

Paranoïa et dangerosité, à propos d'un cas

Nathalie Slooman¹
Sophie Raymond²
Ivan Gasman²

¹ Centre hospitalier Théophile-Roussel,
1, rue Philippe Mithouard,
78363 Montesson cedex, France

² Centre hospitalier Paul-Guiraud,
Villejuif, France

Rubrique dirigée par Martin Reça

Resumé. La question de la dangerosité des troubles psychiatriques fait l'objet de nombreux écrits dans la littérature scientifique. Si la dangerosité associée aux troubles délirants paranoïaques est bien connue des cliniciens, peu d'articles s'intéressent spécifiquement à ce sujet.

Nous proposons d'explorer cette problématique, à travers l'analyse du cas clinique d'un patient hospitalisé plusieurs fois en unité pour malades difficiles (UMD) dans les suites de passages à l'acte hétéro-agressifs de dynamique homicide. Une revue de la littérature vient compléter le cas clinique et mettre en lumière certaines caractéristiques sociodémographiques (homme d'âge mûr, marié, sans emploi) et cliniques (situations à risque de passage à l'acte).

Mots clés : paranoïa, dangerosité, homicide, passage à l'acte, unité pour malades difficiles (UMD), délire, cas clinique

Abstract. Paranoia and dangerousness, a case report. The dangerousness of psychiatric disorders is a question of considerable interest in scientific literature. While the dangerousness associated with delusional paranoid disorders is well-known by clinical psychologists, few articles focus specifically on this subject.

In this article, we analyze the case report of a patient hospitalized several times after acting homicidally. A literature review will complete the case report and highlight sociodemographic factors (a middle-aged man, married, unemployed) and clinical characteristics (risk factors).

Key words: paranoia, dangerousness, homicide, acting out, psychiatric ward, delusion, clinical case

Resumen. Paranoia y peligrosidad, a propósito de un caso. La cuestión de la peligrosidad de los trastornos psiquiátricos es objeto de numerosos escritos en la literatura científica. Si la peligrosidad asociada a los trastornos la conocen bien los médicos clínicos, pocos artículos se interesan específicamente en tal tema.

Proponemos explorar esta problemática, mediante el análisis del caso clínico de un paciente hospitalizado varias veces en Unidad para Enfermos Dificiles (UMD) por los desarrollos del paso al acto hetero-agresivos de dinámica homicidaria. Un repaso de la literatura viene a completar el caso clínico y echar luz a ciertas características socio-demográficas (hombre de mediana edad, casado, desocupado) y clínicas (situaciones de riesgo de paso al acto).

Palabras claves: paranoia, peligrosidad, homicidio, paso al acto, unidad para enfermos difíciles, delirio, caso clínico

Introduction

Le terme « paranoïa », issu du grec *para*, à côté, et *noos*, bon sens, signifie littéralement « à côté du bon sens ». Il apparaît dès l'Antiquité dans l'œuvre d'Hippocrate et prend longtemps le sens de « folie ». C'est Seglas qui, en 1887, utilise le terme de paranoïa comme un équivalent de délire de persécution systématisé, d'évolution aiguë ou chronique, avec présence ou non d'hallucinations. Dans *Les Folies raisonnantes* en 1909, Sérieux et Capgras [1] décrivent les critères cliniques du *délire d'interprétation systématisé*, similaire aux écrits de Kraepelin qui insiste sur la conservation absolue de la clarté et de l'ordre de la pensée [2].

De nos jours, la paranoïa est classiquement définie comme un trouble du jugement sans altération

des capacités intellectuelles. Le terme de délire paranoïaque n'apparaît pas dans les classifications actuelles (troubles délirants selon le DSM 5 [3], et troubles délirants persistants d'après la CIM 10 [4]) alors qu'il semble correspondre à une véritable entité clinique [5].

La dangerosité des troubles psychiatriques est souvent questionnée par l'opinion publique, ou lors de la médiatisation de certaines affaires judiciaires. La littérature scientifique [6-9] et les recommandations de la Haute autorité de santé [10] définissent des critères associés au risque hétéroagressif : antécédents de violence, comorbidités psychiatriques (plus particulièrement l'abus d'alcool ou autre substance psychoactive, ou une personnalité antisociale ou psychopathique), troubles neuropsychologiques et facteurs liés aux soins (alliance thérapeutique, *insight*, capacité à demander de l'aide, suivi).

Si la dangerosité spécifique de la paranoïa est bien connue et repérée par les cliniciens, la littérature scientifique l'aborde peu.

Correspondance : N. Slooman
<nathalie.slooman@hotmail.fr>

Nous proposons d'explorer cette question à partir de la présentation d'un cas clinique, en détaillant la dynamique psychopathologique des passages à l'acte, puis en l'éclairant à travers une revue de la littérature.

Le cas de M. X

Observation

M. X naît au Maghreb à la fin de la Seconde Guerre mondiale, de parents français. Il y passe une enfance qu'il décrit comme « particulièrement heureuse ». Issu d'un milieu modeste, il est le dernier d'une fratrie de trois. La famille retourne en France lorsqu'il a douze ans. Son père décède de maladie trois ans plus tard, et la famille s'installe alors chez un couple aisé, M. et Mme R. Le patient investit M. R, qui l'initie à la musique classique. Alors que sa mère déménage de nouveau, M. X, âgé de quinze ans, choisit de rester chez M. R, son « pseudo-père adoptif », qu'il décrit par la suite comme méfiant, autoritaire et tyrannique. Après avoir obtenu son baccalauréat, M. X débute des études d'infirmier psychiatrique, qu'il interrompt 2 ans plus tard.

Nous retrouvons des traits de personnalité paranoïaque au début de l'âge adulte lorsque, par exemple, il se lance dans la musique mais refuse une offre d'emploi prestigieuse, s'obstinant à penser qu'il « mérite mieux », témoignant d'une hypertrophie du moi et une surévaluation de ses capacités.

À 30 ans, M. X intente plusieurs procès, contre sa logeuse puis contre des vendeurs d'instruments de musique, qui auraient essayé de « l'arnaquer » en lui vendant des instruments plus chers ou « tout pourris » : « l'escroquerie et l'arnaque étaient partout ». Par opposition aux personnalités de souhait et sensitive, la symptomatologie correspond à une personnalité paranoïaque de combat décrite par Kretschmer, cité par Bilheran [11] : tendance sthénique aux revendications opiniâtres, à l'agressivité et à la quérulence procédurière.

M. X se désinsère progressivement, vit dans la rue et commence à consommer régulièrement de l'alcool.

Les premiers éléments délirants apparaissent insidieusement, pour clairement s'exprimer vers l'âge de 40 ans. Suite à un litige avec le gérant d'un bar, M. X débute une « campagne de diffamation » : il tague les murs du quartier la nuit, dénonçant « un trafic de drogue et de valises volées ». Des bars ayant fermé par la suite, il est convaincu que la police a agi suite à ses tags et qu'il doit percevoir une récompense censée l'indemniser pour les « escroqueries » passées : « mais le procureur m'en a voulu parce que j'avais fait son boulot, il m'a fait surveiller ». Il se présente au palais de justice, alcoolisé, tenant des propos persécutifs et insultant les gendarmes. Il est alors hospitalisé pour la première fois sur son secteur : le diagnostic de psychose paranoïaque est posé, du fait de la méfiance, la fausseté

du jugement (répétition d'interprétations erronées altérant le raisonnement) et l'inadaptation sociale qui en découle [11-13].

À sa sortie deux mois après, en contestation de son internement qu'il juge abusif, M. X se rend à la mairie du secteur et tire des coups de feu. Il est incarcéré et expertisé : les rapports notent « une structure sociopathique, une tendance sensitive et interprétative, de nature à s'exacerber à l'occasion d'états émotivo-anxieux ». Il est jugé responsable de ses actes et condamné à une peine de détention d'un an.

À sa sortie, il vit dans la constante peur d'être abattu et dit être suivi dans la rue. Pour « faire plier le procureur », donc faire reconnaître son rôle dans l'affaire des bars, M. X tire des coups de feu avec un fusil à pompe dans le métro. Deux femmes sont blessées, il n'est pas interpellé. Le lendemain, il abat à bout portant le veilleur de nuit d'un hôtel, l'accusant de lui avoir surfacturé une nuit : « il m'avait volé, c'était la goutte d'eau ». Il écrit les jours suivants plusieurs fois au « procureur de la République et de la honte » et appelle le tribunal pour s'accuser du meurtre. Il est arrêté deux semaines après, incarcéré et expertisé par un collège de trois psychiatres qui conclut « authentique malade mental dont le délire de persécution s'est progressivement aggravé au fil des années avec surtout des manifestations hétéro-agressives de plus en plus rapprochées et dangereuses ».

M. X est alors admis en UMD. Il dit « avoir simulé la folie » et justifie l'homicide car il « se sentait traqué en permanence, avec menaces de mort » : « il fallait donc faire un acte spectaculaire pour se sortir de cette situation ». Après quatre ans d'hospitalisation, les certificats établis décrivent un bon contact et un délire enkysté. Concernant son acte, M. X affirme « je n'ai pas pu faire autrement », mais l'absence de récurrence agressive et l'apaisement relationnel permettent son retour sur le service de secteur. Il est noté une stabilité comportementale mais sans reconnaissance des troubles : « derrière une façade de tranquillité, le discours reste inquiétant ».

À 49 ans, M. X est ré-hospitalisé en UMD dans un contexte d'aggravation du délire persécutif, d'absence de critique des troubles et de fugues répétées. Son séjour dure deux ans : il présente une bonne adaptation comportementale, avec participation régulière aux activités thérapeutiques. Malgré tout, ses écrits restent délirants : revendicateurs, désignant de façon nominale différents soignants, dénonçant des sévices de nature diverse (assassinats, abus de confiance ou insultes). Le transfert sur son service d'origine est décidé devant la stabilité comportementale.

Après 10 ans sur son secteur, le délire de persécution reste actif et s'enrichit : M. X pense à une « collusion entre la police, la justice et la psychiatrie pour sa perte ». Il ne critique toujours pas les différents passages à l'acte, qui sont banalisés et rationalisés. Il « se fait surveillé » à l'hôpital, prend donc la décision de partir

et de s'acheter un fusil. Il retourne dans un magasin de musique dans lequel il avait « subi un préjudice » 25 ans auparavant lors de l'achat d'un instrument, estimant le préjudice à 6000 francs par mois pendant 25 ans, soit 1 500 000 francs. Il raconte : « il y avait deux jeunes qui se bécotaient et qui ressemblaient à des vendeurs. J'ai appuyé sur une touche de piano et j'ai tiré. Dans l'abdomen. Sur les deux ». Les deux victimes sont grièvement blessées. Il est arrêté et transféré en UMD.

À l'arrivée, M. X reste convaincu du bien-fondé de son acte et se dit ravi « d'avoir enfin un procès » pour s'expliquer avec le procureur, responsable de « machinations machiavéliques, cauchemardesques et apocalyptiques » à son égard. Il est expertisé par deux psychiatres qui concluent à un discernement aboli ; il est jugé irresponsable au regard de l'article 122-1 alinéa 1 du *Code pénal* [14].

La présentation de M. X à l'UMD nous évoque un trouble délirant paranoïaque : elle est marquée par une rigidité du mode de pensée, une haute estime de lui-même et une méfiance. Le discours est caractérisé par une hypermnésie factuelle et une tonalité procédurière et revendicatrice permanente. Il écrit à l'ARS, au procureur, au directeur de l'hôpital pour se plaindre des conditions de séjour.

M. X verbalise un délire systématisé de thématique persécutive, avec un persécuteur désigné (le procureur de la République). Chaque élément persécutif se greffe de manière construite, pseudo argumentée, avec une apparente cohérence sur le thème central du délire, donnant un aspect paralogique au discours, faisant écho aux *Folies raisonnantes* [1]. L'extension en réseau, observée sur des intervenants extérieurs envisagés à travers un vécu de préjudice (veilleur, vendeur, patient...) reste dans son discours en lien avec le procureur « il tire les ficelles ». Le mécanisme est interprétatif : erreurs d'interprétation conduisant à un raisonnement biaisé, défini par Sérieux et Capgras comme « un raisonnement faux ayant pour point de départ une sensation réelle » [1]. M. X fait disparaître la notion de hasard et tend à tirer des conclusions disproportionnées à partir de points de détails de la vie quotidienne pouvant concerner patients comme soignants : « les veilleurs sont passés deux fois en l'espace d'une heure... c'est un signe », « ce patient est trop gentil alors que c'est un criminel. Ça cache quelque chose ».

La constitution du délire se base sur une projection sur l'autre de son agressivité avec une séquence « il me hait, il me persécute » devenant « je le hais car il me persécute » [11]. L'adhésion et l'anosognosie sont totales, avec une conviction inébranlable. Il ne critique pas ses différents passages à l'acte, qu'il s'agisse du veilleur de nuit qui « n'avait qu'à pas le voler » ou des vendeurs « c'était de la légitime défense ».

Nous soulignons la persistance et l'immuabilité du délire, comme l'ont formulé Sérieux et Capgras [1] : « [le délire] progresse par extension quasi indéfinie sans

jamais se transformer ni se désagréger (...), se confond presque avec la vie entière du malade et ne s'éteint qu'avec lui... ».

Les capacités intellectuelles sont préservées, le discours n'est pas désorganisé, il n'y a pas de dissociation idéo-affective ni comportementale et le patient ne rapporte pas non plus d'élément hallucinatoire. Nous ne retrouvons pas d'éléments thymiques.

Ainsi, M. X nous semble à la jonction entre le tableau du délire d'interprétation systématisé de Kraepelin, ou de Sérieux et Capgras [1] et le délire passionnel de revendication postulé par De Clérambault, cités par Ferreri et Ferreri [2]. En effet, nous retrouvons aussi chez ce patient la quérulence procédurière se basant sur la certitude d'être « arnaqué » et la conviction d'être dans « son bon droit ».

M. X ne présente pas de difficulté pour respecter le cadre ni de trouble du comportement au quotidien, vivant de manière ritualisée. Cependant, deux passages à l'acte hétéro-agressifs graves ont lieu à l'UMD.

À six ans d'hospitalisation, il tente de crever l'œil d'un patient avec un stylo. Il explique avoir prévenu l'équipe soignante à plusieurs reprises que l'autre patient venait « six fois s'asseoir dans la matinée à côté de [lui], c'était tous les jours comme ça... ». Après coup, il décrit une peur panique de l'autre patient : « il voulait me tuer, c'est sûr, il me collait tout le temps. Je pouvais être tué en deux secondes, j'ai agi avant qu'il m'attaque. Je n'avais aucune autre solution ».

À l'âge de 71 ans, M. X entame sa dixième année dans l'unité. Un matin, de manière imprévisible et sans facteur déclenchant repéré, il tente d'étrangler un patient dans les toilettes, arrêté par les soignants. Il minimise son geste (« je l'ai pris par le col ») et n'en donne pas d'explication claire initialement. Il fait par la suite une liste des préjudices subis (vol d'un stylo, chaussettes « passées à la javel »...). Il ajoute : « plus personne ne me prenait au sérieux, il fallait que j'envoie un message fort ».

Dynamique des passages à l'acte

Nous retrouvons des points communs dans la séquence des différents passages à l'acte de M. X, cohérents avec le diagnostic posé de paranoïa.

Avant les passages à l'acte, nous observons une préméditation et un certain degré d'organisation, à l'inverse d'un acte impulsif. Les facteurs déclenchants peuvent sembler anodins, ne prenant sens qu'à travers le prisme de ses interprétations délirantes persécutives. Cela nous rappelle ce qui est spécifiquement décrit par Vacheron, Cornic et Gourevitch [15] dans les passages à l'acte paranoïaques (longue durée de préméditation, froideur et détermination à anéantir le persécuteur).

Le déroulement de l'acte est caractérisé par l'intentionnalité homicide centrale et le peu de déchaînement pulsionnel : pas d'acharnement sur la victime,

brièveté de l'acte, moyen légal utilisé. Richard-Devantoy *et al.* [16] retrouvent typiquement une agression « en règle, brutale, soudaine, n'excédant pas quelques minutes ». Le rationnel persécutif reste constant. La mobilité de la cible (veilleur, vendeur, patients) est décrite dans les délires d'interprétation, à l'opposé des délires passionnels [17].

Après coup, la présentation de M. X est marquée par une tranquille assurance et une satisfaction affichée à travers un vécu libérateur. Zagury décrit ainsi « le moi défendu, l'ordre du monde rétabli » [17]. Il n'y a pas de remords ni critique du passage à l'acte, qui est « justifié » : du fait de la projection paranoïaque, c'est toujours « l'autre qui a commencé ». Nous retrouvons aussi l'hypertrophie du moi à travers la conviction que le procureur va lui répondre et reconnaître les multiples préjudices « subis » et son rôle dans la fermeture des bars.

M. X exprime à plusieurs reprises après le passage à l'acte avoir fait des « appels au secours », non perçus comme tels par l'équipe soignante du fait de l'expression d'une hostilité et non d'une détresse (par exemple, courriers procéduriers ou agressivité verbale envers un autre patient).

Enfin, nous soulignons qu'il n'y a aucune tentative de dissimulation, ni sur la scène du crime ni dans le discours après coup. Au contraire, l'acte est revendiqué (appels téléphoniques, lettres...), ce qui nous paraît cohérent avec la littérature [16].

Sur un plan psychodynamique, des divergences apparaissent à travers les différents passages à l'acte, avec deux axes distincts.

D'une part, nous retrouvons classiquement dans les passages à l'acte sur le veilleur, les vendeurs et le premier patient à l'UMD, un vécu d'impasse situationnelle suite à la somme des persécutions et des préjudices, et une conviction inébranlable de danger de mort. L'acte est pensé, dans une inversion victimaire, comme de la légitime défense [18] : « c'était lui ou moi ». Comme le décrit Bouchard, le passage à l'acte violent est donc destiné à « maîtriser ou à anéantir la source de persécution éprouvée » [19].

D'autre part, le dernier passage à l'acte décrit semble plus énigmatique en premier abord. En effet, M. X se présente apaisé au quotidien, et les lettres revendicatrices au directeur ou au procureur se font plus rares. Un matin cependant, il essaye d'étrangler un patient dans les toilettes. La dynamique du passage à l'acte, qui se dégage lors d'entretiens à distance, semble ici tout autre : « plus personne ne faisait attention à moi, il fallait que j'envoie un message fort ». Cela nous semble rappeler ce qu'évoque Zagury [17], c'est-à-dire le caractère indispensable pour le patient atteint de paranoïa « de faire peur, d'apparaître dangereux [...]. C'est par cette crainte induite qu'il maintient la juste distance, qu'il tient l'autre en respect ». Zagury alerte sur ces moments où le patient commence à « susciter la pitié »

et le danger de penser que le tarissement du délire va pouvoir permettre un réaménagement des conduites d'hostilité. C'est alors, au contraire, que le patient peut agir dans une logique de contre-attaque : « c'est à sa propre défaillance, à sa propre acceptation passive, que le paranoïaque s'attaque en cherchant à l'effacer par la violence assumée de sa réaction » [17]. Chez M. X, la violence et les pulsions passent en partie dans l'écriture. Une diminution des écrits revendiquants doit alors alerter et toujours susciter une vigilance particulière chez l'équipe soignante.

La dangerosité de la paranoïa dans la littérature

La répétition des passages à l'acte nous interpelle chez M. X, et nous questionne sur les liens entre paranoïa et dangerosité psychiatrique.

Le terme « dangerosité » est défini comme la prédiction pour un individu de commettre un acte violent. La littérature scientifique tente d'objectiver cet état dans le but de prévenir la survenue d'un comportement violent [7-9]. Des indicateurs de dangerosité psychiatrique ont été établis : antécédents d'hospitalisation sans consentement, condamnations antérieures, trouble de la personnalité du cluster B, prise de toxiques, désocialisation ou encore non-compliance au traitement [6, 10]. L'HAS, dans son rapport sur la dangerosité psychiatrique [10], définit un profil : homme célibataire de moins de 40 ans, au statut socio-économique précaire (voire sans domicile fixe, ce qui limite l'accroche possible sur un secteur) et avec un faible niveau d'éducation. La notion de dépendance aux substances psychoactives, plus spécifiquement l'alcool, ainsi qu'une personnalité antisociale reviennent très fréquemment dans la littérature [6, 8-10, 20].

M. X ne correspond pas à ce profil. De plus, l'HAS ne fait aucune référence spécifique à la paranoïa dans son rapport, centré sur les troubles bipolaires et la schizophrénie.

Nous avons procédé à une revue de la littérature sur la dangerosité chez les patients souffrant de paranoïa. Il n'en ressort que très peu d'articles, ce qui peut s'expliquer en partie par la relative rareté de ce trouble et par la confusion, dans la littérature anglosaxonne, des troubles schizophréniques et paranoïaques [15, 16].

D'un point de vue épidémiologique, il y a selon les auteurs, de 1,3 à 6 fois plus de risque de commettre un acte homicide en cas de délire paranoïaque que dans la population générale. La prévalence homicide chez un patient souffrant de psychose paranoïaque reste faible. Elle est estimée entre 0,3 et 1,4 % ou 0,9 à 5,4 % sur la vie entière [15, 16, 21, 22]. Dans une étude rétrospective de 27 meurtriers souffrant de psychose, sélectionnés parmi 268 dossiers d'expertise d'homicides, Richard-Devantoy *et al.* [16] retrouvent 9 sujets paranoïaques, soit 3,35 % de la totalité des dossiers d'expertise. Ils

décrivent des hommes âgés en moyenne de 50 ans, mariés et pères de famille, majoritairement sans emploi.

Dans les articles retrouvés, les auteurs s'interrogent sur l'existence de caractéristiques cliniques particulièrement à risque de dangerosité dans la paranoïa.

Pour Bilheran [11], la paranoïa de combat est la plus dangereuse de par sa forme opiniâtre, procédurière et querelleuse : « devant la certitude d'avoir été lésé ou trompé, le paranoïaque va nourrir un désir de réparation et de vengeance ». M. X nous dit d'ailleurs : « je suis dangereux parce qu'on me refuse mes droits à la justice ».

Richard-Devantoy *et al.* [16] notent une proportion équivalente de sujets présentant un délire de revendication (3/9), de jalousie (3/9) et d'interprétation de Sérieux et Capgras (3/9). Il y a une consommation d'alcool lors du passage à l'acte dans 50 % des cas.

Vacheron, Cornic et Gourevitch [15] décrivent l'*acting out* paranoïaque comme reposant sur une activité délirante ancienne, connue de l'entourage et des soignants, avec une préméditation régulièrement cachée, le patient simulant la guérison.

Zagury conceptualise les situations les plus à risque de passage à l'acte, correspondant à une déstabilisation du système paranoïaque [17]. Ce système peut être fragilisé quand l'objet de persécution se dérobe, à l'occasion d'un déménagement par exemple, quand la réalité désavoue les constructions paranoïaques, lorsque le patient ne fait plus peur (comme dans le cas de M. X), quand il renonce à appeler au secours ou bien lorsqu'il décide de ne plus faire appel à la loi, souvent après d'interminables procédures judiciaires.

Bénézech, Le Bihan et Bourgeois [23] insistent sur la préméditation et l'organisation de l'acte, mais surtout sur la nécessité de repérer la progression graduelle vers l'acte : « les infractions sont souvent graves et généralement précédées d'agressions verbales ou physiques qui doivent faire redouter une escalade vers un passage à l'acte majeur ».

Bouchard *et al.* [21] reprennent ces données. Ils décrivent également, citant Le Bihan et Bénézech, deux types de patients homicides souffrant de paranoïa : ceux à « circuit long » qui ne commettent leur crime qu'après avoir épuisé toutes les ressources légales, comme M. X, et ceux à « circuit court », impulsifs, passant à l'acte rapidement du fait d'un déficit intellectuel ou d'un manque de moyen financier.

Concernant les homicides perpétrés sur d'autres patients en cours d'hospitalisation, la paranoïa n'est pas classiquement retrouvée [24, 25].

Enfin, nous pouvons souligner la réactivation régulière de la dangerosité de M. X à travers les récives de passage à l'acte malgré le cadre sécurisé et contenant de l'UMD. Cela nous semble s'expliquer par plusieurs facteurs.

En premier lieu, les traitements médicamenteux n'ont que peu d'efficacité sur la symptomatologie délirante.

Il existe peu d'études sur le sujet du fait de la prévalence rare de ce trouble délirant et du contexte fréquent d'hospitalisation sous contrainte limitant la participation des patients aux études. Les traitements proposés sont à visée sédatrice, pour réduire l'exaltation thymique ou passionnelle et l'excitation motrice [26]. Par ailleurs, le système paranoïaque que Mijolla Mellor [13] décrit comme une « forteresse close » limite l'approche psychothérapeutique. Sérieux et Capgras [1] précisent : « on se gardera de heurter de front les conceptions erronées. Point de railleries, point de réfutation ». Le travail de relativisation vise à assouplir la rigidité, et tente d'entendre, derrière les manifestations haineuses, l'éprouvé d'impuissance et la souffrance psychique. Lacambre [27] recommande trois règles de base à respecter dans la relation thérapeutique avec un patient souffrant de paranoïa : appliquer la loi et le règlement à la lettre, rester transparent et conserver une trace écrite de chaque étape du processus de soin. La relation avec le patient nous semble devoir intégrer une juste distance, une absence de familiarité et une vigilance quant à une pseudo-alliance thérapeutique.

D'autre part, l'absence de reconnaissance des troubles restreint les possibilités de prévention de la récive.

Enfin, l'histoire naturelle de la paranoïa évolue vers l'aggravation des troubles. Avec l'âge, la symptomatologie délirante de M. X ne tarit pas, devenant plus floride, contrairement à ce que l'on peut voir dans la schizophrénie. Un article rapporte la résignation d'un délire paranoïaque, à travers l'autobiographie de J.-M. Déguignet [28] mais cela reste un cas isolé.

Conclusion

Nous avons présenté le cas clinique d'un patient âgé de 71 ans, souffrant d'un trouble délirant paranoïaque, admis pour la 3^e fois en UMD suite à une double tentative d'homicide. Après une discussion psychopathologique, nous avons évoqué la relative rareté de la littérature scientifique au sujet de la dangerosité spécifique de la paranoïa. Des recherches ultérieures semblent nécessaires.

Par ailleurs, M. X nous interroge sur la permanence d'un état dangereux, malgré une prise en charge intensive et prolongée en UMD. Cette situation entraîne un sentiment d'échec et d'impuissance. Envisager sa sortie semble problématique, avec la tentation d'un enfermement définitif en UMD, posture ni thérapeutique ni éthique et ne correspondant pas à la vocation de ces unités sécurisées qui sont sorties de la tradition de relégation sociale. Le retour sur une unité de psychiatrie classique semble difficile à penser, du fait de la dangerosité persistant au long cours. D'autre part, la dynamique des services de secteur, tournés vers l'ouverture et l'ambulatoire et sortis de leur vocation asilaire, est un

second frein à une hospitalisation classique. Ce patient questionne ainsi la nécessité de structures spécifiques en aval de l'UMD, proposant une prise en charge institutionnelle importante et prolongée, avec un programme de réhabilitation sociale lente et progressive. Cela permettrait de diminuer la population des « longs séjours » en UMD, et d'accentuer la prise en charge des patients sur les aspects institutionnels, tout en prenant en compte leur dangerosité.

Liens d'intérêts les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en rapport avec cet article.

Références

- Sérieux P, Capgras J. *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*. Paris : J.F. Alcan, 1909.
- Ferreri F, Ferreri M. Paranoïa. *EMC Psychiatrie* 2012 ; 37-296-A-10 : 1-16.
- American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition)*. Washington DC : American Psychiatric Association, 2013.
- Organisation Mondiale de la Santé. *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*. 10^e édition (cim-10). Paris : Elsevier Masson, 1993.
- Prudent C, Evrard R, de Tychev C. La classification de la paranoïa dans la psychiatrie américaine contemporaine : une revue de la littérature. *Évolution Psychiatrique* 2017 ; 82 : 191-216.
- Coutanceau R. Dangerosité criminologique et prévention de la récidive : évaluer la dangerosité sans stigmatiser l'homme. *L'Information psychiatrique* 2012 ; 88 : 641-6.
- Gravier B, Lustenberger Y. L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question. *Ann Med Psy* 2005 ; 163 : 668-80.
- Millaud F, Dubreucq JL. Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique : Introduction. *Ann Med Psy* 2005 ; 163 : 846-51.
- Senninger JL. Notion de dangerosité en psychiatrie médico-légale. *EMC Psychiatrie* 2007 ; 37-510-A-10 : 1-8.
- Haute Autorité de Santé. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. (Audition publique, 2011), Consultable sur www.has-sante.fr.
- Bilheran A. *Psychopathologie de la paranoïa*. Malakoff : Armand Colin, 2016.
- Bihan P Le, Bénézech M. Personnalités paranoïaques. *EMC Psychiatrie* 2010 ; 37-490-F-10 : 1-11.
- Mijolla de Mellor S. *La paranoïa*. Paris : Presses Universitaires de France, 2013.
- Code pénal. Article 122-1, modifié par la loi n°2014-896 du 15 août 2014, art. 17.
- Vacheron-Trystram MN, Cornic F, Gourevitch R. « États dangereux et troubles mentaux : quelle clinique ? » In : *La prise en charge des états réputés dangereux*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2010.
- Richard-Devantoy S, Chocard AS, Bouyer-Richard AI, Dufloy JP, Lhuillier JP, Gohier B, Garré JB. Homicide et psychose : particularités criminologiques des schizophrènes, des paranoïaques et des mélancoliques : À propos de 27 expertises. *Encéphale* 2008 ; 34 : 322-9.
- Zagury D. « Le passage à l'acte du paranoïa » In : Millaud F. *Le passage à l'acte : aspects cliniques et psychodynamiques*. Paris : Masson, 2001.
- Hamon R. Délire paranoïaïque de revendication et passages à l'acte justiciers. *Évolution Psychiatrique* 2018 ; 83 : 251-73.
- Bouchard JP. Violences, homicides et délires de persécution. *Ann Med Psy* 2005 ; 163 : 820-6.
- Baratta A, Morali A, Halleguen O. La dangerosité des malades mentaux bénéficiant de l'article 122-1. À propos d'une étude rétrospective portant sur 58 cas. *L'Information psychiatrique* 2012 ; 88 : 559-64.
- Bouchard JP, Brulin-Solignac D, De Jésus A, Floris E, Quillerou B, Lodetti C, Soulan X. Délires paranoïaïques, dangerosité et homicides. *Ann Med Psy* 2018 ; 176 : 702-11.
- Richard-Devantoy S, Olie JP, Gourevitch R. Risque d'homicide et troubles mentaux graves : revue critique de la littérature. *L'Encéphale* 2009 ; 35 : 521-30.
- Bénézech M, Bihan P Le, Bourgeois ML. Criminologie et psychiatrie. *EMC Psychiatrie* 2012 ; 37-906-A-10 : 1-16.
- Bénézech M. Le passage à l'acte homicide en milieu médical et carcéral. *Ann Med Psy* 2005 ; 163 : 632-41.
- Le Bihan P, Bénézech M. La récidive dans l'homicide pathologique. Étude descriptive et analytique de douze observations. *Ann Med Psy* 2005 ; 163 : 642-55.
- De Rohan Chabot F. Devenir des patients paranoïaïques dangereux hospitalisés en unité pour malades difficiles : à propos de deux cas. [Thèse]. Paris : Université Paris Descartes, 2012.
- Lacambre M. Le secret médical est-il opposable au paranoïaïque ? *Ann Med Psy* 2018 ; 176 : 697-701.
- Peoc'h M. Résignation d'un délire paranoïaïque : les élaborations subjectives de J.-M. Déguignet. *Évolution psychiatrique* 2017 ; 82 : 843-51.