sur les pathologies mentales irresponsabilisantes, un trouble irresponsabilisant étant en réalité une notion transnosographique. L'expert doit relever les éléments cliniques de la maladie, les détailler, éventuellement donner un diagnostic et préciser l'existence d'une symptomatologie ayant pu déterminer ou influencer le passage à l'acte. Il y a donc une partie d'arbitraire laissée à l'expert. Néanmoins, la plupart du temps, l'irresponsabilité est retenue lorsque le passage à l'acte est en lien direct avec une pathologie schizophrénique, une bouffée délirante, un trouble bipolaire en phase aigüe, une psychose paranoïaque ou une confusion.

5.1.3. Les conséquences de l'irresponsabilisation pénale pour le mis en cause

Lorsque l'abolition du discernement est retenue, selon le stade auquel l'irresponsabilité est constatée, le mis en cause fait donc l'objet soit d'un non-lieu de la part de la juridiction de l'instruction (ordonnance prononcée par la chambre de l'instruction), soit d'une décision d'acquittement ou de relaxe prononcée par la juridiction de jugement. Le parquet peut aussi renoncer à engager des poursuites et classer sans suite. Il y a alors une bascule du pénal vers l'administratif. En cas de reconnaissance de l'irresponsabilité pénale de la personne matériellement imputable, la chambre de l'instruction ou la juridiction de jugement peuvent ordonner, par décision motivée et après expertise psychiatrique, deux types de mesures :

- La mise en œuvre de soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat dans un établissement de soins psychiatriques, conformément à l'article 706-135 du Code de procédure pénale. Le régime de cette hospitalisation est celui de l'hospitalisation à la demande d'un représentant de l'état, prévu par l'article 3213-1 du Code de santé publique.
- Des mesures de sûreté conformément aux articles 706-125 et 706-136 du Code de procédure pénale. Ces mesures peuvent être : interdiction d'entrer en relation avec la victime ou certaines personnes ou catégories de personnes, interdiction de paraître dans tout lieu spécialement désigné, interdiction de détenir ou de porter une arme, interdiction d'exercer une activité professionnelle ou bénévole spécialement désignée, suspension ou annulation du permis de conduire.

Les mesures de sûreté ont a priori une visée préventive et non punitive. Cependant, prévues pour contrôler et surveiller le condamné au terme de la peine, elles sont généralement ressenties comme une sanction pénale par la personne concernée (118).

5.1.4. La responsabilité pénale du malade mental aujourd'hui

5.1.4.1. Evolution de la loi concernant la responsabilité

Dans la loi de 1994, lorsque le sujet était déclaré responsable mais souffrant d'un trouble ayant altéré le discernement ou entravé le contrôle des actes, il était stipulé que "la juridiction [doit tenir] compte de cette mesure". Ce que ne précisait alors pas la loi, c'était dans quel sens il fallait individualiser la peine : en faveur ou en défaveur du sujet ? Dans l'esprit de la loi, il s'agissait d'une circonstance atténuante, les peines prononcées allant déjà vers une plus grande sévérité depuis plusieurs années. Pourtant, dans la réalité de l'application, il en a été autrement. Dès 1995, les juridictions ont au contraire penché vers une augmentation encore plus importante de la durée des peines. En pratique, les juges et jury ont eu tendance à considérer les auteurs d'infraction souffrant de pathologie mentale comme plus dangereux que les sujets indemnes de troubles, prononçant des peines plus sévères du fait d'une dangerosité perçue, non basée sur des critères objectifs. Le but était d'écarter ces sujets considérés comme d'autant plus dangereux le plus longtemps possible de la société, leur réadaptation paraissant difficilement envisageable. L'aggravation paradoxale de la peine prononcée à l'égard de ces sujets, à la fois malades et criminels, montre une tendance au raccourci vers "demi-fou, double peine" (119). On est à ce moment passé d'une logique de responsabilité à une logique de dangerosité, et à la nécessité de protéger la société en écartant ces individus. L'assimilation entre folie et dangerosité contribue à stigmatiser les malades mentaux, considérés comme des êtres violents qu'il convient alors de neutraliser, tendant alors vers un modèle de défense sociale.

Devant ce constat, et dans l'intention de rectifier cette évolution, l'alinéa 2 du texte a été révisé par la loi du 15 août 2014 :

"La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine

la peine et en fixe le régime. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état." (44)

Lorsqu'une atténuation de la responsabilité est retenue, le sujet est assimilé avec l'ensemble des condamnés, l'atténuation de responsabilité n'entraînant qu'une réduction du temps de peine du tiers. En cas de peine de détention, le sujet fait l'objet des mêmes modalités et conditions que les autres détenus (120).

5.1.4.2. La présence de malades mentaux en prison malgré la loi : des explications variées

Taux de prononcé de l'article 122-1

La démographie carcérale a pratiquement doublé en trente ans. Au premier janvier 2015, 66 270 personnes étaient écrouées et détenues dans 188 établissements pénitentiaires (121). Le taux de prononcé d'irresponsabilité pénale au sens de l'article 122-1 alinéa a connu une baisse jusque dans les années 2000, pour atteindre environ 200 prononcés bruts par an, puis a de nouveau augmenté et se situe aux alentours de 600 par an actuellement. Ces chiffres doivent être relativisés en prenant en compte la diminution du nombre de personnes mises en examen, au profit des procédures rapides de jugement (122). Le taux de prononcé d'irresponsabilité pénale est donc passé de 0.8 à 0.4% des affaires criminelles en quelques années.

En parallèle, le recours à l'alinéa 2 s'est accru, même si des chiffres officiels ne sont pas disponibles car ces jugements demeurent indifférenciés des autres jugements. De plus en plus de mis en examen seraient, selon certains auteurs, considérés préférentiellement

"altérés" par les experts. Ce glissement pourrait participer à l'augmentation de la prévalence des malades mentaux dans les prisons françaises, avec notamment une proportion élevée de malades souffrant de pathologies mentales sévères (schizophrénie, psychoses chroniques) (123).

Causes historiques de la présence de malades mentaux en prison

La réflexion sur la présence d'une part importante de malades mentaux en prison est ancienne. Déjà, en 1909, Régis s'interrogeait sur la présence en détention de criminels aliénés qui, en vertu de l'article 64, auraient dû bénéficier d'une irresponsabilité pénale. Il évoquait parmi les causes de ces erreurs "une trop grande précocité du jugement par le tribunal des flagrants délits ; (...) le défaut d'expertise (...) ; le rejet des conclusions de l'expert (...) ; le refus d'ordonner une expertise (...) ; les erreurs d'expert" (124). Certaines de ces causes sont encore d'actualité. Parfois, la maladie mentale n'est pas reconnue par les experts, le trouble n'est pas mis en lien avec l'infraction, ou la décompensation psychiatrique est réactionnelle au milieu carcéral. Les procédures rapides de jugement, utilisées préférentiellement afin d'alléger un système judiciaire surchargé, sont une cause croissante de méconnaissance d'un trouble psychiatrique.

D'autres causes sont nouvelles, liées à l'évolution de la société et des politiques pénales.

Causes liées à l'époque contemporaine

La loi de 1994 a grandement contribué à augmenter le nombre de détenus souffrant de pathologies psychiatriques, en allongeant les peines retenues à leur encontre. La loi de 2014 a pour but rectifier cette sur-pénalisation paradoxale, mais ses effets ne seront pas visibles avant plusieurs années.

Depuis les années 1970, on assiste à une mutation des politiques de santé publique : les asiles sont progressivement fermés au profit d'un système de prise en charge ambulatoire des malades mentaux, entraînant une désinstitutionnalisation progressive de ces patients. Pendant plusieurs années, certains ont dénoncé un déversement des malades de l'hôpital

vers les prisons (125). Les mouvements antipsychiatriques ont participé à cette désinstitutionnalisation des malades. En parallèle, on assiste à une mutation sociétale prônant l'ère de l'individu libre et autonome. De l'ancien système paternaliste, on glisse progressivement vers un système néolibéral. Le malade mental est lui aussi considéré comme un individu dont on exige qu'il soit responsable, durcissant le jugement à son égard. En regard de cette mutation, l'opinion publique est de plus en plus sensible au statut de la victime, en témoignent des mouvements associatifs spécifiques nombreux et influents. On exige que l'émotion des victimes soit entendue, on réclame une reconnaissance de leur statut, ainsi qu'une punition et des excuses de l'auteur (119). Les politiques, dans le désir de plaire à l'opinion public, collent à cette mouvance. Dans la pratique, lorsque l'auteur des faits est reconnu irresponsable, les poursuites pénales cessent et un non-lieu est prononcé. En parallèle, la procédure est poursuivie au civil. Cette interruption des poursuites sur le plan pénal donne souvent à la victime et ses proches l'impression de ne pas être reconnue en tant que victime, que la réalité des faits est éludée. Cela compromet les processus de deuil et de réparation. Afin de mieux prendre en considération les victimes par la justice pénale, depuis 2008, la décision d'irresponsabilité pénale est prononcée par une juridiction collégiale, au terme d'une audience publique. Le juge déclare à la fois que la personne est irresponsable mais qu'elle a commis les faits qui lui sont reprochés (114).

Causes liées aux experts eux-mêmes

L'inclination à la sur-responsabilisation des malades mentaux et à leur accumulation dans les prisons est également le fait des experts. Avant les années 1970, la pratique courante était de retenir une irresponsabilité dès qu'une pathologie psychiatrique était présente. Or, conformément au code pénal, l'état mental est dorénavant apprécié au moment des faits. Les experts ont alors tendance aujourd'hui à responsabiliser davantage le sujet que leurs prédécesseurs. Dans une époque où la thérapeutique permet de stabiliser les troubles, l'état du patient est très différent au moment du passage à l'acte et de l'expertise. Il y a également une évolution sur le plan psychothérapique, avec entre autres l'objectif de responsabiliser le malade dans sa prise en charge. Cette responsabilisation peut glisser vers une responsabilisation vis-à-vis de l'acte. Enfin, la difficulté de trouver une réponse hospitalière

adaptée dès lors que le non-lieu est prononcé après la déclaration d'irresponsabilité freine certains experts à proposer l'abolition du discernement (126).

Certains partisans de la responsabilisation des malades mentaux soutiennent qu'à travers la condamnation pénale, le sujet se confronte au réel, s'inscrivant "dans la réalité commune" (127). Il aurait alors accès à une prise de sens de son acte grâce à la peine. Les partisans de cette position s'appuient sur la pensée de Lacan, "De notre position de sujet, nous sommes toujours responsables" (128). Selon cette perception, les partisans de la responsabilisation des psychotiques avancent que condamner les patients psychotiques permet de les réintégrer dans la communauté humaine, leur évitant toute "stigmatisation humiliante". Cette posture dénote une certaine hypocrisie thérapeutique. Pour éviter une stigmatisation du psychotique, l'idée serait d'en faire un justiciable comme les autres, on le mettrait en prison pour "l'intégrer" dans la communauté. Certains arguent même pour une peine "à visée thérapeutique" (127). En agissant sur les déterminants inconscients des actes, on s'adresserait au "désir inconscient" qui a motivé le crime. Pourrait-on alors soigner la psychose par la prison ? Cela n'a pour nous pas de sens clinique.

5.1.4.3. La responsabilité de nos patients bipolaires

Le malade bipolaire, "fou par intermittence", en particulier, peut souffrir de cette tendance à la responsabilisation. Même si certains patients bipolaires gardent des troubles cognitifs, émotionnels et de la théorie de l'esprit intercritiques (112), les troubles thymiques flagrants étant discontinus, le sujet peut être considéré comme lucide en dehors d'un épisode thymique caractérisé, n'ayant plus accès à un délire ou à une perte de contact avec la réalité pourtant présente lors des faits.

Alain fait ainsi preuve, lorsqu'il est stabilisé, d'une apparente normalité et de bonnes capacités d'adaptation dans le cadre très contenant et ritualisé de la prison. Aucun signe manifeste, en dehors des récits des épisodes thymiques, n'atteste la maladie. Alain a été examiné par deux experts isolément, l'un concluant à l'abolition du discernement, l'autre à son altération, puis par un collège de deux experts qui a déterminé qu'une altération du

discernement était présente au moment des faits. Cela illustre la part d'arbitraire laissée aux experts et l'absence de consensus sur les motifs psychiatriques d'irresponsabilisation.

L'insight peut aussi faire défaut au sujet bipolaire, quand ce n'est pas une réticence et une dissimulation des troubles, afin de donner des "apparences de raison" (129). Ainsi, lors de la première rencontre avec l'expert psychiatre, Jean avait dissimulé les troubles psychiatriques qui étaient survenus plusieurs mois auparavant, troubles pourtant francs et présents au moment du passage à l'acte. Il avait tu ses séjours à l'hôpital psychiatrique, passé sous silence le traitement qu'il prenait déjà pour équilibrer sa maladie bipolaire. Jean n'avait à l'époque pas compris sa pathologie, les symptômes, les modalités de traitement, et était encore sous le choc des faits, de l'incarcération et du décès de sa femme. C'est sa psychiatre qui, après un travail psychothérapique, lui a conseillé de demander une nouvelle expertise et de donner à l'expert les éléments de son dossier médical concernant les hospitalisations en psychiatrie. La seconde expertise a conduit à un jugement d'altération du discernement, alors que la première expertise, ne faisant mention d'aucun trouble psychiatrique, concluait à une responsabilité totale.

5.1.5. Glissement vers une évaluation de la dangerosité plutôt que de la responsabilité

En dehors des questions concernant la responsabilité du sujet auxquelles doit répondre l'expert psychiatre, d'autres questions posées par les magistrats émergent depuis une vingtaine d'années, axées sur d'autres préoccupations.

- Le sujet présente-t-il un état dangereux pour lui-même ou pour autrui ?
- Le sujet est-il curable ou réadaptable ?
- Le sujet doit-il faire l'objet d'un suivi spécialisé ou d'un traitement spécifique nécessité par son état ?
- Une injonction de soin dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire est-elle opportune ?

On constate ici les préoccupations sécuritaires à travers la demande d'évaluation d'un "état dangereux". Depuis une vingtaine d'années, les attentes de la justice envers l'expert ont

notablement évoluées. En plus de la démarche classique de recherche clinique d'une maladie psychiatrique faisant discuter une altération ou une abolition du discernement, les magistrats demandent une analyse psychopathologique permettant d'éclairer le passage à l'acte criminel, et une analyse des éléments annonciateurs de dangerosité. Il existe un certain glissement dans ce que le législateur demande à l'expert : de l'expertise de responsabilité, on tend vers une expertise de dangerosité/repérage des risques de récidive, dont la fiabilité, la faisabilité et la finalité font polémique. L'analyse doit distinguer la dangerosité psychiatrique, liée au trouble psychiatrique lui-même, et la dangerosité criminologique, qui doit prendre en compte les éléments environnementaux du passage à l'acte. Les magistrats ne devraient pas baser leur évaluation du risque de récidive essentiellement sur l'expertise psychiatrique. Les données pénitenciaires, policières, sociales ou économiques ont également un poids majeur.

Cette évolution demandée par la justice du rôle de l'expert psychiatre, prenant le masque du criminologue, a fait l'objet de controverses au sein de la communauté psychiatrique (130). Certains experts, de moins en moins nombreux, estiment que leur rôle doit se limiter à l'analyse d'une éventuelle pathologie irresponsabilisante. Ils sont cependant de plus en plus à élargir leur approche à l'analyse psychopathologique du passage à l'acte, et certains proposent même une lecture psychocriminologique. Il faut cependant bien garder en tête que l'apport du psychiatre n'est qu'un éclairage parmi d'autres, la criminologie étant une science multidisciplinaire.

L'expert doit également se prononcer sur la curabilité ou la réadaptabilité du sujet. Cette question difficile est souvent éludée, tant elle dépend de multiples paramètres. L'expert doit enfin déterminer, avant même le prononcé de la peine, si une injonction de soin peut être opportune. La mesure d'injonction de soin est mise à exécution après la période de détention, soit bien des années plus tard. On imagine bien la difficulté de prédire si, des années plus tard, une telle mesure pourra avoir un intérêt, sans prendre en compte l'évolution possible du sujet pendant la période de détention.

« Les prévisions sont difficiles, surtout quand elles concernent l'avenir. »

Pierre Dac

5.2. Le patient bipolaire en prison

5.2.1. Epidémiologie

Comme nous l'avons abordé précédemment, en raison d'une mutation sociétale, d'un allongement des peines et d'une tendance à un accroissement de la responsabilisation des malades mentaux, leur nombre au sein des prisons françaises est en augmentation depuis quelques décennies. La dernière étude épidémiologique à grande échelle visant à estimer la prévalence des troubles mentaux dans les prisons françaises a été menée par le ministère de la santé en collaboration avec le ministère de la justice entre 2003 et 2004, et montre leur grande fréquence. Les troubles schizophréniques concernent 3.8% des détenus, soit environ 4 fois plus que dans la population générale. Concernant le trouble bipolaire, 3.1% des détenus en sont atteints (123). Une étude menée dans les établissements pénitentiaires dotés d'un SMPR retrouve un taux encore plus impressionnant de détenus souffrant de trouble psychiatrique grave, avec notamment 6.8% de trouble bipolaire (131). Ce chiffre majoré par rapport aux autres études pourrait s'expliquer par un meilleur dépistage de la maladie bipolaire dans les établissements dotés d'un SMPR. Ceci pourrait être également lié à une réelle disparité en raison d'une orientation préférentielle de détenus chez qui une pathologie psychiatrique est supposée ou avérée vers des établissements intégrant un SMPR par les magistrats, et donc constituer un biais de recrutement. Il existe clairement une surreprésentation des malades mentaux dans les prisons françaises. La proportion de détenus souffrant des troubles psychiatriques les plus graves (psychoses) et pour qui la peine n'aurait guère de sens pourrait être estimée à 10 % de la population pénitentiaire (132).

5.2.2. Particularités du patient bipolaire en prison

La situation du patient bipolaire en détention est préoccupante. Les conditions de stress liées au milieu carcéral peuvent déstabiliser la pathologie bipolaire. Dans un milieu déjà maltraitant pour un individu sain, surpeuplé, le personnel pénitentiaire n'a pas de formation

en santé mentale bien qu'il côtoie des détenus présentant ce type de troubles. Les sujets atteints de troubles psychiatriques ont des capacités d'adaptation réduites par rapport à la population générale, et ont souvent des réactions pathologiques aux contraintes liées à l'environnement, qui peuvent être responsables de décompensations. Pinel disait déjà au sujet des malades mentaux incarcérés : "C'est une admirable invention que l'usage non interrompu des chaînes pour perpétuer la fureur des maniaques avec leur état de détention, pour suppléer au défaut de zèle d'un surveillant peu éclairé, pour entretenir dans le cœur des aliénés une exaspération constante avec un désir concentré de se venger, et pour fomenter dans les hospices le vacarme et le tumulte." (133)

Les symptômes liés au trouble bipolaire peuvent compliquer les relations du patient avec l'administration pénitentiaire (134). Durant les phases maniaques ou hypomaniaques, l'élation et l'exaltation ainsi qu'un sentiment de toute puissance peuvent mener à des conflits avec les surveillants. L'administration pénitentiaire peut voir le comportement du patient comme un acte de défiance, de provocation envers l'autorité, et ces débordements peuvent être gérés seulement de manière disciplinaire sans être rapportés aux services psychiatriques, ce qui va retarder l'accès aux soins et la prise en charge thérapeutique. La désinhibition comportementale peut conduire le patient à avoir un comportement inapproprié, à se montrer trop familier, ou à avoir des comportements exhibitionnistes qui entraînent des sanctions (sanctions disciplinaires, allongement de la durée de la peine). Ces détenus ont un risque plus important d'être mis en quartier disciplinaire au sein de la prison, donc d'être encore davantage exclus et punis. Les personnalités à dominante impulsive, fortement associées au diagnostic de bipolarité, entraînent un sur-risque de comportement problématique au cours de détention, suite à une frustration par exemple.

Les sujets atteints de troubles psychiatriques sont en général incapables de remplir l'ensemble des conditions nécessaires à l'obtention d'un aménagement de leur peine, ce qui entraîne une perte de chance pour ces patients. On constate alors concrètement une tendance à l'allongement du temps de peine chez ces sujets comparé aux détenus indemnes de trouble psychiatrique, participant à la surreprésentation des malades mentaux en prison (135).

La prison est un milieu violent. Or, les sujets souffrant de troubles psychiatriques (en particulier la schizophrénie et le trouble bipolaire) ont 1.6 fois plus de risque que n'importe quel autre détenu d'être victime de violence au sein de la détention par un autre détenu (136). De plus, lorsque, au cours d'un état maniaque ou hypomaniaque, des manifestations comportementales à connotation sexuelle surviennent, le patient peut être victime d'agressions d'une particulière intensité de la part des autres détenus.

5.2.3. Incarcérations récidivantes

Le sujet bipolaire est particulièrement à risque de récidive. Une vaste étude menée dans les prisons américaines, incluant près de 80 000 détenus, retrouve un taux d'incarcérations répétées (au moins quatre) 3.3 fois plus élevé pour les patients bipolaires que pour les détenus indemnes de troubles psychiatriques (137). Pour les patients schizophrènes, ce taux est de 2.6. Le risque de récidive chez les patients ayant présenté un épisode maniaque ou hypomaniaque concerne plutôt des agressions sexuelles (138).

"The revolving door syndrom" est un concept décrit par les anglo-saxons, dénonçant la situation fréquente de patients bipolaires qui, après un accès maniaque ayant nécessité une hospitalisation, sont réhospitalisés peu de temps après pour le même motif suite à l'arrêt de leur traitement. Peut-on faire un parallèle et parler également pour les patients bipolaires, comme le propose Baillargeon, de "revolving prison door" ? (139)

5.2.4. Le soin psychiatrique en milieu carcéral

5.2.4.1. Les dispositifs de soins psychiatriques en milieu carcéral

Actuellement, tout établissement pénitentiaire est doté de moyens d'intervention psychiatrique. Depuis la loi du 17 juin 1998, les condamnés à une mesure de suivi

sociojudiciaire dans le cadre d'une infraction à caractère sexuel, sont orientés prioritairement vers des établissements spécialisés pour purger leur peine de détention. Ces établissements concentrant les condamnés pour ce type de motif bénéficient de moyens supplémentaires pour les interventions psychiatriques.

Les SMPR (Services médico-psychologiques régionaux) assurent, au sein de la prison, les soins ambulatoires (soins de niveau 1), et les hospitalisations de jour (soins de niveau 2). Ils ont 4 missions principales, précisées par la loi de 1986 (140):

- Le dépistage des troubles psychologiques et psychiatriques et la mise en œuvre des traitements psychiatriques ;
- Le suivi psychiatrique et psychologique de la population postpénale ;
- La lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie ;
- La coordination des soins vis-à-vis des établissements pénitentiaires qui leur sont rattachés.

Ils jouent également un rôle important dans la prévention du suicide. Les soins y sont toujours librement consentis.

Lorsqu'il n'y a pas de SMPR au sein de la structure carcérale, le secteur de rattachement assure les prestations psychiatriques, par le biais d'une prise en charge ambulatoire via une équipe pluridisciplinaire constituée en dispositif de soin psychiatrique (psychiatres, infirmiers, psychologues).

Les UHSA (Unité hospitalières spécialement aménagées), nouvellement créées, proposent des soins de niveau 3, c'est à dire des hospitalisations temps plein au sein d'une structure intra-hospitalière spécialement dédiée aux détenus. Le but de ces structures est de proposer des conditions de soins psychiatriques aux détenus équivalentes à celles proposées en population général. Les soins y sont libres ou sans consentement.

5.2.4.2. Les limites actuelles du dispositif de soins psychiatriques aux détenus

L'augmentation constante du nombre de détenus souffrant de pathologies psychiatriques se heurte aux limites des capacités de prise en charge des dispositifs de soins psychiatriques, inhérentes aux caractéristiques des lieux et des modes de fonctionnement. Des disparités de moyens entraînent une inégalité de l'offre de soin en fonction des établissements pénitentiaires (121). Dans de nombreux établissements, un manque de moyens humains est dénoncé. Certaines difficultés corrélées à l'organisation pénitentiaire elle-même peuvent avoir des répercussions sur l'accès et la dispensation des soins aux détenus. Concernant la coordination des soins, des dysfonctionnements compromettent la continuité des soins entre SMPR et secteurs de psychiatrie, aggravés par un manque de connaissances des spécificités psychiatriques de la population pénale, et par les délais parfois importants de prise en charge sur les secteurs (121).

Lorsqu'un détenu présente des troubles psychiatriques sévères nécessitant une hospitalisation, plusieurs obstacles compliquent la démarche. L'hospitalisation au sein des SMPR s'apparente à une hospitalisation de jour, ne permettant pas une surveillance médicale continue. Les détenus nécessitant une hospitalisation à temps complet sont alors extraits et hospitalisés sur le secteur de psychiatrie rattaché dans le cadre de l'article D 398 du code de procédure pénale, dans les UMD, ou, depuis leur création, dans les UHSA.

L'hospitalisation d'un détenu sur le secteur de psychiatrie, dans le cadre d'un SDRE, pose différents problèmes. Les difficultés d'application de cet article, liées aux hésitations des préfets à signer l'arrêté, à la réticence ou à la méfiance des équipes hospitalières, mais surtout à l'impossibilité d'accueillir correctement ces patients dans des unités hospitalières "classiques", entraînent une perte de chance pour les détenus. L'orientation vers les UMD est tout aussi compliquée, avec des délais de prise en charge très longs liés à une saturation de ces structures (126). La création des UHSA a pour but d'offrir un soin de qualité équivalent à celui reçu dans une unité de psychiatrie de secteur, tout en y assurant la

sécurité nécessaire. Les soins y sont libres ou sans consentement, et une surveillance pénitentiaire constante est assurée.

Leur création a cependant été décriée. La crainte que certains experts ne se risqueraient plus à constater l'irresponsabilité pénale de certains mis en cause a été évoquée, au motif que la condamnation pénale permettrait alors d'assurer une prise en charge médicale sécurisée de ces sujets. Certains craignent un modèle ségrégatif pour détenus, le délinquant étant condamné à une peine d'hospitalisation en psychiatrie, d'autres y voient les prémices d'un hôpital prison (132).

Actuellement, en pratique, le recours à l'UHSA est limité par un défaut d'accès dans certains secteurs géographiques, et une demande importante entraînant des listes d'attente et des délais d'admission de plusieurs semaines avant de pouvoir admettre un patient (121). Le recours reste encore trop souvent, lorsqu'une hospitalisation en urgence est nécessaire, une hospitalisation dans un secteur de psychiatrie. Les conditions y sont défavorables. Les services n'ayant pas les moyens suffisants pour assurer un certain niveau de sécurité, le patient est souvent plus considéré comme un détenu que comme un patient et reste en chambre de soins intensifs durant toute la durée de la prise en charge, quand bien même son état de santé ne justifie pas de telles mesures.

5.2.4.3 Les particularités du soin au patient bipolaire incarcéré

Le trouble bipolaire, déjà sous-diagnostiqué en population générale, l'est probablement encore plus parmi les populations délinquantes (141). En effet, la bipolarité est un diagnostic complexe, qui s'établit en général après 8 à 10 ans d'évolution du trouble en situation clinique ordinaire (4). En milieu carcéral, les difficultés diagnostiques sont encore augmentées, et ce délai diagnostique a des conséquences importantes dans la prise en charge du trouble et son évolution. Les pièges diagnostiques sont liés à une symptomatologie polymorphe, qui peut évoquer de prime abord un trouble de l'humeur unipolaire, une addiction, ou un trouble de la personnalité. Ces pièges sont renforcés par le milieu carcéral, où le contexte de stress favorise la survenue d'épisodes dépressifs majeurs,

chez des sujets souvent consommateurs de toxiques et impulsifs. L'analyse clinique fine prend alors tout son sens, afin de dépister le patient bipolaire au sein de ces manifestations variées. Il existe actuellement un manque de repérage rigoureux et systématique du trouble bipolaire chez les détenus, donc une sous-évaluation de la pathologie et un défaut de prise en charge thérapeutique adaptée (121).

Le milieu carcéral est un facteur de stress intense, or le stress est un facteur de décompensation des épisodes thymiques (dépressifs ou maniaques) chez le bipolaire (13). Le risque suicidaire, déjà élevé chez le patient bipolaire (6 à 15% des bipolaires décèdent par suicide (142)), augmente lors des variations thymiques (19). Pour le moment, de manière étonnante, les rares études spécifiques évaluant le risque suicidaire chez le bipolaire incarcéré retrouvent un sur-risque considéré comme faible (risque 2.4 fois plus élevé qu'en population générale) (143). Cependant, le manque de données empêche de tirer des conclusions définitives. Les équipes psychiatriques doivent donc rester très attentives au risque de suicide chez le patient bipolaire en prison, et leur accorder une surveillance particulière.

A travers le parcours de Marc, on peut avoir un aperçu du regard des surveillants pénitentiaires sur le patient bipolaire et les obstacles de l'orientation vers le soin. Lorsque Marc arrive en détention, son comportement exalté, sa toute puissance et son excitation, bien visibles et pénibles, alertent le personnel, qui signale la situation. Heureusement, dans le cas de Marc, l'équipe du SMPR a été avertie, et le patient n'a pas été orienté vers la filière disciplinaire. En revanche, lorsque Marc est replié en cellule, apathique lors de phases dépressives, son comportement n'agace pas, il passe inaperçu, et la situation n'est rapportée ni à la hiérarchie ni aux équipes de soin. Les surveillants peuvent donc avoir tendance à signaler les phases hautes et ne pas s'inquiéter de phases dépressives. Au contraire, en phase d'hypomanie, un patient peut sembler aller bien, l'hypersyntonie le faisant passer pour un détenu sympathique et jovial aux yeux du surveillant qui ne s'alarme pas d'un trouble psychiatrique sous-jacent.

A travers le cas de Jean, on peut apercevoir la complexité potentielle de la trajectoire de soins d'un patient bipolaire incarcéré. En garde à vue, son état d'exaltation est constaté et motive un transfert en SDRE sur le secteur de psychiatrie. Après l'obtention d'une

stabilisation thymique, Jean est placé en détention provisoire à la maison d'arrêt. Il y est suivi sur place en ambulatoire par le SMPR, reçoit un traitement psychotrope dispensé quotidiennement dans l'unité de soin somatique. Une deuxième décompensation au bout de quelques semaines nécessite un transfert en urgence en SDRE, à nouveau sur le secteur de psychiatrie. Après la rémission des symptômes, Jean peut réintégrer la maison d'arrêt et bénéficie d'un soin ambulatoire au SMPR pendant environ 2 ans. Des phases de fléchissement de l'humeur sont jugulées par une intensification de la prise en charge ambulatoire. Lors du procès, une nouvelle décompensation motive une hospitalisation en SDRE, cette fois-ci à l'UHSA nouvellement construite à proximité. Jean y reste hospitalisé environ un mois, puis, désormais condamné à l'issue du procès, retourne en maison d'arrêt. Il présente un épisode dépressif peu de temps après son arrivée en détention ordinaire, et est alors rapidement hospitalisé à l'hôpital de jour du SMPR. Jean étant désormais condamné à une peine supérieure à 2 ans, il est transféré brusquement en centre de détention, pendant qu'il est encore hospitalisé au SMPR. Ce transfert, pénitentiaire, ne prend pas en compte l'actualité sanitaire du patient. Jean, ainsi que les soignants le prenant en charge, apprennent son transfert la veille pour le lendemain. Il arrive donc au centre de détention, d'abord au quartier arrivant. Il est rencontré le lendemain par le SMPR de ce nouvel établissement, où un soin ambulatoire rapproché est mis en place. Jean refuse d'être à nouveau hospitalisé dans un SMPR différent. Il est actuellement toujours suivi en ambulatoire. Après la période de détention, Jean sera soumis à une injonction de soin, autre dispositif au carrefour du sanitaire et du judiciaire, auquel il devra s'adapter.

On visualise à travers la complexité de ces trajectoires, combien le fait d'être bipolaire en prison peut s'avérer compliqué. Le patient est tributaire de la sensibilité des surveillants pénitentiaires aux signes de déséquilibre psychique, de l'accès aux soins au sein de la détention, des transferts et de leur complexité de mise en œuvre, de la qualité de l'organisation de chaque structure de soin, des capacités de coordination entre les soignants. Paradoxalement, il faut être capable d'une grande patience et d'une grande adaptabilité lorsqu'on souffre d'une psychose en détention.

On peut aussi constater la surprenante adaptabilité d'Alain au sein de la détention. Toute sa vie, son humeur a oscillé entre phases manique et phases dépressives, il n'a jamais bénéficié d'une stabilisation thymique de plus d'un an ou deux, à cause d'une mauvaise observance

thérapeutique répétée. Depuis le début de son incarcération, cela fait plus de 4 ans qu'Alain profite d'une humeur stable, satisfaisante. Le cadre contenant et ritualisé de la détention lui procure un rythme de vie plus conventionnel, plus régulier que ce dont il avait l'habitude à l'extérieur, et l'aide à être observant vis à vis de ses traitements. Il est également abstinent en toxiques depuis le début de son incarcération. Malgré la circulation de toxiques en détention, il est en dehors de ses pratiques de consommation usuelles et parvient à s'en éloigner. Pour Marc et Alain, dont l'insight et l'alliance thérapeutique étaient médiocres avant la détention, cette période difficile leur permet, paradoxalement, d'accéder à un certain équilibre de leur pathologie via une prise de conscience de leur trouble et une compliance aux soins. Le cadre contenant leur offre la possibilité d'expérimenter l'euthymie. Le coup d'arrêt brutal caractérisé par le retour à la réalité et la prise de conscience de leurs actes participe à cette prise de conscience. Bien que la prison ou le système pénal ne doivent pas devenir des solutions pour équilibrer les patients psychotiques difficiles à prendre en charge, cela peut être l'opportunité pour les soignants de débiter un soin nouveau, de faire lever sur un fonctionnement ancré, à un moment où le patient est à un carrefour de son existence, et construire une alliance solide pour la suite.

Malgré le risque généralement élevé pour le patient bipolaire d'être victime de violences au sein de la détention de la part d'autres détenus, ou de présenter des troubles du comportement sources de conflits avec l'administration pénitentiaire et de sanctions disciplinaires, nos patients n'ont pas eu à souffrir de difficultés de cette nature. Ils accomplissent leur peine dans des conditions acceptables, ceci grâce à un équilibre strict de leur pathologie mentale. Le traitement psychiatrique de ces patients conditionne donc également la façon dont leur peine carcérale va se dérouler.

5.3. L'injonction de soin

5.3.1. Origine des soins pénalement ordonnés

Le développement des sciences criminelles a mis en évidence que certains comportements violents ou dangereux ont un lien avec des troubles de la personnalité, des maladies

psychiatriques ou des troubles de l'usage de substances psycho-actives. Depuis ces découvertes, la loi, poussée par les attentes sociales, a prévu la possibilité d'obliger un individu à se soumettre à une intervention thérapeutique, au nom de l'intérêt commun. Il s'agit des soins pénalement ordonnés, qui s'articulent autour d'une décision judiciaire et de l'instauration d'un processus de soin. Ces soins sont à distinguer des soins sans consentement, qui n'appartiennent pas au champ pénal et sont eux encadrés par le Code de la Santé Publique.

Initialement, les soins pénalement ordonnés étaient l'apanage des patients souffrant d'addiction à l'alcool, présumés dangereux, encadrés par un texte de loi relatif aux "alcooliques dangereux" paru en 1954 (144). Puis les toxicomanes ont été également visés par ce type de mesures à partir des années 1970. Depuis une vingtaine d'années, de nombreux textes de loi se sont accumulés, prévoyant divers dispositifs de soins pénalement ordonnés. Dans les grandes lignes, il existe trois cadres légaux principaux (145) :

- **L'injonction thérapeutique** concerne les sujets dépendants à l'alcool ou aux stupéfiants. Cette mesure peut être prononcée au moment de la poursuite, de l'instruction ou du jugement. Un médecin relais est nommé afin de permettre l'articulation entre le sanitaire et le pénal. Faute de moyens, cette mesure est très rarement prononcée.
- **L'obligation de soin** peut être prononcée avant ou après la condamnation, sans forcément qu'une expertise psychiatrique ait été réalisée. Les motifs de condamnation compatibles avec l'obligation de soin sont divers, globalement tous les auteurs de délits ou de crimes peuvent être concernés. Etant donné que le magistrat peut prononcer cette mesure sans expertise préalable, l'existence d'une pathologie et l'opportunité d'un traitement ne sont pas toujours avérées. En outre, il n'y a pas d'interface particulière prévue dans cette mesure, et l'articulation santé justice est souvent problématique.
- **L'injonction de soin** est apparue avec la loi du 17 juin 1998, qui a créé le suivi sociojudiciaire. Le suivi sociojudiciaire est une mesure de sûreté, applicable à la sortie de prison, consistant à l'obligation de se soumettre à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive, sous le contrôle du juge

d'application des peines. Parmi ces mesures de surveillance et d'assistance figure l'injonction de soin.

5.3.2. Naissance de l'injonction de soin

La naissance de la mesure d'injonction de soin répond à une problématique particulière. Dans les années 1990, après la constatation de l'augmentation du nombre d'infractions sexuelles, la Direction Générale de la Santé a commandité une étude visant à évaluer et proposer des traitements des auteurs d'infraction sexuelle. Un groupe de travail, créé en 1992 sous la direction de Claude Balier, a été composé afin de répondre à cette demande (146). L'hypothèse soutenue par l'équipe de recherche était que les infractions de nature sexuelle ne sont pas exclusivement commises par des personnalités perverses. L'objectif était de mieux connaître la configuration de la personnalité des auteurs d'agression sexuelle, et de mettre en place un espace thérapeutique pour ces patients. Le résultat de ce travail a mis en lumière que certains agresseurs sexuels présentent des troubles psychiques et sont accessibles à une action thérapeutique, la moitié d'entre eux entrant dans le soin pendant la peine de détention. La construction d'un cadre leur permettant de poursuivre le soin et soulager la souffrance après la détention a justifié la naissance de l'injonction de soin. L'objectif premier de l'injonction de soin était donc, au moment de sa création, thérapeutique.

5.3.3. Extension du dispositif d'injonction de soin

Dans un premier temps, ce dispositif ne concernait que les auteurs condamnés pour des infractions de nature sexuelle (meurtre ou assassinat précédé ou accompagné d'un viol, viol, agressions sexuelles, corruption de mineurs dans la pornographie, atteinte sexuelle sur mineur de moins de 15 ans, atteinte sexuelle sur mineur par ascendant ou personne ayant autorité). Cependant, avec la loi de 2005, la liste des infractions pour lesquelles un suivi sociojudiciaire peut être prononcé s'est allongée (crimes d'atteinte volontaire à la vie des

personnes, actes de torture ou de barbarie, crimes d'enlèvement ou de séquestration, destructions, dégradations ou détériorations dangereuses pour les personnes). Avec les lois de 2007 et 2012, les infractions concernées ont encore été étendues et la mesure concerne globalement l'ensemble des infractions d'atteintes aux personnes (144). C'est donc surtout à partir de la loi de 2007 que l'injonction de soin, au départ mesure essentiellement thérapeutique, est rentrée dans une logique de prévention de la récidive. Ce dispositif, initialement pensé et conçu comme un cadre de soin destiné aux auteurs de violences sexuelles, s'est étendu, perdant parfois de son sens, dans un débordement politique sécuritaire.

De plus, l'injonction de soin a été étendue à d'autres cadres de l'exécution de la peine (libération conditionnelle, surveillance de sûreté...) dès lors qu'une expertise psychiatrique détermine que le condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement. La durée de la mesure de suivi sociojudiciaire, et donc de l'injonction de soin, est d'au maximum dix ans pour un délit, et vingt ans pour un crime. Depuis la révision du 15 août 2014 concernant l'irresponsabilité pénale, la loi prévoit également systématiquement un suivi sociojudiciaire en cas de déclaration d'altération de la responsabilité pénale au sens de l'article 122-1 alinéa 2.

Du fait de ce développement, les condamnations à un suivi sociojudiciaire ont augmenté très rapidement entre 1998 et 2004, puis de façon plus limitée ensuite. En 2009, 1342 peines de suivi sociojudiciaire ont été prononcées, dont 66% comportaient une injonction de soin, ce qui portait à l'époque à un total d'environ 4000 suivis actifs. La durée moyenne du suivi est de 5.8 ans, la durée croissant avec la durée de l'emprisonnement ferme (147).

5.3.4. Un champ nouveau pour les psychiatres

L'élargissement des possibilités de mise en œuvre de l'injonction de soin et de ses champs d'application, sans que son efficacité n'ait pour le moment été prouvée ni évaluée (147) (121), confronte le psychiatre à un nouveau champ clinique. En effet, le principe de l'injonction de soin n'est pas de traiter un patient dans le but d'obtenir une rémission des symptômes d'une pathologie psychiatrique, mais de diminuer le risque de récidive judiciaire, conformément à son appartenance au champ des mesures de sûreté. Cette nouvelle mission

du psychiatre pose des questions cliniques et éthiques. Les psychiatres interrogés déclarent percevoir l'injonction de soin comme un moyen de prévention de la récidive, certains y perçoivent des objectifs de protection de la société, ou encore de réassurance des politiques (148). Ces questions sécuritaires surviennent à un temps particulier de l'application de la peine, après la période de détention. Elles transparaissent également dans la demande de plus en plus pressante des magistrats d'une évaluation de la dangerosité lors des expertises psychiatriques présentencielles puis de prélibération, afin d'évaluer le risque que peut faire encourir l'individu à la société une fois libéré (135).

5.3.5. Condamnés actuellement concernés par la mesure d'injonction de soin

Tout comme la question de la responsabilité pénale ne repose sur aucune pathologie psychiatrique définie, et est une notion transnosographique, il n'existe pas de recommandations émanant des autorités sanitaires concernant les troubles mentaux pouvant faire l'objet d'une injonction de soins. C'est l'expert psychiatre qui se prononce sur l'opportunité d'une telle mesure.

Il existe peu de données sur les pathologies psychiatriques associées à une condamnation à une injonction de soin. En 2013, une équipe a évalué rétrospectivement les dossiers de 68 patients soumis à une telle mesure. Ils ont montré que l'application de l'injonction de soin concerne pour une grande majorité les auteurs d'infractions sexuelles (près de 80%), ce qui est fidèle à l'esprit initial de la loi (149). Dans 91% des cas, l'expert s'était prononcé sur l'opportunité de la mise en place d'une mesure d'injonction de soins lors de l'expertise présentencielle, tout en concluant dans près d'un tiers des cas à une absence de trouble psychiatrique. Des troubles de l'axe 1 étaient présents chez 19% des patients (paraphilie dont pédophilie majoritairement, addiction à l'alcool, épisode dépressif majeur), et des troubles de l'axe 2 chez 24% des patients (trouble de la personnalité borderline, psychopathique, paranoïaque, non spécifié, dépendante, schizoïde ; et le déficit intellectuel). Dans cette étude, aucun diagnostic de trouble bipolaire ni de schizophrénie n'a été répertorié. Certains experts concluent à l'existence d'un trouble psychiatrique sans retenir

l'opportunité de l'injonction de soin. A l'inverse la mise en place de l'injonction de soin est parfois conseillée même devant l'absence de troubles mentaux. Ceci met en évidence un découplage entre l'existence d'un trouble mental et la décision de l'expert sur l'opportunité d'une injonction de soin, et souligne l'absence de consensus et de recommandations sur les catégories de troubles relevant de l'injonction de soin. Le prononcé dépend de la subjectivité de l'expert concernant sa vision du trouble mental et du soin, et de sa perception concernant la finalité de l'injonction de soin

5.3.6. Rôles du psychiatre dans le dispositif d'injonction de soin

Le psychiatre a plusieurs rôles dans le dispositif d'injonction de soin. Nous avons vu que dans un premier temps, l'expert psychiatre se prononce sur son opportunité, lors de l'expertise pénale présentencielle ou de prélibération. Ensuite, si la mesure est prononcée, le psychiatre traitant assure le suivi du patient-condamné durant le temps d'exécution de la mesure (un psychologue traitant peut aussi assurer le suivi). Un troisième intervenant apparaît, dont le rôle a été créé spécifiquement pour la mesure d'injonction de soin. Il s'agit du médecin coordonnateur, qui a pour mission d'assurer l'interface entre la justice (le magistrat d'application de la peine) et le soin (le thérapeute traitant), dans le respect du secret professionnel de chacune des parties.

L'injonction de soin débute au moment de la levée d'écrou (c'est à dire lorsque le détenu est remis en liberté). Le médecin coordonnateur est nommé par le juge de l'application des peines, sur une liste de psychiatres inscrits. Depuis peu, des médecins autres que les psychiatres peuvent s'inscrire en tant que médecin coordonnateur, après avoir suivi une formation spécifique. Le médecin coordonnateur convoque le patient soumis à l'injonction de soin et l'informe des modalités de suivi. Il dispose des éléments du dossier pénal nécessaires, dont les expertises, lui permettant d'avoir une appréciation longitudinale du patient. Dans un premier temps, le médecin coordonnateur évalue précisément la psychopathologie du sujet, l'évolution de celui-ci depuis le début de la judiciarisation, l'appropriation des faits reprochés et la prise en compte de la victime. Il évalue également le parcours de soin du sujet et le projet d'insertion. Après ce temps d'évaluation, il informe le

thérapeute (psychiatre ou psychologue) choisi par le patient et lui fait parvenir les pièces du dossier nécessaires à la prise en charge. Le thérapeute, s'il accepte de s'engager dans le suivi, doit rendre compte au médecin coordonnateur au cas où le patient n'honore pas les rendez-vous. Certains thérapeutes ont des réticences à suivre ces patients de part cet engagement nécessaire. Les thérapeutes ont parfois le sentiment d'être eux-mêmes l'objet de la contrainte. De plus, quand informer le médecin coordonnateur ? Dès le premier entretien manqué par le patient ? Après l'absence à une relance ?

Une fois le suivi engagé, le médecin coordonnateur doit convoquer la personne condamnée au moins une fois par trimestre afin de faire le bilan de la situation, et transmettre régulièrement des informations au juge de l'application des peines (150). La création de la fonction de médecin coordonnateur dans le dispositif d'injonction de soin permet de répondre à une double contrainte. D'une part, à assurer au thérapeute du patient une position plus confortable, n'étant pas sollicité par les magistrats et pressé à rompre le secret médical ou à rendre des comptes sur sa pratique. D'autre part il permet de rassurer les magistrats qui ont pu reprocher au médecin d'utiliser le secret médical comme moyen de s'opposer au contrôle de la justice.

5.3.7. L'injonction de soin : une mesure de soin ?

Le recours aux soins pénalement ordonnés s'est développé ces deux dernières décennies, avec en particulier l'utilisation du dispositif d'injonction de soin et son extension à des catégories d'infractions autres que celles pour lesquelles il avait initialement été pensé. Les magistrats ont tendance à prononcer davantage cette mesure, en partie poussés par l'opinion publique mue par la peur du fou, et l'idée que la psychiatrie peut répondre à la prévention de la dangerosité. Certains auteurs y voient une démarche sécuritaire, et dénoncent une absence de prise en compte de la démarche de soin et des préoccupations sanitaires de la part de la justice (151). Ce soin, survenant des années après le prononcé de la peine, après la période privative de liberté, peut être vu comme une mesure de contrôle social à long terme, reposant sur une anticipation de la dangerosité potentielle. Cette évolution vers une intrication accrue du soin et de la peine porte parfois à confusion, et

place le psychiatre dans une position nouvelle et délicate, à la fois en tant qu'expert judiciaire se prononçant sur la mesure d'injonction de soin puis en tant qu'acteur de la mesure à travers le rôle de médecin coordonnateur et de thérapeute du patient. Pour le patient-condamné, le risque de confusion entre les différents acteurs du soin est fréquente, et la compréhension du cadre et du sens de ce soin parfois délicate.

L'expert psychiatre doit de plus en plus répondre aux attentes sécuritaires de prédiction et de prévention de la récidive à travers des questions spécifiques apparues dans les expertises mandatées par le magistrat. L'expertise psychiatrique prend alors une place pivot dans ce processus de contrainte pénale aux soins, l'injonction de soin s'articulant ensuite avec d'autres mesures de contrôle du risque de la récidive. Cette conception particulière du soin ordonné s'oppose à un mouvement présent depuis plusieurs années dans la conceptualisation contemporaine du soin psychiatrique, à savoir la place de plus en plus centrale du consentement aux soins, de la demande de soin, et de l'engagement du patient dans un processus thérapeutique.

On demande au patient soumis à l'injonction de soin une adhésion à une situation de soin subie, pendant une durée de temps déterminée à l'avance, souvent de nombreuses années, sans être assuré que ces soins soient souhaités par la personne. Cela contraste avec l'habituelle prise en compte de la demande de soin qui est recherchée pour engager un processus thérapeutique et susciter une dynamique de changement. Cette situation initiale de "non demande" n'est pourtant pas si méconnue du psychiatre, qui travaille régulièrement avec des patients soumis à des soins sans consentement, ou encore avec des patients dont la demande de soin est ambivalente. Il est en effet fréquent qu'un patient soit poussé en consultation par le contexte conjugal, professionnel ou institutionnel, et ne soit pas moteur lui-même de la demande.

Une fois la mesure d'injonction de soin enclenchée, l'enjeu pour le thérapeute est de construire avec le patient une demande de changement, en travaillant sur la compréhension de ce qui a motivé cette nécessité imposée par la loi, afin que le sujet identifie et s'approprie ses difficultés. Parfois, l'expression d'une souffrance peut émerger, permettant à une véritable relation thérapeutique de se nouer. Ce processus d'appropriation de la demande est nécessaire pour que le patient se saisisse de ce soin imposé et s'y engage sur la durée

prévue par la loi. Cela demande au thérapeute une approche particulière et un certain sens de la créativité, pour susciter chez le patient un intérêt et une curiosité sur son propre fonctionnement, où l'agir est le mode habituel d'expression. Le défi est également de maintenir une dynamique de travail psychique durant de nombreuses années. Il faut prendre en compte que le patient a souvent entamé un soin durant ses années de détention, sur la pression des magistrats et des conseillers de probation et d'insertion. Comment alors, pour le patient et le thérapeute, maintenir un processus de soin et de réflexion pendant parfois 15, 20 ans ou plus ?

Il faut aussi tempérer les attentes sociales et un trop grand enthousiasme d'un soin psychiatrique qui serait une solution unique et forte à la criminalité. "Les soins psychiatriques [ne] peuvent être de nature à limiter les risques de récidive des criminels les plus dangereux" (151). Il faut rester en garde contre la confusion de la nécessité de mettre en place des soins psychiatriques liés à une maladie mentale, et l'utilisation du soin comme un facteur de régulation de la dangerosité de certains criminels parvenus en fin de peine. Cette confusion nourrit "l'illusion du soin"(152). La loi transforme le criminel en malade, alors sujet du soin psychiatrique et sinon curable, au moins contenu sur le plan des symptômes posant problème à la société. De plus, le champ pénal n'étant pas superposable au champ clinique, mettre tous les agresseurs dans la même catégorie et les faire sujets d'un soin pénalement ordonné n'est pas pertinent. Tout délinquant ne souffre pas forcément de troubles psychiques. D'une certaine façon, il est demandé au psychiatre de "traiter" le patient non pas pour une souffrance liée à une pathologie psychique, mais pour un risque qu'il représente pour la société. Le soin n'est plus premier. L'objectif est de protéger la société en dépistant, diagnostiquant les individus, pour ensuite les contrôler voire les neutraliser. La réinsertion et le traitement des patients sont des outils au service de cette finalité première. Soigner n'est plus une finalité en soi, le soin ne vise plus la guérison d'une maladie mais plutôt "l'encadrement sécurisant d'une potentialité de violence" (153). Il est nécessaire de garder une déontologie et une éthique professionnelle, afin que le médecin ne se transforme pas en auxiliaire de justice.

5.3.8. L'injonction de soin chez les bipolaires auteurs de viol

5.3.8.1. Diffusion d'un questionnaire aux médecins coordonnateurs

Nos trois patients étudiés sont condamnés à une peine de suivi socio judiciaire avec injonction de soin après la levée d'écrou (5 ans pour Jean, 10 ans pour Alain, 3 ans pour Marc). Cette mesure se justifie d'une part par la nature sexuelle de l'infraction, d'autre part en raison de la déclaration d'altération de la responsabilité. Les experts s'étaient prononcés en faveur de l'opportunité de la mise en place de l'injonction de soin.

Le patient peut avoir des difficultés à comprendre le sens de ce soin. Jean questionne : "Pourquoi mon suivi ne dure que 5 ans ? Ma maladie bipolaire, c'est à vie...". La confusion entre le soin pénalement ordonné, en théorie axé autour du passage à l'acte et de la prévention de la récidive, et le suivi psychiatrique centré sur la pathologie psychiatrique en elle-même, est fréquente pour le patient.

Afin d'avoir un aperçu de la fréquence des patients bipolaires auteurs de viol dans la file-active des médecins coordonnateurs, d'observer si ces patients présentaient des spécificités et quelle était l'expérience des médecins coordonnateurs avec eux, nous avons envoyé un questionnaire à 46 médecins coordonnateurs répartis sur plusieurs départements. 20 médecins ont pris le temps de nous répondre, et certains ont pu à cette occasion livrer leurs impressions sur ces patients. Le questionnaire diffusé par mail était le suivant :

Bonjour,

Je suis interne en psychiatrie à Nantes, et réalise ma thèse sur des patients **bipolaires de type 1** ayant commis un **viol** (sur majeur ou mineur) au cours d'un **état maniaque**, dont le titre sera "Manie et actes médico-légaux : à propos de 3 cas de viol". Ce travail est encadré par le Dr Olivier Giron et le Dr Anne Sauvaget.

Le viol au cours de l'état maniaque est un phénomène peu documenté, qui paraît plutôt rare. Ces patients peuvent parfois être condamnés à un suivi socio-judiciaire avec injonction de soin, avec ou sans incarcération. Dans ce cadre, afin d'étayer mon travail, je souhaiterais avoir votre avis de **médecin coordonnateur**, pouvant être en contact avec ce type de patients.

S'ensuit un rapide questionnaire, pourriez-vous prendre quelques minutes pour me répondre par mail SVP ?

1) Au cours des 5 dernières années. Avez-vous eu des patients **bipolaires** dans votre file-active de médecin coordonnateur ? Si oui, combien approximativement ?

2) Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu dans votre file-active de médecin coordonnateur un patient **bipolaire condamné pour viol** au cours d'un **état maniaque** ? Si oui, combien approximativement ?

3) Savez-vous s'il avait été prononcé une **altération du discernement** au sens de l'article 122-1 ?

4) Avez-vous repéré des **facteurs de risque** pouvant en partie expliquer ce type de passage à l'acte chez ces patients ?

5) Est-ce que vous pensez que l'**évaluation cognitive** de ces patients est pertinente ?

6) Avez-vous éprouvé des **difficultés particulières** dans la prise en charge de ces patients ? Si oui, lesquelles ?

7) La **fin de prise en charge** liée à l'arrêt de l'injonction de soin vous pose-t-elle question ? Pouvez-vous préciser brièvement ?

En vous remerciant d'avance pour votre participation à ce travail, je vous prie d'agréer mes sincères salutations.

Réponses aux questions 1 et 2 (Au cours des 5 dernières années. Avez-vous eu des patients bipolaires dans votre file-active de médecin coordonnateur ? Si oui, combien approximativement ? Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu dans votre file-active de médecin coordonnateur un patient bipolaire condamné pour viol au cours d'un état maniaque ? Si oui, combien approximativement ?) :

Parmi les 20 médecins nous ayant répondu, 4 seulement avaient dans leur file-active des patients bipolaires de type 1, ce qui conduit à 6 patients bipolaires de type 1 au total. Parmi ces 6 patients, un seul patient était suivi dans le cadre d'une condamnation pour viol au cours d'un état maniaque.

Un des médecins coordonnateurs rapporte que, selon son expérience clinique, cela concerne environ 4% de l'ensemble des patients bipolaires suivis dans le cadre des injonctions de soin.

Les autres condamnations étaient : détention d'image pédopornographique mais non en lien avec un épisode thymique ; exhibition sexuelle en état hypomaniaque avec alcoolisation ; récurrence d'attouchement sexuel sur adolescente sans qu'un épisode thymique n'ait été repéré ; agression sexuelle lors d'un état hypomaniaque (rupture de traitement, altération du discernement).

Malgré la modestie de notre échantillon, ces quelques données semblent en faveur de la fréquence peu élevée du phénomène. Cependant nous n'avons pas, par ce biais, connaissance des patients bipolaires de type 1 ayant commis un viol et ayant été déclarés irresponsables pénalement, cette mesure n'étant pas suivie d'une injonction de soin.

Un des médecins coordonnateurs nous a d'ailleurs fait part de son interrogation concernant l'apparente faible prévalence de l'agression sexuelle au cours de l'état maniaque. En tant que psychiatre ayant eu une activité durant 15 ans en SMPR au sein d'un établissement dédié à la prise en charge des auteurs de violence sexuelle, il s'était fait la remarque de "la très faible proportion de personnes atteintes de manie, pourtant réputées relâchées dans leurs conduites sociales et sexuelles, dans les entrants en maison d'arrêt pour des faits de mœurs."

Réponse à la question 3 (*Savez-vous s'il avait été prononcé une altération du discernement au sens de l'article 122-1 ?*) :

Le patient bipolaire suivi dans le cadre d'une injonction de soin faisant suite à une condamnation pour viol sur mineur, n'avait pas bénéficié d'une altération du discernement. Le diagnostic de maladie bipolaire n'avait été posé que beaucoup plus tard après le procès. Pourtant, d'après les éléments cliniques que le patient rapporte a posteriori à sa psychiatre, le viol aurait eu lieu au cours d'un accès maniaque. Les expertises psychiatriques présentencielles faisaient cependant seulement état de l'addiction au cannabis.

Réponses à la question 4 (*Avez-vous repéré des facteurs de risque pouvant en partie expliquer ce type de passage à l'acte chez ces patients ?*) :

Les facteurs de risque repérés par les médecins coordonnateurs sont les suivantes :

- l'absence de diagnostic précoce et donc l'absence de mise en place d'un traitement adapté,
- les addictions et usages de toxiques comorbides au trouble bipolaire qui aggravent le risque de passage à l'acte,
- l'exaltation thymique,
- la mégalomanie,
- l'inobservance médicamenteuse,
- l'isolement,
- le chômage,
- le sexe masculin,
- la quête affective.

Réponses à la question 5 (*Est-ce que vous pensez que l'évaluation cognitive de ces patients est pertinente ?*) :

L'évaluation cognitive apparaît pertinente pour les médecins nous ayant répondu, notamment lors de la stabilisation des symptômes thymiques. Il semblait en outre pertinent

dans ce cadre d'évaluer les capacités d'altérité, la compréhension et la distance dans les interactions sociales.

Réponses à la question 6 (*Avez-vous éprouvé des difficultés particulières dans la prise en charge de ces patients ? Si oui, lesquelles ?*) :

Le patient bipolaire de type 1 condamné pour viol n'a pas posé de difficulté particulière dans la prise en charge psychiatrique. Une fois le diagnostic posé et le suivi mis en place, il était tout à fait coopérant pour le traitement. La mise en place d'une articulation avec le secteur de psychiatrie lorsqu'une pathologie psychiatrique avérée est présente semble la règle. Pour les autres patients bipolaires de type 1, les médecins coordonnateurs ne rapportent pas de difficulté particulière dans le suivi de ces patients quand l'humeur est stabilisée.

Un des médecins coordonnateurs nous rapporte son expérience de suivi des patients bipolaires ayant commis des infractions au cours d'une décompensation thymique. Pour ces patients, le suivi est plus centré sur la responsabilisation concernant la décompensation thymique en elle-même (connaissance de la maladie, importance du traitement, reconnaissance des prodromes d'une rechute) que sur les faits reprochés.

L'un d'entre eux nous a également fait part de certaines difficultés qui concernaient plutôt le rôle de médecin coordonnateur en lui-même. Cette fonction, visiblement mal connue, d'un médecin qui n'est pas le médecin traitant, induit une certaine confusion chez le patient. Surgit également la difficulté de devoir systématiquement renvoyer le patient vers son prescripteur pour les adaptations de traitement lors des fluctuations de l'humeur.

Réponses à la question 7 (*La fin de prise en charge liée à l'arrêt de l'injonction de soin vous pose-t-elle question ? Pouvez-vous préciser brièvement ?*) :

La fin de prise en charge liée à l'arrêt de soin pose toujours question pour un des psychiatres questionné. Il nous a fait part de son point de vue sur le temps de l'injonction de soin qui, comme celui des programmes de soins, doit permettre de créer une alliance solide entre le thérapeute et le patient : "Le médecin coordonnateur doit être "un facilitant". La durée

moyenne des injonctions de soin est souvent suffisante pour mettre cela en place, et si le "contenant" construit par le cadre de ce dispositif, levé brutalement peut être un élément facilitant de nouvelles décompensations, d'ailleurs en l'occurrence pour des personnes souffrant de troubles bipolaires, il doit être anticipé d'y substituer un cadre plus sanitaire, et indépendant de la demande judiciaire."

Concernant plus précisément le cas du patient bipolaire condamné pour viol, celui-ci reconnaissait le bénéfice du suivi psychiatrique. Il n'était donc pas question pour lui d'interrompre le suivi après la fin de la mesure judiciaire, et s'est engagé dans la poursuite de la prise en charge thérapeutique malgré l'arrêt de l'injonction de soin.

Les médecins coordonnateurs interrogés insistent pour la plupart sur la nécessité du maintien du suivi psychiatrique à l'issue de l'injonction de soin chez les patients bipolaires ou tout autre patient souffrant d'un trouble psychiatrique avéré. Ils soulignent également la nécessité de l'introspection et la qualité de l'observance thérapeutique.

Un médecin coordonnateur, bien que n'ayant pas dans les 5 dernières années suivi de patients répondant aux critères du questionnaire, nous a fait part de son expérience clinique, qu'il nous a semblé intéressant de retranscrire ici.

Au cours de son expérience dans cette fonction, il a rencontré il y a plusieurs années deux patients condamnés pour des infractions sexuelles, pour lesquels un diagnostic d'état maniaque a été porté. Cependant ce diagnostic n'avait été porté qu'à distance des faits, après un retour à l'euthymie. L'état d'exaltation avait été masqué par la crudité de l'acte, et la sanction avait été suivie d'une période dépressive intense mise sur le compte de la condamnation, de la reconnaissance de l'acte, et d'un travail sur la culpabilité et la honte. Si en effet ces dimensions étaient présentes, il n'avait pas été envisagé à ce moment-là, la possibilité d'un état maniaque au moment des faits et d'un effondrement dépressif post maniaque.

Pour le médecin coordonnateur, "il était impressionnant de constater l'extrême dépression dans laquelle ces hommes se trouvaient, mais le lien avec une bipolarité n'est apparu qu'après." Le diagnostic de bipolarité n'avait été posé qu'à la fin du suivi socio-judiciaire. L'impact social de leur acte tout comme celui de leur condamnation

était particulièrement important. L'attitude de ces patients vis à vis de leurs actes n'était pas de la même teneur que chez les autres, aspect que nous avons également constaté chez nos trois patients étudiés.

5.3.8.2. Applicabilité et spécificité de l'injonction de soin pour les patients bipolaires auteurs de violences sexuelles

Comme l'a souligné un des médecins coordonnateurs nous ayant répondu, le médecin coordonnateur n'est pas le thérapeute du patient, et doit le réorienter vers son psychiatre traitant en cas de décompensation thymique. Il faut être vigilant au moment auquel aborder les faits reprochés avec un sujet bipolaire, en fonction du moment thymique, et être attentif aux conséquences de ce travail sur la maladie psychiatrique et sur les risques de décompensation. L'accompagnement du patient bipolaire ayant commis une infraction sexuelle au cours d'un état maniaque pour s'approprier et comprendre l'acte ne pourra pas faire l'économie de la prise en compte de la maladie psychiatrique.

L'injonction de soin est un dispositif très contraignant pour le patient. Il doit se soumettre avec régularité à des rendez-vous, avec différents acteurs (thérapeute, médecin coordonnateur, conseiller de probation et d'insertion), pendant plusieurs années consécutives. Tout psychiatre ayant travaillé avec des patients bipolaires a pu constater qu'une parfaite régularité du patient dans le suivi n'est pas fréquente. On peut alors se poser la question de l'applicabilité d'un tel dispositif à un patient bipolaire. Si le patient ne respecte pas l'ensemble des conditions prévues dans le cadre de la mesure de suivi-socio-judiciaire, il risque des mesures pénales, dont la réincarcération. Ces patients, souvent impulsifs par nature, seront-ils capables de respecter sur le long terme une mesure d'injonction de soin ? La peine est double : les bipolaires sont souvent des patients compliqués à prendre en charge, et la mesure d'injonction de soin est une mesure contraignante, à risque. Ces patients sont déjà à haut risque de réincarcération, et cette mesure est donc à risque d'entretenir le "Revolving prison door".

Si un patient bipolaire n'honore pas un rendez-vous, est-ce le signe d'un risque de récurrence légale ? Ou est-ce le signe d'un risque de rechute psychiatrique ? Que faut-il alors faire ? Doit-on prévenir aussitôt le juge d'application des peines ? Si le patient décompense un nouvel épisode thymique et ne se présente pas au rendez-vous car, emporté par l'exaltation il a bien d'autres projets, ou parce que, affecté par la dépression il n'a plus l'énergie de se déplacer hors de chez lui, est-il pertinent de le réincarcérer ?

Certains parquets ne prononcent pas de soin pénalement ordonné chez des patients sans domicile fixe ou très marginalisés, de crainte que le suivi ne puisse être effectif (118). Se pose alors la question de l'intérêt, pour les patients bipolaires, et plus largement pour les patients souffrant d'un trouble psychiatrique sévère, d'une forme frontière entre l'injonction de soin et le programme de soin (forme de soin ambulatoire sans consentement prévu par le Code de la santé publique, texte réformé en 2011 et 2013), où une réponse médicale serait facilitée. On pourrait imaginer un cadre où l'articulation avec le conseiller de probation et d'insertion serait plus resserrée, le conseiller serait informé des modalités de décompensations et des signes alarmants, et de la possibilité de prévenir le psychiatre plutôt que le juge dans certaines circonstances. La réflexion sur un cadre particulier, cette fois-ci où la réponse pourrait être sanitaire et non pas judiciaire, serait pertinente. Finalement peut-on envisager que l'injonction de soin ne soit pas adaptée pour certains patients atteints d'un trouble mental sévère, notamment les psychoses, et que ces personnes devraient bénéficier d'un cadre particulier ? Pourrait-on moduler, ou ne pas prononcer d'injonction de soin chez le patient psychotique ? Est-ce que, à l'extrême, cette mesure est à réserver aux patients indemnes de maladie psychiatrique ?

Les difficultés et tensions actuelles de l'articulation santé/justice/social ne vont malheureusement, pour le moment, pas dans le sens d'une meilleure coopération. Les divergences de sens, d'objectifs et de cadre entraînent des difficultés de communication et de compréhension entre les différents acteurs. Pourtant, les soins psychiatriques ordonnés demandent une coopération, au minimum une articulation de qualité. Dans ce sens, le dernier rapport d'évaluation santé/justice préconise la création d'un groupe de travail interministériel, dans l'objectif d'améliorer l'articulation entre les différents acteurs, et d'assurer la circulation des informations "dans le respect des exigences professionnelles des acteurs." (121)

5.4. Risque de récidive

5.4.1. Données concernant le risque de récidive chez les agresseurs sexuels

La question de la récidive est un problème majeur au cours de la prise en charge des auteurs de violence sexuelle. Depuis plusieurs années, les peines prononcées pour viol se sont allongées en Europe du Nord. Malgré ces sanctions pénales, le risque de récidive demeure non négligeable en l'absence de traitement. En parallèle, induites par une demande sociale de protection, les recherches concernant l'évaluation du risque de violence ont connu une expansion massive.

Selon une méta-analyse, 13,4% des auteurs de violence sexuelle récidivent en 5 ans (154). Le type de violence sexuelle est un facteur pronostique de la récidive important. En effet, les pédophiles homosexuels présentent le plus haut risque de récidive (30 à 40%). Ce taux est plus faible lorsque ce sont des pères incestueux (9%) ou des conduites d'exhibition sexuelle (4%). Les auteurs de viol sur adulte ont 18.4 % de risque de récidiver.

La littérature identifie deux principales dimensions liées à la récidive sexuelles : les préférences et attitudes sexuelles déviantes, et le style de vie antisocial et impulsif (155). Les facteurs criminologiques d'ordre général sont aussi à prendre en compte, facteurs qui ne peuvent pas être modifiés par le traitement (âge, genre, antécédents de crimes ou délits sexuels). Lorsqu'on étend la période de suivi, le risque de récidive est de 20% à 10 ans, 27% à 20 ans (156).

L'évaluation de la dangerosité d'un individu est une problématique complexe, impliquant des éléments de natures différentes. Pendant de nombreuses décennies, l'évaluation clinique seule, subjective, était pratiquée. Devant la mauvaise capacité prédictive des cliniciens, équivalente au hasard (125), le développement d'outils d'évaluation du risque de récidive, fondé sur des données de la recherche et une approche objectiviste, a permis d'améliorer la prédiction du risque de dangerosité d'un individu. Il y a plusieurs catégories d'instruments :

- **Les échelles actuarielles** (statiques), s'appuient sur le repérage de facteurs de risque fixes statistiquement corrélés à la violence dans la littérature. Ils produisent une évaluation chiffrée du risque pour une durée et une population donnée. Pour les auteurs de violence sexuelle, la Statique-99 est la plus utilisée en France (157). C'est un inventaire en dix items évaluant le risque de récurrence sexuelle ou violente chez les agresseurs sexuels adultes. Les items, fixes, décrivent les antécédents criminels et le statut conjugal de l'agresseur, la relation agresseur victime, les caractéristiques de la victime. Cet outil est d'utilisation rapide et facile, peu onéreux, et a une prédictivité modérée (0.71) de la récurrence sexuelle à moyen et long terme (entre 5 et 10 ans), avec une bonne fidélité inter juge.
- **Les outils d'évaluation clinique structurée** du risque de violence comprennent à la fois les facteurs de risque statiques et les facteurs de risque dynamiques mis en évidence dans la littérature. Ces outils sont des guides d'entretien, centrés sur l'individu, et prenant en compte ses caractéristiques individuelles et son environnement. Une grande variété de facteurs est donc prise en compte. Le risque de récurrence sexuel peut être mesuré par la SVR-20 (Sexual Violence Risk-20), dont la valeur prédictive est bonne à court terme. Pour le moment, elle n'a pas été traduite ni validée en langue française (157).

Ces instruments ont l'avantage d'apporter une prédictivité améliorée par rapport aux approches limitées à l'entretien clinique ou aux instruments de mesure de l'intelligence ou d'évaluation de la personnalité. Cependant, les instruments statiques ne prennent pas suffisamment en compte les possibilités de changement intra-individuelles. Cette limitation est partiellement corrigée par l'usage des échelles dynamiques, qui permettent des réévaluations. De plus en plus, des échelles comprenant l'évaluation des **facteurs de protection** sont développées.

Enfin, les échelles ne permettent pas de prédire l'occurrence d'un passage à l'acte ni de cerner la nature ni la gravité d'un prochain passage à l'acte (43).

5.4.8. Rôle du psychiatre dans l'évaluation du risque de récidive

Depuis les lois du 13 décembre 2005 et du 10 août 2007 concernant la récidive, et la loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté et la déclaration d'irresponsabilité pénale (44), l'expertise psychiatrique pénale postsentencielle ou de prélibération est de plus en plus ordonnée par le juge d'application des peines. Elle a pour objectif d'évaluer la dangerosité du condamné en fin de peine. Les questions posées à l'expert sont habituellement :

- Analyser l'état actuel de la personnalité du détenu
- Préciser son évolution entre le moment des faits et aujourd'hui
- Rechercher si l'intéressé a pris conscience de la gravité des faits qu'il a commis
- Apprécier l'état de dangerosité actuelle du détenu, et se prononcer sur les risques de récidive
- Dire si un suivi psychiatrique ou médicopsychologique est actuellement utile en détention et lui sera nécessaire après sa libération
- Dire si ce condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement
- Dire si le prononcé d'une injonction de soin dans le cadre d'un suivi sociojudiciaire est opportun (117).

L'expert doit réaliser une analyse longitudinale du condamné. Il a pour cela accès au dossier pénitentiaire, aux expertises antérieures. La question concernant la dangerosité du détenu et le risque de récidive est délicate à traiter. Dans la pratique quotidienne des experts en France, l'évaluation clinique reste la méthode la plus utilisée pour l'évaluation de la dangerosité ou du risque de violence. L'utilisation d'instruments standardisés permet d'améliorer la capacité prédictive lorsqu'ils sont intégrés dans l'évaluation clinique et serait à développer (158).

Cette nouvelle intervention du psychiatre expert en fin de peine, nouveau maillon d'une nouvelle étape dans la chaîne pénale, est parfois source de confusion pour le patient. La spécificité des rôles psychiatre traitant du SMPR/psychiatre expert peut être difficile à saisir, la confidentialité du dossier médical est souvent questionnée par le patient. Les conclusions de l'expert sont également parfois vivement appréhendées par le patient. Cependant, cette

expertise de fin de peine peut aussi être un levier dans la relation thérapeutique entre le patient et son psychiatre traitant, permettant de réinterroger le fonctionnement du patient et son évolution depuis le début de la prise en charge.

Dans le cadre de la dernière question concernant l'opportunité d'un traitement chez le condamné, il apparaît de plus en plus fréquemment la mention supplémentaire : "Est-ce qu'un traitement inhibiteur de libido apparaît opportun ?" Les magistrats se sont saisis de cette question délicate du traitement antiandrogène, pourtant contestée au sein du milieu médical même, en la généralisant à outrance, parfois pour des crimes non sexuels. Cette tendance rejoint l'élargissement de l'injonction de soin à d'autres champs pénaux et de l'application de la peine.

Nous insisterons pour terminer sur le fait que, idéalement, l'évaluation de la dangerosité ne devrait pas reposer seulement sur le psychiatre, mais devrait être pluri-professionnelle, impliquant les intervenants sociaux, éducatifs, pénitenciers, judiciaires, dans une évaluation collégiale. Dans cet esprit, les CNE (Centres Nationaux d'Evaluation), réalisent une évaluation pluridisciplinaire du condamné sur 6 semaines des criminels les plus dangereux. Cette évaluation spécifique concerne les condamnés à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à 15 ans, les condamnés pour crimes énumérés par l'article 706-53-13 du Code de procédure pénale, les crimes commis sur une victime mineure ou majeure avec une ou plusieurs circonstances aggravantes ou en cas de récidive légale (44).

5.4.9. Eléments de prévention de la récidive

Ce qui semble déterminant dans la capacité de l'agresseur sexuel à ne pas récidiver, c'est la stratégie individuelle qu'il est en mesure de mettre en place pour initier un changement de vie. Les auteurs de violence sexuelle, interrogés au sujet des stratégies individuelles qu'ils ont mises en place leur ayant permis d'éviter la récidive de comportement sexuel violent, évoquent quatre axes principaux :

- Reconnaître l'interdit social et légal, à ne pas confondre avec la reconnaissance des faits
- Ressentir un sentiment de honte et vouloir changer la situation : honte d'avoir agressé, de s'être fait arrêter, d'être considéré comme un agresseur sexuel
- Les messages encourageants perçus par le patient
- Un compromis entre plaisir et interdit dans un réaménagement des conduites sexuelles (159)

Ces aspects sont à connaître par les intervenants impliqués dans la prise en charge du sujet, et peuvent constituer des pistes de travail pour le thérapeute et les équipes socio-éducatives.

Certaines interventions permettent de diminuer le risque de récidive. Dans ce cadre, les interventions cognitivo-comportementales sont considérées comme efficaces (107). Elles ont inspiré en France la création de programmes de prévention de la récidive, menés par les services pénitentiaires d'insertion et de probation, dont la prévention de la récidive est la mission principale. Les dernières données de la recherche mettent en lumière l'intérêt du récent modèle RBR (Risques-Besoins-Réceptivité) (160). C'est un système plus large de réhabilitation, au sein duquel les interventions cognitivo-comportementales ne sont qu'un élément parmi d'autres. Elles doivent être inscrites dans une intervention criminologique plus globale, en fonction d'objectifs déterminés, et les actions doivent être régulièrement évaluées.

La prévention du risque de récidive constitue un objectif légitime, mais doit se faire en complémentarité de l'amélioration du bien-être subjectif de la personne condamnée. Pour cela, l'articulation santé-justice est un pivot central dans la prise en charge des auteurs de violence à caractère sexuelle. Une coopération interprofessionnelle doit s'élaborer entre les deux domaines, pour créer une dynamique de soin et de protection sociale pour le sujet.

5.4.10. Risque de récidive chez nos patients

Nous avons effectué une évaluation approximative du risque de récidive de violence sexuelle chez nos trois patients grâce aux items contenus dans l'échelle SVR-20, en utilisant la traduction proposée par M. Voyer et J.-L. Senon (157) :

Facteurs d'adaptation psychosociale		Facteurs de délits sexuels		Facteurs de gestion de l'avenir	
S1	Déviations sexuelle	V1	Fréquence élevée de délits sexuels	R1	Manque de planification réaliste
S2	Victime d'abus durant l'enfance	V2	Délits sexuels de types multiples	R2	Attitude négative envers la thérapie
S3	Psychopathie	V3	Domage physique de la victime lors des délits sexuels		
S4	Maladie mentale grave	V4	Usage arme/menace de mort durant les délits sexuels		
S5	Usage de substance	V5	Augmentation de la fréquence ou gravité des délits sexuels		
S6	Idées de suicide ou d'homicide	V6	Minimisation ou déni extrême du délit sexuel		
S7	Problèmes relationnels	V7	Attitude encourageant ou excusant les délits sexuels		
S8	Problèmes d'emploi				
S9	Antécédents de délits violents				
S10	Antécédents de délits non violents				
S11	Échecs de mesure de surveillance dans le passé				
Total	/22		/14		/4

Les scores calculés sont de 7/40 pour Jean, 9/40 pour Alain et 9/40 pour Marc. Les risques chez ces patients sont corrélés pour Alain et Marc au style de vie impulsif, à l'usage de toxiques, aux antécédents de violence, et pour nos trois patients à la maladie mentale elle-même. En revanche, l'âge plus élevé de nos patients, la présence de facultés d'empathie, les capacités d'élaboration, l'insight et l'engagement dans le soin sont des facteurs de protection. Nos patients reconnaissent également l'interdit social et légal.

Le risque de commettre une nouvelle infraction et d'être réincarcéré après une première peine de détention chez le patient bipolaire apparaît élevé d'après des études internationales, avec en particulier un risque de commettre une agression sexuelle (138). Le risque de récidive légal doit donc être considéré, et pourrait être favorisé par une nouvelle rechute maniaque entraînant une augmentation de l'impulsivité déjà existante, en association à une prise de toxiques.

Chez le patient bipolaire, le principal risque de rechute est lié à l'arrêt du traitement médicamenteux (161). Le risque de mauvaise observance chez le bipolaire peut être expliqué par de nombreux facteurs. Parmi eux, les effets indésirables, un mauvais insight, une information insuffisante (20), peuvent être la cible de mesures d'éducation thérapeutique, efficaces pour diminuer le nombre de rechutes maniques (108). La nostalgie maniaque est également un facteur de risque de mauvaise observance médicamenteuse classiquement mentionnée. Pourtant, le rapport nostalgique à la manie n'apparaît pas au premier plan des freins à l'observance chez les patients bipolaires dans l'étude de P.-Y. Bars (20). Le patient ne semble pas avoir une "volonté consciente" d'arrêter son traitement pour entrer dans un nouvel épisode, la phase maniaque ayant souvent eu des conséquences dommageables auxquelles le patient souhaite éviter de se confronter à nouveau. Chez nos patients, le crime commis au cours de l'accès maniaque semble agir comme un levier particulièrement fort de l'observance. La culpabilité et la honte après l'acte apparaissent comme des facteurs "anti-nostalgique" dans leur discours. Une étude concernant les croyances qu'ont les patients concernant leur traitement montre une tendance à la non-observance liée à la peur du psychotrope (93). Nos deux patients évalués sur ces aspects ont un bon rapport nécessité/crainte, ce qui est en faveur d'une observance satisfaisante.

Les autres risques de décompensation thymique identifiés sont les facteurs de stress aigus ou chroniques (13), et la persistance de symptômes résiduels en phase intercritique (162). De plus, les facteurs de stress sont responsables à eux seuls d'une augmentation du risque de violence (26).

5.4.11. Éléments de réflexion devant l'apparente rareté des viols commis au cours de l'état maniaque

Coïncidant avec les données de la littérature, le viol au cours de l'état maniaque semble peu fréquent, en tous cas dans la population pénale que nous avons observée (patients incarcérés et patients soumis à une injonction de soin). La désorganisation présente au cours de l'état maniaque rend en général le patient incapable de préméditer un crime. Le passage à l'acte est impulsif, opportuniste.

L'explosion libidinale du maniaque le rend à risque de commettre des infractions sexuelles, plutôt à type d'agression sexuelle, ou d'exhibition sexuelle. Il est probable que nombre d'infractions sexuelles ne soient pas judiciairisées car non dénoncées. L'exhibition sexuelle ayant tendance à être banalisée, les victimes portent rarement plainte (163). Dans le cadre du couple, la violence conjugale est sous-dénoncée (164), en particulier lorsqu'il s'agit de violence sexuelle, en partie justifiée par le "devoir conjugal". Il y a donc lieu de s'interroger sur la présence de violences sexuelles commises par un patient bipolaire en état maniaque au sein du couple conjugal, non dénoncées, et ce d'autant plus que la partenaire serait tentée d'excuser son conjoint malade.

Nos observations et le retour des médecins coordonnateurs ayant partagé leur expérience avec nous nous orientent à penser que la présence d'un état maniaque au moment du viol pourrait régulièrement ne pas être diagnostiqué au décours de l'acte, et ne pas être dépisté par les experts psychiatres, expliquant en partie son apparente rareté. La même hypothèse peut s'appliquer pour l'état maniaque et l'agression sexuelle en général. La crudité de l'acte masquant l'exaltation maniaque, le choc carcéral refroidissant l'hyperthymie, le défaut d'insight, ou encore des formes de tableaux maniaques dominées par des éléments addictifs sur des personnalités impulsives peuvent faire évoquer un trouble de la personnalité plutôt qu'une pathologie bipolaire. L'expert peut donc passer à côté du diagnostic. Les réponses des médecins coordonnateurs alimentent ces réflexions, en renvoyant également à la notion du "non-représentable" pour le professionnel. Après une agression sexuelle, la première étape est l'enquête policière, judiciaire, les faits sont recueillis auprès de la victime. Les émotions de celle-ci pourront être entendues. Mais lorsqu'il s'agit, dans un deuxième temps,

à distance des faits, de recueillir les "états d'âme" de l'agresseur, cela peut s'avérer difficile et on peut alors méconnaître un état d'exaltation et d'excitation pathologiques.

6. CINQUIEME PARTIE : IMPLICATIONS PRATIQUES ET PROPOSITIONS DE PRISE EN CHARGE

6.1. Devant un auteur de viol, quand suspecter un accès maniaque au moment des faits ?

En dehors d'un état maniaque encore présent au moment de la rencontre avec le patient, ou d'un historique des troubles et de l'accès thymique sans équivoque chez un patient ayant un insight suffisant, on peut suspecter une décompensation maniaque lors des faits chez un auteur de viol lorsque :

- Le viol survient tardivement dans la vie du sujet, sans antécédent d'infraction de nature sexuelle.
- D'autres infractions de différentes natures ont été commises sur la même période.
- Le sujet ne présente pas d'aménagement pervers.
- Le sujet présente une reconnaissance des faits et a intériorisé la loi, il reconnaît les conséquences pour la victime et accède à la culpabilité.
- L'effondrement dépressif après les faits est particulièrement intense.

L'instabilité du mode de vie n'est pas forcément un bon indicateur, car le modelage social, et non l'intégration sociale des auteurs d'agression sexuel, peut chez certains se traduire par de nombreuses ruptures dans leur trajectoire de vie. L'instabilité est également fréquente chez les bipolaires.

La présence d'antécédents d'infractions d'autres natures peut se retrouver chez un sujet aux aménagements pervers où le passage à l'acte permet de se défendre contre des états psychiques pénibles, et aussi chez le bipolaire où l'impulsivité peut entraîner des actes antisociaux.

6.2. Quels sont les facteurs de risque pour un patient bipolaire de commettre un viol au cours d'un état maniaque ?

L'augmentation du risque est liée à l'accumulation de facteurs historiques, structurels, contextuels et cliniques :

- Patient bipolaire de type 1, avec une prédominance d'épisode maniaques
- Patient structurellement impulsif et instable
- Comorbidités avec un trouble de la personnalité à prédominance impulsive (état limite, psychopathique), un TDAH, un trouble addictif, un trouble du contrôle des impulsions
- Début d'altération des fonctions cognitives frontales
- Le retard au diagnostic et donc le retard de mise en place d'un traitement adapté
- Un mauvais insight et un défaut d'observance thérapeutique
- Les antécédents d'infractions lors de précédents états maniaques
- Certaines caractéristiques de l'état maniaque lui-même (hostilité, dysphorie, irritabilité, désorganisation, symptômes psychotiques)
- Consommation concomitante de toxiques au cours de l'épisode

6.3. Devant un patient ayant commis un viol au cours d'un état maniaque, quelle évaluation clinique et paraclinique doit-on réaliser ?

Lors de l'examen clinique initial, en plus des évaluations préconisées par les recommandations officielles (4), nous ajouterons dans ce cas particulier l'évaluation attentive des facteurs suivants :

- Déterminer les facteurs déclencheurs de l'épisode
- Evaluer l'intensité de l'état maniaque (hostilité, suspicion, agressivité, irritabilité, désorganisation, symptômes psychotiques : mégalomanie, idées de grandeur ou persécution)
- Rechercher la présence d'éléments de mixité

- Rechercher un abus de toxique au cours de l'épisode
- Evaluer l'insight et l'observance thérapeutique
- Evaluer les fonctions cognitives, en particulier les processus frontaux

Puis réaliser un bilan paraclinique intégrant :

- Un bilan biologique de base, comprenant un bilan hydroélectrolytique avec une glycémie, des sérologies (syphilis, VIH, hépatites), une fonction thyroïdienne, un cortisol libre urinaire des 24h en cas de suspicion d'état maniaque secondaire à une maladie de Cushing
- Une recherche de toxiques urinaire en cas de suspicion d'une consommation de toxiques concomitante ou d'épisode maniaque induit par un psychostimulant
- Un TDM cérébral s'il s'agit du premier épisode, que l'épisode est atypique, ou que l'évaluation cognitive montre une altération des fonctions supérieures

6.4. Devant un patient ayant commis un viol au cours d'un état maniaque, quels diagnostics différentiels doit-on éliminer ?

A travers un examen clinique et paraclinique, on doit rechercher et éliminer les diagnostics suivants :

- Un trouble métabolique (désordre glycémique, dysfonction thyroïdienne, maladie de Cushing)
- Une atteinte neurologique : neurosyphilis, début de démence frontale, tumeur cérébrale, sclérose en plaque, accident vasculaire cérébral
- Un épisode maniaque induit par une substance exogène (corticoïdes, antidépresseurs, interféron-alpha, psychostimulants tels que cocaïne, amphétamine, hallucinogènes)
- Un trouble du contrôle des impulsions
- Un trouble psychopathique

6.5. Devant un patient ayant commis un viol au cours d'un état maniaque, quelles sont les principales comorbidités psychiatriques à rechercher et à traiter ?

Les principales comorbidités pourvoyeuses d'impulsivité utiles de dépister puis de traiter chez ces patients sont :

- Le TDAH persistant à l'âge adulte
- Le trouble du contrôle des impulsions
- Les addictions et abus de substances
- Les troubles de la personnalité à dominante impulsive (en particulier état-limite, psychopathique)

6.6. Devant un patient ayant commis un viol au cours d'un état maniaque, quelles échelles sont pertinentes pour l'évaluation du patient ?

Dans le cadre de l'évaluation thymique, une YMRS et une MADRS sont pertinentes pour dépister un épisode thymique actuel ou une symptomatologie intercritique.

Une évaluation cognitive à l'aide d'une MOCA et d'une DAPHNE est utile pour dépister un début d'atteinte frontale chez le bipolaire après 45 ans.

L'utilisation d'une MINI et d'une DIVA 2.0 pour évaluer les comorbidités peut être intéressante afin d'obtenir une évaluation objective.

Une BMQ peut être intéressante pour évaluer les croyances concernant les médicaments du patient, et avoir des pistes d'éducation thérapeutique afin de développer l'observance.

6.7. Devant un patient ayant commis un viol au cours d'un état maniaque, quelles sont les spécificités du traitement médicamenteux ?

L'état maniaque et le trouble bipolaire doivent être traités en première intention avec un thymorégulateur ou un antipsychotique conformément aux recommandations actuelles. Si l'épisode est sévère, une bithérapie peut être envisagée d'emblée. Il faut être encore plus vigilant au risque de rechute thymique chez ces patients. Un travail d'éducation thérapeutique en ce sens est nécessaire.

Les comorbidités addictives sont également à traiter, on peut alors se référer aux recommandations spécifiques concernant chaque type d'addiction.

Le TDAH peut être traité lorsqu'il est dépisté, en fonction des bénéfices attendus. Le Méthylphénidate peut être introduit après l'atteinte d'une stabilisation thymique optimale, permettant de réduire les symptômes intercritiques.

Un traitement hormonal spécifique de la violence sexuelle ne semble pas indiqué si une paraphilie n'est pas associée.

6.8. Devant un patient ayant commis un viol au cours d'un état maniaque, quels sont les risques à prendre en compte durant la période de détention ?

Le psychiatre prenant en charge un patient bipolaire incarcéré doit garder en mémoire la particulière vulnérabilité de ces sujets dans le contexte carcéral :

- Le risque suicidaire est à prendre en compte, en l'absence de données spécifiques disponibles.
- La prison est un milieu stressant, les décompensations thymiques sont donc favorisées.
- Le bipolaire peut être victime de violence au sein de la détention par d'autres détenus.

- En phase haute, le bipolaire peut avoir des relations conflictuelles avec l'administration pénitentiaire et écoper de sanctions disciplinaires.
- En phase basse, le patient peut passer inaperçu auprès des surveillants pénitentiaires, et ne pas être signalé aux équipes de soin.

6.9. Devant un patient ayant commis un viol au cours d'un état maniaque, quels sont les risques de récurrence ?

Le risque de commettre une nouvelle infraction sexuelle n'est pas négligeable. Le risque de récurrence légale est corrélé au degré d'impulsivité structurelle, à l'usage de toxiques, aux antécédents de violence, et à la maladie mentale elle-même. La présence de facultés d'empathie, les capacités d'élaboration, l'insight et l'engagement dans le soin sont des facteurs de protection et doivent donc être l'objet d'un travail particulier.

6.10. Devant un patient ayant commis un viol au cours d'un état maniaque, quelles sont les spécificités de la prise en charge au cours de l'injonction de soin ?

Pour le médecin coordonnateur, les spécificités de prise en charge du patient ayant commis un viol lors d'un état maniaque concernent à la fois le cadre et le contenu du suivi.

Le cadre du suivi doit être articulé selon deux grands axes :

- La coordination avec la justice doit être particulièrement resserrée et de qualité, afin de prévenir une rupture du suivi chez ces patients à risque.
- Le cadre contenant du dispositif d'injonction de soin doit permettre la construction d'une alliance thérapeutique solide avec le patient, afin d'y substituer par la suite un cadre sanitaire indépendant de la demande judiciaire une fois la levée de la mesure. Dans cet objectif, un travail de liaison avec le secteur psychiatrique de référence est essentiel pour assurer la pérennité de la prise en charge psychiatrique.

Concernant le contenu du soin psychiatrique, plusieurs particularités sont à prendre en compte :

- Le psychiatre devra s'assurer que le patient est stabilisé sur le plan de l'humeur au moment d'aborder et de travailler sur les faits, et être attentif au risque de décompensation thymique pouvant être favorisée par ce facteur de stress
- La survenue d'un nouvel état maniaque doit être traitée le plus tôt possible, dès les premiers prodromes
- Le psychiatre devra aborder les circonstances de survenue du viol, afin d'identifier au sein de cet épisode maniaque les facteurs l'ayant facilité, pour pouvoir ensuite les prévenir
- Le travail sera centré sur la responsabilisation du patient vis-à-vis de la rechute maniaque elle-même, et sur sa prévention. Pour cela, un important travail d'éducation thérapeutique afin d'améliorer l'insight et l'observance médicamenteuse devra être réalisé

7. CONCLUSION

Nous nous sommes intéressés dans le présent travail au viol au cours de l'état maniaque, commis par des patients bipolaires de type 1 incarcérés.

Le risque de violence chez les patients souffrant de trouble bipolaire est clairement augmenté par rapport à la population générale. Cependant, le lien entre bipolarité et violence est complexe, indirect, et s'inscrit dans une constellation de facteurs historiques, individuels et contextuels tout aussi importants. Le rôle des comorbidités est central dans le risque de survenue de violence chez le patient bipolaire. La comorbidité avec le TDAH et certains troubles de la personnalité (tels que les personnalités état-limite et antisociale), majorent la dangerosité, en augmentant une impulsivité structurelle généralement présente chez le bipolaire. Les comorbidités addictives, très fréquentes en particulier chez le bipolaire de type 1, ont également un rôle central dans la survenue de comportements violents, renforçant la désinhibition et l'impulsivité.

Dans la littérature, le risque de survenue de comportement violent au cours de l'épisode maniaque est documenté. Le risque de violence est corrélé à certaines caractéristiques cliniques de l'épisode lui-même, telles que l'impulsivité, l'hostilité, l'irritabilité, les symptômes psychotiques et la désorganisation. Ce sont généralement des infractions mineures variées qui sont commises, mais des crimes plus graves peuvent aussi survenir.

Du fait de la levée de l'inhibition morale et comportementale liée à l'exaltation maniaque, des agressions sexuelles, voire des viols, peuvent avoir lieu. Peu de données existent pour le moment sur les risques et les circonstances de survenue de ce mode particulier de passage à l'acte chez le maniaque. Le viol est un phénomène qui semble en apparence relativement rare, mais qui est probablement sous-estimé.

Dans notre étude qualitative, nous avons mis en évidence des différences cliniques et sociodémographiques entre les auteurs de viol ayant agi dans un passage ou un recours à l'acte pervers, et chez les auteurs de viol ayant agi dans un état maniaque. L'état maniaque est intense, plutôt sur un versant hostile et agressif que ludique, et la possible consommation concomitante de toxiques peut participer à l'altération des facultés de raisonnement. Le patient en état maniaque ne perçoit plus l'altérité. L'autre est plutôt vu

comme un obstacle, une chose étrangère. L'agression est opportuniste, impulsive, surgissant lors d'un débordement pulsionnel dans un contexte de jugement altéré. D'autres infractions, parfois symptomatiques, peuvent jaloner l'accès maniaque, et le viol constitue alors une énième transgression.

Le retour à la réalité après un tel crime constitue un coup d'arrêt brutal. Après la restauration d'une euthymie, le retour dans le monde réel, impliquant la prise de conscience de l'acte, est très douloureux pour le patient, qui a, dans l'après-coup, accès à la honte et à la culpabilité.

Lors de la prise en charge de ces patients, le psychiatre doit s'attacher à éliminer dans un premier temps les diagnostics différentiels (troubles métaboliques, atteintes neurologiques, troubles induits par une substance exogène, troubles de la personnalité). Puis un bilan complémentaire devra être réalisé au décours de l'épisode, comprenant, en plus des recommandations usuelles, des sérologies à la recherche d'infections sexuellement transmissibles et une évaluation des fonctions cognitives frontales. Il faut en effet être très attentif au risque de déclin cognitif prédominant sur les fonctions frontales chez le patient bipolaire après 45 ans, pouvant contribuer à la levée d'inhibition et l'agressivité. Ensuite, les comorbidités favorisant la survenue de comportements violents sont à rechercher (trouble du contrôle des impulsions, addictions et abus de substances, troubles de la personnalité).

Le traitement du patient bipolaire auteur de viol au cours d'un état maniaque comprend quelques spécificités. Il faut traiter le trouble bipolaire de manière optimale, avec en première intention un thymorégulateur conformément aux recommandations actuelles. Une bithérapie peut être envisagée d'emblée lorsque l'épisode est particulièrement intense. Il faut être encore plus vigilant au risque de rechute thymique chez ces patients, un travail d'éducation thérapeutique en ce sens est nécessaire. Le clinicien peut évaluer pour cela les croyances qu'a le patient concernant ses psychotropes, en utilisant par exemple une échelle d'évaluation de la représentation des médicaments. Les comorbidités sont à traiter en parallèle, en particulier les troubles addictifs. Le traitement d'un TDAH comorbide est à apprécier en fonction de la gravité des symptômes, des attentes cliniques et des risques liés au traitement. Un traitement anti-androgène n'est pas indiqué en l'absence de paraphilie associée. Concernant le suivi du patient, la prévention du risque de rechute et la responsabilisation du patient à ce sujet sont centrales. Un travail de liaison avec la

psychiatrie de secteur est nécessaire lorsque le patient est suivi au cours de sa détention ou dans le cadre d'une injonction de soin, afin de pérenniser une inscription dans le soin.

Lors de la détention, le déroulement de la peine dépend en grande partie du bon équilibre thymique du patient bipolaire. Une stabilité permet de minimiser le risque de victimisation par les autres détenus ou les conflits avec l'administration pénitentiaire.

Le viol commis au cours de l'état maniaque est donc un acte médico-légal, articulant le judiciaire et le sanitaire. Nous avons réalisé une étude qualitative sur un échantillon très réduit. Des études sur de plus grands échantillons de patients seraient nécessaires, ainsi qu'une comparaison avec d'autres agresseurs sexuels ayant agi en dehors d'un épisode maniaque, afin de confirmer ou infirmer les tendances constatées. Il serait également intéressant de pouvoir comparer les patients ayant commis un viol en état maniaque avec d'autres patients maniaques ayant commis d'autres types d'infractions, afin de déterminer des facteurs de risque de passage à l'acte sur ce mode particulier. L'évaluation objective des capacités d'empathie du patient bipolaire en général, et maniaque en particulier, mériterait des investigations supplémentaires. En effet, selon les théories phénoménologiques, la perception de l'altérité chez le maniaque est bouleversée. La matérialisation concrète de ce postulat, central selon nous dans la survenue d'un crime au cours de l'état maniaque, permettrait un regard plus objectif.

8. BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Dangersité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. 2011
2. Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. In: Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Elsevier; 2008. p. 63–70.
3. Bourgeois M-L. Dichotomie unipolaire-bipolaire et spectre bipolaire dans les troubles de l'humeur. In: Les troubles bipolaires. Lavoisier; 2014. (Médecine Sciences).
4. Haute Autorité de Santé. Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours. Note de cadrage. 2014
5. Geoffroy PA, Henry C. Prise en charge médicamenteuse des états maniaques et mixtes (recommandations internationales). In: Les troubles bipolaires. Lavoisier. 2014. (Médecine Sciences).
6. Jamain S. Vulnérabilité génétique et trouble bipolaire. In: Les troubles bipolaires. Lavoisier; 2014. (Médecine Sciences).
7. Etain B. Traumatismes affectifs dans l'enfance et troubles bipolaires. In: Les troubles bipolaires. Lavoisier; 2014. (Médecine Sciences).
8. Gay O, Krebs M-O. Aspects neurodéveloppementaux des troubles bipolaires. In: Les troubles bipolaires. Lavoisier; 2014. (Médecine Sciences).
9. Hypothèses immuno-inflammatoires dans le trouble bipolaire. In: Les troubles bipolaires. Lavoisier; 2014. (Médecine Sciences).
10. Boudebessé C, Milhiet V, Etain B. Chronobiologie, sommeil et rythmes circadiens dans les troubles bipolaires. In: Les troubles bipolaires. Lavoisier; 2014. (Médecine Sciences).
11. Houenou J, Sarrazin S. Anatomie et imagerie cérébrales du trouble bipolaire. In: Les troubles bipolaires. Lavoisier; 2014. (Médecine Sciences).
12. Beaurepaire R de. Aspects biochimiques des troubles de l'humeur. *Encycl Méd-Chir Psychiatr.* 27 févr 2014;11(2):1-8.
13. Gindre C, Swendsen J. Stress et événements de vie chez les patients bipolaires. In: Les troubles bipolaires. Lavoisier; 2014. (Médecine Sciences).
14. American Psychiatric Association, DSM 5; 2013.
15. Haute autorité de Santé. Troubles bipolaires, guide maladie chronique. 2009.
16. Ey H. Manie, étude n°21. Desclée de Brouwer. 1954. (Etudes psychiatriques; vol. 3).
17. Nerval G de. Aurélia, ou le rêve et la vie. *Oeuvres Complètes.* 1855;3:693–756.

18. Verdoux H, Henry Demotes-Mainard C, d'Elbée R, Bourgeois M. Sémiologie des états d'excitation. *Encycl Méd-Chir Psychiatr* . 1998;37:110-20.
19. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression. Oxford University Press; 2007.
20. Bars P-Y. Le rapport subjectif à l'expérience maniaque et son impact sur l'observance médicamenteuse: étude qualitative à partir du témoignage de 12 patients bipolaires euthymiques. Thèse d'exercice; Nantes : 2013.
21. Binswanger L. Sur la fuite des idées. Editions Jérôme Millon; 2000. 340 p.
22. Binswanger L. Mélancolie et manie. puf; 1987. 136 p. (Psychiatrie ouverte).
23. Minkowski E. Le temps vécu. puf; 2013. (Quadrige).
24. Bénézech M, Forzan-Jorissen S, Groussin A. Le concept d'état dangereux en psychiatrie médico-légale. *J Médecine Légale Droit Méd.* 1997;40(5):323-333.
25. Lovell A. Commission Violence et santé mentale. 2005 mars.
26. Voyer M, Senon J-L, Paillard C, Jaafari N. Dangérosité psychiatrique et prédictivité. *Inf Psychiatr.* 1 oct 2009; 85(8):745-52.
27. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 1 févr 2009;66(2):152-61.
28. Eriksson A, Romelsjö A, Stenbacka M, Tengström A. Early risk factors for criminal offending in schizophrenia: a 35-year longitudinal cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46(9):925-932.
29. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. McGrath J, éditeur. *Public Libr Sci Med.* 11 août 2009;6(8).
30. Hodgins S, Tiihonen J, Ross D. The consequences of conduct disorder for males who develop schizophrenia: associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophr Res.* 2005;78(2):323-335.
31. Graz C, Etschel E, Schoech H, Soyka M. Criminal behaviour and violent crimes in former inpatients with affective disorder. *J Affect Disord.* sept 2009;117(1-2):98-103.
32. Fazel S, Grann M. Psychiatric morbidity among homicide offenders: a Swedish population study. *Am J Psychiatry.* 2004;161(11):2129-2131.
33. Soyka M, Graz C, Bottlender R, Dirschedl P, Schoech H. Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2007;94(1):89-98.
34. Appelbaum PS. Violence and mental disorders: data and public policy. *Am J Psychiatry.* 2006
35. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53(6):497-501.

36. Eliason S. Murder-suicide: a review of the recent literature. *J Am Acad Psychiatry Law Online*. 2009;37(3):371–376.
37. Modestin J, Hug A, Ammann R. Criminal behavior in males with affective disorders. *J Affect Disord*. janv 1997;42(1):29–38.
38. Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, Steinberg JL, Moeller FG. Severity of bipolar disorder is associated with impairment of response inhibition. *J Affect Disord*. 2009;116(1):30–36.
39. Peluso MAM, Hatch JP, Glahn DC, Monkul ES, Sanches M, Najt P, et al. Trait impulsivity in patients with mood disorders. *J Affect Disord*. 2007;100(1):227–231.
40. Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin GM, Långström N. Bipolar disorder and violent crime: New evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 1 sept 2010;67(9):931–8.
41. Sokya M, Zingg C. Association for methodology and documentation in psychiatry profiles predict later risk for criminal behaviour and violent crime in former inpatients with affective disorders. *J Forensic Sci*. 2010;55(3):655–659.
42. Dolan M, Doyle M. Violence risk prediction. *Br J Psychiatry*. 2000;177(4):303–311.
43. Millaud F, Dubreucq J-L. Les outils d'évaluation du risque de violence: avantages et limites. *Inf Psychiatr*. 2012;88(6):431–437.
44. Légifrance, le service public de l'accès au droit [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
45. Fédération Française de Psychiatrie. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle. Conférence de consensus. 2001.
46. Gravier B. Délinquance sexuelle : de la psychopathologie à la prise en charge. In: *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier Masson; 2013. (Les âges de la vie).
47. Balier C, Bouchet-Kervella D. Étude psychanalytique des auteurs de délits sexuels. *Encycl Méd-Chir Psychiatr*. 2008;37–510.
48. Thibaut F. Troubles des conduites sexuelles - Diagnostic et traitement. *Encycl Méd-Chir Psychiatr*. 2016;13(3):1–17.
49. Hall RC, Hall RC. A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. In: *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier; 2007. p. 457–471.
50. Proulx J, St-Yves M, Guay J-P, Ouimet M. Les agresseurs sexuels de femmes: Scénarios délictuels et troubles de la personnalité. *Violences Criminelles* J Proulx M Cusson M Ouimet Éd. 1999;157–85.
51. Laplanche J, Pontalis J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris Puf. 1967;152.
52. Cornet J-P, Giovannangeli D, Mormont C. Les délinquants sexuels: théories, évaluation et traitements. Frison-Roche; 2003

53. Racamier P-C. Entre agonie psychique, déni psychotique et perversion narcissique. *Rev Fr Psychanal.* 1986;50(5):1299–1309.
54. Zagury D. Entre psychose et perversion narcissique. Une clinique de l'horreur: les tueurs en série. *Evol Psychiatr (Paris).* 1996;61(1):87–112.
55. Balier C. *Psychanalyse des comportements sexuels violents: une pathologie de l'inachèvement.* Presses universitaires de France; 1996.
56. Lopez G. *Le vampirisme au quotidien. L'esprit du Temps;* 2001.
57. Ciavaldini A. *Psychopathologie des agresseurs sexuels.* Masson; 2001. (Médecine et Psychothérapie).
58. Tisseron S. *Vérités et mensonges de nos émotions.* Albin Michel; 2012
59. Berthoz A. Physiologie du changement de point de vue. In: *L'empathie.* 2004. p. 251 - 75.
60. Huon P, Rebourg-Roesler M-C, Lighezzolo-Alnot J. La reconnaissance des émotions chez les auteurs de violence sexuelle: approche différentielle et mise en rapport avec le niveau de conscience de l'acte. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2015;173(2):153-9.
61. Dubreucq J-L, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* déc 2005;163(10):852 - 65.
62. Swanson JW, Holzer III CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Psychiatr Serv.* 1990;41(7):761–770.
63. Corrigan PW, Watson AC. Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Res.* 15 sept 2005;136(2-3):153-62.
64. Hodgins S, Lapalme M, Toupin J. Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: a 2-year follow-up. *J Affect Disord.* oct 1999;55(2-3):187-202.
65. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry.* mai 2000;57(5):494 - 500.
66. Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort: Results from the dunedin study. *Arch Gen Psychiatry.* 1 oct 2000;57(10):979-86.
67. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet.* 16 févr 2002;359(9306):545 - 50.
68. Quanbeck CD, Stone DC, McDermott BE, Boone K, Scott CL, Frye MA. Relationship between criminal arrest and community treatment history among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv.* 2005
69. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry.* 2006;6:33.

70. Dunsieith NW, Nelson EB, Brusman-Lovins LA, Holcomb JL, Beckman D, Welge JA, et al. Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(3):293-300
71. McElroy SL, Soutullo CA, Taylor P, Nelson EB, Beckman DA, Brusman LA, et al. Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(6):1-478.
72. De Chaballier F, Forzan S. Évaluation de la comorbidité psychiatrique chez 72 hommes détenus en maison d'arrêt pour agression sexuelle. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. Elsevier; 2009 p. 576-582.
73. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of dsm-iii-r alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1 avr 1997;54(4):313-21.
74. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(7):830-842.
75. Maremmani I, Perugi G, Pacini M, Akiskal HS. Toward a unitary perspective on the bipolar spectrum and substance abuse: opiate addiction as a paradigm. *J Affect Disord*. 2006;93(1):1-12.
76. Le Strat Y. Trouble bipolaire et comorbidités addictives. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2010;168(8):584-587.
77. Bègue L, Subra B. L'alcool rend-il agressif? *Rev Électronique Psychol Soc*. 2008;3:41-55.
78. Blondeau C, Rénéric J-P, Martin-Guehl C, Bouvard M. Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité à l'âge adulte: concept, tableau clinique, stratégies diagnostiques et thérapeutiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2009;167(3):234-242.
79. Besnier N. Trouble bipolaire et trouble déficit d'attention avec hyperactivité. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2009;167(10):810-813.
80. Tamam L, Karakus G, Ozpoyraz N. Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: prevalence and clinical correlates. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. oct 2008;258(7):385-93.
81. Westmoreland P, Gunter T, Loveless P, Allen J, Sieleni B, Black DW. Attention deficit hyperactivity disorder in men and women newly committed to prison: clinical characteristics, psychiatric comorbidity, and quality of life. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. juin 2010;54(3):361-77.
82. Young S, Sedgwick O, Fridman M, Gudjonsson G, Hodgkins P, Lantigua M, et al. Co-morbid psychiatric disorders among incarcerated ADHD populations: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2015;45(12):2499-510.
83. Fan AH, Hassell J. Bipolar disorder and comorbid personality psychopathology: a review of the literature. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(11):1-478.
84. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord*. 1998;50(2):143-151.

85. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*. 1978;133(5):429–435.
86. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134(4):382–389.
87. Lecrubier Y, Sheehan D, Hergueta T, Weiller E. The mini international neuropsychiatric interview. *Eur Psychiatry*. 1998;13(1004):198s–198s.
88. El ASRS C. Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1. 1) symptom checklist in patients with substance use disorders. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009;37(6):299–305.
89. Kooij JJ, Francken MH. Diagnostic interview for ADHD in adults version 2.0 (DIVA 2.0)[Dutch: Diagnostisch Interview voor ADHD bij volwassenen]. DIVA Found Hague. 2010;
90. Julayanont P, Phillips N, Chertkow H, Nasreddine ZS. Montreal Cognitive Assessment (MoCA): concept and clinical review. In: *Cognitive screening instruments*. Springer; 2013. p. 111–151.
91. Boutoleau-Bretonnière C, Evrard C, Hardouin JB, Rocher L, Charriau T, Etcharry-Bouyx F, et al. DAPHNE: A New Tool for the Assessment of the Behavioral Variant of Frontotemporal Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra*. 2015;5(3):503–516.
92. Jónsdóttir H, Friis S, Horne R, Pettersen KI, Reikvam \AA, Andreassen OA. Beliefs about medications: measurement and relationship to adherence in patients with severe mental disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;119(1):78–84.
93. Clair Jacob E. Représentations des patients suivis en médecine générale : Quelle influence sur l’observance des traitements psychotropes ? Thèse d’exercice : Nantes; 2016.
94. Orban J-C, Ichai C. Complications métaboliques aiguës du diabète. *Réanimation*. 2008;17(8):761–767.
95. Lachérade J-C, Jacqueminet S. Les conséquences de l’hypoglycémie. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2009;28:e201–e208.
96. McElroy SL, Pope HG, Keck PE, Hudson JI, Phillips KA, Strakowski SM. Are impulse-control disorders related to bipolar disorder? *Compr Psychiatry*. 1996;37(4):229–240.
97. Corti O, Brice A. La maladie de Parkinson: que nous apprennent les gènes responsables des formes familiales? *Médecine Sci*. 2003;19(5):613–619.
98. Sauder C. Premier épisode maniaque avec caractéristiques psychotiques: revue des arguments en faveur d’un trouble bipolaire. Thèse d’exercice, Brest : 2015
99. Cholet J, Sauvaget A. Troubles cognitifs chez les patients bipolaires vieillissants. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2016;174(3):194–198.
100. Vabret F, Lannuzel C, Cabe N, Ritz L, Boudehent C, Eustache F, et al. Troubles cognitifs liés à l’alcool: nature, impact et dépistage. *Presse Médicale*. 2016
101. Saladini O, Remy C, Guier C, Gelin V, Luauté J-P. Un cas de neurosyphilis à l’hôpital psychiatrique: à propos d’une observation. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier; 2016. p. 124–127.

102. Nakum S, Cavanna AE. The prevalence and clinical characteristics of hypersexuality in patients with Parkinson's disease following dopaminergic therapy: A systematic literature review. *Parkinsonism Relat Disord*. 2016;25:10–16.
103. Baron Laforet S. Soigner et/ou accompagner les auteurs de violence sexuelle. In: *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier Masson; 2013. (Les âges de la vie).
104. Haute autorité de Santé. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans. Recommandations de bonne pratique. 2009 juill.
105. Thibaut F, Barra FDL, Gordon H, Cosyns P, Bradford JM. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World J Biol Psychiatry*. 2010;11(4):604–655.
106. Harrault A, Hugon C. Soins aux auteurs de violence sexuelle : approche psychanalytique. In: *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier Masson; 2013. (Les âges de la vie).
107. Lösel F, Schmucker M. The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *J Exp Criminol*. 2005;1(1):117–146.
108. Perry A, Tarrier N, Morriss R, McCarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *Bmj*. 1999;318(7177):149–153.
109. Bulteau S, Doligez N, Victorri-Vigneau C, Laforgue E, Guitteny M, Sauvaget A, et al. Les antidépresseurs ont-ils encore un intérêt dans la dépression bipolaire? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2016;174(1):70–76.
110. Gay C. Vivre avec un maniaco-dépressif. Fayard; 2010
111. Charfi N, Omri S, Zouari L, Bouali M. Expertise psychiatrique pénale des malades atteints de troubles de l'humeur: à propos d'une expérience tunisienne. *Rev Médecine Légale*. 2016;
112. Borg C, Dorey J-M, Henry L, Thomas-Antério C, Girtanner C, Krolak-Salmon P, et al. Troubles cognitifs, émotionnels et de la cognition sociale dans la maladie bipolaire vieillissante. *Rev Neurol (Paris)*. 2009;165(10):81.
113. Senon J-L. Histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, de Pinel à la loi du 18 janvier 1994. *Ann Méd-Psychol*. 1998;156(3):161–178.
114. Leturmy L. L'irresponsabilité pénale des malades mentaux : principes et nuances. In: *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier Masson; (Les âges de la vie).
115. Cullerre A. Diagnostic différentiel. In: *Les frontières de la folie*. J.-B. Baillière et fils. Paris; 1888. p. 304-16.
116. Perrault C. Abolition et altération du discernement (au sens de l'article 122-1 du Code Pénal): quelles définitions, quels diagnostics psychiatriques ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Purpan; 2013.
117. Senon J-L, Voyer M, Davignon G, Delbreil A. L'expertise psychiatrique pénale. In: *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Paris: Elsevier Masson; 2013. (Les âges de la vie).

118. Gautron V. Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés. *Criminocorpus Rev Hist Justice Crimes Peines*. 10 mars 2016
119. Salas D. La responsabilisation des fous criminels à l'ère néolibérale. *Inf Psychiatr*. 2012;88(6):423–429.
120. Manzanera C. L'application en France de l'article 122-1 du Code pénal et ses conséquences. In: *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier Masson; 2013. (Les âges de la vie).
121. Inspection Générale des Affaires Sociales, Inspection Générale des Services Judiciaires. Rapport d'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice. 2015.
122. *Annuaire statistique de la justice des années 2002, 2006, 2010 et 2012*.
123. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, De Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. 2006;6(1):33.
124. Régis E. *Précis de psychiatrie*, 4-e Ed. Paris 1909. 1909;
125. Senon J-L. La psychiatrie à l'épreuve de l'insécurité sociale: la dangerosité ou plutôt la prédiction du risque de violence en toile de fond du débat psychiatrie-justice. *Inf Psychiatr*. 2012;88(6):407–414.
126. Senon J-L. Psychiatrie et prison: toujours dans le champ de l'actualité. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2004;162(8):646–652.
127. Bénézech M. Folie où es-tu?: Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier; 2010;p. 48–56.
128. Lacan J. *Ecrits*. Paris: Seuil, 1966. Le séminaire. 1977;1956–1957.
129. Falret J. Discussion sur les aliénés dangereux. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1869;1:86–113.
130. Senon J-L, Manzanera C. Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2006;164(10):818–827.
131. Prieto N, Faure P. La santé mentale des détenus entrants ou suivis dans les prisons françaises comportant un SMPR. *L'Encéphale*. 2004;30(6):525–531.
132. Barbier G, Demontès C, Lecerf J-R, Michel J-P. Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? - Sénat. 2010 mai. Rapport d'information N°434.
133. Pinel P. *Traite medico-philosophique sur l'alienation mentale*. J. Ant. Brosson; 1809 [
134. Fovet T, Geoffroy PA, Vaiva G, Adins C, Thomas P, Amad A. Individuals With Bipolar Disorder and Their Relationship With the Criminal Justice System: A Critical Review. *Psychiatr Serv*. 2015;66(4):348–53.
135. Ministère de la Santé et des Solidarités. Expertise Psychiatrique Pénale. Rapport de la commission d'audition - (Paris) 2007

136. Blitz CL, Wolff N, Shi J. Physical victimization in prison: The role of mental illness. *Int J Law Psychiatry*. 2008;31(5):385–393.
137. Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, Williams BA, Murray OJ. Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *Am J Psychiatry*. janv 2009;166(1):103–9.
138. Coid JW, Yang M, Ullrich S, Hickey N, Kahtan N, Freestone M. Psychiatric diagnosis and differential risks of offending following discharge. *Int J Law Psychiatry*. févr 2015;38:68–74.
139. Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, Williams BA, Murray OJ. Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *Am J Psychiatry*. janv 2009;166(1):103–9.
140. Manzanera C, Senon J-L. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire: organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2004;162(8):686–699.
141. Amad A, Adins C. Le bipolaire, la prison et la loi. *Lett Psychiatr*. 2013;9:20–3.
142. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L, others. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(6):693–704.
143. Fazel S, Wolf A, Geddes JR. Suicide in prisoners with bipolar disorder and other psychiatric disorders: a systematic review. *Bipolar Disord*. 2013;15(5):491–495.
144. Jonas C. Soins pénalement ordonnés. *Encycl Méd-Chir Psychiatr*. 2015;12(4):901–18.
145. Le Bodic C, Michelot M, Robin D. Les soins pénalement ordonnés (I). Cadre légal et revue de la littérature. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. mars 2015;173(2):197–202.
146. Balier C, Ciavaldini A, Girard Khayat M. Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels. Direction générale de la santé; 1996 nov.
147. Inspection Générale des Affaires Sociales, Inspection Générale des Services Judiciaires. Rapport sur l'évaluation du dispositif injonction de soins. Rapport Public. 2011 févr.
148. Morali A, Baratta A, Halleguen O, Lefevre H. Étude sur la prise en charge des auteurs de violence sexuelle auprès d'une cohorte de psychiatres hospitaliers en France en 2011. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier; 2011. p. 578–580.
149. Spriet H, Abondo M, Naudet F, Bouvet R, Le Gueut M. L'indication d'injonction de soins repose-t-elle sur un diagnostic médical ? *L'Encéphale*. sept 2014;40(4):295–300.
150. Senon J-L, Davignon G. Le médecin coordonnateur dans le sillage de la loi du 17 juin 1998. In: *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier Masson; 2013. (Les âges de la vie).
151. Jonas C, Senon J-L. Droit et psychiatrie: bouleversements annoncés? In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson; 2008. p. 550–551.
152. Schweitzer MG, Puig-Vergès N. Soins obligés, injonction de soins et expertises judiciaires. Enjeux idéologiques ou enjeux politiques pour la psychiatrie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. sept 2014;172(7):573–6.

153. Doron C-O. Une volonté infinie de sécurité: vers une rupture générale dans les politiques pénales? *Folie Justice Relire Foucault* Paris Érès. 2009;179–203.
154. Hanson RK, Bussiere MT. Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66(2):348.
155. Pham TH, Ducro C. Évaluation du risque de récidive. *Prat Psychol*. 2006;111–136.
156. Harris AJR, Hanson RK. La récidive sexuelle: d'une simplicité trompeuse. *Sécurité publique et protection civile Canada*; 2004
157. Voyer M, Senon J-L. Présentation comparative des outils d'évaluation du risque de violence. *Inf Psychiatr*. 2012;88(6):445–453.
158. Doyle M, Dolan M. Predicting community violence from patients discharged from mental health services. *Br J Psychiatry*. 2006;189(6):520–526.
159. Rossi C, Cusson M, Proulx J. Cesse-t-on d'agresser sexuellement à cause du traitement ou de stratégies de compensation ? *Rev Int Criminol Police Tech Sci LXII*4. 2009;301 - 18.
160. Benbouriche M, Vanderstukken O, Guay J-P. Les principes d'une prévention de la récidive efficace: le modèle Risque-Besoins-Réceptivité. *Prat Psychol*. 2015;21(3):219–234.
161. Kulhara P, Basu D, Mattoo SK, Sharan P, Chopra R. Lithium prophylaxis of recurrent bipolar affective disorder: long-term outcome and its psychosocial correlates. *J Affect Disord*. 1999;54(1):87–96.
162. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS, Coryell W, Leon AC, Maser JD, et al. Residual symptom recovery from major affective episodes in bipolar disorders and rapid episode relapse/recurrence. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(4):386–394.
163. Hanafy I, Clervoy L, Brenot P. Les exhibitionnistes, ces grands inhibés. *Sexologies*. 2016
164. Rennison CM, Welchans S. Intimate partner violence: Bureau of Justice statistics special report. *Wash DC US Dep Justice*. 2000.

Vu, le Président du Jury,

(tampon et signature)

Vu, le Directeur de Thèse,

(tampon et signature)

Vu, le Doyen de la Faculté,

(tampon et signature)

Titre de Thèse : Manie et actes médico-légaux : à propos de 3 cas de viol

RESUME

Le risque de violence est augmenté chez le patient bipolaire. Lors de l'état maniaque, ce risque est corrélé à une multitude de facteurs historiques, individuels, structurels et cliniques. Le risque de viol existe, mais les caractéristiques et les circonstances de survenue de ce type d'infraction sont encore peu étudiées. Nous avons donc mené une étude qualitative sur 3 patients bipolaires de type 1 incarcérés pour viol au cours d'un état maniaque. Nous avons complété cette étude par une enquête nationale auprès de médecins coordonnateurs. Nous avons mis en évidence des particularités cliniques et criminologiques chez ces patients. Nous développons ensuite les spécificités thérapeutiques et médico-légales de la problématique. Une forme de "guide pratique" destiné aux psychiatres susceptibles de prendre en charge des patients auteurs de viol au cours d'un état maniaque est proposé à l'issue de ce travail.

MOTS-CLES

**maniaque - manie - bipolaire - psychose maniacodépressive - viol - agression sexuelle -
SMPR - prison - criminalité - dangerosité**