



Éditorial

J.-L. Dubreucq

Volume 5, 2005

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1074587ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1074587ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Institut Philippe-Pinel de Montréal
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Département de
psychiatrie du CHUV (Suisse)

ISSN

1702-501X (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Dubreucq, J.-L. (2005). Éditorial. *Psychiatrie et violence*, 5.
<https://doi.org/10.7202/1074587ar>

Merci à *Forensic* d'ouvrir à nouveau ses colonnes à "Psychiatrie et Violence", revue internationale francophone consacrée à l'étude de la violence associée aux troubles mentaux. Il s'agit d'un espace virtuel de publication doté d'un comité de pairs garantissant une reconnaissance de la communauté scientifique. Le format électronique de la revue permet une vaste diffusion de travaux originaux réalisés par la communauté francophone s'intéressant au champ de la psychiatrie légale et de la criminologie. "Psychiatrie et Violence" est d'ores et déjà un forum d'échanges stimulants entre la psychiatrie francophone nord-américaine et européenne. Ne manquez pas de visiter son site (www.pinel.qc.ca/psychiatrie_violence). Vous pourrez bien sûr retrouver sur la "toile" l'intégralité des articles présentés ici exceptionnellement en format papier. C'est une occasion unique de découvrir ou de redécouvrir l'intérêt scientifique de cette revue internationale de langue française.

Les cinq articles originaux que vous allez découvrir traduisent bien la politique éditoriale suivie pour construire ce numéro spécial. Tout travail soumis pour publication a été considéré du point de vue de sa rigueur mais aussi de son utilité. Un texte à mon sens peut être utile de deux façons différentes :

1. Ajoute-t-il au savoir scientifique des données ou des informations fiables ?
2. Apporte-t-il des éléments de compréhension ou de réflexion à la connaissance des faits observés en clinique ?

En effet, le clinicien se nourrit non seulement de données probantes mais aussi d'une pensée diversifiée afin de créer des conditions thérapeutiques personnalisées pour les patients qui lui sont confiés.

Trois articles relèvent du premier type de questionnement. Des informations sur le taux de récidive des agresseurs sexuels en Belgique sont rapportées par Menghini et al. Il s'agit d'une première pour ce pays qui ne disposait pas jusqu'à présent de données pertinentes malgré la tragique "affaire Dutroux" qui a tant marqué l'opinion internationale. B. Leclerc et J. Proulx étudient le mode opératoire des agresseurs sexuels québécois travaillant auprès des enfants et rapportent que les mesures de prévention pouvant en découler sont congruentes avec les orientations du

gouvernement du Québec en matière d'agression sexuelle. Il est toujours rassurant de constater que le bon sens politique peut parfois devancer les données obtenues par la recherche. Un troisième article fait le point sur la violence associée à la schizophrénie. C. Joyal souligne l'hétérogénéité de l'origine de cette violence et rapporte qu'il existe au moins trois sous-groupes différents. Ces distinctions seront importantes pour définir les stratégies thérapeutiques les plus adaptées à chaque sous-groupe.

Par ailleurs, deux articles se situent au niveau de l'éclairage apporté à la connaissance par le deuxième type de questionnement. F. Malingrey synthétise et articule avec cohérence différentes théories psychanalytiques pour proposer une compréhension des mécanismes sous-tendant la jalousie en général, et plus particulièrement au sein des organisations limites de la personnalité souvent mises en cause dans la violence conjugale. Le déséquilibre entre le désir et l'avoir est considéré comme un enjeu fondamental. M. Daigle et G. Côté, quant à eux, réalisent d'abord une revue impressionnante de la littérature scientifique consacrée aux différents facteurs associés à la violence en milieu carcéral. Puis, ils mettent en évidence les limites de la recherche objective pour appréhender ce type de problématique faute d'une démarche théorique appropriée pour tenter de rendre compte des processus en cause. Ils proposent un modèle très original d'explication de la violence en milieu carcéral. Ils illustrent ainsi la possibilité de penser la complexité d'un problème de façon à pouvoir agir sur ses différentes composantes de façon cohérente. Ce travail de Daigle et Côté nous rappelle indirectement que l'essentiel de la violence dans la société n'est pas dû aux malades mentaux. Lors d'une conférence en 2004 à l'Institut Philippe Pinel de Montréal, J. Monahan rappelait, qu'aux USA, les malades mentaux n'étaient en cause que dans 3 % des délits violents. C'est-à-dire que 97 % des actes de violence ne sont pas commis par des patients.

Parallèlement, il est important de rappeler que la psychiatrie légale a forcément une vision particulière de l'état dangereux en raison du biais de sélection de ses patients. Or, si le risque de violence envers soi-même ou envers autrui est bien sûr important à considérer en psychiatrie, il ne peut pas résumer à lui seul la notion de danger associé à un trouble mental sévère.

Psychiatrie et violence :

Comité de lecture

international :

- P.-A. Laffeur (Institut Philippe Pinel, Montréal),
- N. Beaudet (Institut Philippe Pinel, Montréal), webmaster,
- J. Gasser (Département universitaire de psychiatrie, Lausanne),
- B. Gravier (Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires, Lausanne),
- secrétaire de rédaction,
- J. Hébert (Institut Philippe Pinel, Montréal),
- C. Mormont (université de Liège),
- F. Millaud (Institut Philippe Pinel, Montréal), J. Marleau (Institut Philippe Pinel, Montréal), Evry Archer (SMPR de Lille),
- J.-L. Senon (université de Poitiers)

Les modifications de la capacité de s'autodéterminer et de se reconnaître malade sont trop souvent négligées. Ces atteintes du discernement altèrent pourtant le jugement et poussent le patient à prendre des décisions préjudiciables tel le refus de recevoir des soins. Les refus de traitement ont tendance à être acceptés facilement par les cliniciens sans forcément tenir compte du contexte de vie des patients et des dangers auxquels ils s'exposent.

Ainsi, 30 % des sans-abri de Montréal (*) ont des antécédents psychiatriques lourds (4 hospitalisations en moyenne dont la plus longue est de 6 mois) et 15 % des personnes incarcérées au Québec (**) nécessitent une intervention psychiatrique immédiate en raison d'un trouble mental sévère. Au nom de la tolérance envers la marginalité et du respect de l'autonomie, beaucoup de patients ne reçoivent pas de soins appropriés et demeurent ainsi dans l'indifférence. La loi au Québec protège très bien les patients d'interventions psychiatriques arbitraires mais très peu des conséquences de la maladie.

Que doit-on penser d'une société qui ne reconnaît plus ses malades ?

N'est-il pas urgent d'opposer, à ce nouveau visage de l'exclusion, un devoir d'ingérence ou d'intervention envers les patients ayant perdu leur libre arbitre et bafouant, bien malgré eux, leur propre droit à recevoir soins et protection ?

Les enjeux et les balises de ce devoir d'ingérence sont à débattre au sein de la profession en évitant de retomber dans les errements asilaires. La recherche sur le discernement est aussi à encourager pour donner aux cliniciens des outils d'évaluation plus raffinés. Enfin, le devoir d'intervention doit non seulement fonder sa pertinence et sa vigueur sur des données cliniques, mais aussi accepter de modeler ses contours au contact du judiciaire afin de garantir le respect des libertés individuelles.

Relever l'ensemble de ce défi est une tâche difficile mais urgente. Comme par le passé, l'histoire nous jugera sur le sort que nous aurons réservé aux patients les plus gravement malades. Si nous n'intervenons pas auprès de ces patients difficiles, qui le fera ?

(*) Fournier L. et al. *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes 1998-1999*. Institut de la Statistique du Québec, mars 2001 et octobre 2003.

(**) Daigle M., Côté, G. *Troubles mentaux et problématique suicidaire chez les femmes incarcérées, octobre 2001* (www.crise.ca), ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La même constatation a été faite chez les hommes (avril 2002).

J.-L. Dubreucq

Psychiatre, Institut Philippe Pinel, Montréal, professeur adjoint de clinique, Université de Montréal