La récidive dans l'homicide pathologique. Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques d'auteurs de récidive homicide présentant un trouble mental majeur

Adèle Fabre

▶ **To cite this version:**

Adèle Fabre. La récidive dans l'homicide pathologique. Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques d'auteurs de récidive homicide présentant un trouble mental majeur. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00955943

HAL Id: dumas-00955943

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00955943

Submitted on 5 Mar 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ BORDEAUX SEGALEN

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Année 2013

Thèse n°3132

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Psychiatrie

Présentée et soutenue publiquement

Le 18 novembre 2013

Par Adèle FABRE

Née le 10 juin 1985 à Villenave d'Ornon

LA RÉCIDIVE DANS L'HOMICIDE PATHOLOGIQUE

Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques d'auteurs de récidive homicide présentant un trouble mental majeur

Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Patrick LE BIHAN

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD ..... Président
Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON..... Rapporteur
Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE ..... Juge
Monsieur le Docteur Bernard ANTONIOL..... Juge
Monsieur le Docteur Florent COCHEZ ..... Juge

Membre invité du Jury

Monsieur le Professeur Michel BÉNÉZECH

REMERCIEMENTS

À notre Rapporteur,

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON,

Professeur des Universités
Praticien Hospitalier

Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte
Centre Hospitalier Henri Laborit, Poitiers

Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être le rapporteur de cette thèse.
Nous vous remercions pour la qualité et la clarté de votre enseignement en psychiatrie médico-légale et criminelle. Vos considérables connaissances dans les domaines les plus variés rendent vos interventions particulièrement intéressantes.

Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de mon admiration.

À notre Président,

Monsieur le Professeur Manuel Bouvard,

Professeur des Universités
Praticien Hospitalier

Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Vous nous faites l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse.
Nous vous remercions pour la bienveillance dont vous avez fait preuve à notre égard.
Vous nous avez aidée et encouragée à la réalisation de ces différents stages d'internat d'orientation médico-légale, nous vous en sommes reconnaissante.

Veuillez trouver ici l'assurance de mon estime et de mon profond respect.

Aux membres du Jury,

Monsieur le Professeur Bruno Aouizerate,

Professeur des Universités
Praticien Hospitalier
Responsable du Centre de Référence des Pathologies Anxieuses et de la Dépression
Hôpital Charles Perrens, Bordeaux

C'est un honneur de vous compter parmi les membres de ce jury.
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Bernard Antoniol,

Praticien Hospitalier
Chef de Pôle de Psychiatrie Adulte
Hôpital Charles Perrens, Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury.
Votre disponibilité, votre désir de transmission et vos qualités humaines ont rendu très agréables les six mois passés dans votre service et mon retour en Métropole.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Docteur Florent Cochez

Praticien Hospitalier
Responsable du Centre de Ressources pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violence Sexuelle
Hôpital Charles Perrens, Bordeaux

Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail.
Mon intérêt pour la psychiatrie médico-légale s'est confirmé à tes côtés et parmi l'équipe d'ERIOS. J'aurais aimé pouvoir vous accompagner plus longtemps.
Tu trouveras, ici, l'expression de mes sincères remerciements.

Au membre invité du Jury,

Monsieur le Professeur Michel Bénézech,

Ancien Chef de Service au SMPR de Bordeaux
Ancien Professeur associé de médecine légale à l'Université Bordeaux 2
Expert judiciaire honoraire.

C’est un honneur que vous ayez accepté d’être présent.
Nous vous remercions de l’intérêt que vous avez témoigné à l’égard de ce travail et des conseils précieux que vous nous avez prodigués au cours de son élaboration.

Veuillez trouver ici l’expression de ma profonde admiration.

À notre Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Patrick Le Bihan

Praticien Hospitalier
Chargé d'enseignement à l'Université Bordeaux 4
Unité pour Malades Difficiles de Cadillac-sur-Garonne

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail de thèse.

Je vous remercie de votre enthousiasme et de votre écoute.
J'ai été impressionnée par votre disponibilité et la réactivité dont vous avez fait preuve pour des corrections et des conseils toujours avisés.
Vos encouragements permanents ont été un grand soutien pour moi.

Votre expérience a été riche d'enseignement.

Veuillez trouvez ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À **Madame le Professeur Hélène Verdoux**, pour ses conseils méthodologiques lors de la réalisation de ce travail et la richesse de son enseignement tout au long de notre parcours.

À l'équipe médicale de l'Unité pour Malades Difficiles de Villejuif, en particulier, les **Docteurs Marion Azoulay et Anne-Sophie Léger** pour leur accueil et leur investissement lors de l'inclusion des patients de notre étude.

Au **Docteur Patrice Poueyto** pour sa réactivité et son aide lors de la réalisation de notre étude.

À **la famille Renaud-Gremillon**, la sœur pour sa bonne-humeur et son soutien au CAUVA ; le frère, pour son écoute et ses conseils qui m'ont permis de comprendre les prémices du monde des statistiques.

À **Benoît Delavelle** et **Nathanael Kabore** pour leurs avis et suggestions lors de ce travail.

Au **Docteur Cédric Galéra** pour sa disponibilité pour répondre à mes nombreuses questions analytiques.

À **Jean-Baptiste** pour son aide précieuse et le temps qu'il a passé dans les archives de l'UMD de Cadillac.

Au **Docteur Hervé Gérard** pour sa finesse clinique et sa disponibilité pour la formation des internes aux expertises psychiatriques. J'ai beaucoup appris à vos côtés.

À **toutes les équipes médicales** et **paramédicales** auprès desquelles j'ai travaillé durant mon internat et qui m'ont toutes guidée vers cet ouvrage.

Aux **patients** qui m'ont finalement le plus appris…

À **toute ma famille** pour leur soutien et la confiance qu'ils ont toujours eue en ma réussite,

À ma mère, parce que cette fois-ci c'est pas pareil…
À mon père qui m'a donné le goût de la psychiatrie mais surtout celui du voyage !
À mes sœurs qui, de près ou de loin (c'est le cas de le dire…), ont toujours été présentes lors de toutes ces années.

À Franck, Arthur, les enfants et futurs enfants !

À **toute la famille Poulou,** pour leur gentillesse et la facilité avec laquelle ils m'ont faite entrer dans la famille,

À Bernadette, pour ses relectures et ses conseils avisés.
À Noël, pour son investissement intense dans ce travail.

Aux Salonnais, aux Canadiens, enfants et futurs enfants !

À **mes amis**,

À Claire, pour sa présence, son humour, ses voyages et son *english* !

À Adrienne, Anna, Loulou et Nicolas qui ont rendu ces années de travail moins difficiles…

À **Mathieu**, pour tout.

Merci.

Avant-propos,

Publié avec l'accord de l'auteur, Zinocircus, www.zinocircus.com

Merci Adri !

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS **3**

LISTE DES ABRÉVIATIONS **22**

INTRODUCTION **23**

PREMIÈRE PARTIE : Concepts de dangerosité, d'homicide et de récidive
Revue de la littérature

1. La dangerosité : une notion indissociable du développement de la clinique psychiatrique **29**

1.1. Le concept de dangerosité 29
1.1.1. La dangerosité psychiatrique 30
1.1.2. La dangerosité criminologique 30
1.2. Approche historique du lien entre dangerosité et clinique psychiatrique 30
1.2.1. Naissance de la clinique psychiatrique et ordre public 31
1.2.2. Développement de la clinique psychiatrique et de la criminologie 34
1.2.3. Naissance des secteurs de securité 36
1.2.4. Article 122-1 du Code pénal et loi du 25 février 2008 38
1.3. Dangerosité et troubles mentaux majeurs : aspects épidémiologiques 41

2. La question de l'homicide **50**

2.1. Concepts d'homicide 50
2.1.1. Au niveau juridique 50
2.1.2. Au niveau criminologique 51
2.1.2.1. Classifications selon l'état mental du meurtrier 51
2.1.2.2. Classifications selon la victime 53
2.1.2.3. Classifications selon les motivations de l'homicide 55
2.1.2.4. Classifications selon les modalités criminelles 57
2.2. Homicide et troubles mentaux majeurs : aspects épidémiologiques 61
2.3. Caractéristiques de l'homicide pathologique 70
2.3.1. L'auteur 70
2.3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques 70
2.3.1.2. Caractéristiques cliniques 70
2.3.2. Caractéristiques criminologiques de l'homicide 71
2.3.2.1. Mode opératoire 71

2.3.2.2. Motivations 71
2.3.3. La victime 71

3. La récidive en matière d'homicide 72

3.1. Différents concepts 72
3.1.1. La récidive légale 72
3.1.2.La réitération légale 73
3.1.3.Le concours réel d'infractions 74
3.1.4.Spécificités pour les patients présentant un trouble psychiatrique 74
3.2. La récidive d'homicide 75
3.2.1. Les tueurs à victimes multiples 75
3.2.2.Le tueur en série 76
3.3. Données statistiques sur la récidive 77
3.3.1.Mesure de la récidive au sens large 79
3.3.2.Mesure de la récidive spécifique d'homicide 87
3.3.3.Les biais des études 93
3.4. Caractéristiques de la récidive en matiére d'homicide pathologique 94
3.4.1.L'auteur 95
3.4.1.1.Caractéristiques sociodémographiques 95
3.4.1.2.Caractéristiques cliniques 96
3.4.2.Les caractéristiques criminologiques 97
3.4.2.1.Mode opératoire 97
3.4.2.2.L'état mental du patient au moment des faits 97
3.4.3.La victime 97
3.4.4.Conséquences judiciaires 98

4. La prévention de l'homicide et de sa récidive 99

4.1. Facteurs associés à la dangerosité 99
4.1.1.Facteurs géneraux 100
4.1.1.1.Facteurs sociodémographiques 100
4.1.1.2.Antécédents et évènements de vie 102
4.1.1.3.Comorbidités 105
4.1.1.4.Facteurs contextuels 106
4.1.1.5.Facteurs liés aux soins 107
4.1.1.6.Facteurs biologiques 109
4.1.2.Facteurs spécifiques aux pathologies 109
4.1.2.1.Facteurs spécifiques à la schizophrénie 109
4.1.2.2.Facteurs spécifiques aux troubles de l'humeur 113

4.1.3.Facteurs de protection 116
4.2. L'évaluation de la dangerosité 118
4.2.1.L'approche clinique 119
4.2.2.Les outils actuariels 121
4.2.3.L'évaluation clinique structurée et semi-structurée 123
4.2.4.L'évaluation du potentiel homicidaire 127
4.3. Synthèse sur l'évaluation de la dangerosité 129

DEUXIÈME PARTIE : Étude des caractéristiques socio-démographiques, cliniques et criminologiques de patients auteurs de récidive homicide

1. Contexte de l'étude et présentation globale 133

2. Objectifs de la recherche 133

2.1. Objectifs généraux 134
2.2. Objectifs secondaires 134

3. Matériel et méthodes 134

3.1. Schéma d'étude, population étudiée et site concerné 134
3.2. Inclusion des patients 135
3.2.1.Critères d'inclusion 135
3.2.2.Critères d'exclusion 136
3.3. Présentation de la grille de lecture 136
3.4. Recueil des données, saisie et traitement statistique 138

4. Résultats et analyse 139

4.1. Patients 139
4.2. Suivi 140
4.3. Les données sociodémographiques 142
4.3.1.Données sociales et familiales 142
4.3.1.1.Âge 142
4.3.1.2.Niveau socio-économique familial 143
4.3.1.3.Fratrie 143
4.3.1.4.Statut marital 143
4.3.1.5.Enfants 144
4.3.1.6.Origines 145
4.3.1.7.Domicile 145
4.3.2.Situation socio-professionnelle 146

4.3.2.1.Profil scolaire 146
4.3.2.2.Statut professionnel 147
4.3.3.Évenéments de vie significatifs 147
4.3.4.Antécédents judiciaires/médico-légaux 148
4.4. Données cliniques 149
4.4.1.Pathologie mentale 149
4.4.2.Comorbidités psychiatriques 150
4.4.2.1.Addictions 150
4.4.2.2.Trouble de la personnalité 150
4.4.2.3.Retard mental 151
4.4.2.4.Trouble des conduites 152
4.4.3.Antécédents suicidaires 152
4.4.4.Antécédents d'hospitalisation 152
4.4.5.Antécédents psychiatriques familiaux 154
4.5. Caractéristiques criminologiques 154
4.5.1.Passage a l'acte 154
4.5.1.1.Localisation 154
4.5.1.2.Planification 157
4.5.1.3.Moyen létal utilisé 157
4.5.1.4.Motivations apparentes 160
4.5.1.5.État mental du patient au moment des homicides 161
4.5.1.6.Comportement post-criminel 163
4.5.1.7.Type d'homicide 164
4.5.2.Victimes 165
4.5.2.1.Nombre 165
4.5.2.2.Sexe 165
4.5.2.3.Lien avec l'agresseur 166
4.5.3.Conséquences judiciaires 170
5. Discussion 172
5.1. Une faible proportion de récidivistes 172
5.2. Données socio-démographiques 172
5.2.1.Les récidivistes : un âge inférieur lors du premier homicide 172
5.2.2.Une prédominance de sujets célibataires sans enfants 174
5.2.3.Un faible niveau socio-économique familial, une fratrie nombreuse et des origines culturelles diverses 175
5.2.4.Un type de domicile variable 176
5.2.5.Un faible niveau scolaire et une inactivité professionnelle 177
5.2.6.Des événements de vie significatifs fréquents 177

5.2.7.Des antécédents judiciaires et/ou médico-légaux nombreux....179
5.3. Données cliniques....180
5.3.1.Une majorité de patients souffrant de schizophrénie....180
5.3.2.Des comorbidités fréquentes....182
5.3.3.Des antécédents suicidaires pour un quart....184
5.3.4.Une majorité de patients n'ayant jamais été hospitalisés avant le premier homicide....184
5.3.5.Des antécédents familiaux de schizophrénie ou d'alcoolisme....186
5.4. Caractéristiques criminologiques....186
5.4.1.Passage à l'acte....186
5.4.1.1.Une différence de localisation entre le 1er homicide et la récidive et entre récidivistes et non récidivistes....186
5.4.1.2.Une planification de l'acte dans moins de la moitié des cas....188
5.4.1.3.La variabilité du moyen utilisé....189
5.4.1.4.Des motivations apparentes inchangées....191
5.4.2.État mental du patient au moment de l'homicide....192
5.4.2.1.Une majorité de patients délirants....192
5.4.2.2.Une thématique délirante persécutive fréquemment retrouvée....193
5.4.2.3.Une faible consommation de toxiques....193
5.4.2.4.Un comportement post-criminel variable....195
5.4.2.5.Un homicide de type émotionnel surtout....195
5.4.3.Victimes....196
5.4.3.1.Une proportion d'homicides multiples inférieure pour les récidivistes....196
5.4.3.2.Une différence du genre de la victime entre le 1er homicide et la récidive....197
5.4.3.3.Une victime moins souvent intrafamiliale pour les patients récidivistes lors du premier homicide....197
5.4.4.Statut juridique....200
6. Synthèse de la recherche....202
7. Critiques de la recherche....204
CONCLUSION....207
ANNEXES....211
ILLUSTRATIONS....229
BIBLIOGRAPHIE....235

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BEP : Brevet d'études professionnelles
CIM-10 : Classification internationale des maladies
CP : Cours préparatoire
DDN : Date de dernière nouvelle
DO : Date d'origine
DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FBI : Federal Bureau of Investigation
HBS : Homicidal Behaviors Survey
HCR-20 : Historical Clinical Risk-20
5-HIAA : Acide 5-hydroxyindolacétique
HVA : Acide homovanillique
IC : Intervalle de Confiance
ICT : Iterative Classification Tree
IMP : Institut médico-pédagogique
IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire
OH : Alcool
OR : Odds-Ratio
PCL-R : Psychopathie Checklist-Revised
RR : Risque Relatif
SCZ : Schizophrénie
SDF : Sans Domicile Fixe
SDRE : Soins sur Décision du Représentant de l'État
SN : Service national
TS : Tentative de suicide
UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
UMD : Unité pour Malades Difficiles
VRAG : Violence Risk Appraisal Guide
VRS-2 : Violence Risk Scale, 2^{e} édition

INTRODUCTION

La société actuelle évoluant vers un régime prônant la sécurité « à tout prix » ne tolère plus le risque de dangerosité des individus, en particulier celui des patients suivis en psychiatrie…

En réalité, assez peu de crimes sont réalisés par des personnes souffrant de troubles mentaux majeurs, cette proportion varie de 5 à 10 % de l'ensemble des homicides dans la plupart des études. La récidive homicide est, elle, encore plus rare. En effet, seule une minorité de meurtriers récidivent, de 1 à 5,1 % selon les enquêtes.

L'opinion sociétale est pourtant en faveur d'un contrôle accru des individus souffrant de troubles psychiatriques majeurs alors qu'il est important de souligner qu'ils sont plus souvent victimes d'actes de violence qu'auteurs.

Cependant, quelques faits divers font régulièrement la une de la presse… « *Meurtres à l'hôpital psy de Pau* », « *Le forcené déjà connu pour homicide* », « *Le forcené au « passé psychiatrique très lourd » tue sa mère* »… Mais si ces sujets traitant d'homicide par des patients suivis en psychiatrie voire de récidive homicide enflamment toujours autant le grand public et entraînent de nombreux articles et reportages, les publications scientifiques demeurent remarquablement rares, la récidive dans l'homicide pathologique étant très peu étudiée.

Une première partie de ce travail consistera en une revue de la littérature sur le lien entre trouble mental, risque de violence, homicide et récidive d'homicide. Nous rappellerons les définitions de l'homicide et de sa récidive et présenterons les facteurs associés au risque de comportements violents des patients présentant des troubles mentaux et les moyens d'évaluation de ces risques.

Dans un deuxième temps, nous présenterons une étude rétrospective sur des patients souffrant de troubles psychiatriques auteurs de récidive homicide afin de mettre en évidence les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques de ces individus. Nous tenterons, à partir de notre réflexion, de formuler quelques hypothèses qui pourraient aider à la prévention de l'homicide et de la récidive homicide des personnes souffrant de troubles mentaux.

CONCEPTS DE DANGEROSITÉ, D'HOMICIDE ET DE RÉCIDIVE

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. LA DANGEROSITÉ : UNE NOTION INDISSOCIABLE DU DÉVELOPPEMENT DE LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

1.1. LE CONCEPT DE DANGEROSITÉ

Apparu au milieu du XIX^{e} siècle, le concept de dangerosité a été formulé dans le cadre de la criminologie, en 1885, par Raffaele GAROFALO, élève de Cesare LOMBROSO.
Il n'existe pourtant, aujourd'hui, toujours pas de définition consensuelle de la dangerosité (1).

La définition la plus juste et la plus claire nous paraît être celle de BÉNÉZECH *et al.* en 1997 : « *État, 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* » (2).

Pour cet auteur, la dangerosité relève d'une constatation clinique, médico-légale, criminologique et psychobiologique et se présente soit sous une forme chronique ou permanente (individu potentiellement dangereux), soit sous une forme imminente de crise (comportement passagèrement dangereux) (3).

De plus, la notion de dangerosité ne peut être dissociée de celle de violence. En effet, la plupart des études actuelles sur ce thème sont basées sur l'évaluation du risque de passage à l'acte violent.

D'ailleurs, DUCKITT écrivait en 1988 : « *il y a dix ans, le critère à prédire n'était pas le risque de violence mais le comportement dangereux. Le concept crucial était celui de « dangerosité » qui était un véritable attribut de l'individu et, plus spécifiquement, une catégorie de diagnostic clinique... Le changement qui est survenu par la suite consistait à rejeter complètement le concept de dangerosité en faveur du concept de risque de violence* » (4).

Actuellement, en France, il est classique de distinguer la dangerosité psychiatrique et la dangerosité criminologique.

1.1.1. LA DANGEROSITÉ PSYCHIATRIQUE

La dangerosité psychiatrique est liée à l'expression directe de la maladie mentale.

La Commission Santé-Justice, en 2005, la définit, comme « *un risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental, et notamment au mécanisme et à la thématique de l'activité délirante* » (5).

1.1.2. LA DANGEROSITÉ CRIMINOLOGIQUE

La dangerosité criminologique peut faire l'objet de plusieurs définitions qui sont, néanmoins, toutes fondées sur des critères identiques (6) :

- l'absence de pathologie psychiatrique,
- l'existence d'un risque de récidive ou de réitération d'une nouvelle infraction empreinte d'une certaine gravité.

Elle se situe dans l'analyse de différents paramètres susceptibles de dessiner les risques d'une éventuelle récidive.

Pour DEBUYST, il s'agit « *d'un phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens* » (7).

1.2. APPROCHE HISTORIQUE DU LIEN ENTRE DANGEROSITÉ ET CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

La notion de dangerosité est indissociable du développement de la clinique psychiatrique. Pour comprendre le lien entre dangerosité et psychiatrie aujourd'hui et déterminer la place de la personne souffrant de troubles mentaux dans la société, il est nécessaire de connaître l'évolution de ce rapport dans l'histoire.

1.2.1. NAISSANCE DE LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE ET ORDRE PUBLIC

La psychiatrie contemporaine est née en même temps que la médecine clinique, au tournant des XVIII^{e} et XIX^{e} siècles.

Le premier à développer la clinique psychiatrique est l'aliéniste français Philippe PINEL (1745-1826). Dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, en 1801 (8), il met en avant sa théorie de l'aliénation mentale et en fait une première classification : la mélancolie ou délire exclusif, la manie avec délire, la manie sans délire, les démences, l'idiotisme.
Il met alors en lien maladie mentale, violence et dangerosité, avec notamment la manie : « *Dans la manie sans délire, il n'y a aucune altération sensible dans les fonctions de l'entendement, la perception, le jugement, l'imagination, la mémoire ; mais il y a perversion dans les fonctions affectives, impulsions aveugles à des actes de violence, ou même à une fureur sanguinaire, sans qu'on puisse y assigner aucune idée dominante, ni aucune illusion de l'imagination qui soit la cause déterminante de ces funestes penchants »*. PINEL rapporte également un cas d'homicide altruiste d'un patient mélancolique ayant tenté de tuer son épouse avant d'immoler ses enfants, voulant leur éviter de subir son sort et d'être condamnés aux brasiers éternels…

Avec sa vision philanthropique, il va tenter d'améliorer le point de vue de la société sur les « aliénés » et affirmer qu'ils peuvent être compris et soignés. Même si la question de la dangerosité est déjà là, l'essentiel pour lui est l'assistance au malade mental qui est *« par son état pathologique, un danger pour lui-même* » (9).

PINEL est alors le premier à évoquer le soin en milieu spécial pour les malades mentaux : *« Les aliénés qui jusqu'alors ont été traités beaucoup plus en ennemis de la sécurité publique qu'en créatures dignes de pitié doivent être soignés dans des asiles spéciaux »* et à faire une ébauche de la question de l'irresponsabilité des malades mentaux qui *« 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 »* (8).

Jean-Étienne ESQUIROL (1772-1840), élève de PINEL, va approfondir la nosographie développée par son maître et décrire en particulier la notion de monomanie homicide. Il s'agit « *d'un délire partiel, caractérisé par une impulsion plus ou moins violente au meurtre. Quelquefois, le monomaniaque est mu par un motif inavoué et déraisonnable, toujours, il offre des signes suffisants du délire partiel de l'intelligence ou des affections, […], l'homme est privé de la liberté morale, il est monomaniaque, il est fou. Dans d'autres cas, le monomaniaque homicide ne présente aucune altération appréciable de l'intelligence ou des affections. Il est entraîné par un instinct aveugle, par quelque chose d'indéfinissable qui le pousse à tuer »* (10).
Pour ESQUIROL, le monomaniaque ne devrait pas être puni par la justice : « *puisqu'il y a délire, il n'y a plus liberté morale et le meurtrier n'est plus responsabl*e » (10).

En 1820, Étienne-Jean GEORGET marque l'opposition entre délire aigu et folie chronique. Il note l'importance de la clinique pour séparer l'aliéné du criminel. Il va aussi dans le sens d'une irresponsabilité pénale des aliénés mentaux. Dans sa *Discussion médico-légale sur la folie ou aliénation mentale* en 1826, il écrit « *Il existe une monomanie homicide et cet état doit être pris en considération par les magistrats et les jurés* » (11). Il avance alors la nécessité d'une expertise psychiatrique de la responsabilité pénale pour tout criminel.

Sur le plan juridique, à cette période, la circulaire BRETEUIL de 1784 recommandant la détention à vie pour les aliénés, est toujours d'actualité et l'impératif de neutralisation des individus troublant l'ordre public est mis en avant (12).

La peur du crime immotivé ou de l'acte irraisonné est présente dans la société et conduit à édifier des règles spéciales pour cette population de malades.
Le Code civil de 1804 (13) prévoit des mesures d'interdiction ayant pour objectif de « protéger » la société autant que de protéger l'individu. En effet, selon *l'article 491,* les autorités publiques ne devaient intervenir que dans les cas où la « fureur » de l'insensé menaçait « le repos et la sûreté publique ». Dans tous les autres cas, la famille pouvait statuer seule sur l'avenir de l'aliéné (*article 490*) et pouvait le garder à condition de l'empêcher de troubler l'ordre public.

Cette clause répressive est réaffirmée dans le Code pénal de 1810, qui prévoit des peines de police pour ceux qui auraient laissé « *divaguer des fous ou des furieux étant sous leur garde* » (*article 475 n° 7*).
Cependant, le Code pénal de 1810 dans son *article 64,* reconnaît l'irresponsabilité en cas de troubles mentaux lors des faits, en indiquant « *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* ». Le statut de l'irresponsable est cependant ambigu car malgré cette loi, il reste placé en prison sur décision administrative.

La différence entre fou et criminel est nette pour les aliénistes mais il en est autrement pour la société. Le ministre de l'intérieur, Adolphe THIERS écrit dans sa circulaire du 29 juin 1835 que « *la sûreté publique est souvent compromise par des insensés en état de liberté. Des meurtres et des incendies ont été commis par eux, et tout semble annoncer que les désordres et les accidents graves dont ils sont la cause deviennent chaque jour plus fréquents* » (14).

La Monarchie de Juillet marque un tournant pour le rôle des aliénistes français. Avec la *loi du 30 Juin 1838* sur l'hospitalisation des malades mentaux (placement d'office et volontaire) et sur l'organisation des asiles en hôpitaux départementaux, ils trouvent la voie du pouvoir et du gouvernement (9). Cette loi va être l'ébauche de la recherche d'un consensus autour de la question de la prise en charge des aliénés, des criminels et des criminels-aliénés et va également marquer le début de l'expertise mentale au pénal.

Cependant, les ambiguïtés déjà existantes en 1810 persistent… En effet, VIVIEN, dans son rapport de mars 1837 écrit : « *Nous n'avons pas voulu faire une loi judiciaire de procédure, une loi de chicane, nous avons considéré d'abord l'intérêt du malade* » (15) alors que PORTALIS, à la Chambre des pairs, le 8 février 1838, déclare : « *Nous ne faisons pas une loi pour la guérison des personnes menacées ou atteintes d'aliénation mentale, nous faisons une loi d'administration de police et de sûreté* » (16).

Finalement, pour LANDRON, « *la loi de 1838, toute de compromis, institutionnalise de fait la conception de l'aliéné comme malade qu'il est nécessaire de soigner. Elle représente ainsi, sur le plan législatif, l'acte de naissance de la psychiatrie*. » (17).

La folie était ainsi traitée dans des institutions spécifiques par des médecins spécialisés qui ont élaboré un corpus théorique et clinique constituant progressivement une véritable discipline médicale.

1.2.2. DÉVELOPPEMENT DE LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE ET DE LA CRIMINOLOGIE

Durant la deuxième moitié du XIX^{e} siècle, les élèves d'ESQUIROL continuent à décrire la clinique psychiatrique, en particulier celle des délires qu'ils classent par thèmes : le délire de persécution de LASÈGUE, la jalousie délirante et « folie lucide » de TRÉLAT, le délire chronique à évolution systématique et le délire des dégénérés de MAGNAN.
Les aliénistes français multiplient alors les entités nosographiques et recherchent les étiologies de ces maladies.

Malgré le développement de la clinique psychiatrique, les questions de l'irresponsabilité pénale et de l'expertise psychiatrique pénale se posent toujours. DALLY, en 1863 à la *Société médico-psychologique,* tout en adoptant la théorie de la dégénérescence affirme qu'il était quasiment impossible de trouver des critères fiables permettant de distinguer les criminels des fous. La clinique du diagnostic différentiel passait après les impératifs du maintien de l'ordre (9).

TARDE, lui, maintient la notion d'irresponsabilité pénale et s'explique en 1890 : *« Pour deux raisons la folie nous rend irresponsable, parce qu'elle nous désassimile et parce qu'elle nous aliène, parce qu'elle nous fait étranger à notre milieu et parce qu'elle nous fait étranger à nous même. […]. Voilà pourquoi nos principes défendent de punir le fou… Toute folie est une extravagance qui nous isole d'autant plus qu'elle est fixée, consolidée et chronique*. » (18).

À partir du début du XX^{e} siècle, l'état psychique de l'accusé au moment de l'acte est plus difficile à déterminer en raison de la multiplication de catégories diagnostiques et des caractères cycliques des maladies.

Cependant, la compétence des aliénistes en matière de distinction de la folie et du crime est presque reconnue par tous et l'expertise psychiatrique pénale devient quasi systématique selon la circulaire CHAUMIÉ du Garde des Sceaux de 1905. L'expert a alors comme mission l'évaluation d'une éventuelle irresponsabilité ou atténuation de la responsabilité. Est introduite alors la catégorie des « anormaux mentaux non irresponsables ».

En 1912, GRASSET demande une révision de la loi de 1810 car l'absence de notification de la responsabilité atténuée en montre une insuffisance. En effet, seul l'*article 64* indiquant une totale irresponsabilité y est inscrit. L'objectif est de *« rendre obligatoire l'internement du demi-responsable dans un asile spécial dès son premier forfait, et permettre de l'y retenir en traitement […] c'est-à-dire, dans certains cas de demi-folie incurable, pendant toute la vie du criminel* ».

Durant cette même période, l'école positiviste italienne avec LOMBROSO ou FERRI développe l'anthropologie criminelle et la notion de « criminel-né », accentuant encore le climat de dangerosité attaché à la maladie mentale et à la déviance sociale.
En France, Alphonse BERTILLON invente l'anthropométrie judiciaire, consistant à l'identification du criminel par différentes mesures (Figure 1).

Figure 1 : Classe étudiant la méthode d'identification du criminologue français Alphonse BERTILLON (1853-1914) (19)

La naissance de la criminologie se fait avec ces travaux mais la dénomination de cette discipline n'a pas été une évidence, elle s'est faite par tâtonnement (anthropologie criminelle, sociologie criminelle, criminalogie puis criminologie). Comme l'écrit PIRES, « *il apparaissait alors quelque chose de nouveau à cette époque, quelque chose qu'on sentait le besoin d'appeler, de réfléchir et de mettre en relief d'une façon ou d'une autre* » (cité dans (20)). Le premier ouvrage utilisant explicitement le terme de « criminologie » dans son titre est le manuel intitulé *La Criminologie* que publie GAROFALO en 1885.

Pour BÉNÉZECH, « *la naissance de la criminologie se situe à l'interface de plusieurs disciplines : droit pénal, sociologie, médecine légale, psychiatrie, psychologie, neurobiologie, génétique...* » (21).

1.2.3. NAISSANCE DES SECTEURS DE SECURITÉ

A la fin du XIX^{e} siècle et au début du XX^{e} siècle, les aliénistes développent la notion de danger social de la folie et soulignent le caractère dangereux de certains patients dans un climat d'accumulation des malades dans les hôpitaux et d'incurabilité constatée.

Des établissements spécialisés dans l'accueil des malades mentaux dangereux sont alors créés, quelques asiles départementaux remplissant déjà plus ou moins ce rôle. En 1900, le Conseil Général de la Seine décide de la création d'une unité spéciale de haute sécurité dans l'asile de Villejuif qui ne sera ouverte que dix ans plus tard (future Unité pour Malades Difficiles Henri Colin).

En 1943, MARREC rappelle l'urgence de la situation : « *Il faut substituer à la notion métaphysique et arbitraire de la responsabilité, la notion positive et objective de la nocivité du pervers et du criminel, et créer des établissements spéciaux intermédiaires à l'asile et à la prison, des asiles de sûreté, pour les anormaux dangereux difficiles* » (22).

C’est enfin à la sortie de la Seconde Guerre Mondiale, le 2 septembre 1946, qu’une Circulaire Ministérielle préconise l’ouverture des asiles en hôpitaux psychiatriques ouverts et le regroupement des « malades difficiles ».

En 1947, une Unité pour Malades Difficiles (UMD) est alors ouverte dans un ancien sanatorium pour tuberculeux, à Montfavet, dans le Vaucluse. D’autres ouvriront leurs portes progressivement à Sarreguemines en 1957 et Cadillac en 1963.

La Circulaire du 5 juin 1950 va donner une première définition des services pour malades difficiles et distinguer trois catégories de malades mentaux :

- les *malades agités*, aux réactions destructrices, perturbant les services,
- les *déséquilibrés antisociaux, médicolégaux ou non*, présentant des troubles du comportement les rendant très difficiles à supporter,
- les *grands déséquilibrés antisociaux, généralement médico-légaux*, ayant des troubles du comportement plus graves, avec possibilité de réactions criminelles préméditées et complotées.

Les première et deuxième catégories peuvent être maintenues dans des hôpitaux psychiatriques ordinaires, dans des chambres d’isolement ou dans des unités fermées. La troisième catégorie est, quant à elle, à traiter dans des services de sûreté comme ceux de Villejuif ou Montfavet (23).

Le 14 octobre 1986, un arrêté détermine le règlement intérieur type des unités pour malades difficiles : « *les patients relevant d'une unité pour malades difficiles doivent présenter pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières, […], ils doivent dans tous les cas relever des dispositions des articles L. 343 à L. 349 du Code de la santé publique relatifs aux placements d'office, et présenter, en outre, un état dangereux majeur, certain ou imminent, incompatible avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation habilitée à recevoir des patients […] »* (15).

La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l’objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, envisage les UMD dans sa version initiale. Dans l’*article L. 3222-3* du Code de la santé publique abrogé au 30 septembre 2013, elle précise que les personnes faisant l’objet de soins psychiatriques sous la forme d’une hospitalisation complète sur décision du

représentant de l'État (SDRE), détenues atteintes de troubles mentaux ou hospitalisées suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental peuvent être prises en charge en UMD lorsqu'elles présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique (24). Les UMD devraient désormais ne faire l'objet que de dispositions règlementaires.

Après l'ouverture d'une unité pour malades difficiles en Bretagne en 2008, cinq nouvelles UMD viennent de voir le jour entre 2011 et 2012. On en compte aujourd'hui 10 sur le territoire français métropolitain accueillant 652 patients (Tableau 1).

Unités pour Malades Difficiles	**Capacité d'accueil (lits)**
UMD historiques	
CH Paul Guiraud, Villejuif	80
CH de Sarreguemines	166
CH de Montfavet	80
CH de Cadillac	86
Nouvelles UMD	
CH de Plouguernével	40
CH Le Vinatier, Bron	40
CH du pays d'Eygurande	40
CH Pierre Jamet, Albi	40
EPSMD de la Marne, Châlons-en-Champagne	40
CH du Rouvray, Sotteville-lès-Rouen	40
Total	**652**

Tableau 1 : Unités pour malades difficiles françaises

1.2.4. ARTICLE 122-1 DU CODE PÉNAL ET LOI DU 25 FÉVRIER 2008

Jusqu'en 1994, *l'article 64* du Code pénal de 1810 se référant à l'état de démence du prévenu était toujours en vigueur. Il a pourtant été l'objet de beaucoup de critiques. En effet, l'expression *« il n'y a ni crime ni délit… »* laissait penser que l'infraction

n'avait pas eu lieu, situation aliénante pour son auteur et inadmissible pour la victime et son entourage (25).
La notion d'« *état de démence* » était quant à elle, tout aussi critiquée, ne prenant pas en compte les auteurs d'infraction « anormaux mentaux » sans être aliénés. La Circulaire CHAUMIÉ, comme nous l'avons déjà vu avait essayé de résoudre ce problème avec le concept de responsabilité atténuée mais, ne reposant sur aucune réalité scientifique quantifiable, elle resta sans succès.

En 1994, le nouveau Code pénal se substituant au Code pénal Napoléonien, scinde cet article en deux : les alinéas 1 et 2 de *l'article 122-1* (26) :

- *N'est pas pénalement 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*.

Mais ce changement d'appellation n'amène pas de différence réellement significative avec *l'article 64*. Il apparaît comme une réécriture de celui-ci en supprimant l'expression « *état de démence* » au profit d'une expression plus large « *troubles psychiques ou neuro-psychiques* ».
Il faut cependant noter la différence entre :

- l'**abolition** du discernement (suppression totale) aboutissant à une ordonnance de « non-lieu » psychiatrique,
- l'**altération** du discernement dont l'effet pervers est souvent une majoration de la responsabilité pénale et une sur-pénalisation, les auteurs de crimes ou délits présentant des troubles mentaux majeurs ou abusant de toxiques pouvant être perçus comme plus dangereux que les délinquants ordinaires.

Un plan Santé Mentale de 2005 à 2008 a été initié par Philippe DOUSTE-BLAZY après le drame de Pau en 2004, pour dresser un état des lieux de la santé mentale en France. Il aboutit, le 25 février 2008, à une loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

Cette loi prévoit que le juge d'instruction qui envisage d'appliquer *l'article 122-1 alinéa 1* doit en informer les parties et le procureur de la République qui pourront alors demander la saisine de la chambre de l'instruction. Celle-ci devra statuer à l'issue d'une audience publique et contradictoire permettant la comparution du prévenu, des experts, des parties civiles et des avocats, sur la question de l'applicabilité de *l'article 122-1* du Code pénal (27).

La chambre de l'instruction rendra alors une des trois décisions suivantes :

- non-lieu si elle juge qu'il n'y a pas de charges suffisantes contre l'accusé d'avoir matériellement commis les faits,
- ordonnance de renvoi devant la juridiction de jugement (tribunal correctionnel ou cour d'assises selon les cas) si elle juge qu'il y a des charges suffisantes contre l'accusé mais que *l'article 122-1 alinéa 1* du Code pénal ne s'applique pas,
- arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental si elle juge qu'il y a des charges suffisantes contre l'accusé **et** que le premier alinéa de *l'article 122-1* du Code pénal s'applique.

Depuis cette loi, la chambre d'instruction ou la juridiction de jugement peuvent ordonner après expertise psychiatrique :

- l'hospitalisation sans consentement dans un établissement psychiatrique public du patient ayant bénéficié d'un arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale (*article 706-135* du Code de procédure pénale),
- des mesures de sûreté comme l'interdiction de communiquer avec la victime, de paraître en certains lieux, de détenir ou porter une arme, d'exercer certaines activités professionnelles ou bénévoles, de conduire un véhicule (*article 703-136* du Code de procédure pénale).

Une autre disposition importante de cette loi est l'inscription sur le fichier national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes et sur le casier judiciaire national automatisé, des décisions d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (28). Cela paraît très important, en particulier en cas de récidive. En effet, jusqu'alors, les individus présentant un trouble mental pouvaient échapper à la définition de la récidive s'ils avaient été reconnus irresponsables pénalement pour une première infraction.

1.3. DANGEROSITÉ ET TROUBLES MENTAUX MAJEURS : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

De nombreuses études épidémiologiques ont recherché le rapport entre trouble mental et dangerosité.

Après de longues années où dangerosité et maladie mentale étaient quasiment confondues, dans les années 1980, la position de la plupart des professionnels était de nier toute dangerosité psychiatrique.

En effet, en 1987 la National Mental Health Association indique : « *Les personnes atteintes d'une maladie mentale ne sont pas plus à risque de réaliser un crime que les autres membres de la population générale* » (29). Pourtant, en France et dans la plupart des pays occidentaux, les enquêtes d'opinion publique montrent que la schizophrénie est associée à un danger ou un risque de passage à l'acte.

L'enquête IPSOS de 2009 indique la représentation spontanée de la maladie mentale auprès du grand public (Tableau 2) :

- Folie/Fou : 47 %
- Danger : 11 % dont violent, agressif : 4 %
- Troubles du comportement : 4 %

% D'accord	Schizophrénie	Maladie maniaco-dépressive	Autisme
Représente souvent un danger pour elle-même	74 %	71 %	22 %
Représente souvent un danger pour les autres	65 %	29 %	7 %
A besoin d'être assistée dans sa vie de tous les jours	50 %	38 %	76 %
Doit suivre des traitements qui l'abrutissent	39 %	28 %	10 %
Ne peut pas vivre en société, doit être isolée	25 %	6 %	7 %
Ne peut pas exercer une activité professionnelle	25 %	14 %	25 %
Ne peut pas vivre en couple	24 %	10 %	24 %
Est capable d'assumer la responsabilité d'une famille	19 %	33 %	16 %

00 % Maladies en tête sur l'item (lecture en ligne). 00 % Items en tête pour la maladie (lecture en colonne).

Tableau 2 : Enquête IPSOS 2009 (30)

Pour 65 % de la population française, un patient atteint de schizophrénie représente un danger pour les autres.

La plupart des études actuelles sur le thème de la dangerosité sont basées sur l'exploration de passages à l'acte violents.

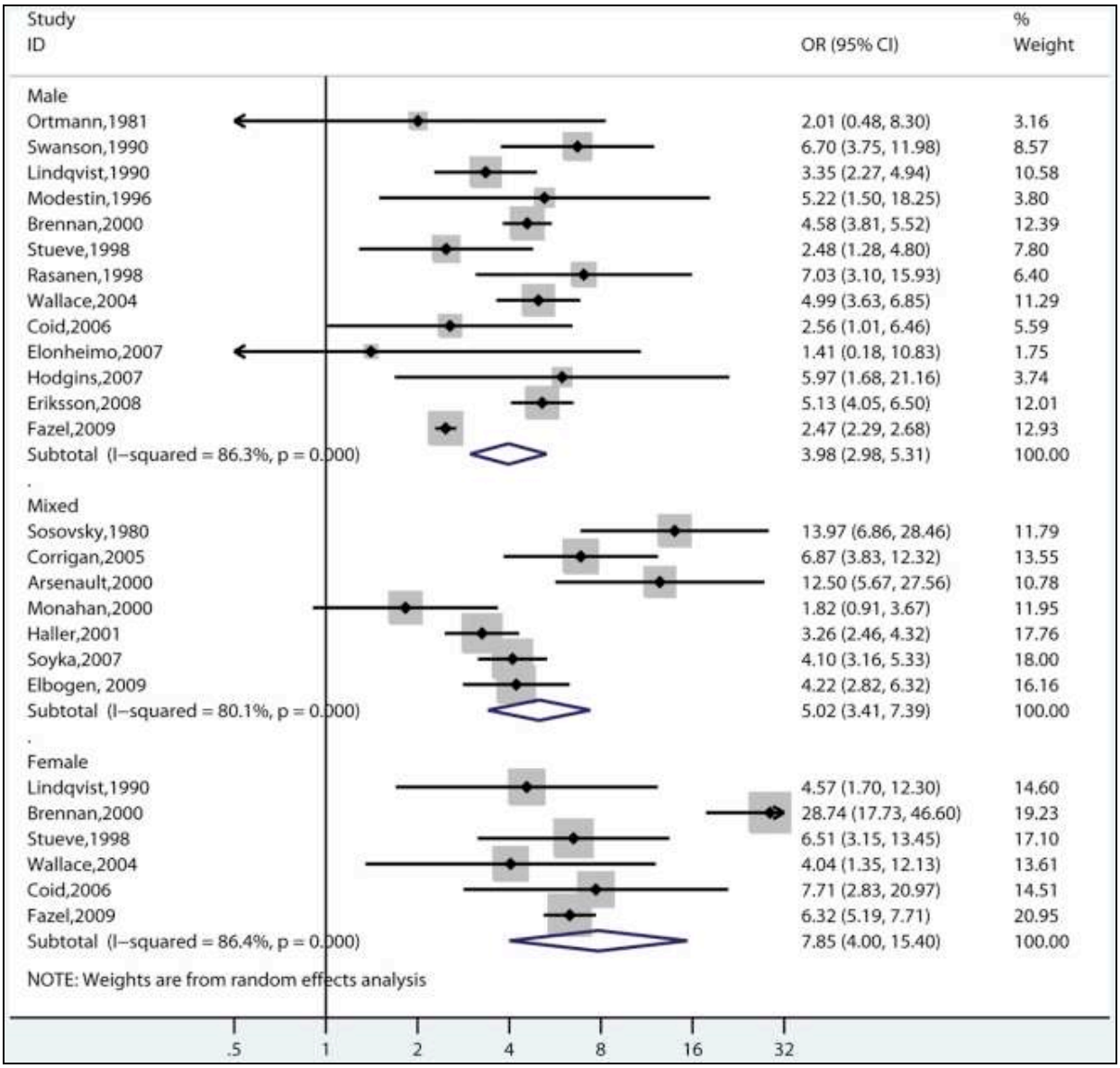
- Différents types d'études ont été réalisés, le premier décrit est **l'étude d'échantillons de la population générale**.

Aux États-Unis, SWANSON *et al.* en 1990 (31) ont recherché la violence avouée envers autrui chez 10 059 individus au cours de l'année précédente. Les résultats ont montré que 12,7 % des patients diagnostiqués schizophrènes avaient un antécédent de violence au cours de l'année, la proportion montant à 30,3 % s'il existait une comorbidité avec une consommation d'alcool ou de drogues ; 11,1 % des individus présentant un trouble bipolaire rapportaient un ou plusieurs actes de violence dans l'année écoulée, la proportion passant à 29,2 % en cas de comorbidité addictive. Les patients présentant un abus d'alcool ou de drogues indiquaient avoir été violents dans l'année précédente dans 21,3 % des cas. Enfin, seulement 2,1 % des individus indemnes de tout trouble mental avaient un antécédent de passage à l'acte violent dans l'année passée. La prévalence de la violence apparaît 5 fois plus importante chez les patients présentant un trouble mental grave (axe I du DSM-III) que chez les patients ne remplissant pas ces critères.

En 2004, WALLACE *et al.* (32) ont comparé la prévalence de la violence chez 2861 patients souffrant de schizophrénie et 2861 individus de la population générale. Les résultats ont montré que le diagnostic de schizophrénie est associé à un risque de violence significativement plus élevé que celui de la population générale. En effet, la proportion d'acte de violence chez les patients schizophrènes est de 8,2 % alors qu'elle est de 1,8 % dans la population générale. Une étude plus spécifique montre une prévalence d'actes violents de 13 % parmi les schizophrènes masculins et de 2,9 % dans la population générale masculine.

DUBREUQ *et al.* (29) en 2005*,* dans une revue de la littérature depuis 1990 (20 études) dégagent trois points importants. Le premier point est que les troubles mentaux graves s'accompagnent d'un risque de violence physique envers autrui beaucoup plus élevé que celui de la population générale indépendamment de la prise d'une substance addictive (environ 4 fois). Le second point est que la consommation d'alcool et de drogue augmente le risque de violence physique. Enfin le troisième point indique que les facteurs influençant le risque de violence dans la société affectent aussi les patients présentant des troubles mentaux.

En 2009, FAZEL *et al*. (33) ont réalisé une méta-analyse d'études cas-témoins et longitudinales de 1970 à 2009 portant sur le risque de violence dans une population de patients diagnostiqués schizophrènes comparé à celui de la population générale (Figure 2). Sur vingt études de onze pays de culture occidentale (aucune française) reportant les données de 18423 individus atteints de schizophrénie, ils ont mis en évidence une augmentation significative du risque de comportement violent, jusqu'à 7 fois plus important chez l'homme (Odds ratio = 4 ; IC 95% [3,0-5,3]) et de 4 à 29 fois chez la femme (OR = 7,9 ; IC 95% [4,0-15,4]). La comorbidité à l'alcool et aux substances addictives augmente aussi significativement la prévalence de la violence (OR = 2,1 (IC 95% [1,7-2,7]) en l'absence de comorbidité d'abus de substances contre 8,9 en présence de cette comorbidité (IC 95% [5,4-14,7])). Les auteurs soulignent cependant, la grande hétérogénéité des résultats selon les études sans pouvoir y apporter d'explications.



<u>Figure 2</u> : Estimations du risque de violence dans la schizophrénie et les autres psychoses par sexe (33)

ELBOGEN et JOHNSON en 2009 (34) dans une recherche sur l'incidence de la violence chez 34653 sujets entre deux phases d'études (2001-2003 et 2004-2005) ont montré que le risque d'avoir des antécédents de violence était plus élevé pour les personnes ayant une maladie mentale grave (schizophrénie, trouble bipolaire, dépression majeure), mais de façon significative seulement en cas de comorbidité addictive.

VOLAVKA en 2013 (35), a réalisé une nouvelle méta-analyse portant sur l'étude de la violence chez les patients présentant un trouble bipolaire ou une schizophrénie.

Son enquête montre une augmentation significative de la violence chez les individus atteints de troubles mentaux par rapport à la population générale, augmentation d'ailleurs plus importante chez les patients bipolaires que chez les patients schizophrènes.

- Le second type d'étude décrit concerne le **suivi de patients à la sortie de l'hôpital**.

En 1999, HODGINS *et al.* (36) ont suivi, pendant deux ans, 74 patients atteints de schizophrénie et 30 patients présentant un trouble de l'humeur (18 troubles bipolaires et 12 épisodes dépressifs majeurs). Durant la période étudiée, la fréquence des ré-hospitalisations, l'intensité des symptômes et les comorbidités addictives ont été les mêmes dans les deux groupes. 33 % des patients présentant un trouble de l'humeur et 15 % des patients schizophrènes ont été condamnés pour une infraction criminelle. De plus, trois fois plus de patients avec un diagnostic de trouble de l'humeur ont été condamnés pour un crime violent (30 %) que de schizophrènes (10 %).

En 2010, FAZEL *et al.* (37) ont conduit une étude longitudinale et une revue de la littérature portant spécifiquement sur le trouble bipolaire pour tenter de déterminer le risque de crimes violents dans cette pathologie en comparant 3743 patients ayant un diagnostic de trouble bipolaire (au moins deux diagnostics de sortie de l'hôpital) et 37429 individus contrôles de la population générale. Au cours du suivi, 8,4 % des personnes atteintes de trouble bipolaire ont commis une infraction criminelle avec violence alors que dans la population générale, la proportion n'était que de 3,5 % (OR=2,3 ; IC 95% [2,0-2,6]). Le risque augmentait lorsqu'il existait une comorbidité toxicomane (OR = 6,4 ; IC 95% [5,1-8,1]). La revue systématique a identifié huit enquêtes précédentes (n = 6383), avec une forte hétérogénéité entre les études. L'odds ratio pour le risque de violence entre patients bipolaires et individus de la population générale variait de 2 à 9 (Figure 3).

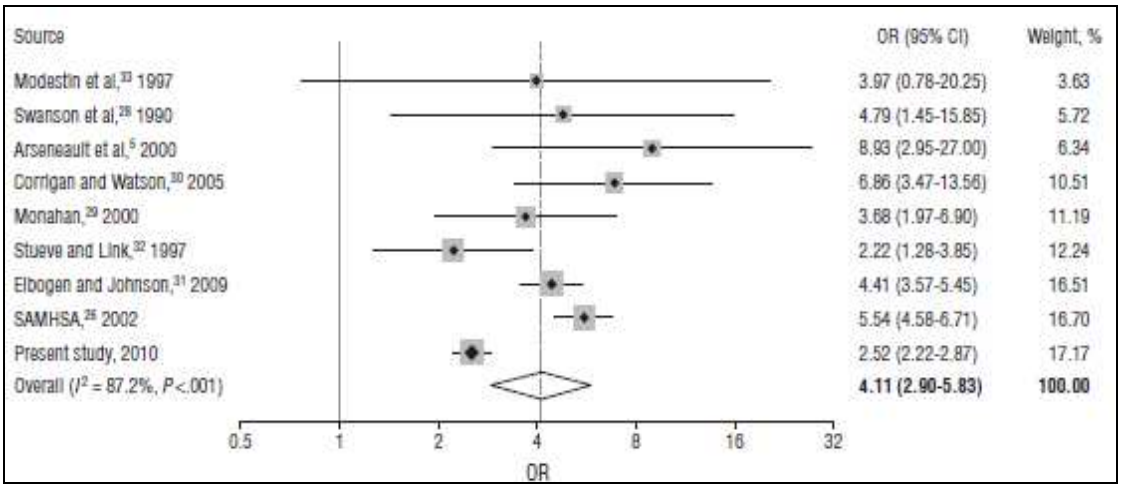


Figure 3 : Méta-analyse reportant le risque de violence chez les patients bipolaires (37)

Les auteurs concluent alors que bien que l'évaluation du risque de violence chez le patient bipolaire ne soit pas systématique, elle est nécessaire en particulier chez ceux souffrant de troubles addictifs concomitants.

Il faut cependant noter le cas particulier de l'étude de la fondation MAC ARTHUR en 1998 (38) dont les auteurs ont rapporté ne pas avoir trouvé de différence significative entre la prévalence de la violence perpétrée par les patients n'ayant pas d'abus de substances, et la prévalence de la violence réalisée par la population vivant dans le même voisinage que ces patients et ne présentant pas non plus de symptômes d'abus de substances. De nombreux biais dans les résultats ont été mis en évidence depuis (sélection, période et site étudiés,…) (29,39).

Cependant, les auteurs avaient également mis en évidence une information primordiale sur l'importance du suivi rappelant que le nombre d'événements violents est inversement proportionnel à l'intensité du suivi psychiatrique (40).

- Enfin, des **études de cohorte de naissance** ont été réalisées.

HODGINS et son équipe ont réalisé de nombreuses études de cohortes de naissance depuis les années 1990 pour étudier la relation entre la criminalité et les troubles mentaux. Les plus importantes sont citées ici.

En 1992 (41), une cohorte de naissance de 15117 individus suivie jusqu'à l'âge de 30 ans a été étudiée et les résultats ont montré que les hommes atteints de troubles mentaux graves avaient 2,5 fois plus de risque d'être condamnés pour une infraction criminelle et 4 fois plus de risque d'être condamnés pour un passage à l'acte violent que les hommes ne présentant aucun trouble mental. Pour les femmes, ces chiffres montent à 5 pour une infraction et à 27 pour un passage à l'acte violent. Cette étude n'a pas fait de différenciation entre les différents troubles mentaux.

En 1996, au Danemark, une nouvelle étude de cohorte de naissance sur 324 401 individus suivis jusqu'à l'âge de 43 ans a été faite par la même équipe et a mis en évidence que les femmes et les hommes ayant été hospitalisés dans un service psychiatrique avaient plus de risque d'avoir été condamnés pour une infraction criminelle que les personnes n'ayant pas d'antécédents d'hospitalisation psychiatrique (42).

En 2000, une étude de cohorte portant sur tous les individus nés entre 1944 et 1947 au Danemark (n = 358 180) a été réalisée afin d'examiner les relations entre chacun des principaux troubles mentaux et la violence criminelle (plus précisément les condamnations pour violence et les hospitalisations en milieu psychiatrique). Les résultats ont montré une relation positive significative entre les troubles mentaux majeurs qui ont conduit à l'hospitalisation et la violence criminelle (odds-ratio de 2,0 à 8,8 pour les hommes et de 3,9 à 23,2 pour les femmes). Selon le diagnostic, les hommes atteints de psychose organique étaient les plus à risque de violence criminelle (OR = 8,8 ; IC 95% [7,4-10,4]) alors que chez les femmes, la pathologie la plus à risque était la schizophrénie (OR = 23,2 ; IC 95% [14,4-37,4]) (43).

TIIHONEN *et al.*(44) ont examiné le risque relatif de comportement criminel associé aux troubles mentaux. Cette étude prospective de 26 ans porte sur 12 058 sujets nés en 1966. Sur les 5 636 hommes de l'étude, 351 ont un diagnostic psychiatrique et 86, un trouble mental majeur. Sur 503 hommes délinquants, 23 % ont un diagnostic psychiatrique (n = 116). Le risque d'avoir commis une infraction est multiplié par 3,0 (IC 95% [1,4-6,3], p<0,004) pour la schizophrénie et par 6,8 (IC 95% [1,2-38,7], p<0,03) pour les troubles de l'humeur avec symptômes psychotiques. S'il s'agit d'une infraction violente, l'odds-ratio est de 7,2 (IC 95% [3,1-16,6], p<0,0001) pour le groupe de schizophrènes. Les auteurs mettent aussi en avant l'influence d'une comorbidité addictive dans le risque de passage à l'acte violent.

En 2000, ARSENEAULT *et al.* (45) ont mené une étude sur la prévalence de troubles mentaux et de passages à l'acte violents dans l'année précédente chez 961 jeunes de moins de 21 ans représentant 94 % des naissances d'une ville de Nouvelle-Zélande entre 1972 et 1973. Les individus sans comorbidités présentant une schizophrénie ont 2,5 fois (IC 95% [1,1-5,7]) plus de risque d'avoir présenté un épisode de violence, l'odds ratio pour les alcoolo-dépendants est de 1,9 (IC 95% [1,0-3,5]) et de 3,8 (IC 95% [2,2-6,8]) pour les dépendants à la marijuana. Pour les auteurs, le lien entre trouble mental et violence est limité à ces trois diagnostics : troubles du spectre de la schizophrénie, dépendance à l'alcool et à la marijuana. Les jeunes garçons ayant au moins un de ces trois troubles ne constituent qu'un cinquième de l'échantillon alors qu'ils représentent plus de la moitié des condamnations pour passage à l'acte violent. Lorsqu'il existe une comorbidité, le risque de violence pour un schizophrène est augmenté à 8,3 % pour l'alcool et 18,4% pour la marijuana. Ces résultats ont des implications pour la prise en charge et la prévention de la violence en se concentrant sur les trois facteurs de risque décrits.

SYNTHÈSE DES ÉTUDES

Ces études ont permis de faire ressortir deux notions importantes (46) :

- L'augmentation du risque de violence chez les patients présentant une pathologie psychiatrique par rapport à la population générale qui cependant reste très hétérogène selon les études (40).
- La majoration de ce risque par une comorbidité à un abus de substances ou un trouble de la personnalité.

Mais comme le dit DUBREUCQ en 2005 : *« Le risque est de généraliser les résultats de ces études et de stigmatiser davantage le groupe des malades mentaux. S'il est possible d'établir aujourd'hui l'existence très probable d'un lien causal significatif entre les troubles mentaux graves et la violence, il n'est pas justifié de faire l'amalgame entre folie et violence. Tous les malades mentaux ne sont pas violents, et toute violence n'est pas attribuable à la maladie mentale. »*

En effet, les caractéristiques sociodémographiques des patients violents sont les mêmes que ceux des sujets violents dans la population générale : jeune âge, sexe masculin, précarité, abus d'alcool ou de drogue… (40)

Les facteurs spécifiques associés à la violence chez les patients présentant une pathologie mentale seront étudiés ultérieurement.

2. LA QUESTION DE L'HOMICIDE

2.1. CONCEPTS D'HOMICIDE

Le terme homicide vient du latin *homo*, homme et *caedere*, tuer.
Selon le Larousse, l'homicide est l'action de tuer volontairement ou non un être humain (47).

2.1.1. AU NIVEAU JURIDIQUE

Selon *l'article 221-1* du Code pénal (26), le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre (ou homicide volontaire).
Un assassinat est un meurtre commis avec préméditation selon l'*article 221-3* du Code pénal (26).

Certaines qualifications telles que l'infanticide ou le parricide ont disparu dans le nouveau Code pénal, d'autres ont été maintenues comme l'empoisonnement (*article 221-5* : fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort).

Un homicide involontaire est le fait de causer, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'*article 121-3*, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui.

Le meurtre suppose la réalisation d'un élément matériel et intentionnel (Tableau 3) (48).

Élément	Explications
Élément matériel	
Meurtre	Acte positif ayant entraîné la mort
Tentative de meurtre	Acte susceptible d'entraîner la mort
Élément intentionnel	
Volonté	
Faits justificatifs	Sauf commandement de l'autorité ou légitime défense
Preuve de l'intention	Utilisation de moyens mortels

Tableau 3 : Différents éléments d'un meurtre (48)

2.1.2. AU NIVEAU CRIMINOLOGIQUE

Il existe de nombreuses classifications de l'homicide dans la littérature criminologique et psychiatrique.

En effet, comme le rappellent BARTE et OSTAPTZEFF cités par COCHEZ (49), un homicide peut être « *volontaire ou non, impulsif ou prémédité, unique ou répété, isolé ou associé à d'autres infractions, improvisé ou élaboré, « propre ou sale », intelligible ou incompréhensible (motivation inexpliquée), orienté ou non vers une victime particulière, et enfin selon des finalités suprapersonnelles, politiques ou révolutionnaires* ».

BÉNÉZECH, en 1996, dans *Classification des homicides volontaires et psychiatrie*, rapporte les taxonomies basées sur l'observation criminologique des comportements meurtriers, de leur organisation, de leurs motivations et de leurs relations éventuelles avec divers troubles mentaux.

En s'inspirant de cet écrit, nous allons lister de façon non exhaustive les principales classifications d'homicide de la littérature en tentant de les classer selon leur point principal de catégorisation.

2.1.2.1. Classifications selon l'état mental du meurtrier

De nombreuses classifications différencient l'homicide « pathologique » ou homicide commis par une personne souffrant d'un trouble mental des autres homicides mais ne catégorisent pas l'état mental de l'agresseur (50).

En 1973, MORRISSON cité par COCHEZ (49), répertorie 11 types de meurtriers répartis en 4 groupes selon leur comportement criminel. Le premier groupe « *Meurtriers malades mentaux* » nous intéresse particulièrement. Il intègre les meurtriers psychotiques (paranoïa, schizophrénie, psychose maniaco-dépressive), les meurtriers psychopathes dont le meurtre est gratuit ou associé à un autre crime et enfin les agresseurs sexuels violents dont l'homicide résulte d'un comportement violent sous-tendu par des fantasmes sexuels.

BÉNÉZECH, en 1992, a, lui, dégagé schématiquement deux catégories extrêmes de meurtriers selon le degré d'élaboration du comportement homicide : le criminel psychopathe et le criminel psychotique (Tableau 4) (rappelé dans (51)).

Criminel psychopathe	**Criminel psychotique**
- Père absent, délinquant ou violent	- Mère pathologique
- Antécédents pénaux fréquents	- Antécédents pénaux rares
- Antécédents psychiatriques rares	- Antécédents psychiatriques fréquents
- Usage d'alcool et/ou de stupéfiants	- Chimiothérapie psychotrope insuffisante ou arrêtée
- Vit en compagnie	- Vit seul ou avec ses parents
- Sociable superficiellement	- Solitaire
- Voyage beaucoup parfois	- Voyage peu
- Antécédents personnels de violences physiques	- Comportement dangereux annonciateur du crime
- Préméditation possible	- Pas de préméditation
- Victime connue ou de rencontre	- Victime connue ou de proximité
- Complice parfois	- Agit toujours seul
- Long dialogue possible avec la victime	- Peu de dialogue avec la victime
- Tortures *ante mortem* possibles	- Pas de tortures préliminaires
- Utilise l'arme ou le moyen qu'il porte ou qu'il garde	- Utilise l'arme qui lui tombe sous la main
- Maîtrise possible de la victime	- Passage à l'acte désorganisé et très violent
- Sadisme sexuel possible	- Acte sexuel non sadique possible
- Alcoolisation au moment du crime	- Angoisse majeure pendant le crime
- Absence de productions mentales pathologiques	- Syndrome hallucinatoire, délirant et/ou dépressif
- Dissimule parfois le cadavre de sa victime	- Abandonne le cadavre sans précaution
- Quitte les lieux du crime	- Prostration parfois près du cadavre de sa victime
- Suicide rare après le crime	- Suicide fréquent après le crime
- Cherche à échapper à la police	- Se dénonce ou se laisse arrêter sans résistance
- Multiplicité possible des victimes pendant des mois ou des années (*serial murders*)	- Multiplicité possible des victimes dans un court laps de temps (*mass murders*)
- Responsable pénalement	- Irresponsable pénalement

Tableau 4 : Classification des meurtriers pathologiques en deux catégories extrêmes (51)

L'auteur rappelle bien que des intermédiaires existent entre ces deux catégories extrêmes et que la plupart des scènes criminelles « *se situent dans le continuum entre l'organisation et la désorganisation* » (51).

Dans la même lignée, ALBERNHE et TYRODE (52) ont déterminé les différents aspects du passage à l'acte meurtrier (préméditation, violence contre les personnes, moments privilégiés de passage à l'acte, vécu du malade à l'occasion de son passage à l'acte) selon une classification nosographique en différenciant les catégories diagnostiques suivantes : mélancolie, manie, schizophrénie, paranoïa, psychose hallucinatoire chronique, psychose aigue, ivresse pathologique, alcoolisme chronique, toxicomanie, psychopathie, débilité, démence, épilepsie.

2.1.2.2. Classifications selon la victime

Les classifications prenant en compte la victime identifient principalement le nombre de victimes ou la relation meurtrier/victime.

- Selon le nombre de victimes

En 1993, RESSLER classe les homicides par style et par type selon le nombre de victimes, d'évènements et de lieux de crime et selon l'existence d'une période d'accalmie entre les meurtres (Tableau 5).

Homicide	unique	double	triple	de masse	de bordée	en série
Nombre de victimes	1	2	3	4 ou +	2 ou +	3 ou +
Nombre d'événements	1	1	1	1	1	3 ou +
Nombre de lieux	1	1	1	1	2 ou +	3 ou +
Intervalle libre	-	-	-	-	Non	Oui

Tableau 5 : Classification des homicides de RESSLER *et al*. (1993) (51)

Cette classification sera reprise lors de l'évocation des tueurs à victimes multiples, dans la prochaine partie.

- Selon la relation agresseur/victime

GILLIES, en 1976, s'est intéressé aux victimes d'homicide dont il a recherché le sexe, l'âge, la relation avec l'agresseur, la notion d'alcool (53). Dans sa classification, deux catégories concernent directement le statut de la victime :

  - Meurtre d'enfant,
  - Matricide, parricide, fratricide et uxoricide.

En 1992, dans une classification sur l'homicide-suicide, MARZUK *et al.* (54) prennent, eux aussi, en compte le lien meurtrier/victime (Tableau 6) :

Relation meurtrier/victime	Victimes
Maritale/amoureuse	Époux
	Relation Amoureuse
Familiale	Mère
	Père
	Enfant (< 16 ans)
	Autre membre adulte
Extrafamiliale	Amis
	Voisins
	Inconnus

Tableau 6 : Classification selon la relation meurtrier/victime (54)

Cette classification prend en compte également les motivations et différents facteurs de l'homicide-suicide.

CORMIER, en 1971, a distingué les meurtres spécifiques (famille), semi-spécifiques (amis et relations) et non spécifiques (inconnus) (cité dans (55)).

BÉNÉZECH a classé les victimes en différents types (51) :

- Victime spécifique :
  - connue : antérieurement connue de son meurtrier (parent, voisin, proche, ami, relation personnelle ou professionnelle,

- sélectionnée : inconnue mais choisie et ciblée après surveillance ou recherche,

- Victime aléatoire :
  - d'opportunité : inconnue et rencontrée par hasard mais ciblée sur le lieu du crime,
  - accidentelle : inconnue et purement situationnelle (passant, badaud, témoin.

La relation victime/meurtrier nous intéressant particulièrement, elle sera examinée dans notre étude sur la récidive homicide, en différenciant victime intrafamiliale et extrafamiliale.

2.1.2.3. Classifications selon les motivations de l'homicide

En 1964, MERLAND aborde l'homicide sur le plan motivationnel et le classe en sept groupes (cité dans (49)) :

- Crimes utilitaires : motifs d'intérêt, au cours de vols ou d'agressions…
- Crimes lors de disputes ou de rixes,
- Crimes passionnels,
- Crimes par saturation,
- Meurtres par esprit de clan ou de famille,
- Crimes politiques,
- Homicides pathologiques.

Son élève, FIORENTINI en 1979, dans une étude sur la récidive homicide, reprend cette classification en la complétant (par ordre de fréquence dans son étude) (56) :

- Meurtres lors de bagarres, rixes ou disputes (22 %) quels que soient la cause et le lien entre les protagonistes,
- Homicides par mécanisme pathologique (11,5 %) relevant de l'irresponsabilité pénale,
- Meurtres passionnels (10 %) rassemblant derrière le mobile de « *passion amoureuse* », les motivations d'adultère, de rivalité, de jalousie, d'abandon, de rupture, de refus sexuel…

- Meurtres associés au vol (9,5 %), soit intentionnels, soit « accidents de parcours » du voleur,
- Homicides politiques (8 %) motivés par un idéal en période de crise politique le plus souvent,
- Meurtres à comportement passionnel (6 %) animés d'un désir de représailles (haine, vengeance),
- Meurtres objectivement vides de motivation, sans mécanismes pathologiques (6 %),
- Rixes d'ivrognes (6 %),
- Règlements de compte (5 %) des criminels professionnels,
- Questions d'intérêt (4,5 %),
- Crimes de révolte, de défoulement ou de saturation (2,4 %) surtout retrouvés lors d'homicides commis par des femmes,
- Autres (cas de légitime défense, homicides à contenu sexuel) (1,5 %).

Dans la même lignée, dans le *Traité de criminologie empirique* (57), CUSSON *et al.* classent les homicides en sept types (par ordre de fréquence dans l'étude) :

- Homicides querelleurs et vindicatifs (25,1 %) : homicides entre individus non unis par un lien familial ou amoureux, au cours d'une bagarre ou par vengeance,
- Homicides associés à un vol (19,1 %),
- Règlements de compte (16,5 %) : homicides résultant d'un conflit lié aux activités criminelles des individus,
- Homicides conjugaux (16,5 %) : meurtre d'une personne à laquelle l'auteur est ou a été lié par un rapport matrimonial, quasi-matrimonial ou amoureux,
- Autres (14,5 %) : sexuels, commis par une femme, commis par un malade mental,…
- Homicides familiaux (6,8 %),
- Homicides associés à un viol (1,3 %).

Ces différentes classifications ont en commun certaines catégories : homicides lors de bagarres, homicides associées à un vol, règlements de compte…

Nous remarquons la place de l'homicide pathologique qui est cité dans les trois classifications rappelées et qui représente d'ailleurs une catégorie à lui seul chez FIORENTINI et MERLAND.

La typologie de REIS citée par BARBERA PERA et DAILLET (55) est différente des précédentes et permet de classer l'homicide selon le type de violence en différenciant violence affective nommée « émotionnelle » et violence prédatrice nommée « instrumentale ».
La violence émotionnelle est motivée, en premier lieu, par des émotions, comme la colère, la rage, la tristesse, la vengeance, la jalousie ou encore la peur.
La violence instrumentale se justifie, elle, par une motivation rationnelle (éliminer un témoin gênant ou une personne qui s'opposait à une exigence). Elle a comme objectif principal, l'obtention d'un bénéfice (biens, autorité ou contact sexuel,…).

Il faut cependant noter qu'il s'agit d'une approche subjective et bien qu'il existe souvent une dominante du type de violence, les motivations émotionnelles ou instrumentales peuvent être présentes simultanément.
Cette classification nous paraît très intéressante et sera alors reprise dans notre étude sur les patients auteurs de récidive homicide.

2.1.2.4. Classifications selon les modalités criminelles

MERLAND, en 1964, (cité dans (49)), distingue quatre types d'homicides pathologiques selon le comportement criminologique du meurtrier :

- Meurtres réflexes ou automatiques : inconscients, absurdes, irréfléchis,
- Crimes délirants : caractérisés par une idée délirante parasite biaisant le raisonnement du sujet,
- Crimes impulsifs : soudains, sauvages, avec parfois acharnement,
- Meurtres commis en état d'ivresse.

RESSLER, pour le FBI, a également élaboré deux profils de tueurs selon leur comportement organisé ou désorganisé (Tableau 7) (49,58) :

Meurtriers	Organisés	Désorganisés
Profil		
Intelligence	Bonne	Moyenne
Intégration sociale	Intégré socialement	Socialement immature
Profession	Préférence pour un emploi qualifié	Emploi peu qualifié, instabilité professionnelle
Sexualité	Suffisante	Peu ou pas de sexualité
Statut marital	Vit avec un(e) partenaire	Vit seul ou dans sa famille
Mobilité géographique	Mobile, avec un véhicule en bon état	Vit et travaille près du lieu de crime
Fratrie	Parmi les aînés de la famille	Parmi les cadets de la famille
Profession du père	Emploi stable	Emploi instable
Discipline parentale	Inconsistante	Très dure
Crime		
Alcool	Utilisation fréquente	Utilisation minimum
Stress	Situation de stress favorisant ou précipitant le passage à l'acte	Peu de stress
Planification	Planifié	Spontané
Victime	Inconnue mais choisie	Connue
Modalités	Personnalise la victime, conversation maîtrisée	Dépersonnalise la victime, conversation réduite
	Exige une victime soumise	Violence soudaine et immédiate
	Victime attachée	Pas ou peu de liens utilisés sur la victime
	Actes agressifs	Actes sexuels post-mortem
Lieu	Lieu du crime reflète sa préparation	Grand désordre des lieux
	Corps dissimulé (caché, enterré) voire transporté	Corps laissé en évidence, sur le lieu du forfait
	Pas d'arme ni d'indice sur les lieux	Armes et indices laissés sur place
Après le crime		
Intérêt	Suit le crime dans les médias	S'intéresse peu à l'enquête
Mode de vie	Peut changer d'emploi ou déménager	Ne change rien à son mode de vie

Tableau 7 : Deux profils meurtriers extrêmes (49,58)

Cette classification n'est pas sans rappeler celle de BÉNÉZECH sur les criminels psychotiques et psychopathes (Tableau 4, page 52).

Il faut également citer l'importance de la préméditation de l'acte. Mc CULLOCH *et al.* ont différencié les violences physiques répétitives potentiellement meurtrières en attaques préméditées et non préméditées. BÉNÉZECH en a réalisé un tableau récapitulatif (Tableau 8) :

Attaques non préméditées	**Attaques préméditées**
Absence de préparation	Préparation soigneuse
Self-contrôle faible ou absent	Bon self-contrôle (évolution possible vers la fureur)
Plusieurs victimes simultanées	Attaques en série
Lieu du crime non choisi	Lieu du crime préparé
Mode opératoire désorganisé	Planification et organisation
Victime connue de l'agresseur	Sélection d'une victime inconnue
Violences non systématisées sur la victime	Contrôle et violences systématisées sur la victime
Arme trouvée sur place	Arme amenée et ramenée
Incendie improvisé	Usage possible du poison et d'explosifs
Diagnostics psychiatriques courants chez les agresseurs : état maniaque, troubles mentaux organiques, schizophrénie paranoïde, troubles de la personnalité, tumeur cérébrale, débilité mentale, traumatisme crânien et intoxications, abus et dépendance à l'alcool et aux drogues	Diagnostics psychiatriques courants chez les agresseurs : état dépressif, état maniaque, schizophrénie paranoïde, troubles de la personnalité, abus et dépendance à l'alcool et aux drogues
	Sous-groupe des agresseurs opportunistes

Tableau 8 : Classification et caractères distinctifs des violences physiques multiples (Mc CULLOCH *et al.* 1995) (51)

BÉNÉZECH, en 1996 complétera sa première classification (criminel psychotique et psychopathe) et catégorisera les homicides « pathologiques » en huit groupes d'homicides selon leurs modalités criminelles (Tableau 9) :

Terminologie	Cause du meurtre
Homicide impulsif	Colère pathologique
Homicide passionnel	Complexe d'abandon
Homicide sexuel	Domination, colère, plaisir
Homicide dépressif	Altruisme morbide
Homicide psychotique non délirant	Réaction impulsive
Homicide psychotique délirant	Projection délirante
Homicide de cause organique	Intoxication, trouble somatique
Homicide non classable ailleurs	Troubles mentaux divers

Tableau 9 : Classification des homicides pathologiques de BÉNÉZECH (51)

Il faut bien souligner que les classifications des homicides sont nombreuses et qu'il s'agit ici d'un bref rappel (n'étant pas le sujet principal de ce travail).

Ces taxonomies, bien que pouvant être globalement réparties en quatre catégories, s'entrecoupent et prennent en compte (pour la plupart) de façon associée, l'état mental de l'agresseur, le statut de la victime, les motivations et les modalités criminelles.

2.2. HOMICIDE ET TROUBLES MENTAUX MAJEURS : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

L'homicide est un acte relativement rare avec 665 cas recensés en France en 2012 (59), pourtant quelques faits divers font régulièrement la une de la presse.
Certains meurtres médiatisés comme ceux de Pau ou de Grenoble commis par des patients présentant un trouble psychiatrique renforcent l'idée d'une association plus ou moins justifiée entre « folie et homicide ».
De multiples études, principalement rétrospectives, ont cherché à déterminer la proportion d'individus malades mentaux auteurs d'homicide parmi tous les meurtriers.
Nous avons sélectionné les plus importantes depuis 1990.

En Finlande, l'équipe d'ERONEN a fait de nombreuses études sur l'homicide des patients présentant un trouble psychiatrique.
En 1995, dans un de ses premiers travaux, il a cherché l'association entre trouble mental majeur et comportement homicidaire chez la femme. Les expertises psychiatriques, sur une période de 13 ans, de 97 femmes ont été examinées et l'auteur a mis en évidence un risque de schizophrénie ou de trouble de la personnalité environ 10 fois supérieur au risque de la population générale. Il conclut donc que les troubles mentaux semblent avoir une relation statistique avec le comportement homicide dans les pays où le taux de criminalité est relativement bas (60).
ERONEN *et al.* (61), en 1996, ont analysé les données des évaluations de 693 auteurs d'homicide en Finlande durant une période de huit ans (environ 70 % de tous les homicides). Ils ont alors recensé une proportion de 6,2 % de schizophrénie, 2,3% de psychoses non schizophréniques, 3 % d'épisode dépressif majeur, aucun trouble maniaque, 1,3% de troubles anxieux, 1,3 % de dysthymies, 34 % de troubles de la personnalité, 38 % d'abus ou dépendance alcoolique et 1,2 % de retards mentaux. Le risque de passage à l'acte homicidaire est pour eux 8 fois plus élevé chez les hommes présentant une schizophrénie que chez les individus indemnes de troubles mentaux.
Dans une autre étude, en 1996, ERONEN *et al.* ont évalué les données de 93 patients schizophrènes ayant commis un homicide au cours d'une période de 12 ans

parmi 1423 meurtriers. Le risque de commettre un homicide était environ 10 fois plus élevé pour les patients atteints de schizophrénie que pour les personnes indemnes de trouble mental. La comorbidité alcoolique augmentait encore ce risque jusqu'à 17 fois (62).

TAYLOR ET GUNN, en 1999, recensant les données des statistiques criminelles en Angleterre et au Pays de Galles entre 1957 et 1995 ont retrouvé une diminution progressive de leur proportion de 3 % annuellement ($taux^{1957}$=35% ; $taux^{1995}$=11,5%). Les auteurs attribuent cette baisse à l'amélioration de la qualité des soins pour les personnes atteintes d'un trouble mental (63).

SHAW *et al.* (64) en 1999, ont étudié une série de 718 homicides, commis entre avril 1996 et novembre 1997 en Angleterre et au Pays de Galles, pour tenter de cibler le profil des meurtriers (90 % de sexe masculin). Sur les 500 cas pour lesquels un rapport psychiatrique a été retrouvé, 220 avaient un diagnostic de trouble mental (44%). Il s'agissait de trouble de l'humeur (11 %), de trouble de la personnalité (9%) et de schizophrénie (6 %).
Parmi eux, 14% avaient des symptômes de leur maladie mentale au moment de l'homicide (dépression, idées délirantes ou hallucinations). Une minorité de ces auteurs souffrant de troubles mentaux (18 %) avaient consulté auprès de services de soins en psychiatrie dans l'année précédente, 6 % d'entre eux ont été hospitalisés à la suite de l'homicide.

ERB *et al.* (65), en 2001 ont comparé les malades schizophrènes auteurs d'homicide ou de tentative d'homicide en Allemagne entre 1992 et 1996 et en RFA entre 1955 et 1964. Leurs résultats ont montré que la schizophrénie augmentait le risque d'homicide 16,6 fois dans la cohorte récente et 12,7 fois dans la cohorte ancienne.

En 2004, SCHANDA *et al.* (66) ont comparé le taux de troubles mentaux chez 1087 auteurs d'homicide entre 1975 et 1999 en Autriche et le taux de troubles mentaux dans la population générale. La proportion de schizophrénie apparaît 6,5 fois supérieure chez les auteurs d'homicide par rapport à la population générale.

SIMPSON *et al.* (67) en 2004, dans une étude rétrospective, ont retrouvé que 8,7 % des 1498 auteurs d'homicides entre 1970 et 2000 en Nouvelle Zélande présentaient des troubles mentaux. Les données sociodémographiques et cliniques ne pouvant être étudiées que pour 126 de ceux-ci, les auteurs ont pu noter une maladie mentale caractérisée chez 92 auteurs d'homicides (55 troubles schizophréniques, 19 psychoses indéterminées, 13 troubles dépressifs majeurs, 5 troubles bipolaires). Dans 9 cas, ils avaient des troubles cérébraux organiques, dans 11 cas un trouble de la personnalité et dans 9 cas, une déficience intellectuelle. Une comorbidité à l'alcool ou à la drogue a été retrouvée dans 10 cas.

Parallèlement, en 2004, en Suède, dans une étude sur 2005 auteurs d'homicides ou de tentatives d'homicides commis entre 1988 et 2001, FAZEL *et al.* (68) ont pu avoir accès aux données de 1625 d'entre eux. Ils ont alors mis en évidence une proportion de 90 % de meurtriers atteints d'un trouble mental selon la CIM 9, CIM 10 ou le DSM-IV. 11 % présentaient une schizophrénie, 8,1 % une psychose non schizophrénique et 3,1 % un trouble bipolaire. Parmi les sujets présentant d'autres troubles mentaux, 24,2 % avaient un diagnostic principal d'abus de substances et 14% de trouble de la personnalité.

En 2004, en Finlande, PUTKONEN *et al.* (69) ont étudié les données de 90 hommes auteurs d'homicides ou de tentatives d'homicides présentant un trouble mental majeur selon l'axe I et l'axe II du DSM-IV. Parmi eux, 78 % étaient diagnostiqués schizophrènes, 18 % présentaient un trouble schizo-affectif et 5 % une autre psychose. Une comorbidité d'abus de substances a été mise en évidence pour 74% d'entre eux et un abus d'alcool pour 72 %. Des troubles de la personnalité sont mis en évidence chez 51 % des patients, personnalité antisociale dans 47 % des cas. Tous les patients atteints d'un trouble de la personnalité présentaient un trouble d'abus de substances concomitant. Ces résultats ont montré que dans le cas des auteurs d'homicides psychotiques, la moitié environ a un triple diagnostic (trouble mental majeur, trouble addictif et trouble de la personnalité), un quart a un double diagnostic (trouble mental majeur et addiction à des substances psycho-actives) et un quart a un trouble mental majeur sans comorbidité.

KOH *et al.* (70) en 2006 ont analysé les données de 110 individus auteurs d'un meurtre à Singapour entre 1997 et 2001. Parmi eux, 51 % ne souffraient d'aucun trouble mental, 16,4 % avaient un trouble addictif à l'alcool, 9,4 % un trouble de l'humeur à type de dépression et enfin seulement 6,4 % avaient été diagnostiqués schizophrènes et 1,8 % avaient un trouble délirant indéterminé.

Dans deux études menées par MEEHAN et SHAW, en 2006, les auteurs ont analysé les données de 1594 homicides en Angleterre et au Pays de Galles entre 1996 et 1999. 34 % (n = 545) étaient atteints d'un trouble mental : 5 % présentaient un diagnostic de schizophrénie (n = 85), 7 % de trouble de l'humeur, 9 % de trouble de la personnalité et 11 % de trouble d'abus de substances psycho-actives (alcool ou drogues). Au moment de l'infraction, 5 % avaient une symptomatologie psychotique, 10 % présentaient un état anormal et 6 % une symptomatologie dépressive (71,72).
Parmi les patients souffrant de schizophrénie, 51 % (n = 43) avaient eu un contact avec les services de psychiatrie dans l'année précédente, 21 % (n = 18) avaient eu un contact antérieur plus ancien avec les services psychiatriques et 28 % (n = 24) n'avaient jamais eu de contact avec les services psychiatriques. Parmi les 57 schizophrènes pour lesquels les données étaient disponibles, 56 % (n = 32) avaient été malades pendant moins de douze mois, 68 % étaient symptomatiques au moment du passage à l'acte et 56 % (n = 32) avaient noté une modification du délire dans le mois précédant l'infraction (intensité de la conviction ou de la réaction émotionnelle aux idées délirantes) (71).
Dans l'étude menée par SHAW (72), les auteurs soulignent la différence de prévalence du trouble mental parmi les auteurs d'homicides selon la définition utilisée du trouble mental.
En effet, en utilisant une définition large des troubles mentaux incluant troubles de la personnalité ou troubles addictifs, les auteurs mettent en évidence une prévalence de 34 % (n = 545) de troubles mentaux parmi les auteurs d'homicides et en ne retenant que les troubles mentaux « majeurs » (schizophrénie et trouble de l'humeur), la prévalence n'est plus que de 12,7 % (n = 203).
Ils distinguent également l'état mental au moment des faits de l'antécédent de trouble psychique et de la pathologie mentale installée.
Ils montrent alors un chevauchement qui reste limité entre les définitions (Figure 4).

En effet, bien que les individus qui présentaient un état mental anormal au moment des faits ou qui avaient des antécédents de contact avec les services psychiatriques souffraient dans une grande majorité d'une pathologie mentale avérée, l'inverse n'était pas vrai.

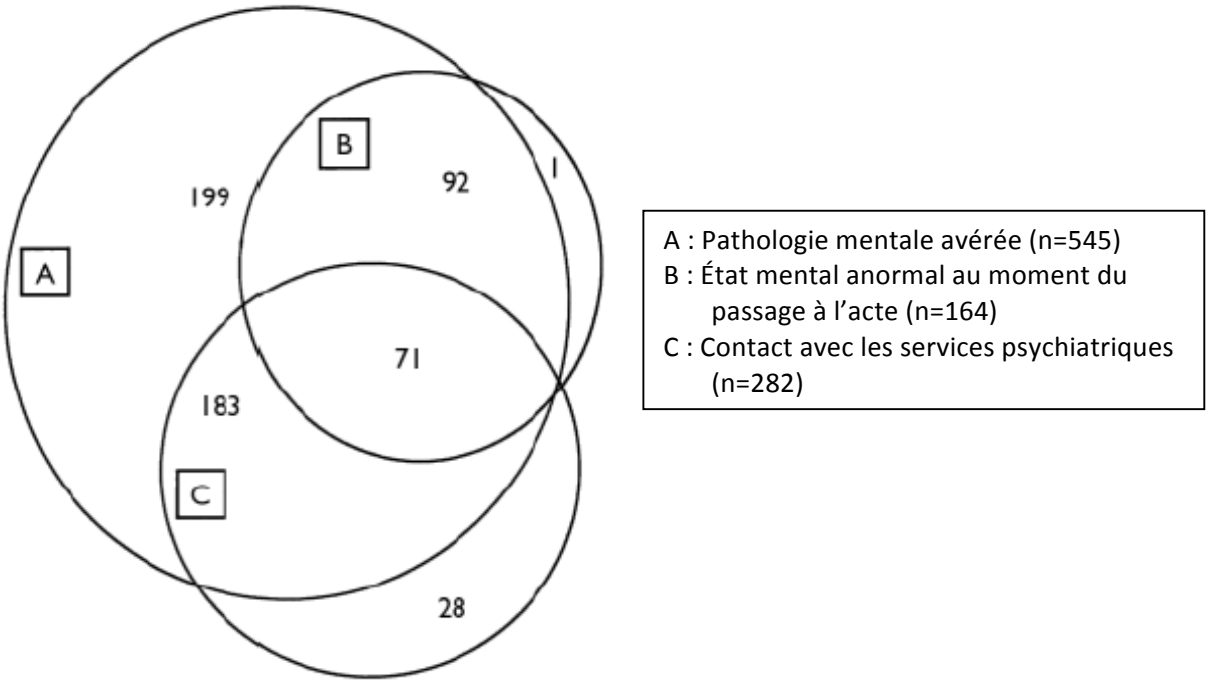


Figure 4 : Chevauchement entre les définitions cliniques des troubles mentaux chez les personnes reconnues coupables d'homicide (72)

En Australie, NIELSSEN *et al.* (2007) ont étudié 88 individus présentant des troubles mentaux auteurs de 93 homicides entre 1993 et 2002 afin de déterminer leurs caractéristiques cliniques et démographiques. Les auteurs ont mis en évidence un taux élevé de consommation de drogues (80 % des hommes et 41 % des femmes). Des idées délirantes en particulier de mécanisme hallucinatoire ont été notées lors du passage à l'acte pour 58 % des patients. La plupart des agressions se sont produites au cours de la première année de la maladie (69 %) (73).

RICHARD-DEVANTOY *et al.* (74), en 2009, dans une étude descriptive ont cherché à caractériser socio-démographiquement, cliniquement et criminologiquement une population de 210 meurtriers (dont 73 % d'hommes) examinés par deux experts-psychiatres pendant une période de trente ans. Moins d'un cinquième des cas

présentait une pathologie mentale grave (6,7 % de schizophrénie avec 2/3 de forme paranoïde, révélée par le passage à l'acte dans 15 % des cas, délire paranoïaque et trouble de l'humeur majoritairement dépression). Un dixième des cas souffrait d'une pathologie mentale « organique » (débilité mentale, démence et tableau neurologique) et plus d'un tiers avait un diagnostic de trouble de la personnalité ou d'abus ou de dépendance à l'alcool. Dans deux tiers des cas, ils avaient des antécédents psychiatriques de quatre types principaux : tentative de suicide, abus ou dépendance alcoolique, trouble de l'humeur et hospitalisations en psychiatrie. Enfin, un tiers des meurtriers de cette série était indemne de tout trouble psychiatrique majeur.

En 2009, une revue systématique et une méta-analyse de LARGE *et al.* (75) de dix-huit études (cas-témoins et de cohorte) a permis de mettre en évidence un taux de 6,48 % de schizophrènes parmi les auteurs d'homicide (n = 1086) (Tableau 10). Ils ont également montré que le taux d'homicide commis par les schizophrènes et le taux d'homicide total dans les pays développés sont corrélés. Pour eux, l'explication est l'existence de facteurs étiologiques communs comme l'influence de facteurs sociodémographiques.

Studies			Homicides (*N*)		Proportion of homicides by patients diagnosed with schizophrenia			
Study	Location	Years	Total homicide offenders	Homicides by people with schizophrenia	Proportion of homicides by people with schizophrenia	Lower limit of proportion	Upper limit of proportion	*Z*-value
Appleby and Shaw (2006)	England & Wales	1999–2003	2684	141	0.053	0.045	0.062	−33.430
Erb et al. (2001)	Germany (Hessen)	1992–1996	190[#]	17	0.089	0.056	0.139	−9.128
Eronen et al. (1996)	Finland	1980–1991	1423	93	0.065	0.054	0.079	−24.803
Fazel and Grann (2004)	Sweden	1988–2001	2005	179	0.089	0.078	0.103	−29.653
Hart Hansen (1977)	Denmark	1946–1970	418	27	0.065	0.045	0.093	−13.433
Gottlieb et al. (1987)	Denmark (Copenhagen)	1959–1983	251	24	0.096	0.065	0.139	−10.468
Hafner and Boker (1973, 1982)	Germany (FDR)	1955–1964	3367	142	0.042	0.036	0.050	−36.420
Koh et al. (2006)	Singapore	1997–2001	110	9	0.082	0.043	0.150	−6.951
Kua et al. (1984)	Singapore	1980–1982	64	3	0.047	0.015	0.135	−5.094
Laajasalo and Hakkanen (2005, 2006)	Finland[†]	1986–2004	2206[†]	125	0.057	0.048	0.067	−30.539
Meehan et al. (2006)	England & Wales	1996–1999	1594	85	0.053	0.043	0.065	−25.804
Nielssen et al. (2007)	Australia (New South Wales)	1993–2003	1052	70	0.067	0.053	0.083	−21.349
Petursson and Gudjonsson (1981)	Iceland	1900–1979	47	10	0.213	0.118	0.352	−3.671
Schanda et al. (2004)	Austria	1975–1999	1087	62	0.057	0.045	0.072	−21.450
Simpson et al. (2004)	New Zealand	1970–2000	1498	57	0.038	0.029	0.049	−23.918
Wallace et al. (1998)	Australia (Victoria)	1993–1995	168	12[*]	0.071	0.041	0.122	−8.562
Wilcox (1985)	USA (Contra Costa County)	1979–1980	71	7	0.099	0.048	0.193	−5.559
Wong and Singer (1973)	Hong Kong	1961–1971	621	35	0.056	0.041	0.077	−16.195

Tableau 10 : 18 études rapportant le nombre total d'homicides et la proportion d'homicides commis par des patients souffrant de schizophrénie (75)

GOLENKOV *et al.* (76) en 2011, rapportent les conclusions des évaluations psychiatriques de 1185 criminels entre 1999 et 2008. Les auteurs d'homicide sont des hommes dans 87,4 % des cas, d'âge moyen (8,8 % de moins de 18 ans, 4,8 % de plus de 65 ans). Dans deux tiers des cas, ils ont eu au moins un diagnostic psychiatrique (28,4 % de dépendance à l'alcool, 22,1 % de troubles de la personnalité, 5,1 % de schizophrénie).

En 2011, NIELSSEN et LARGE (77) ont réalisé une méta-analyse de 27 études afin de déterminer la prévalence des homicides commis par des sujets psychotiques avant et après traitement. 38,5 % (IC 95% [31,1-46,5]) des homicides sont survenus lors du premier épisode psychotique. Avant la mise en place d'un traitement, le taux d'homicide au cours du premier épisode psychotique est de 1,59 pour 1000 homicides (IC 95% [1,06-2,40]), soit l'équivalent d'un homicide par an pour 629 patients présentant un épisode psychotique.
Après traitement médicamenteux, le taux d'homicides est de 0,11 homicides pour 1000 patients (IC 95% [0,07-0,16]), soit l'équivalent d'un homicide par an pour 9090 patients atteints de schizophrénie.
Les auteurs concluent donc qu'un traitement précoce pourrait empêcher certains homicides.

En 2011, l'équipe de NIELSSEN a également réalisé une étude afin d'estimer la proportion d'homicides à victime inconnue par des patients souffrant de troubles psychotiques. L'incidence annuelle des homicides à victime inconnue est de 1 pour 14,3 millions de personnes selon une méta-analyse de sept études. 64 % (n = 37) des auteurs d'homicide d'étrangers n'avaient jamais reçu de traitement psychiatrique. Comparativement à une population d'auteurs d'homicides à victime intrafamiliale, la proportion de SDF et de comportements antisociaux était plus importante et le taux de symptômes négatifs moindre (78).

En 2011, BENNETT *et al.* ont étudié l'association entre schizophrénie, toxicomanie et criminalité antérieure en examinant les données de 435 auteurs d'homicide. Parmi eux, 8,7 % (n = 38) étaient diagnostiqués schizophrènes, taux 13,11 fois plus élevé que dans la population générale (IC 95% [9,14-18,80]). Le taux d'abus de substances n'était pas différent entre le groupe d'auteurs d'homicide et un groupe de

patients souffrant de schizophrénie non homicidaires. Cependant, ces taux étaient supérieurs à ceux retrouvés dans la population générale. La même tendance est mise en évidence pour le taux de criminalité antérieure. Pour les auteurs, l'association entre violence et schizophrénie n'est donc pas seulement expliquée par l'existence d'une comorbidité addictive ou de criminalité antérieure (79).

En 2013, ORAM *et al.* ont étudié en Angleterre et au Pays de Galles, les caractéristiques cliniques, sociodémographiques et criminologiques de 1431 individus condamnés entre 1997 et 2008, auteurs d'homicide domestique (1180 auteurs d'homicides conjugaux et 251 auteurs d'homicide intrafamiliaux non conjugaux). Concernant les auteurs d'homicides conjugaux, 14 % avaient été en contact avec les services psychiatriques dans l'année précédant l'infraction et 20 % présentaient des symptômes de pathologie mentale au moment de l'infraction. Parmi les auteurs d'homicides intrafamiliaux (non-conjugaux), 23 % avaient eu un contact avec un service de soins psychiatriques dans l'année précédente et 34 % avaient des symptômes d'un trouble mental au moment du passage à l'acte. Les auteurs concluent que le risque d'homicide pourrait être diminué en facilitant l'accès aux services psychiatriques pour les individus atteints de troubles psychiatriques (80).

RICHARD-DEVANTOY *et al.,* en 2013, ont réalisé une revue de la littérature afin de clarifier le rôle de la consommation de substances dans le risque d'homicide du patient souffrant de schizophrénie. Huit études prospectives et six revues systématiques de la littérature ou méta-analyses ont été analysées et retrouvent une association entre homicide commis par un schizophrène et facteurs de risque sociodémographiques (âge jeune, sexe masculin, bas niveau socio-économique), historiques (antécédents de violence envers autrui), contextuels (évènement de vie stressant dans l'année précédant l'acte violent) et cliniques (symptomatologie psychotique aiguë, longue durée de psychose non traitée, mauvaise observance médicamenteuse). Le risque d'homicide est multiplié par 8 chez le schizophrène présentant un trouble addictif (principalement à l'alcool) et par 2 chez le schizophrène sans comorbidité (81).

SYNTHÈSE DES ÉTUDES

Ces études principalement rétrospectives mettent en évidence une proportion importante de troubles mentaux chez les auteurs d'homicide, jusqu'à 90 % pour FAZEL *et al.* (68).

La prévalence de la schizophrénie dans la population générale est comprise entre 0,3 et 2,7 % (82) alors qu'elle est diagnostiquée chez 5 à 10 % des auteurs d'homicide (61,64,66–68,70–72,74–76).

Le taux d'homicide commis par les schizophrènes est cependant corrélé au taux d'homicide total (75). LARGE *et al.* avancent l'idée de facteurs étiologiques communs entre les homicides commis par les schizophrènes et ceux commis par des individus indemnes de troubles mentaux. MULLEN en 2005 évoquait également le fait que l'homicide du schizophrène n'était pas le simple fruit de ses symptômes mais reflétait également les conditions sociales associés à ce handicap, les abus de substances et les facteurs de risque de l'enfance et de l'adolescence (83).

Le risque de commettre un homicide semble supérieur pour le schizophrène que pour l'individu de la population générale et s'étend de 2 à 16 fois selon les études (61,62,65,79,81).

Les facteurs associés à la dangerosité et au passage à l'acte du malade mental seront étudiés ultérieurement.

2.3. CARACTÉRISTIQUES DE L'HOMICIDE PATHOLOGIQUE

Différentes études ont essayé de retrouver des caractéristiques à l'homicide pathologique. Nous avons pu faire ressortir les différentes particularités retrouvées.

2.3.1. L'AUTEUR

2.3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques

Plusieurs études ont permis de mettre en évidence les caractéristiques sociodémographiques des patients homicidaires présentant un trouble mental (55,61,64,67,69–73,75,76,80,81,84–87).

L'auteur d'homicide atteint d'une pathologie mentale est d'âge moyen, il varie entre 27 et 36,4 ans selon les études.
Il est de bas niveau scolaire dans 49 à 78 % des cas et n'a pas d'emploi dans 46 à 84 % des cas. S'il travaille, il est principalement travailleur manuel (67 %).

Le statut matrimonial du patient homicidaire atteint d'un trouble mental varie selon les études mais il est principalement célibataire (marié 16-46 %, célibataire 44-70 %, séparé 9-16 %).

Des événements de vie significatifs sont fréquemment retrouvés dans l'existence des patients homicidaires (74).

Le patient meurtrier a des antécédents de violence fréquents avant l'homicide (70,74).

2.3.1.2. Caractéristiques cliniques

Les différents diagnostics retrouvés sont (55,61,64,67,69–73,75,76,80,81,84–87) :

- Troubles psychotiques 43-80 %
- Troubles de l'humeur 15-19 %
- Troubles de la personnalité 4-51 %
- Troubles cérébraux organiques 9 %

Il faut noter des comorbidités importantes de plusieurs diagnostics, en particulier avec un trouble de la personnalité (21 à 73 %) ou une addiction aux substances (10 à 70 %).

On retrouve des antécédents de tentative de suicide dans 13 à 51 % des cas et un antécédent de contact avec le milieu psychiatrique ou une hospitalisation dans 52 à 100 % des cas selon les études.

2.3.2. CARACTÉRISTIQUES CRIMINOLOGIQUES DE L'HOMICIDE

2.3.2.1. Mode opératoire

Le moyen utilisé par le meurtrier malade mental est (85–87) :

- L'arme blanche dans 44 à 56 % des cas,
- L'arme à feu dans 15 à 35 % des cas,
- Les coups dans 21 à 22 % des cas,
- L'étranglement dans 2 à 13 % des cas.

On retrouve un acharnement dans 7 à 41 % des cas selon les études et un délit associé dans seulement 11 à 15 % des cas.

2.3.2.2. Motivations

Les motivations retrouvées sont principalement une production délirante active (31-70 %), un délire de persécution (20-44 %) et des hallucinations (10-26 %) (85,86).

2.3.3. LA VICTIME

Elle est connue de l'agresseur dans 62 à 86 % des cas (85,86,88,89) :

- Intrafamiliale (20-74 %),
- connue sans relation intrafamiliale (17-37 %).

3. LA RÉCIDIVE EN MATIÈRE D'HOMICIDE

3.1. DIFFÉRENTS CONCEPTS

Sur le plan pénal, il convient de différencier les trois situations de pluralité d'infractions (90) :

- **la récidive légale** quand la nouvelle infraction est commise dans un certain délai et présente une nature définie par la loi,
- **la réitération d'infractions** quand les conditions de la récidive ne sont pas réunies. Il y a récidive « de fait » mais il n'y a pas récidive au sens légal du terme.
- **le concours réel d'infractions** lorsque l'individu commet une seconde infraction alors qu'il n'a pas encore été condamné définitivement pour la première.

3.1.1. LA RÉCIDIVE LÉGALE

Le terme de récidive, à l'origine utilisé en médecine, n'est apparu dans le vocabulaire du droit pénal qu'au XV^{e} siècle et nommait, alors, le fait de commettre un nouveau crime (91). Ce n'est qu'au XIX^{e} siècle que la récidive devint une catégorie juridique autonome.

En effet, bien qu'étant une préoccupation ancienne des législateurs déjà prise en compte par le droit romain (3), le développement du concept de récidive s'est fait durant deux périodes historiques : d'une part, dans la seconde moitié du XIX^{e} siècle, lors de l'émergence de problèmes sociaux liés à l'industrialisation (chômage, vagabondage,…), le récidiviste étant considéré comme « *un vagabond indigent, un travailleur paupérisé* » (92) ; d'autre part, à partir de la fin des années 80 et en particulier au début des années 2000, où une politique sécuritaire a entraîné une réflexion nécessaire autour de la prévention de la récidive (92).

La loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales a durci les règles de la récidive et la loi du 10 août 2007 l'a complétée en renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.

La **récidive légale** est donc l'état de la personne qui, ayant été condamnée définitivement une première fois, commet une nouvelle infraction pour laquelle elle encourt une nouvelle condamnation (*articles 132-8 à 132-11* du Code pénal) (26).

Elle est constituée lorsqu'elle comporte deux termes :

- une condamnation pénale définitive (premier terme),
- une infraction postérieure à la condamnation (second terme).

On différencie la récidive **générale** lorsque la loi n'exige pas que les deux infractions soient similaires (crimes) et la récidive **spéciale** (même type d'infraction).

Elle peut être **perpétuelle** (pas de délai entre les deux infractions) ou **temporaire** (délai déterminé par la loi).

La récidive est une circonstance aggravante qui conduit à une majoration de la peine.

3.1.2. LA RÉITÉRATION LÉGALE

Le terme de réitération légale est entré dans les textes avec la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales.

Il s'agit, selon *l'article 132-16-7* du Code pénal, de l'état d'une personne lorsque, déjà condamnée définitivement pour un crime ou un délit, elle commet une nouvelle infraction qui ne répond pas aux conditions de la récidive légale (26). Elle ne distingue ni le type de la nouvelle infraction commise, ni le délai entre la première et la deuxième infraction.

Cette notion était jusque là doctrinale (93) et correspondait à « *une mesure empirique des délinquants d'habitude* » mais pour CLÉMENT, « *cette situation*

[n'était] pas satisfaisante puisqu'elle ne [permettait] pas aux différents acteurs concernés par la réitération d'établir un diagnostic partagé fondé sur la mesure d'un phénomène à la définition commune » (94).

Cette consécration de la notion de réitération dans la loi a permis de supprimer la confusion possible des peines (93). En effet, dans ce cas, les infractions commises sont traitées respectivement comme des infractions uniques (90).

3.1.3. LE CONCOURS RÉEL D'INFRACTIONS

Le cumul réel d'infractions consiste en des faits matériellement distincts représentant plusieurs **infractions indépendantes**, non séparées par une condamnation définitive.

Afin de déterminer la peine applicable, il existe trois systèmes :

- Le **cumul matériel** : les peines sont additionnées,
- Le **cumul juridique** : une peine unique est prononcée mais aggravée par la pluralité des infractions,
- Le **non-cumul juridique** (système français) : application de la peine la plus importante de toutes les infractions commises. Il y a alors confusion des peines, le tribunal considérant que n'ayant pas été averti une première fois, l'individu ne peut être sanctionné plus sévèrement.

3.1.4. SPÉCIFICITÉS POUR LES PATIENTS PRÉSENTANT UN TROUBLE PSYCHIATRIQUE

Jusqu'à la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, les individus présentant des troubles psychiatriques reconnus irresponsables de leur acte en raison de leurs troubles mentaux pouvaient échapper à la définition légale de la récidive puisque ils n'étaient pas condamnés pour leur acte (95).

Désormais, des mesures de sûreté peuvent être prises à l'encontre des patients déclarés irresponsables et les arrêts de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental sont inscrites au casier judiciaire et entrent donc en compte dans la considération de l'infraction (*article D47-31* du Code de procédure pénale).

3.2. LA RÉCIDIVE D'HOMICIDE

On parle de récidive légale d'homicide lorsqu'un individu commet un nouvel homicide alors qu'il a déjà été condamné pour ce même crime.
Cependant, cette définition, trop étroite, ne permet pas de mettre en évidence des données statistiques mesurant avec précision la récidive réelle.
Dans notre étude, nous considérerons d'ailleurs, la récidive réelle d'une personne commettant au moins deux homicides séparés dans le temps par au moins vingt-quatre heures.

Il nous paraît maintenant important de donner la définition des différents types de tueurs à victimes multiples et en particulier des tueurs en série.

3.2.1. LES TUEURS À VICTIMES MULTIPLES

Il existe différentes catégories de tueurs à victimes multiples (Tableau 5 : Classification des homicides de RESSLER *et al*. (1993) (51), page 53) :

- Le **tueur en série** est défini par RESSLER comme un individu ayant commis au moins trois meurtres lors d'occasions distinctes, sur plusieurs semaines ou plusieurs mois, entrecoupées de période d'accalmie,
- Le **tueur de masse** commet lors d'une seule occasion et dans un seul lieu au moins quatre meurtres,
- Le **tueur de bordée** commet lors d'une seule occasion, au moins deux meurtres, dans au moins deux lieux différents.

3.2.2. LE TUEUR EN SÉRIE

Plusieurs définitions du tueur en série existent aujourd'hui, sans réel consensus.

CORMIER, en 1972, regroupe pour la première fois, dans un essai d'individualisation, les meurtres à répétition sous le terme de multicide, qu'il définit comme *« une succession d'homicides commis par une seule personne s'échelonnant pendant une longue période, sur des mois voire des années et répondant généralement à un processus psychopathologique profondément ancré chez le meurtrier ; ce dernier choisit un type de victime et répète ses meurtres périodiquement jusqu'à son arrestation* » ((96) cité dans (97))..

Comme nous l'avons déjà vu, le premier à avoir utilisé le terme de tueur en série est RESSLER dans les années 80 (58). Il s'agit pour lui d'une catégorie particulière d'auteurs d'homicide ayant commis au moins trois meurtres lors d'occasions distinctes, sur plusieurs semaines ou plusieurs mois, entrecoupées de périodes d'accalmie.

De nombreuses définitions du tueur en série ont été données par EGGER en 1983, HOLMES et DE BURGER en 1988, BÉNÉZECH en 1992, KINNEY en 1995 ou HICKEY en 1997 évoquant à chaque fois la réalisation par un individu de crimes séparés (96). Cependant, ces définitions se différencient sur certains points (96) :

- le nombre de victimes et ses caractéristiques :
    - au moins trois victimes dans cinq définitions (RESSLER, HOLMES, HICKEY, KEENEY, BÉNÉZECH),
    - au moins deux victimes dans trois définitions (EGGER, BROOK, *National Center for the Analysis of Violent Crime*),
    - pas d'indications chiffrées pour trois définitions (CORMIER, GEBERTH, LEVIN),
    - au moins cinq victimes dans une définition (DIETZ).
- l'intervalle de temps :
    - au moins 24 heures pour DIETZ,
    - au moins 48 heures pour RESSLER et GEBERTH,
    - au moins 30 jours pour HOLMES.

- la psychopathologie du meurtrier. Pour SENNINGER, *« la réitération des meurtres serait la preuve de l'existence chez le tueur en série d'un processus psychologique inéluctable, sous la forme d'une conflictualité jamais résolue et d'origine traumatique »* (99).

Dans notre étude, nous ne prendrons en compte que les auteurs de récidives d'homicides présentant un trouble psychiatrique avéré, ce qui n'est pas le cas de tous les tueurs en série comme le dit DIETZ : « *les tueurs en série souffrent tous d'un désordre mental ; presque tous sont des psychopathes sadiques sexuels, et seulement quelques-uns uns seraient psychotiques* » (100).

3.3. DONNÉES STATISTIQUES SUR LA RÉCIDIVE

La définition de la récidive légale, trop étroite, ne permet pas de mettre en évidence des données statistiques mesurant avec précision la récidive réelle.

Cependant, l'élargissement progressif de sa définition juridique, en particulier avec la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, a contribué, entre autres, à l'augmentation des chiffres du taux de récidives relevés.

En France, en 2010, selon l'annuaire statistique de la justice de 2011-2012 (101), le taux de récidive légale en matière criminelle était de 6 % (n = 160). En matière délictuelle, il était de 11,1 % (n = 52993). Ces taux augmentent progressivement depuis 2006 où ils étaient respectivement de 3,9 et 7 %.
Le taux de récidives spécifiques d'homicides volontaires a, lui, très peu varié depuis 2006 oscillant principalement entre 15 et 16 cas annuels (11 en 2008) (Figure 5).

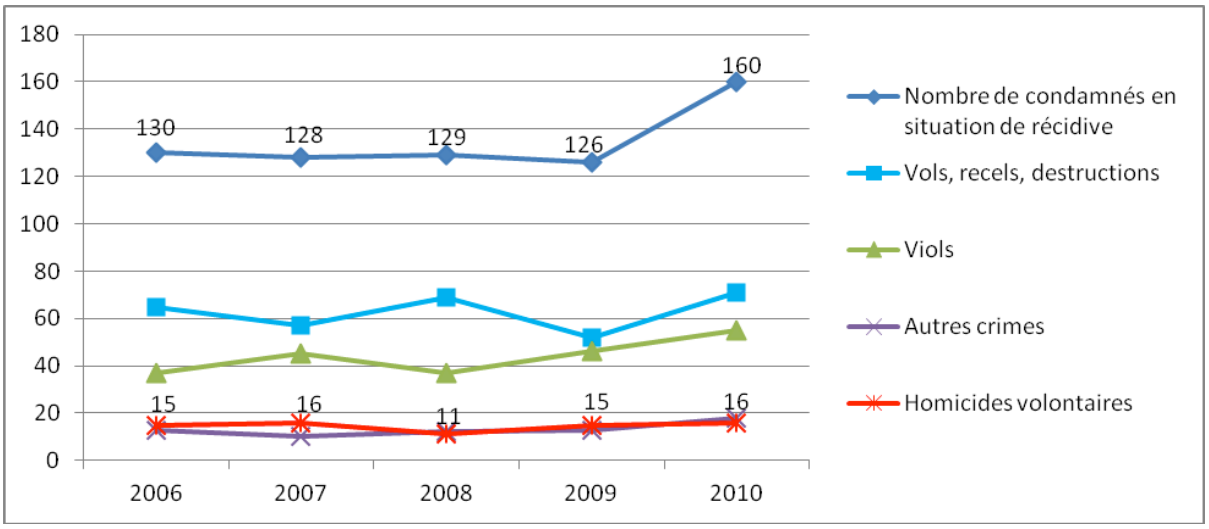


Figure 5 : Évolution du nombre de condamnés pour crimes en récidive légale de 2006 à 2010 en France (Source Annuaire Statistique de la Justice 2011-2012)

Nous allons maintenant nous intéresser aux aspects épidémiologiques de la récidive du sujet présentant un trouble psychiatrique. Pour cela, nous avons réalisé une revue de la littérature sur les articles publiés en anglais et en français concernant la récidive. Toutes les études prospectives et rétrospectives, multicentriques, les méta-analyses ainsi que les revues de littérature ont été recherchées.

Les populations étudiées concernaient les individus en état de récidive « de fait » afin de déterminer la proportion de patients présentant un trouble mental parmi eux.

Les articles les plus importants de ces dernières années traitant de la récidive étaient inclus dans la revue de littérature. Nous avons sélectionné dans un premier temps, les articles traitant de la récidive au sens large, puis, dans un second temps, ceux traitant spécifiquement de la récidive d'homicide.

La banque de données informatisée Pubmed (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) a été interrogée régulièrement en utilisant les mots-clés suivants, « homicide recidivism », « serial homicide », « multiple homicide », « violence », « crime », « mental disorders », « schizophrenia ». Cette recherche électronique a été complétée par une recherche manuelle des références citées dans les articles retenus.

Notre recherche telle que décrite ci-dessus rapporte 29 articles.

3.3.1. MESURE DE LA RÉCIDIVE AU SENS LARGE

Dans les années 90, Victoria HARRIS et son équipe ont réalisé plusieurs études sur le thème de la récidive aux États-Unis. Dans la première (102), en 1993, les auteurs ont tenté de mettre en place un instrument actuariel de prédiction des crimes violents, en suivant pendant sept ans en moyenne, 618 sujets masculins condamnés pour des infractions graves. 332 d'entre eux avaient été admis dans un établissement psychiatrique à sécurité maximale et 286 avaient été incarcérés. Parmi eux, 191 sujets (31 %) ont récidivé de manière violente. Les auteurs n'ont pas cependant pas retrouvé de différences significatives entre les données sociodémographiques des individus condamnés à de la prison et ceux hospitalisés.

En 1996, HARRIS (103) réalise une nouvelle recherche afin de comparer des criminels récidivistes présentant des troubles mentaux à des criminels récidivistes indemnes de troubles. Comme dans la première étude, les auteurs n'ont pas mis en évidence de différences significatives entre les données sociodémographiques des deux groupes. 42,9 % (n = 3 sur 7) des patients initialement traités par neuroleptiques et 58,3 % (n = 7 sur 12) des patients diagnostiqués psychotiques ont été arrêtés pour une nouvelle infraction durant les 4 ans de suivi de l'étude. Les auteurs soulignent cependant, les limites de l'étude telle que la taille de l'échantillon qui ne permettait pas de trouver de significativité aux différences.
Le type de criminalité étudié par HARRIS était classé selon un index de crime et prenait en compte entre autres : le vol, le viol, la prostitution, la destruction de biens, le délit de fuite,...

En 1995, MODESTIN et AMMANN (104) mettent en évidence en Suisse, un taux de récidive criminelle statistiquement plus important chez les malades mentaux que dans la population générale (pour les hommes : 8,5 versus 3,8, et pour les femmes : 3,6 versus 1,6). Les auteurs ne précisent pas le type de criminalité.

En 1998, une méta-analyse a été menée par BONTA *et al.* (105) afin de déterminer si les facteurs associés à la récidive chez les délinquants atteints de troubles mentaux étaient différents de ceux des délinquants sains. Les principaux facteurs associés à la récidive étaient les mêmes pour les individus souffrant de troubles mentaux que pour les individus sains, les antécédents criminels étant les meilleurs

prédicteurs. Les résultats suggèrent donc que l'évaluation des risques des patients atteints de troubles mentaux pourrait être améliorée en s'attachant davantage à la littérature criminologique et moins aux modèles de psychopathologie.

En 1998, VENTURA *et al.* (106) ont suivi pendant trois ans après leur libération d'une prison de l'Ohio, une cohorte de 261 détenus présentant un trouble mental de l'axe I et II selon le DSM-III-R. 188 sujets (72 %) ont été arrêtés une nouvelle fois durant la période de suivi selon les motifs : délits violents (23 %), crimes non violents (19 %), délits non violents (14 %), crimes violents (11 %), violations des règles de liberté conditionnelle (5 %). Quand elle a eu lieu, la ré-arrestation s'est faite rapidement après la libération, moins de six mois dans 41 % des cas et moins d'un an dans 53 % des cas. Les auteurs ont également mis en évidence une association de la récidive avec le jeune âge, le chômage, l'origine ethnique et les arrestations antérieures. Enfin, ils ont mis en évidence une relation entre prise en charge ambulatoire et délai de récidive (Figure 6). En effet, le délai avant une ré-arrestation était plus important chez les individus bénéficiant d'une prise en charge ambulatoire, principalement durant la première année.

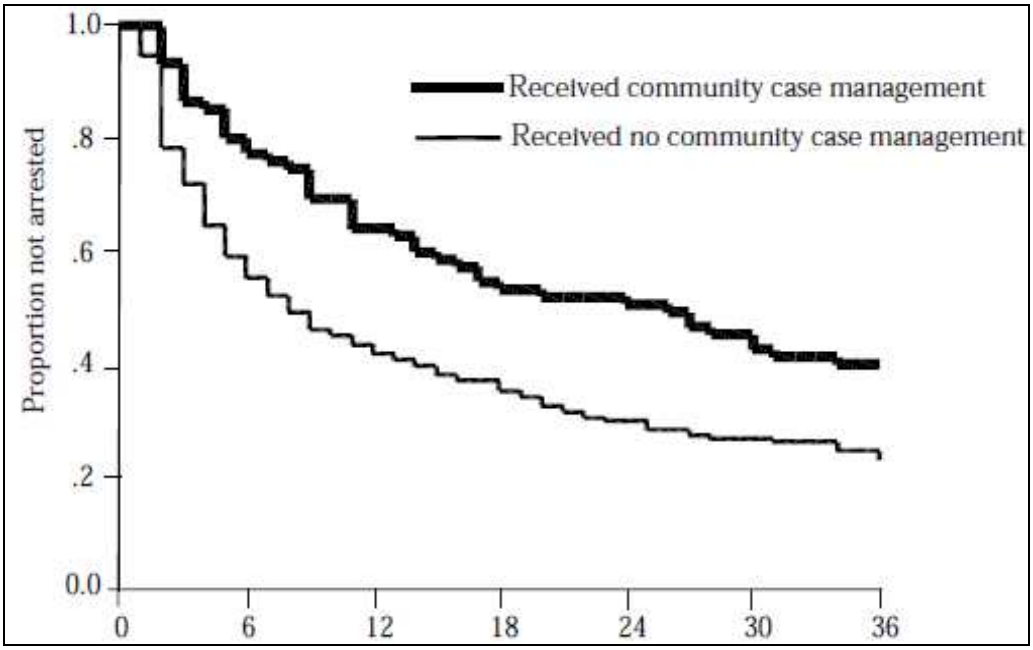


Figure 6 : Délai avant arrestation durant les 3 ans suivant la sortie de prison (106)

En 1999, FRIENDSHIP *et al.* (107) ont étudié la récidive en matière de délinquance de 234 patients hospitalisés en unité de sécurité moyenne de Londres sortis entre 1980 et 1994. 24 % des individus étudiés ont récidivé dont 10 % d'entre eux en commettant des passages à l'acte violents durant la période de suivi (de 6 mois à 14 ans). Les auteurs n'ont pas mis en évidence de lien entre récidive et diagnostic psychiatrique.

PUTKONEN *et al.* (108), en 2003, ont réalisé une étude rétrospective sur 132 femmes auteurs d'homicides ou de tentatives d'homicide afin de comparer le taux de récidive violente de cette population par rapport aux taux de récidive d'une population de femmes délinquantes non homicidaires en Finlande. Au cours de la période de suivi (4 ans en moyenne pour les récidivistes et 12 ans pour les non récidivistes, le suivi de la patiente s'arrêtant lors de la récidive), 23 % des femmes du premier groupe ont commis une nouvelle infraction, de type passage à l'acte violent pour 15 % et homicide pour 3 %. Près de la moitié de tous ces cas s'est réalisée dans les 2 années suivant la première infraction. Parmi ces récidivistes, 81 % avaient un trouble de la personnalité, et 10 % présentaient une psychose. Les auteurs n'ont pas retrouvé de différence statistiquement significative du taux de récidive violente dans les deux groupes de femmes. Les antécédents criminels, antécédents d'alcoolisme ou de toxicomanie et le jeune âge étaient associés à un risque augmenté de récidive rapide.

En 2004, une nouvelle équipe menée par MADEN (109) a cherché à étudier la récidive de 959 patients sortant d'unités de psychiatrie sécurisées d'Angleterre et du Pays de Galles. Parmi eux, 145 (15 %) ont récidivé dans les deux ans après la sortie dont 60 cas de récidives de violence. Le facteur associé à la violence le plus significatif était un antécédent de passage à l'acte violent. Le diagnostic psychiatrique et le nombre d'admissions antérieures en psychiatrie ne sont pas retrouvés comme facteurs de risque. La période de suivi n'est pas précisée par les auteurs.

L'équipe japonaise de YOSHIKAWA *et al.* (110), en 2007, a tenté de déterminer la proportion de récidivistes parmi les individus jugés irresponsables pénalement et les individus ayant bénéficié d'un traitement psychiatrique suite à une atténuation de leur

responsabilité en 1980. 52 des 489 individus (10,6 %) ont récidivé avec des passages à l'acte violents durant la période de suivi s'étendant de la sortie du patient des différentes structures jusqu'en 1991 (durée de suivi moyenne de 10,8 ans). Les facteurs associés retrouvés par les auteurs étaient la consommation de substances, les antécédents de violence, les admissions courtes et l'instabilité du domicile.

En 2007, COID *et al.* (111) ont voulu examiner l'incidence de la récidive et identifier les facteurs de risque de récidive chez 1344 patients sortis de services de psychiatrie sécurisés anglais. Plus d'un tiers des hommes étudiés ont commis une nouvelle infraction pendant la période de suivi (délai sortie d'hospitalisation/fin de période d'étude ou décès : 6,2 ans en moyenne) avec, dans un cas sur six, un passage à l'acte violent. Pour les femmes, la proportion ayant commis une nouvelle infraction était de 1 sur 7 et de 1 sur 20 quand il s'agissait de violence. Les auteurs mettent en évidence des facteurs associés au risque de condamnation pour violence : le sexe masculin, le jeune âge du patient, l'origine ethnique minoritaire, les premiers actes commis durant la jeunesse et les antécédents de violence. Le risque de condamnation pour passages à l'acte violents est également augmenté chez les patients présentant un trouble de la personnalité (de type dyssociale principalement). Il faut également noter que le risque de condamnation pour violence est réduit pour les patients restés hospitalisés pendant deux ans ou plus dans les services de psychiatrie sécurisés.

En 2008, GRANN *et al.* (112) ont cherché à évaluer l'association entre les troubles psychiatriques et le risque de récidive violente. Ils ont examiné une cohorte de 4828 délinquants condamnés pour une première infraction violente, évalués par un psychiatre entre 1988 et 2001 et suivis pendant une moyenne de cinq ans en Suède. Les résultats ont montré que les individus présentant une addiction à une substance ou un trouble de la personnalité avaient significativement un risque plus élevé de récidiver que les autres.

En 2009, BAILLARGEON *et al.* (113) ont réalisé une étude de cohorte rétrospective sur 79211 détenus afin de déterminer si le trouble psychiatrique est un facteur de risque de multiples incarcérations. Les détenus présentant un trouble psychiatrique grave (trouble dépressif majeur, trouble bipolaire, schizophrénie et psychose

chronique) présentaient un risque accru d'être incarcérés plusieurs fois durant la période d'étude de six ans. Le risque le plus significatif était retrouvé chez les individus atteints de troubles bipolaires qui étaient 3,3 fois plus susceptibles d'être incarcérés plusieurs fois que les détenus sans trouble psychiatrique (Figure 7).

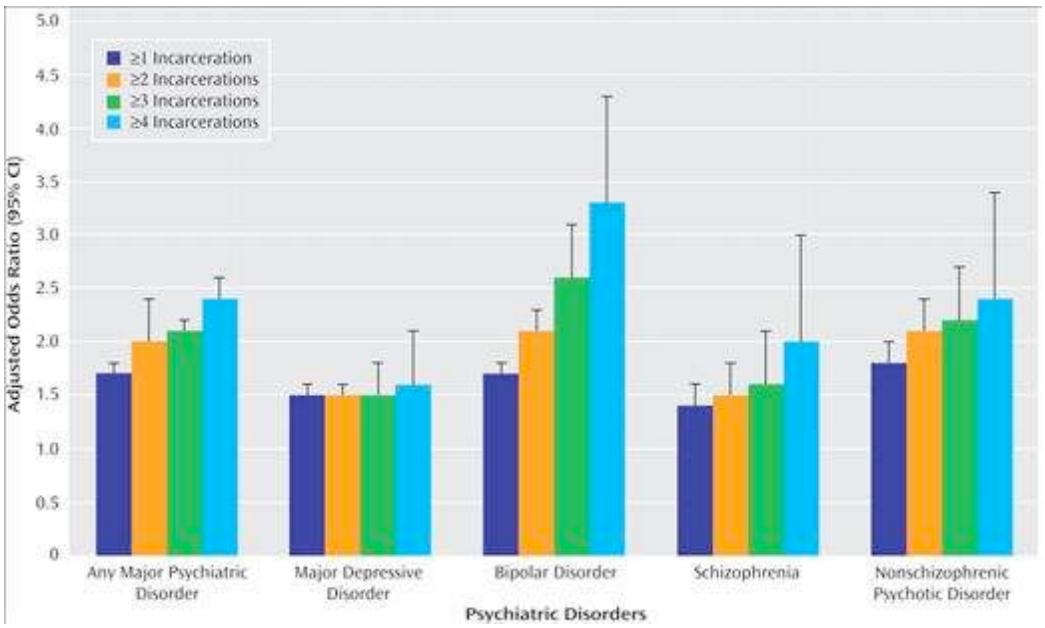


Figure 7 : Nombre d'incarcérations antérieures selon la pathologie psychiatrique (113)

Ces résultats suggèrent donc un plus grand taux de récidives entraînant une incarcération chez les détenus libérés présentant un trouble mental. Cette étude présente plusieurs biais. En effet, les individus ayant été incarcérés à plusieurs reprises ont une plus grande probabilité d'être diagnostiqués comme atteints d'un trouble mental. De plus, les patients présentant un trouble psychiatrique peuvent être réincarcérés plus souvent car, ayant des capacités moindres pour cacher une infraction, ils se font repérer plus facilement.

FAZEL et YU (114), en 2011, ont réalisé une méta-analyse sur le risque de récidive chez les patients souffrant de psychose. Vingt-sept études cas-témoins et longitudinales, publiées entre 1966 et 2009 reportaient le risque de récidive de 3511 patients psychotiques comparé au risque de récidive de 5446 patients présentant un autre trouble psychiatrique et à celui de 71552 individus sains (Tableau 11).

Study Name	Region	Study Type	No. of Case Subjects	No. of Control Subjects	Diagnostic Criteria	Mean Age (y)	Gender	Definition of Cases	Institutional Setting	Follow-up (y)	Comparison Group	Definition of Outcomes
Ganzer and Sarason[41] (M)	United States	Case-control	14	86	NA	15.3	Male	Psychosis	Juvenile rehabilitation institution	2	Other PD	All recidivism
Ganzer and Sarason[41] (F)	United States	Case-control	5	95	NA	14.7	Female	Psychosis	Juvenile rehabilitation institution	2	Other PD	All recidivism
Payne et al[46]	United Kingdom	Cohort	93	31	NA	NA	Mixed	Schizophrenia	General psychiatric or special (secure) hospital	NA	Other PD	All recidivism
Quinsey et al[47]	Canada	Cohort	38	53	NA	32	Male	Psychosis	Maximum secure hospital	NA	Other PD	All recidivism
Tennent and Way[51]	United Kingdom	Cohort	32	374	NA	NA	Male	Schizophrenia	Special (secure) hospital	8.8	Other PD	Violent recidivism
Yesavage et al[55]	France	Cohort	229	981	*DSM-III*	NA	Mixed	Schizophrenia	Special (secure) hospital	22	Other PD	All recidivism
Bieber et al[39]	United States	Cross-sectional	48	84	NA	NA	Mixed	Psychosis	NGRI (hospitalized)	NA	Other PD	All recidivism
Komer and Galbraith[43]	Canada	Cohort	15	15	NA	28.4	Mixed	Schizophrenia	Held on warrant in community	14.8	Other PD	All recidivism
Bailey and Macculloch[37]	United Kingdom	Cohort	47	65	*DSM-III-R*	>30	Male	Schizophrenia	Special (secure) hospital	3.28	Other PD	All recidivism
Harris et al[14]	Canada	Cohort	143	475	*DSM-III*	27	Male	Schizophrenia	Half from secure hospital and half were assessed briefly in secure hospital	6.8	Other PD	Violent recidivism
Russo[49]	Italy	Cohort	43	48	NA	40	Male	Psychosis	Maximum secure hospital	5	Other PD	All recidivism
Rice and Harris[48]	Canada	Cohort	126	321	*DSM-III*	>30	Male	Schizophrenia	Half from maximum secure hospital and half from prison	6.5	Other PD	Violent recidivism
Harris and Koepsell[42]	United States	Cohort	12	24	NA	NA	Mixed	Psychosis	Psychiatric hospital	NA	No PD	All recidivism
Ventura et al[52]	United States	Cohort	42	133	*DSM-III-R*	28.7	Mixed	Schizophrenia	Jail	3	Other PD	All recidivism
Singleton et al[50] (M)	United Kingdom	Cohort	49	1058	*DSM-IV*	NA	Male	Psychosis	Prison	NA	Other PD	All recidivism
Singleton et al[50] (F)	United Kingdom	Cohort	56	513	*DSM-IV*	NA	Male	Psychosis	Prison	NA	Other PD	All recidivism
Moscatello[45]	Brazil	Cross-sectional	50	50	*ICD-10*	38.9	Male	Schizophrenia	Secure hospital	NA	Other PD	All recidivism
Vermeiren et al[53]	Belgium	Cohort	2	46	*DSM*	16	Male	Psychosis	NA	2	Other PD	All recidivism
Lee[44]	United States	Cohort	39	86	NA	>30	Mixed	Schizophrenia	State hospital or court	11	Other PD	All recidivism
Bertman-Pate et al[38]	United States	Cohort	48	71	*DSM-IV*	38	Mixed	Schizophrenia	Hospital or jail	NA	Other PD	All recidivism
Stadtland and Nedopil[31]	Germany	Case-control	12	36	*ICD-10*	NA	Mixed	Schizophrenia	NA	8.5	No PD	All recidivism
Coid et al[40] (M)	United Kingdom	Cohort	690	422	*DSM-III-R*	31.6	Male	Schizophrenia	Medium secure hospital	6.2	Other PD	All recidivism
Coid et al[40] (F)	United Kingdom	Cohort	71	97	*DSM-III-R*	31.6	Female	Schizophrenia	Medium secure hospital	6.2	Other PD	All recidivism
Yoskikawa et al[56]	Japan	Cohort	315	174	*DSM-IV-TR*	NA	Mixed	Schizophrenia	NGRI (hospitalized)	NA	Other PD	Violent recidivism
Grann et al[16]	Sweden	Cohort	248	159	*DSM-III*	35.7	Mixed	Schizophrenia	Community-based sanctions	4.8	No PD	Violent recidivism
Vitacco et al[54]	United States	Cohort	195	168	*DSM-IV*	41	Mixed	Psychosis	NGRI (released to community after a brief assessment)	2.85	Other PD	All recidivism
Baillargeon et al[15]	United States	Cohort	849	71 333	*DSM-IV*	NA	Mixed	Schizophrenia	Prison	6	No PD	All recidivism

Tableau 11 : Caractéristiques des études rapportant le risque de récidive des patients présentant un trouble psychotique (114)

Les auteurs ont mis en évidence que les individus souffrant de troubles psychotiques ont un risque de récidive :

- supérieur aux personnes indemnes de trouble psychiatrique (OR = 1,6 ; IC95% [1,4-1,8]) ou présentant un diagnostic de dépression (OR = 1,9 ; IC95% [0,9-4,0],
- identique aux patients présentant d'autres troubles psychiatriques (OR = 1,0 ; IC95% [0,7-1,3]) ou présentant un trouble d'abus de substances (OR = 0,9 ; IC95% [0,5-1,4]),
- Inférieur aux individus présentant un diagnostic de trouble de la personnalité (OR = 0,5 ; IC 95% [0,4-0,7]).

Le risque de récidive criminelle des sujets présentant un trouble psychotique était plus important pour ceux ayant été incarcérés (OR = 1,5 ; IC 95% [1,3-2,1]) que pour ceux ayant été hospitalisés (OR = 0, 9 ; IC 95% [0,6-1,5]).

NILSSON *et al.* (115), dans une étude prospective publiée en 2011, ont suivi pendant cinquante-neuf mois, en Suède, 100 individus présentant des troubles mentaux auteurs de crimes violents. Parmi eux, 20 ont récidivé de manière violente alors qu'ils étaient en cours de sanction (n = 6) et après la fin de la peine (n = 14). Les facteurs associés à la récidive retrouvés étaient l'âge lors de la première condamnation et les antécédents familiaux d'abus de substances.

En Suède, BJÖRK *et al.* (116) en 2012, ont étudié les dossiers des 88 délinquants dont la condamnation à un traitement psychiatrique s'est terminée entre 1992 et 2007. Pendant la période de suivi moyenne de 9,4 ans, 38 % de ceux qui étaient encore en vie et qui vivaient encore dans le pays avait commis une récidive criminelle plus ou moins violente. Les troubles liés à l'utilisation de substances étaient significativement associés à un risque de récidive (Hazard Ratio = 4,04, IC 95% [1,51-10,86] ; p = 0,006).

En 2012 et 2013, LUND *et al.* (117,118) ont publié plusieurs études cherchant à mettre en évidence des facteurs associés à la récidive chez les individus présentant un trouble mental en Suède. Ils ont, chaque fois, suivi une cohorte de délinquants présentant des troubles mentaux condamnés à un traitement psychiatrique (n^{2012}=152, n^{2013}=163), une incarcération (n^{2012}=116, n^{2013}=120) ou une peine non

privative de liberté (n^{2012} = 50, n^{2013} = 52) durant une période de 2 à 20 ans. 47 % des individus ont été reconnus coupables de crimes violents au cours du suivi. Dans les deux études, il n'y avait pas de différence significative entre les différents groupes de sanctions cependant les auteurs notent que les sujets incarcérés ou hospitalisés avaient moins récidivé que ceux qui était en liberté conditionnelle ou en probation. L'abus de substances, les troubles de la personnalité associés, le nombre de crimes précédents et l'âge à la première infraction sont évoqués comme des facteurs associés à de nouvelles condamnations violentes.

En 2013, Marieke LIEM a réalisé une revue de la littérature sur la récidive chez les auteurs d'homicide (119). L'auteur a mis en évidence une grande hétérogénéité dans la prévalence de la récidive selon les études variant de 1 à 82 %. Elle explique ces chiffres par la différence d'utilisation de mesure de la récidive, certains utilisant une mesure de la récidive étroite spécifique, comme TIIHONEN ou ERONEN, (que l'on verra dans la deuxième partie), d'autres utilisant une mesure plus large (comme étudié dans cette partie).

SYNTHÈSE DES ÉTUDES

Ces études ont permis de mettre en évidence une proportion de récidive chez les délinquants souffrant de troubles mentaux variant de 1 % à 82 % (102,106,107,109,111,116,119).

FAZEL et YU (114) ont montré que les patients présentant une psychose étaient plus susceptibles de récidiver que les individus sains mais le risque n'était pas supérieur par rapport aux autres troubles (107,109,114). Le risque était moindre cependant que pour les sujets ayant un trouble de la personnalité

BAILLARGEON a lui, mis en évidence une augmentation du risque pour les individus présentant un trouble bipolaire (113).

Dans ces différentes études, les facteurs associés à la récidive chez l'individu présentant un trouble mental sont :

- Les antécédents criminels (105,106,109–111,118),
- Les premiers actes délinquants commis dans la jeunesse (111,115,118),
- La consommation de substances psycho-actives (110,116,118),
- L'instabilité dans l'emploi (106,111),
- L'âge du patient (106),
- L'origine ethnique minoritaire (111).

Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les facteurs associés à la récidive chez les individus présentant un trouble mental et chez les individus sains (101,102).

La proportion de récidive spécifiquement sous la forme de passages à l'acte violents varie elle de 7,5 à 47 % selon les études (106,107,109–111,115).

Cette forme de récidive est principalement retrouvée chez les patients présentant un trouble de la personnalité de type dyssociale (67,111,112,118) et une addiction à des substances psycho-actives (67,112,118).
COID *et al.* ont eux, mis en évidence un taux de récidives violentes inférieur chez les patients ayant été hospitalisés pendant au moins deux ans (111).

3.3.2. MESURE DE LA RÉCIDIVE SPÉCIFIQUE D'HOMICIDE

La récidive dans l'homicide pathologique a encore été peu étudiée. Nous rappelons ici, les principaux travaux de ces dernières années (ANNEXE 1, page 213)

FIORENTINI, en 1979, dans une recherche portant sur 689 rapports d'expertise psychiatrique de sujets, femmes et hommes, inculpés pour assassinat, homicide et tentative d'homicide datant de 1935 à 1977, a mis en évidence 20 cas d'iso-récidive (récidive vraie : répétition d'un homicide) équivalant à un pourcentage de 2,9 %. Les auteurs de ces récidives présentaient dans 10 % des cas un délire alcoolique (jalousie, persécution), dans 5 % un délire de persécution non alcoolique, dans 10 %

une schizophrénie (dont 5 % de forme paranoïde) et dans 50 % des cas un trouble de la personnalité. Les moyens utilisés pour tuer étaient par ordre décroissant de fréquence des armes à feu courtes (revolver) et des instruments tranchants. Le même type d'arme était employé dans la récidive dans 43 % des cas. Dans la quasi-totalité des cas, l'auteur avait entre 20 et 30 ans lors du premier homicide (56).

En Finlande, TIIHONEN *et al.* (120,121) en 1994-1995, ont réalisé deux études portant sur la récidive dans l'homicide. Dans la première, ils ont tenté d'analyser l'association entre trouble psychiatrique et récidive d'homicide. Sur les 254 individus auteurs d'homicide incarcérés (n = 222) ou hospitalisés en milieu sécurisé (n = 32) retrouvés, 13 avaient récidivé (5,12 %). Parmi eux, deux sujets (15 %) souffraient de schizophrénie, les autres présentaient une pathologie alcoolique associée à un trouble de la personnalité de type dyssocial (85 %).
Dans la deuxième étude, les auteurs ont tenté de déterminer le risque de réaliser un nouvel homicide pour des sujets condamnés pour un premier meurtre. Sur les 393 auteurs d'homicide identifiés, treize avaient commis au moins un homicide antérieur (3,3 %). Les résultats ont également montré que les criminels homicidaires sont au moins 10 fois plus susceptibles de commettre un nouveau meurtre que les hommes de la population générale. Pour les délinquants ayant commis au moins quatre crimes violents en plus des homicides, l'odds-ratio était de 14,5 fois par rapport aux autres délinquants (IC 95% [3,3-65]). Le risque de commettre un nouvel homicide était 150 fois plus important pour les multirécidivistes que pour les hommes de la population générale.

En 1996, ERONEN *et al.* (122) ont tenté de déterminer des facteurs associés au risque de récidive d'homicide en étudiant les données de 1584 cas d'homicides dont les auteurs avaient eu une évaluation psychiatrique dans 1089 cas en Finlande. Parmi eux, 36 récidivistes d'homicide ont été identifiés (2,3 %) : 24 étaient alcooliques, 23 présentaient un trouble de la personnalité associé dans la plupart des cas à un alcoolisme, 4 étaient schizophrènes et 2 présentaient une dépression majeure. Les auteurs ont mis en évidence une probabilité de commettre un meurtre 10 fois plus importante chez les hommes auteurs d'un premier homicide que dans la population masculine générale. L'alcoolisme a augmenté le risque de récidive homicide environ 13 fois et la schizophrénie a augmenté ce risque plus de 25 fois.

Au cours de la première année après la sortie de prison, les auteurs d'homicide de sexe masculin étaient environ 250 fois plus susceptibles de commettre des homicides que les individus de la population masculine générale.

En 1999, CUSSON (123) a étudié les données de 131 meurtriers réitérateurs suivis pendant une moyenne de 16,7 ans et issus d'une population de 3854 sujets auteurs d'homicide au Québec entre 1956 et 1995. 336 événements ont été étudiés impliquant 415 victimes au total (1,24 par homicide et 3,17 par meurtrier réitérateur). Le taux de réitération est de 4,6 % parmi tous les meurtriers lorsque la période de suivi est de 15 ans (taux global 3,22 %), il s'agit du taux le plus bas en comparaison avec le taux de réitération des autres crimes. L'auteur met en évidence un risque de commettre un nouvel homicide 74 fois plus élevé pour un meurtrier que pour un individu de la population générale. Environ 2 % (n = 89) de l'ensemble des homicides commis au Québec pendant cette période étaient des *homicides gratuits, sexuels ou de folie*. Parmi eux, le taux de réitérateurs étaient de 15,73 % (n = 14/89), proportion la plus élevée parmi les différentes catégories (règlement de compte 9,23%, associé à un autre délit 3,76 %, indéterminé 2,82 %, querelleur 2,04 %, autre 1,41 %, familial-passionnel 1,3 %).

PUTKONEN *et al.* (108), en 2003, en Finlande, ont réalisé une étude rétrospective sur 132 femmes auteurs d'homicides ou de tentatives d'homicide entre 1982 et 1992. La période de suivi s'étendait à partir de la première infraction répertoriée jusqu'à la récidive, la mort ou la fin du suivi en mai 1999 (durée moyenne pour les récidivistes = 4 ans [1 mois-14 ans], durée moyenne pour les autres = 12 ans [6-17]). Parmi les femmes incluses dans l'étude, 28 % présentaient un trouble psychotique (n = 37 dont 14 avaient un trouble de la personnalité comorbide), 61 % un trouble de la personnalité (n = 80 dont 43 du Cluster B) et 11 % étaient indemnes de trouble mental. Au cours de la période de suivi, 23 % des femmes ont commis une nouvelle infraction (n = 31) dont 15 % était un passage à l'acte violent et 3 % un autre homicide. Parmi les femmes ayant commis un autre homicide, toutes souffraient d'un trouble de la personnalité. 48 % des femmes récidivistes ont commis leur nouvelle infraction dans les 2 années suivant l'homicide ou la tentative d'homicide répertoriés et 80 % l'ont commise dans les 2 années suivant leur sortie de prison ou d'hôpital.

En France, en 2004, SENNINGER *et al.* (96) ont tenté une approche psychopathologique de la dynamique meurtrière de six criminels français « *tueurs en série* ». Les auteurs, dans une revue de la littérature, rappellent que dans la majorité des études, les tueurs en série ne présentent que rarement une pathologie psychotique avérée, mais plutôt un trouble sévère de la personnalité de type antisociale, narcissique ou borderline avec une dimension de sadisme sexuel. SENNINGER cite d'ailleurs DIETZ pour qui « *les tueurs en série souffrent tous d'un désordre mental ; presque tous sont des psychopathes sadiques sexuels, et seulement quelques-uns seraient psychotiques* » (100). Pour les six criminels étudiés, l'auteur retrouve cette dichotomie entre structuration psychopathique avec sadisme sexuel et dimension psychotique. La répétition de l'acte criminel renvoie à la dimension d'un narcissisme pathologique, entrevue par l'histoire tragique de ces hommes, « *qui obtiennent par l'acte, un sentiment d'omnipotence et un vécu d'héroïsation à visée réparatrice ou défensive* ». De plus, ces actes semblent s'inscrire dans une organisation ou dans un mouvement de perversion narcissique pouvant « *colmater ou non une béance et un envahissement psychotique* ».

LE BIHAN et BÉNÉZECH (124), en 2005, ont réalisé une étude descriptive et analytique portant sur douze patients hospitalisés en Unité pour Malades Difficiles française qui avaient récidivé en matière d'homicide. Les pathologies représentées étaient la schizophrénie (50 %, n = 6), le trouble délirant persistant ou délire paranoïaque (17 %, n = 2), le retard mental moyen (17 %, n = 2), le trouble schizo-affectif (8 %, n = 1) et le trouble envahissant du développement (8 %, n = 1). Les auteurs ont également mis en évidence des antécédents criminels et actes de violence associés aux meurtres, comme les coups et blessures volontaires chez 75% des patients ou les tentatives d'homicide dans 50 % des cas.

En 2006, BÉNÉZECH *et al*.font le rapport d'un cas de récidive d'homicide avec cannibalisme. Il s'agit d'un patient de 36 ans, d'origine étrangère, présentant un retard intellectuel, une personnalité psychopathique, une schizophrénie paranoïde et des conduites addictives (95).

En 2013, Marieke LIEM propose une revue de la littérature sur la récidive des auteurs d'homicide (119). Parmi les articles étudiés, seuls trois évoquaient

spécifiquement la récidive d'homicide (Tableau 12). Deux d'entre eux ont déjà été cités. Le troisième est une revue de la littérature de BJØRKLY et WAAGE de 2005 portant sur la récidive d'homicide unique (1 seule victime) dont l'objectif était de déterminer la prévalence de ce type de crime et de caractériser l'agresseur, les victimes et les scènes de crime. Trois études pertinentes ont pu être identifiées et ont mis en évidence une proportion de 1 à 3,5 % de récidive d'homicide et une fréquence importante de troubles de la personnalité et troubles addictifs parmi les auteurs (125).

Study	Country	N	Differentiation	Years follow-up (range)	Recidivism definition	Recidivism (%)
Recidivism of homicide offenders						
Baaij et al. (2012)	Netherlands	621	a) Criminal b) Robbery c) Family sphere d) Arguments e) Else and unknown	4-12	Re-conviction or prosecutorial disposition for criminal law offence	16 Violent 36 Non-violent
Bjørkly and Waage (2005)	Multiple countries	NA	Undifferentiated	2-9	Another homicide	1-3.5
Eronen, Hakola, and Tiihonen (1996)	Finland	1,584	Undifferentiated	13	Another homicide	2.3
Gottlieb and Gabrielsen (1990)	Denmark	52	a) Intrafamilial b) Extrafamilial	9	Registered in Criminal Registry	23 Violent 46 Non-violent
Hagan (1997)	USA	20	Undifferentiated	5-15	Re-conviction for any crime	60
Langan and Levin (2002)	USA	4626	Undifferentiated	3	Re-arrest for any crime	40.7
Loeber et al. (2005)	USA	11	Undifferentiated	10	Self and other-reported violence	82
Neuilly et al. (2011)	USA	320	Undifferentiated	> 5	Re-incarceration for parole violation or any crime	7 Violent 45 Non-violent
Roberts, Zgoba, and Shahidullah (2007)	USA	336	a) General argument b) During felony c) Domestic violence d) After accident	> 5	Parole violation or any criminal charge	51
Tiihonen, Hakola, Nevalainen, and Eronen (1995)	Finland	393	Undifferentiated	NA	Another homicide	3.3

Tableau 12 : Études précédentes sur la récidive des auteurs d'homicide (119)

L'auteur insiste sur la nécessité de nouvelles études sur la récidive générale de l'auteur d'homicide en particulier de la récidive spécifique d'homicide des meurtriers.

En 2013, GOLENKOV *et al.* (126) ont cherché à comparer les caractéristiques cliniques et criminologiques des patients schizophrènes auteurs d'un seul homicide et des patients schizophrènes auteurs de récidive d'homicide entre 1981 et 2010 en Russie. Seize (10,7 %) des 149 auteurs d'homicide souffrant de schizophrénie inclus dans l'étude étaient des récidivistes. Ils ont noté que tous les patients récidivistes vivaient en milieu rural alors que ce n'était le cas que de la moitié (47 %) des patients non récidivistes. L'âge moyen de diagnostic de schizophrénie était de 25,1 ans pour les récidivistes et de 23,5 chez les non-récidivistes. Les récidivistes étaient plus jeunes au moment du premier homicide (29,5 ans contre 34,1 ans) et présentaient plus souvent des traits de personnalité dyssociale. Les auteurs n'ont par contre pas

trouvé de différence significative dans les relations auteurs/victimes et les modalités d'action des homicides (Tableau 13).

	Recidivist	Non-recidivist	Statistic	d.f.	*p*-value
N	16	133			
Male	16	118	FE	1	0.37
Rural residence	16	62	FE	1	<0.001
Age of onset of psychosis (SD)	25.1 ± 4.3	23.5 ± 8.0	$t = -0.78$	147	0.43
Mean age at first homicide (SD)	29.5 ± 9.8	34.1 ± 9.4	$t = 1.87$	147	0.07
Conviction prior to the first homicide	6	47	$\chi^2 = 0.03$	1	0.86
Intoxicated at the time of the homicide	9	62	$\chi^2 = 0.22$	1	0.64
Family history of alcohol misuse	6	22	$\chi^2 = 2.85$	1	0.09
Traumatic brain injury	7	29	$\chi^2 = 2.26$	1	0.10
Dissocial personality traits	5	13	$\chi^2 = 4.34$	1	0.04

d.f. = degrees of freedom; FE = Fisher's exact; SD = standard deviation

Tableau 13 : Comparaison entre sujets schizophrènes auteurs d'un seul homicide et récidivistes (126)

La principale limite de l'étude soulignée par les auteurs est l'impossibilité d'estimer la probabilité d'une récidive d'homicide, la petite taille de l'échantillon ajoutant de l'incertitude à l'estimation. De plus, une partie des non-récidivistes étaient toujours en détention à la fin de la période de suivi et la durée moyenne du suivi des récidivistes était plus longue de 8 ans que celle des non récidivistes (21,3 ans contre 13,1 ans). Les auteurs proposent alors la réalisation d'une plus grande étude qui pourrait être une étude cas-témoins multicentrique. GOLENKOV *et al.* concluent cependant que la proportion élevée de récidives dans les zones rurales où les possibilités de suivi sont relativement faibles fournit une preuve indirecte que le traitement et la surveillance de la maladie peuvent prévenir la violence grave ainsi que la rechute de la maladie.

SYNTHÈSE DES ÉTUDES

Ces études ont permis de mettre en évidence une proportion de récidive en matière d'homicide variant de 1 à 5,1 % parmi les individus auteurs d'un homicide (119–122,125)

Le risque de commettre un homicide serait de 10 à 74 fois plus élevé pour un individu meurtrier que pour un sujet de la population générale (121–123).
Un individu ayant en plus de son homicide, quatre antécédents de crimes violents, serait 14,5 fois plus susceptible de commettre un nouvel homicide qu'un délinquant non meurtrier et 150 fois plus susceptible qu'un sujet de la population générale (121).
Le risque apparaît multiplié par 250 au cours de la première année après la sortie d'hôpital ou de prison.

3.3.3. LES BIAIS DES ÉTUDES

Il faut noter qu'il existe de nombreux biais dans ces différentes études. En effet, le taux de criminalité et d'élucidation des crimes et délits variant selon les pays, la proportion de récidives identifiée s'en trouve différente.

Il existe également des divergences notables des systèmes judiciaires en particulier pour les définitions de crime, délit ou récidive. Les auteurs des différentes études ne précisent que rarement la définition des termes employés, il paraît alors difficile de comparer les différentes études, les termes utilisés différant d'une étude à l'autre.
En effet, la récidive prise au sens légal du terme, est très restrictive. Une étude sur ce sujet n'inclut, alors, que les patients ayant été condamnés antérieurement à un premier crime. Il existe donc un biais de sous-estimation quand le réel but de l'étude est l'analyse du taux de réitération (ou de récidive « de fait »).

La prise en charge et le traitement judiciaire des patients présentant un trouble mental sont également différents selon les pays. En Suède, par exemple, les patients peuvent être condamnés à suivre un traitement psychiatrique. Le taux de récidive peut donc varier en fonction du critère de prise en charge

(incarcération/hospitalisation), les études ne peuvent donc pas être comparées lorsque la prise en charge de cette population de délinquants est différente.

De plus, les troubles mentaux chez les auteurs d'homicide peuvent ne pas toujours avoir été correctement identifiés entraînant un biais de mesure important. En effet, les experts et praticiens des différentes études peuvent ne pas avoir diagnostiqué convenablement les troubles mentaux des individus et entraîner alors des données erronées dans les résultats.

De plus, la plupart des études n'incluent pas les auteurs d'homicide suivi d'un suicide au décours immédiat des faits entraînant une perte de données et d'informations.

Enfin, ces études portent le plus souvent sur de petits échantillons sur des périodes de suivi souvent courtes (et variant entre les études) et un nombre non négligeable de perdus de vue durant l'enquête (sortie d'hospitalisation, d'incarcération).

3.4. CARACTÉRISTIQUES DE LA RÉCIDIVE EN MATIÉRE D'HOMICIDE PATHOLOGIQUE

Peu de travaux ont décrit les caractéristiques de la récidive d'homicide de l'individu présentant des troubles psychiatriques (ANNEXE 1, page 213).
Les caractéristiques sociodémographiques sont étudiées dans 4 recherches portant sur 49 sujets récidivistes homicides, les caractéristiques cliniques sont, elles, étudiées dans 6 recherches portant sur 115 sujets. Enfin, les caractéristiques criminologiques sont envisagées dans 5 recherches portant sur 180 sujets récidivistes homicides.

Les principaux pays où ont été réalisés ces travaux sont la France, la Finlande, le Canada et la Russie.

3.4.1. L'AUTEUR

3.4.1.1. Caractéristiques sociodémographiques

L'auteur d'une récidive d'homicide atteint d'une pathologie mentale est d'âge moyen, il a 27 +/- 1 ans lors du premier homicide et 37 +/- 2 ans lors du second homicide (55,56,122,124,126).
Les hommes semblent plus à risque d'une récidive homicide que les femmes (56,119–123,125).

GOLENKOV met en évidence un domicile en milieu rural des patients récidivistes (126).

Dans une petite étude sur 12 patients, les événements de vie significatifs relevés par LE BIHAN et BÉNÉZECH sont des carences affectives (75 %) ou éducatives (50 %), une séparation parentale dans l'enfance (50 %), une séparation ou une rupture affective dans le couple (42 %), des antécédents judiciaires (42 %), un placement en foyer ou en famille d'accueil (33 %), des violences subies (33 %), le décès d'un parent dans l'enfance (25 %).
Le patient homicidaire récidiviste atteint d'un trouble mental est principalement célibataire 50 %, marié 33 %, divorcé 8 % et en concubinage 8 %. Il n'a pas d'enfants dans 58 % des cas (124).
Le niveau éducatif est le plus souvent peu élevé avec soit une absence de scolarisation (33 %), soit un niveau primaire (33 %), 25 % des patients ne sachant ni lire ni écrire (124). FIORENTINI, en 1979, a également retrouvé un niveau d'instruction ne dépassant pas le primaire dans la quasi-totalité des cas (56).
Les difficultés liées à l'emploi sont fréquentes avec 67 % d'absence de travail lors du premier crime, la moitié des patients étant d'ailleurs sans ressources (124).

Les antécédents criminels sont fréquents (121–124). Pour LE BIHAN et BÉNÉZECH, il s'agit (124) :

- D'atteintes aux personnes (85 %) :
    - 75 % de coups et blessures,
    - 50 % de tentatives d'homicide,
    - 25 % de viol ou tentative,

- 17 % d'exhibitionnisme,

- D'atteintes aux biens (67 %) :
  - 42 % de vols et cambriolages,
  - 33 % d'incendies volontaires,
  - 17 % de dégradations matérielles.

Près de la moitié des patients ont une condamnation antérieure à leur premier homicide et un tiers a été incarcéré au moins une fois (124).

3.4.1.2. Caractéristiques cliniques

Parmi les récidivistes d'homicide, la proportion d'individus présentant des troubles psychiatriques (tous troubles confondus) est évaluée à 100 % par TIIHONEN (120) en 1994 :

- Troubles de la personnalité : 31 à 100 % (56,108,120,122,126),
- Alcoolisme : 66 à 85 % (120,122). Ce trouble addictif multiplierait le risque d'une récidive d'homicide par 13 selon ERONEN (122) par rapport à la population générale.
- Psychose paranoïaque : 17 % (124),
- Retard mental moyen : 17 % (124),
- Schizophrénie : 10 % à 50 % (56,120,122,124). Cette pathologie multiplierait le risque d'une récidive d'homicide par 25 selon ERONEN (122) par rapport à la population générale.
- Trouble schizo-affectif : 8 % (124),
- Trouble envahissant du développement : 8 % (124),
- Dépression majeure : 5 % (122).

On retrouve des antécédents de tentative de suicide dans 25 % des cas. Au moment des faits, la majorité des sujets n'étaient pas suivis et ne recevaient aucun traitement (67 %) (124).

Il faut noter l'importance des comorbidités avec un trouble de la personnalité ou des conduites addictives principalement.

3.4.2. LES CARACTÉRISTIQUES CRIMINOLOGIQUES

3.4.2.1. Mode opératoire

Le lieu du crime est le domicile de la victime dans la moitié des cas, l'extérieur (17%), un établissement de soins (14 %), un domicile commun à l'agresseur et à sa victime (11%), un établissement de détention (6 %), le lieu de travail de la victime (3%) (124).

Les agressions sont exécutées majoritairement dans la journée ou le soir (89 %) (124).

Dans la littérature, le moyen utilisé par le meurtrier récidiviste souffrant d'un trouble mental est (124,126) :

- Une arme d'opportunité dans 51 % des cas,
- Une arme blanche dans 31 à 37,5 % des cas,
- Une arme à feu dans 6 à 31 % des cas,
- Des coups dans 20 à 43 % des cas,
- Un étranglement dans 12,5 à 17 % des cas.

3.4.2.2. L'état mental du patient au moment des faits

Dans l'article de LE BIHAN et BÉNÉZECH, un état délirant au moment des faits est retrouvé dans 14 % des cas (124). Une prise d'alcool avant le crime est évoquée pour 25 % des patients.

3.4.3. LA VICTIME

Dans les différentes études, les victimes sont le plus souvent connues de l'agresseur (74 à 100 % des cas) (124,126).

Un sex ratio de 1,3 femme pour 1 homme est retrouvé (124).

3.4.4. CONSÉQUENCES JUDICIAIRES

Pour l'ensemble des homicides commis, les conséquences judiciaires pour ces patients auteurs d'homicide ont été (122,124) :

- La responsabilisation : 33,3 %,
- L'irresponsabilisation : 11 à 83,3 %.

4. LA PRÉVENTION DE L'HOMICIDE ET DE SA RÉCIDIVE

La prévention de l'homicide et de la récidive homicide du patient présentant des troubles mentaux implique la recherche des facteurs de risque et l'évaluation du potentiel meurtrier.

Au vu de la rareté de cet acte dramatique, les facteurs associés à l'homicide ne sont pas spécifiquement mis en évidence dans la littérature. L'évaluation du risque d'homicide passe donc par l'évaluation de la dangerosité ou plutôt du risque de violence.

Nous allons voir dans un premier temps les facteurs associés à la dangerosité d'un patient ou au risque d'homicide quand ils existent. Nous étudierons dans un second temps, les différentes méthodes d'évaluation actuelles et enfin nous verrons les stratégies de prise en charge préventive de la dangerosité.

4.1. FACTEURS ASSOCIÉS À LA DANGEROSITÉ

De nombreuses études récentes se sont attachées à déterminer les facteurs associés à la dangerosité du patient présentant un trouble mental afin de repérer des profils symptomatiques susceptibles de favoriser la violence. L'homicide étant un évènement relativement rare et les études sur la récidive d'homicide étant exceptionnelles, des facteurs de risque d'homicide ou de récidive d'homicide n'ont pas encore été mis en évidence clairement.
Il nous paraissait intéressant cependant, de présenter les facteurs de risque de violence retrouvés dans la littérature et de rechercher dans les articles portant sur l'homicide ou sa récidive s'il existait des statistiques descriptives comparables.

En décembre 2010, pour l'Audition publique sur la dangerosité psychiatrique, VACHERON et CORNIC ont étudié les facteurs associés à la violence et ont fait une revue complète de la littérature (127).

Nous nous inspirerons de leur écrit et citerons les facteurs généraux et spécifiques associés au risque de violence.

4.1.1. FACTEURS GÉNERAUX

4.1.1.1. Facteurs sociodémographiques

4.1.1.1.1. Âge

Le **jeune âge** (inférieur à 40 ans) est un facteur de risque de violence chez les patients présentant un trouble mental, comme dans la population générale (29,31,128).

L'auteur d'homicide atteint d'une pathologie mentale est également d'âge moyen, entre 27 et 36,4 ans (55,67,72,74,84–87).

Il faut noter que les auteurs de récidive d'homicide semblent tuer, lors du premier épisode, avant les auteurs d'un seul homicide avec un âge de 27 +/- 1 ans. Le deuxième homicide a lieu à 37 +/- 2 ans en moyenne (55,56,122,124,126).

4.1.1.1.2. Sexe

Dans la population générale, les **hommes** sont plus violents que les femmes (29,127).

Cependant, en cas de trouble mental, selon FAZEL *et al.* le risque de présenter un passage à l'acte violent peut être multiplié par huit chez la femme alors qu'il ne l'est que par quatre chez l'homme (29,33). La proportion d'hommes et de femmes à risque de violence s'équilibre donc en cas de trouble mental. Il n'y a donc pas de différence significative entre le taux de femmes et d'hommes violents.

Cependant, les hommes seraient responsables de blessures plus graves que les femmes, les violences seraient donc plus souvent prises en compte dans les études (29,127).

En effet, dans les articles sur l'homicide (55,67,84–87) et la récidive d'homicide (56,119–123,125), le genre masculin paraît plus à risque que le genre féminin.

4.1.1.1.3. Niveau socio-économique

Le **bas niveau socio-économique** (absence de logement, chômage, milieu défavorisé) est considéré comme un facteur de risque de violence, en particulier chez les patients atteints de schizophrénie (31).
Cependant, les résultats peuvent diverger selon les études. En effet, MILLAUD et DUBREUCQ, en 2005, indiquent que le risque de violence ne dépend pas réellement du milieu socioculturel : la prise en compte de certains facteurs (exposition à des groupes violents, utilisation de services cliniques) ne rendant plus significative l'association entre les éléments sociodémographiques et la violence (67).

Les constatations de conditions sociodémographiques défavorisées sont cependant également faites dans la plupart des études sur l'homicide et sa récidive, à l'image de GOLENKOV en 2013 qui a étudié la récidive d'homicide du patient schizophrène et qui a retrouvé parmi les patients récidivistes une grande majorité de domiciliation rurale qu'il associe principalement à un manque d'accès aux soins mais également à un niveau socio-économique bas (126).

Il faut noter que des facteurs protecteurs de la violence sont mis en évidence dans certaines études tels que l'existence d'un cadre familial soutenant, d'un support social, d'une attitude positive avec l'autorité et l'importance d'un réseau de réhabilitation mis en place à l'extérieur dès la sortie de l'hôpital (29,127).

4.1.1.1.4. Niveau d'éducation

L'échec scolaire ou le **faible niveau scolaire** est associé à un taux important de violence chez les patients présentant un trouble mental (127).

RICHARD-DEVANTOY, en 2009 étudiant une population de 210 meurtriers dont un cinquième était atteint d'un trouble mental, a retrouvé un niveau éducatif primaire pour 56,7 % des individus, secondaire pour 38,2 % et très rarement supérieur (4,3%) (74).

FIORENTINI (56), LE BIHAN et BÉNÉZECH font les mêmes constatations pour les patients récidivistes. Ces derniers retrouvent chez les patients récidivistes 33 % d'absence de scolarisation et 33 % de niveau primaire (124).

4.1.1.1.5. Statut marital

La question du statut marital est discutée selon les études. En effet, certains auteurs auraient montré que le célibat est un facteur protecteur du risque de violence du fait de l'absence d'entourage direct pouvant être potentiellement victime de violence, ce qui diminuerait le nombre de passages à l'acte. D'autres auteurs classent le célibat dans les facteurs de risque de violence pouvant témoigner d'une mauvaise insertion sociale (127).

RUSSO *et al.* en 2003 (84) ont effectivement trouvé une proportion de célibat plus importante chez les patients atteints d'un trouble psychiatrique auteurs d'un crime non violent (76 %) que chez les patients meurtriers atteints d'un trouble mental (44%). Elle l'explique par la différence d'âge entre les deux populations (les auteurs d'homicide étant plus âgés que les autres donc plus souvent en couple) et par la fréquence de situations de stress dues aux responsabilités du statut marital.
RICHARD-DEVANTOY *et al.* (74,87) ont retrouvé dans une étude portant sur 210 meurtriers une proportion de 36,2 % d'individus mariés, de 14,8 % d'individus en concubinage et de 34,3 % d'individus célibataires. Les auteurs ont ensuite étudié spécifiquement une population de quatorze schizophrènes parmi les 210 meurtriers et retrouvent 92,9 % de célibataires. Le statut marital dépendrait donc également de la pathologie mentale du sujet.

Concernant les patients récidivistes, LE BIHAN et BÉNÉZECH rapportent 58 % de célibat parmi leurs patients (124)

4.1.1.2. <u>Antécédents et évènements de vie</u>

Les antécédents personnels sont des « facteurs statiques » persistant dans le tableau clinique.

4.1.1.2.1. Événements de vie

Comme dans la population générale, un environnement familial perturbé voire pathologique (incitation aux violences,…) est un facteur de risque de violence pour le sujet atteint de trouble mental (127).

Des **événements de vie significatifs** ont été retrouvés dans de nombreuses études portant sur la dangerosité, l'homicide et la récidive du patient présentant un trouble psychiatrique (56,87,124) :

- Antécédents de victimation dans l'enfance (violences physiques ou abus sexuels),
- Décès d'un membre de la famille durant l'enfance,
- Placement en foyer ou en famille d'accueil dans l'enfance ou l'adolescence,
- Séparation parentale,
- Carences affectives et éducatives.

Il faut noter également que les sujets atteints de troubles mentaux semblent plus souvent victimes de violence que les individus indemnes de tout trouble, jusqu'à 2,5 fois plus selon HIDAY *et al.* (129).

4.1.1.2.2. Antécédents de violence

Les **antécédents personnels de violence** apparaissent comme les meilleurs prédicteurs de violence future (127). Le jeune âge au moment du premier fait délinquantiel augmente le risque de passage à l'acte futur (130).

BONTA *et al.* (105) dans une méta-analyse sur les facteurs associés à la récidive chez les délinquants atteints de troubles mentaux, ont mis en évidence que les principaux facteurs de risque de récidive violente étaient les antécédents criminels et de condamnations.

L'antécédent d'homicide paraît être également le meilleur prédicteur de récidive d'homicide. En effet, un individu meurtrier aurait 10 à 74 fois plus de risques de

commettre un nouvel homicide qu'un individu de la population générale selon TIIHONEN et ERONEN et CUSSON (121–123).

4.1.1.2.3. Antécédents de troubles des conduites

Les **troubles des conduites** dans l'enfance apparaissent comme un facteur associé à la violence chez les patients atteints d'un trouble mental comme dans la population générale (127).

ARSENEAULT *et al.*, en 2000, (45) ont réalisé une étude sur la prévalence des troubles mentaux et des passages à l'acte violents chez 961 jeunes de moins de 21 ans. Les auteurs ont montré que l'existence d'un trouble des conduites dans l'adolescence augmentait le risque de consommation de cannabis et de violence chez les adultes jeunes.

HODGINS *et al.,* en 2008, (131) ont cherché à évaluer l'association du risque de violence avec l'antécédent de troubles des conduites chez les patients présentant une pathologie mentale grave sur une cohorte de 205 patients. Un antécédent de trouble des conduites avant l'âge de 15 ans a été associé à un risque accru d'agression sur la vie entière (Odds Ratio = 3,98 ; IC 95% [1,87-8,44]), dans les six derniers mois (OR = 2,66 ; IC 95% [1,24-5,68]) et à un risque accru de condamnations pour crimes violents (OR = 3,19 ; IC 95% [1,46-6,97]).

4.1.1.2.4. Troubles neuropsychologiques

Des troubles neuropsychologiques ont été mis en évidence comme facteur associé au risque de violence chez les patients présentant un trouble mental. En effet, une **atteinte cérébrale**, en particulier au niveau du lobe frontal comme dans certaines psychoses dites « déficitaires » augmenterait le taux de violence. Les auteurs l'expliquent par une diminution des capacités de contrôle des pulsions et de gestion de la colère (127).

L'**épilepsie temporale** a aussi été mise en évidence comme facteur associé au risque de violence. Elle doit donc être également recherchée en cas de crises colériques et agressives imprévisibles (128).

Un lien entre **traumatisme crânien** et comportement violent a également été mis en évidence dans plusieurs études. Dans l'étude de LE BIHAN et BÉNÉZECH de 2005 sur la récidive d'homicide, cinq patients présentent un antécédent de traumatisme crânien avec perte de conscience (42 %) (124).

Enfin, chez les patients âgés, les différents types de **démences** en particulier la démence sénile semblent à risque de violence (128).

4.1.1.3. Comorbidités

4.1.1.3.1. Abus de substances

Toutes les études s'accordent pour mettre en évidence une augmentation du risque de violence du patient présentant un trouble mental en cas de comorbidités avec une substance psycho-active, quelle qu'elle soit (alcool, cannabis,…) (127).

SWANSON en 1990 (31), ont étudié les passages à l'acte violents chez 10 059 individus. Les résultats ont montré que la proportion de patients schizophrènes avec une comorbidité d'abus de substances présentant un antécédent de violence dans l'année était 2,4 fois plus importante que la proportion de schizophrènes sans comorbidité. Concernant les troubles de l'humeur, la comorbidité entrainait une multiplication par 2,6 de la proportion de passages à l'acte violents dans l'année.

La comorbidité d'abus de substances psycho-actives est également fréquemment retrouvé chez les patients auteurs d'homicide (10 à 70 %) (55,61,64,67,69–73,75,76,80,81,84–87) ou de récidive d'homicide (76,124).

4.1.1.3.2. Troubles de la personnalité

Une comorbidité d'un trouble mental grave avec une personnalité pathologique principalement antisociale est retrouvée fréquemment chez les auteurs de violence ou d'homicide (55,61,64,67,69–73,75,76,80,81,84–87).

HODGINS *et al.* (36), en 1999, ont suivi, pendant deux ans, 104 patients présentant un trouble mental grave (trouble de l'humeur ou schizophrénie). 64 % des patients schizophrènes condamnés pour un acte de violence présentaient un trouble de la personnalité antisociale alors qu'ils étaient 21 % dans le groupe de schizophrènes non condamnés. Cependant, chez les patients présentant un trouble de l'humeur, il n'existait pas de différence dans la prévalence du trouble de la personnalité antisociale entre les condamnés et les non condamnés.

Concernant l'homicide spécifiquement, un diagnostic de trouble de la personnalité est retrouvé chez 4 à 51 % des auteurs d'homicide présentant un trouble mental (55,61,64,67,69–73,75,76,80,81,84–87). Ce trouble multiplierait le risque de commettre un homicide par 10. Quand on considère spécifiquement la personnalité antisociale, ce risque serait multiplié par 15 (61).

Dans leur étude descriptive et analytique portant sur douze patients homicidaires récidivistes hospitalisés à l'UMD de Cadillac de 1990 à 2005, LE BIHAN et BÉNÉZECH ont mis en évidence une proportion de 25 % de personnalités antisociales et 17 % de personnalités paranoïaques (124).

Il faut bien noter que les troubles de la personnalité et l'abus de substances psycho actives sont souvent associés. En cas d'homicide ou de passage à l'acte violent, l'étiologie de ce comportement est alors difficilement déterminable, les deux troubles favorisant le risque de violence et d'homicide.

4.1.1.4. Facteurs contextuels

En 1996, SENNINGER et FONTAA ((132) cités par Mélanie VOYER en 2008 (128)), ont étudié le contexte de vie stressant vécu par les schizophrènes l'année écoulée

avant leur passage à l'acte criminel. Les auteurs ont mis en évidence que le nombre d'événements de vie stressants était environ trois fois supérieur chez les patients schizophrènes criminels que chez les non criminels.

En effet, différentes études ont montré la présence de facteurs contextuels au passage à l'acte violent comme (127) :

- Le fait d'être **victime de violence** dans l'année :

De nombreuses études ont montré que les patients présentant un trouble mental grave sont beaucoup plus à risque d'être victimes de violence que la population générale, jusqu'à fois 2,5 fois plus selon HIDAY (129).

- Une **rupture affective**,
- La **perte d'un emploi**.

4.1.1.5. Facteurs liés aux soins

4.1.1.5.1. Déni des troubles

L'**anosognosie** des patients semblent être un facteur associé au risque de violence. (127).

Dans la recherche de VOYER en 2008, l'auteur a montré que les patients étudiés (auteurs d'un acte de violence lors d'une hospitalisation) présentaient pour la plupart une incapacité à reconnaître leur trouble et les conséquences de leurs actes (128).

Certaines études ont également montré que le déni partiel ou total de la maladie du patient par ses proches représenterait un risque augmenté de violence (127).

4.1.1.5.2. Rupture de soins

La **rupture de soins** et une **mauvaise observance thérapeutique** paraissent être des facteurs associés à la violence des patients présentant un trouble mental (127).

LE BIHAN et BÉNÉZECH, dans un article sur le parricide en 2004, ont étudié les dossiers de 42 patients. Un refus de soins ou l'arrêt du suivi et du traitement avant les faits homicides sont constatés dans 64,3 % des cas (133).
Dans leur étude de 2005 portant sur douze patients homicidaires récidivistes, 67 % des individus n'étaient pas suivis à l'époque des faits criminels et ne recevaient aucun traitement (124).

COID en 2007, dans une étude sur l'incidence de la récidive des patients suivis en psychiatrie a d'ailleurs montré que le risque de condamnation pour violence diminuait pour les patients restés hospitalisés pendant au moins deux ans dans les services de psychiatrie sécurisés (111).

Ceci rejoint les données concernant le déni des troubles, les patients ne se considérant pas malades, ne se traitent pas en conséquence.

4.1.1.5.3. Alliance thérapeutique

Des bons résultats thérapeutiques sont souvent liés à une alliance thérapeutique de bonne qualité (127). En effet, la prise en charge relationnelle paraît très importante dans la prévention des rechutes et de la dangerosité.

Une **mauvaise alliance thérapeutique** est souvent en lien avec un déni des troubles et entraînera par là même une rupture de soins et une mauvaise observance thérapeutique.

4.1.1.5.4. Capacité à demander de l'aide

La littérature montre qu'il existe une corrélation positive entre passages à l'acte violents et **l'incapacité à demander de l'aide**.

En effet, un déni des troubles associé à une mauvaise alliance thérapeutique entraînera dans un grand nombre de cas, une incapacité à demander de l'aide par le patient et donc une augmentation du risque de violence (127).

4.1.1.6. Facteurs biologiques

Plusieurs études ont mis en évidence le rôle d'un **dysfonctionnement sérotoninergique** dans l'agressivité (134).

En 1989, en Finlande, VIRKKUNEN *et al.,* en se basant sur des travaux plus anciens, ont étudié la relation entre des variables psychobiologiques (acide 5-hydroxyindolacétique 5-HIAA, acide homovanillique HVA et nadir glycémique) et la récidive chez 58 délinquants violents suivis pendant 3 ans après leur sortie de prison. Les individus ayant commis une nouvelle infraction violente avaient un déficit de 5HIAA et HVA dans le liquide céphalo-rachidien et un nadir glycémique significativement inférieur au taux des non récidivistes. Une analyse discriminante, fondée sur le nadir de la glycémie (après test au glucose) et la concentration de 5HIAA dans le liquide céphalorachidien a permis de classer correctement 84,2 % des sujets (récidivistes ou non). Pour les auteurs, les variables psychobiologiques ont un pouvoir prédictif beaucoup plus important que n'importe quelle variable comportementale. Un traitement par sérotonine pourrait améliorer la dimension impulsive de ces patients qui présentent pour la plupart un déficit en 5 HIAA (135,136).

4.1.2. FACTEURS SPÉCIFIQUES AUX PATHOLOGIES

Nous allons maintenant étudier les facteurs spécifiques associés à la violence des patients présentant différentes pathologies.

4.1.2.1. Facteurs spécifiques à la schizophrénie

La schizophrénie est diagnostiquée chez 5 à 10 % des auteurs d'homicide (61,64,66–68,70–72,74–76).
Quand on ne considère que les auteurs d'homicide présentant un trouble mental, 43 à 80 % présentent un trouble psychotique (55,61,64,67,69–73,75,76,80,81,84–87).
Les études ont d'ailleurs montré que le risque de commettre un homicide pour le schizophrène est multiplié par 2 à 16 fois par rapport à un individu de la population générale (61,62,65,79,81).

Le type de schizophrénie et les facteurs cliniques entrent aussi en jeu dans le risque de violence ou d'homicide.

4.1.2.1.1. Type

Les données de la littérature ont montré l'importance de prendre en considération le sous-type de schizophrénie dans l'évaluation du risque de violence.
En effet, la forme paranoïde de la schizophrénie (psychose avec délire de persécution sans distinction dans les études) a été évaluée comme présentant le risque le plus élevé de violence (127).

En 2009, RICHARD-DEVANTOY *et al.* (74), ont mis en évidence une proportion de 6,7 % de schizophrénies parmi les 210 sujets homicidaires étudiés dont deux tiers prenaient une forme paranoïde.
LE BIHAN et BÉNÉZECH retrouvaient également 50 % de schizophrénie paranoïde contre 17 % de trouble délirant persistant et 8 % de trouble schizo-affectif parmi les diagnostics de douze patients homicidaires récidivistes étudiés (124).

Cependant, comme nous l'avons déjà dit dans la première partie, les comorbidités associées au diagnostic sont très importantes à évaluer, en particulier les addictions aux substances psycho-actives et les troubles de la personnalité.

En effet, en 2009, FAZEL *et al.* (33) ont montré que pour les schizophrènes, le risque de présenter un passage à l'acte violent était multiplié par 2,8 par rapport à la population générale quand il n'existait pas de comorbidité d'abus de substances alors qu'il était multiplié par 12,2 en cas de trouble addictif comorbide.
Pour SENON, chez les hommes, le diagnostic de schizophrénie associé à une comorbidité d'abus de drogue ou d'alcool multipliait par 17 le risque de commettre un homicide par rapport à la population générale alors que le simple diagnostic de schizophrénie multipliait le risque par 7,3 (40).

Certains auteurs ont même avancé l'idée qu'en l'absence de comorbidités addictives, le diagnostic de schizophrénie n'augmentait pas le risque de violence de façon significative (34).

Concernant les troubles de la personnalité, HODGINS a beaucoup travaillé sur l'association de la schizophrénie et de la personnalité antisociale mettant en évidence que certains patients schizophrènes récidivent non pas à cause de leur psychose mais à cause de l'association entre psychose et trouble de la personnalité (36,41–43).

Il existe pour elle trois types de délinquants dont le trouble mental associe une schizophrénie et des comportements antisociaux, selon l'âge d'apparition et la persistance de ces comportements (Tableau 14) (137) :

Typologie	Apparition	Type de comportements antisociaux
Type 1 « Early starters »	Dans l'enfance ou l'adolescence, avant le premier épisode de schizophrénie	Condamnations fréquentes avant le premier épisode de schizophrénie
Type 2	Après le premier épisode de schizophrénie	Comportements hétéro-agressifs répétés
Type 3 « Late starters »	Après 30-40 ans, évolution chronique de la schizophrénie	Violences graves jusqu'à un homicide

Tableau 14 : Typologie des délinquants schizophrènes selon HODGINS (137)

Il faut effectivement bien noter qu'en cas de comorbidités, l'étiologie d'un comportement violent peut être difficile à déterminer surtout quand les deux facteurs peuvent faciliter des passages à l'acte (127).

4.1.2.1.2. Facteurs cliniques

- *Symptomatologie positive*

En ce qui concerne la clinique du trouble, les données de la littérature montrent que la présence de symptômes positifs est associée à un risque de violence accru.

Les délires de persécution avec syndrome hallucinatoire et syndrome d'influence, idées de grandeur et excitation psychomotrice sont classiquement décrits chez les patients violents (29,127).

TAYLOR (1985, cité par VOYER en 2008 (128)) a montré que 93 % des 121 détenus psychotiques interrogés avaient des symptômes psychotiques positifs au moment du passage à l'acte criminel et cinquante-deux patients avaient d'ailleurs directement été influencés par ceux-ci. Parmi eux, 90 % présentaient des idées délirantes et 10% des hallucinations.
En caractérisant l'état mental des récidivistes d'homicide au moment des faits, LE BIHAN et BÉNÉZECH n'avaient mis, eux, en évidence que 14 % des patients présentant des hallucinations au moment des faits.

L'étude des symptômes positifs est difficilement réalisable et on se doit d'être prudent dans l'interprétation des chiffres. En effet, les études sont principalement rétrospectives et se basent sur les dires du patient ou l'interprétation de l'expert ce qui peut montrer de nombreux biais.

- *Longue durée de psychose non traitée*

La durée de psychose non traitée est un facteur associé à la violence controversé dans les études. En effet, certains comme FOLEY montrent qu'elle n'aurait pas d'influence et d'autres comme LARGE ou NIELSSEN ont montré une association à un risque de violence hétéro-agressive (cités par VACHERON (127)).

- *Symptomatologie dépressive*

Plusieurs études montrent qu'avant le passage à l'acte, il existe fréquemment une symptomatologie dépressive ou des tentatives de suicide.
SWANSON *et al.* en 2006 (138), ont évalué la violence de 1410 schizophrènes dans les six mois précédant l'étude. Les auteurs ont mis en évidence une proportion de 19,1 % de comportements violents dont 3,6 % de comportements de violence graves. Les violences majeures étaient principalement associées aux symptômes dépressifs ou psychotiques, à des troubles des conduites dans l'enfance ou l'adolescence, à une personnalité psychopathique sous-jacente ou à une addiction à des substances psycho-actives (alcool ou drogues).

Parmi les patients récidivistes de LE BIHAN et BÉNÉZECH, 25 % avaient des antécédents de tentative de suicide, un patient avait d'ailleurs tenté de se suicider immédiatement après son premier crime (124).

4.1.2.2. Facteurs spécifiques aux troubles de l'humeur

Les études concernant le risque de violence ou d'homicide en cas de troubles de l'humeur sont rares comparées aux études concernant spécifiquement la schizophrénie (139).
Dans les différentes études sur l'homicide, les troubles de l'humeur représentent une proportion de 15 à 19 % parmi les patients présentant un trouble mental (55,61,64,67,69–73,75,76,80,81,84–87).

4.1.2.2.1. Type

Selon VACHERON et CORNIC, les troubles de l'humeur les plus fréquemment retrouvés dans les études sur la violence des patients présentant un trouble psychiatrique sont les troubles bipolaires de type 1 et les épisodes dépressifs majeurs (127).

En 2009, GRAZ *et al.* (140) ont recherché le rapport entre trouble bipolaire et risque de comportement violent. Pour cela, ils ont étudié les dossiers de 1561 patients souffrant d'un trouble bipolaire et ont mis en évidence une proportion de condamnation de 15,7 % chez les patients maniaques (n = 14 sur 89) et de 1,42 % chez les patients présentant un trouble dépressif majeur (n = 10 sur 702). Cependant les auteurs soulignent l'importance d'étudier les autres facteurs associés comme le genre masculin, le statut marital, un abus de substance ou un trouble de la personnalité associé.

VOLAVKA, en 2012, (35) rappelle les résultats de l'étude NESARC de PULAY *et al.* en 2008, qui avaient mis en évidence une prévalence de comportements violents de 25,34 % pour les patients présentant un trouble bipolaire de type 1 et de 13,58 % pour les patients présentant un trouble bipolaire de type 2.

D’autres études ne retrouvent pas de différence significative entre les différents sous-types de troubles.

En effet, en 2010, FAZEL *et al.* (37) ont réalisé une étude longitudinale et une revue de la littérature afin d’évaluer l’association entre trouble bipolaire et crime violent. Pour cela, 3743 patients avec un diagnostic de trouble bipolaire ont été suivis et comparés à 37429 individus issus de la population générale. Les résultats ne montrent pas que les épisodes maniaques sont spécifiquement associés à un risque accru de violence par rapport aux épisodes dépressifs (OR = 1,2 ; IC 95% [0,8-1,9]). Il n’existe pas non plus de différence significative entre la proportion de comportement violent des patients maniaques, mixtes ou hypomaniaques par rapport à la proportion chez les patients présentant un épisode dépressif (OR = 1,1 ; IC 95% [0,7-1,7]).

Évidemment, comme nous l’avons déjà dit dans la première partie, les comorbidités associées au diagnostic sont très importantes à évaluer, en particulier les addictions aux substances psycho-actives.

Dans la même étude, FAZEL *et al*. ont mis en évidence l’importance des comorbidités psychiatriques. 8,4 % des patients atteints d’un trouble bipolaire ont commis un crime violent durant le suivi alors que la proportion n’est que de 3,5 % dans la population générale (OR = 2,3 ; IC 95% [2,0-2,6]). Mais en cas de toxicomanie comorbide, le risque augmente (OR = 6,4 ; IC 95% [5,1-8,1]). Les auteurs suggèrent donc la nécessité d’évaluation des patients atteints d’un trouble bipolaire en particulier en cas de comorbidité toxicomane.

Concernant l’homicide spécifiquement, WALLACE, cité par RICHARD-DEVANTOY, indique qu’un trouble affectif multiplierait par 5,4 chez les hommes et par 19,6 chez les femmes le risque de commettre un acte homicide (134).

4.1.2.2.2. Facteurs cliniques

- *Idées délirantes*

Comme dans la schizophrénie, la présence d'idées délirantes, en particulier d'idées de grandeur, mégalomaniaques ou de persécution ont été mises en évidence comme étant des facteurs associés à la violence des patients présentant un trouble de l'humeur (106).

Dans une étude prospective de 26 ans sur 12058 sujets (déjà décrite dans le première partie), TIIHONEN *et al.*(44) ont mis en évidence que le risque d'avoir commis une infraction était multiplié par 3,1 pour le schizophrène, par 5,1 pour le trouble schizo-affectif et par 6,3 pour les troubles de l'humeur avec symptômes psychotiques.

FAZEL *et al.* (37), parmi leurs 3743 patients bipolaires étudiés n'ont pas retrouvé de différence significative entre la proportion de comportement violent des patients présentant un trouble bipolaire avec symptômes psychotiques par rapport au taux de comportements violents des patients bipolaires sans symptômes psychotiques (OR=0,8 ; IC 95% [0,4-1,4]).

- *Impulsivité, hostilité*

L'impulsivité, caractéristique des troubles bipolaires en particulier lors d'épisodes maniaques, peut favoriser l'apparition de comportements violents. VACHERON et CORNIC l'expliquent en fait par l'appétence particulière de ces patients impulsifs pour les substances psycho-actives, l'abus de toxiques étant un facteur de risque de violence important (106).

- *Symptomatologie dépressive et idéation suicidaire*

La littérature montre qu'il existe une corrélation positive entre symptomatologie dépressive ou suicidaire et passages à l'acte violents.

VOLAVKA (35), rappelle dans sa revue de littérature, l'étude d'OQUENDO *et al.* en 2000, de MICHAELIS *et al.* en 2004 et de PERROUD *et al.* en 2011, qui montrent que les patients bipolaires ayant des antécédents de tentative de suicide étaient plus à risque de violence que les autres avec un score d'hostilité plus élevé et souvent une impulsivité accrue.

La fréquence des comportements violents chez les personnes atteintes de trouble bipolaire dépend de beaucoup de facteurs. En effet, l'étude des caractéristiques sociodémographiques et cliniques et la recherche d'une comorbidité associée paraissent primordiales pour l'évaluation de la dangerosité.

Les études recherchant les facteurs associés à la violence et au risque d'homicide des patients présentant un trouble mental sont nombreuses mais leurs résultats sont parfois très hétérogènes. Le risque le plus consensuel paraît être l'existence d'une comorbidité à des substances psycho-actives en particulier à l'alcool.
Les facteurs spécifiques aux différentes pathologies et les symptômes cliniques tels que les idées délirantes ou l'impulsivité paraissent importants à rechercher lors de l'évaluation de la dangerosité même si les différentes études n'ont pas toujours mis en avant les mêmes résultats.

4.1.3. FACTEURS DE PROTECTION

Certains travaux actuels ont cherché à mettre en évidence des facteurs généraux de « protection » diminuant la probabilité d'un nouvel acte criminel (141). La notion de désistance nous semblait importante à citer même si elle ne s'applique pas spécifiquement aux patients présentant des troubles mentaux graves

La **désistance** est un processus non linéaire s'inscrivant dans le temps, au terme duquel l'individu cesse de commettre des infractions. Cette évolution est souvent marquée par la réitération d'infractions plus ou moins graves jusqu'à une sortie progressive de la délinquance.

La désistance primaire désigne une interruption plus ou moins longue des agissements délinquants et peut ainsi être marquée par des épisodes de réitération ou récidive.
La désistance secondaire concerne, elle, une évolution plus profonde et pérenne du comportement du délinquant

Les différents facteurs de désistance identifiés sont :

- L'âge mature,
- Les évènements positifs de la vie (rencontre amoureuse, naissance d'un enfant, obtention d'un emploi stable),
- Le renforcement du capital humain (capacités de communication ou de gestion des émotions),
- Le développement du capital social (intégration dans des réseaux sociaux non délinquants ou développement de compétences personnelles et sociales, insertion professionnelle).

Les articles étudiant spécifiquement la récidive d'homicide des patients souffrant d'un trouble psychiatrique sont rares et il semble primordial d'en réaliser afin de mettre en évidence des facteurs associés au risque de récidive d'homicide pour développer de possibles stratégies de prévention.

Les différentes méthodes actuelles d'évaluation de la dangerosité prennent en compte la plupart des facteurs de risque décrits. Nous allons maintenant exposer les principales.

4.2. L'ÉVALUATION DE LA DANGEROSITÉ

La mission d'évaluation de la dangerosité prend aujourd'hui une place primordiale dans le cadre de l'expertise psychiatrique et même dans l'activité professionnelle du psychiatre (142).
En effet, la Haute Autorité de Santé, dans ses recommandations de 2011 concernant l'évaluation de la dangerosité psychiatrique a indiqué : « *Travailler à la réduction du risque de violence, c'est accomplir un acte éminemment médical. Refuser de mettre en œuvre les meilleures pratiques en matière de prévention, c'est au contraire exposer les patients concernés à des conséquences désastreuses tant pour leurs victimes que pour eux-mêmes… En tant que profession médicale, il est de la responsabilité des psychiatres de pouvoir répondre aux questions suivantes : quel est le risque associé à une situation clinique donnée et comment le réduire ?* » (143).

La société devenant de plus en plus sécuritaire, le développement d'outils d'aide à l'évaluation du risque de dangerosité apparaît nécessaire depuis plusieurs années. Cependant, l'homicide étant un évènement relativement rare et les études sur la récidive d'homicide exceptionnelles, il n'existe actuellement que très peu d'outils d'évaluation du risque d'homicide.

Il nous semblait important de présenter les différentes méthodes actuelles d'évaluation du risque de violence qui peuvent cependant être utilisées avec notre population de patients même si elles n'évaluent pas spécifiquement le risque d'homicide. Nous citerons également deux échelles d'évaluation du potentiel homicidaire.

Il existe différentes méthodes d'évaluation de la dangerosité, l'approche clinique qui s'appuie sur le jugement clinique et l'expérience de l'examinateur, l'approche actuarielle qui utilise des données empiriques afin de déterminer le risque de violence du patient et l'évaluation clinique structurée qui fait intervenir les deux approches simultanément.

4.2.1. L'APPROCHE CLINIQUE

Le jugement clinique non structuré consiste en une rencontre entre l'évaluateur (psychiatre, psychologue,…) et le patient évalué. Elle porte principalement sur l'histoire et l'actualité du patient (facteurs statiques et facteurs dynamiques) (144) et se base sur le jugement du clinicien qui grâce à son savoir, son expérience, son intuition et son entraînement va tenter de déterminer le risque de dangerosité d'un patient.

Durant son évaluation, le clinicien va s'appuyer sur l'anamnèse du patient et rechercher les facteurs associés au risque de violence ou d'homicide retrouvés dans la littérature (page 99) : les facteurs statiques, ne se modifiant pas avec l'évolution du patient et sur lesquels le praticien ne pourra pas intervenir (antécédents de violence, sexe, âge, échec scolaire, rupture parentale avant l'âge de 12 ans,…) et les facteurs dynamiques modifiables par la prise en charge.

- Les facteurs statiques

Le psychiatre recherche les antécédents médico-légaux de son patient. S'il vient de commettre un acte violent, il doit tenter de déterminer l'état mental du sujet au moment du passage à l'acte et l'amener à expliquer ses motivations violentes en recherchant en particulier une possible préméditation ou au contraire une impulsivité. SHEA propose des questions directes afin de cerner la gravité de l'agression (souvent minimisée par le patient) « *Lui avez-vous causé des hématomes ?* », « *A-t-elle eu besoin d'aller aux urgences ?* » (145).
MILLAUD et DUBREUCQ résument les éléments du passage à l'acte à rechercher (146) :

- Le type de manifestation violente observé,
- La cible de la manifestation violente,
- Les conséquences pour la victime éventuelle,
- Le lieu d'exercice de la violence,
- Le temps d'élaboration (impulsif ou prémédité ?),
- L'accessibilité aux armes.

- Les facteurs dynamiques,

Le praticien évalue l'état mental du sujet au moment de l'examen et va s'attacher en particulier, à rechercher une symptomatologie psychotique (idées délirantes de persécution ou injonctions hallucinatoires,…) ou dépressive. Toute modification de la symptomatologie habituelle doit interpeller sur un danger imminent (71,134).
La question d'un passage à l'acte prévu et d'une victime potentielle doit être posée au patient évalué.

L'évaluateur peut également s'aider de tests projectifs tels qu'un test de Rorschach.

DOYLE et DOLAN cités par VOYER (128) ont décrit cinq étapes dans l'évaluation clinique de la dangerosité d'un patient.
La première consiste en la récupération du maximum d'informations sur le patient en faisant appel à de nombreuses sources et en utilisant différentes méthodes d'évaluation.
Durant la seconde et la troisième étape, le praticien s'applique à déterminer les facteurs de risque (historiques, cliniques, environnementaux, contextuels) et les facteurs protecteurs du patient (passés, actuels, contextuels).
La quatrième étape implique l'évaluation du risque de violence à partir des informations obtenues et précise la nature du risque, sa sévérité, son imminence, sa probable évolution, ainsi que les facteurs augmentant ou diminuant ce risque.
Enfin, la cinquième étape permet de proposer une prise en charge adaptée au type de risque (traitement, surveillance,…).

L'approche clinique est une évaluation d'expérience, « subjective » donc non reproductible et critiquée à plusieurs reprises en particulier par MONAHAN qui a estimé que ces prédictions de « *première génération* » n'étaient pas plus précises que le simple hasard (144,147).

C'est dans ce contexte qu'ont été élaborées des échelles actuarielles afin d'éviter ce biais de subjectivité et « d'évaluateur-dépendance ».

4.2.2. LES OUTILS ACTUARIELS

L'approche actuarielle s'est inspirée des techniques statistiques de gestion des risques qui conduisent à la construction de « groupes à risque » permettant d'attribuer à un sujet en faisant partie, un score probable de dangerosité.

Les instruments actuariels vont, à partir d'éléments anamnestiques, cliniques ou sociodémographiques mesurables et chiffrables, permettre de calculer un score. Celui-ci déterminera alors, la probabilité de violence d'un patient.
Ces instruments ne prennent pas en compte les facteurs dynamiques pouvant être modifiables par la prise en charge.

- La *Psychopathie Checklist-Revised* (PCL-R) (148)

Cette échelle, révisée au début des années 1990, permet d'évaluer la dimension psychopathique d'un individu, déterminée à partir de deux facteurs : traits interpersonnels/affectifs et comportements antisociaux (148).
Certaines études ont montré également l'intérêt de décomposer ces facteurs en quatre parties : interpersonnel, affectif, mode de vie, antisocial (149).

Son évaluation se fait à partir d'une lecture des dossiers sociaux, cliniques et institutionnels et de deux entretiens semi-structurés.
Elle est constituée de 20 items cotés de 0 à 2 (0 = absent, 1 = présent de façon peu prononcée et 2 = nettement présent) (150) (ANNEXE 2, page 214).

Le score varie de 0 à 40 avec un seuil de psychopathie variant selon les pays (30 aux Etats-Unis, 25 en Europe). Certains auteurs, au lieu de fixer un seuil, proposent d'évaluer un niveau de psychopathie (faible, moyen, élevé et très élevé).

Cette échelle possède de fortes corrélations avec la récidive criminelle, la violence et la violence sexuelle. Elle est pour certains auteurs le meilleur prédicteur de violence (151).

Il faut noter cependant qu'elle n'est utilisable que pour certaines catégories de populations (médico-légales et psychiatriques médico-légales) et que son utilisation nécessite une formation et une expérience suffisante (137).

Le score à la PCL-R entre en jeu dans plusieurs autres échelles (VRAG et HCR-20).

- La *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG)

La VRAG, une des échelles les plus utilisées, évalue le risque de violence et se base sur l'évaluation de 12 items dont 8 sont associés à un risque de violence accru (un item se base sur le score à la PCL-R) et 4 sont associés à un abaissement de la violence (ANNEXE 3, page 215). Le score obtenu est réparti en 9 catégories et indique la probabilité de violence à 7 et 10 ans (de 0 à 100 %).

Son évaluation se fait à partir de la lecture du dossier du patient et prend en compte des facteurs cliniques, démographiques ou criminologiques.

Certains auteurs retrouvent une bonne efficacité de cette échelle dans l'évaluation du risque de violence (152,153). En effet, PHAM, en 2005, retrouve une prédictivité modérée de la récidive générale (AUC 0,74 ; IC95% [0,64-0,84]) et de la récidive non violente (AUC 0,75 ; IC95% [0,63-0,87]) et une bonne prédictivité pour la récidive violente (AUC 0,82 ; IC95% [0,72-0,92]) (152). Pour d'autres auteurs, elle ne paraît pas être un prédicteur important du risque de violence (154).

Il faut noter, comme l'a fait remarquer GRAVIER, la place spécifique de l'existence d'un trouble schizophrénique dans cette échelle. En effet, il serait un facteur protecteur de la récidive violente contrairement à la plupart des autres études (155).

Il existe une traduction française réalisée par PHAM (152).

- L'*Iterative Classification Tree* (ICT)

Cette échelle est conçue comme un arbre décisionnel informatisé. En effet, l'évaluateur a une série de questions qu'il pose dans un ordre donné. En fonction de

la réponse à une question, il en pose une nouvelle jusqu'à ce que l'individu soit classé dans une catégorie à faible ou haut risque de violence.
Cette échelle a été très peu évaluée depuis son développement.

Il faut noter que ces échelles ne précisent pas le type de violence à venir (coups et blessures, homicide,…). Elles donnent une idée générale et non spécifique du niveau de risque (151).

Ces différents instruments ont fait l'objet de nombreuses critiques, « *l'individu ne pouvant se résumer à une addition de scores de risque* » (144). Ils sont cependant utilisés dans de nombreux pays anglo-saxons, principalement en milieu carcéral afin de déterminer les peines ou les libérations conditionnelles (150).
Des outils d'évaluation associant examen clinique et outils actuariels ont été préconisés ces dernières années.

4.2.3. L'ÉVALUATION CLINIQUE STRUCTURÉE ET SEMI-STRUCTURÉE

Les outils d'évaluation clinique structurée prennent en compte les facteurs statiques et les facteurs dynamiques.
En effet différents auteurs ont montré l'utilité de la prise en compte de facteurs dynamiques dans l'évaluation de la violence comme WILSON *et al.* en 2013 (156) qui ont démontré que des changements dans les facteurs de risque dynamiques prédisaient de façon significative la violence institutionnelle, même après contrôle des facteurs de risque statiques.

Ces méthodes d'évaluation ne sont pas conçues sur la base de modèles statistiques mais à partir d'écrits empiriques et cliniques. Le score final ne se calcule pas en additionnant simplement les items comme dans les échelles actuarielles, l'évaluateur pouvant accorder un poids plus ou moins important à certains facteurs selon la situation de l'individu.

- La *Historical Clinical Risk*-20 (HCR-20)

Cette échelle, semi-structurée, est une des plus utilisées par les cliniciens. Réservée aux psychologues, psychiatres, criminologues, elle représente une trame pour une analyse décisionnelle (157). (ANNEXE 4, page 216).
Elle compte 20 items cotés de 0 à 2 :

  - 10 facteurs historiques « *le passé* » (facteurs statiques),
  - 5 facteurs cliniques « *l'ici et maintenant* » (facteurs dynamiques),
  - 5 facteurs de gestion du risque « *le futur* » (facteurs dynamiques).

La relation entre le nombre de facteurs cotés et le risque de violence n'est pas linéaire. En effet, certains items sont considérés comme plus pertinents que d'autres (ex : psychopathie) et leur combinaison à d'autres facteurs peut entraîner un risque plus important de violence.

Le jugement final du niveau de risque ne dépend donc pas seulement du score calculé mais également de l'appréciation clinique du praticien.

Son utilisation se fait en plusieurs étapes (158) :

1. Calcul du score.
2. Concentration sur 3 ou 4 facteurs de risque jugés « pertinents ».
3. Combinaison de ces facteurs pertinents (scénarios de violence).
4. Développement de stratégies de gestion du risque.

Cette échelle a été beaucoup étudiée et montre une validité prédictive souvent modérée selon les études. Cependant, CLAIX et PHAM, en 2004, ont montré qu'il n'existait pas de corrélation statistiquement significative entre homicide et score à l'HCR-20 et qu'il existait même une corrélation négative avec l'homicide « psychotique » et l'homicide réactif (selon la classification proposée par CORNELL) (159) (Tableau 15).

N = 13	Facteurs historiques	Facteurs cliniques	Facteurs de gestion du risque	Score total HCR-20
Homicide psychotique	-0,67*	-0,64*	-0,34	-0,74**
Homicide réactif	-0,11	-0,56*	-0,42	-0,45
Homicide instrumental	0,26	0,71	0,22	0,53*

* p < 0,05 ; ** p < 0,01

Tableau 15 : Corrélations entre les facteurs de l'HCR-20, le score total à l'HCR-20 et les différents types d'homicide (159)

- La *Violence Risk Scale* : 2e édition (VRS-2)

La VRS-2 évalue le risque de violence à partir de 26 items : 6 portant sur les facteurs de risque statiques, 20 sur les facteurs de risque dynamiques du sujet. Chaque item peut avoir trois niveaux de réponse.
Cette échelle a été très peu évaluée depuis son développement.

- La *Short-Term Assessment of Risk and Treatability* (START)

Cet outil est un des plus récents développé en 2009 par WEBSTER (160). Il porte sur 20 facteurs dynamiques appartenant à sept domaines : la violence hétéro- et auto-agressive (suicide, automutilation), la victimisation, la toxicomanie, les absences non autorisées, et la négligence de soi. Chaque item est côté sur 3 points (de 0 à 2) à partir de 2 échelles « de risque ou de protection ». Un score de facteurs protecteurs plus élevé indique un risque plus faible de violence alors qu'un score de vulnérabilité plus élevé indique un risque supérieur de violence.

- L'*Overt Agression Scale* et *l'Instrument de mesure des progrès cliniques* (OAS et IMPC)

Utilisées à l'Institut Philippe Pinel de Montréal, ces échelles permettent d'évaluer l'évolution d'un patient dans le milieu hospitalier par une équipe pluridisciplinaire (161).

Avec l'OAS, l'équipe paramédicale décrit les passages à l'acte violents, les interventions secondaires et leurs résultats. L'IMPC est coté tous les deux mois par tous les membres de l'équipe et permet de refléter le « *caractère graduel et fluctuant de l'évolution clinique* » d'un patient (161).

Différentes études ont montré que l'approche actuarielle pouvait aider le clinicien dans la tâche difficile d'évaluation de la dangerosité d'un patient. Deux méta-analyses ont été réalisées récemment afin d'évaluer la prédictivité des différents outils d'évaluation du risque de violence.

YANG *et al.,* en 2010, ont étudié 28 articles publiés entre 1998 et 2008 et ont retrouvé une valeur prédictive modérée pour toutes les échelles sauf pour la PCL-R qui ne prédirait la violence que chez les hommes. Pour eux, les échelles sont donc interchangeables (car de même validité) et le choix de l'une ou l'autre devrait surtout dépendre des spécificités de chacune (type de population évaluée, ressources du milieu, type d'organisation du milieu,…) (162)

SINGH *et al.*, en 2011, ont eux, réalisé une méta-analyse de 68 études fondées sur 25980 participants afin d'évaluer la prédictivité des différents outils d'évaluation du risque de violence. Les auteurs ont mis en évidence une validité prédictive modérée pour la VRAG et la HCR-20 et une validité prédictive moyenne pour la PCL-R (163) (Tableau 16).

Outil d'évaluation	Taille de l'échantillon	Nombre d'échantillons	AUC moyenne	Intervalle de confiance
PCL-R	2645	10	0,66	0,54-0,68
VRAG	2445	10	0,74	0,74-0,81
HCR-20	1320	8	0,70	0,64-0,76

Tableau 16 : Aire moyenne sous la courbe de 3 différents outils d'évaluation (163)

4.2.4. L'ÉVALUATION DU POTENTIEL HOMICIDAIRE

RICHARD-DEVANTOY, en faisant un parallèle avec l'évaluation du potentiel suicidaire, a décrit un trépied clinique dans l'évaluation du risque d'homicide (134) :

- la recherche de facteurs de risque :
    - âge jeune,
    - sexe masculin,
    - isolement socio-affectif,
    - antécédents personnels ou familiaux de violence et/ou judiciaires,
    - antécédents psychiatriques personnels (schizophrénie, psychose, trouble de l'humeur, troubles de la personnalité, abus de substances psycho-actives),
    - comorbidités,
- l'évaluation de l'imminence du passage à l'acte :
    - exploration spécifique des idéations homicidaires et des antécédents de violence : évènements présents (le sujet vient de passer à l'acte), événements récents (6 à 8 semaines précédant l'entretien), événements de violence passée, idées immédiates de violence ou d'homicide (où ? quand ? comment ?),
    - évaluation clinique « classique » : symptomatologie, autres éléments cliniques (psychodynamiques, neuropsychologiques), compliance aux soins,
    - échelles d'évaluation : HCR-20, PCL-R, VRAG, *Homicidal Behaviors Survey,*
- l'évaluation du danger de l'acte homicide : spatialité, temporalité et modalités du scénario homicidaire, létalité et accessibilité aux moyens.

Dans sa démarche, RICHARD-DEVANTOY utilise un outil d'évaluation du comportement homicidaire qui n'a pas été étudié depuis sa publication en 1997 : *L'homicidal behaviors survey* (HBS). Il s'agit d'un auto-questionnaire consistant en une série de 12 questions plus ou moins reliées entre elles permettant d'aider à l'évaluation du risque de comportements violents ou homicidaires (164).

1. Avez-vous déjà pensé à tuer quelqu'un ?

2. Si oui, ces pensées ont-elles persisté pendant au moins 7 jours ?

3. Si oui, combien de temps ont-elles persisté ?

4. Avez-vous un plan ?

5. Si oui, quel est-il ?

- Tirer avec une arme - Empoisonner – Étrangler – Noyer - Électrocuter - Donner des coups de couteau - Violenter à coups de poings/pieds - Autre(s)

6. Avez-vous pensé à tuer quelqu'un dans la semaine précédente ?

7. Si oui, ces pensées ont-elles persisté toute la semaine ?

8. Si oui, avez-vous pensé tuer ?

9. Avez-vous déjà tenté de tuer quelqu'un ?

10. Si oui qui avez-vous tenté de tuer ?

- Mère/Père – Étranger – Enfant - Oncle/tante – Cousin - Grands-parents - Époux/Épouse – Autre(s)

11. Quel moyen avez-vous utilisé ?

- Tirer avec une arme - Empoisonner – Étrangler – Noyer – Électrocuter - Donner des coups de couteau - Violenter à coups de poings/pieds - Autre(s)

12. Quel âge avez-vous ?

Enfin, selon SHEA, pour les pensées homicides, les principaux facteurs de limitation rencontrés par le clinicien sont sa propre habileté, sa persévérance et sa sensibilité (145).

La mission d'évaluation de la dangerosité prenant aujourd'hui une place importante dans la pratique quotidienne du psychiatre pour la prise en charge ou l'expertise d'un patient, une bonne connaissance des facteurs de risque de violence ou d'homicide parait primordiale.

Il faut bien noter cependant que même si l'évaluation du potentiel meurtrier d'un patient recoupe et inclut l'évaluation de la violence ou de la dangerosité, ces deux types de démarches ne sont pas à confondre mais peuvent être réalisées dans un même sens.

Dans tous les cas, pour NIVEAU cité par VOYER et SENON en 2012 (150), « *l'évaluation doit être réalisée par un clinicien expérimenté dans l'évaluation de la dangerosité dont la neutralité et l'humilité lui permettront de reconnaître ses limites et l'existence d'une marge d'erreur inévitable* ». Lors d'une expertise d'évaluation de risque, l'utilisation d'instruments d'évaluation standardisés ne doit se faire qu'après plusieurs étapes indispensables comme la prise de connaissance de la mission et la lecture des dossiers, une première rencontre avec l'individu afin d'évaluer son état mental, le recueil d'informations manquantes (dossiers médicaux,…) et une deuxième rencontre avec l'individu afin d'approfondir l'examen clinique et d'obtenir des précisions nécessaires sur certains points.
Après avoir utilisé les instruments d'évaluation, le clinicien reverra l'individu lors d'une troisième rencontre afin de lui expliquer ses conclusions préalables et de recueillir ses commentaires éventuels et ne rédigera son rapport qu'au terme de ce cheminement.

Au total, même si les techniques d'évaluation actuarielles de la dangerosité ne doivent pas remplacer le jugement clinique d'un psychiatre expérimenté, elles peuvent l'aider à orienter et à structurer son évaluation afin de la rendre plus complète et transparente (150).

Le processus d'évaluation du risque de dangerosité d'un patient pouvant être considéré comme l'établissement d'une relation thérapeutique apparaît comme une première étape dans la prise en charge préventive du risque de dangerosité.

4.3. SYNTHÈSE SUR L'ÉVALUATION DE LA DANGEROSITÉ

La prévention du passage à l'acte criminel chez un patient présentant un trouble mental avéré passe par la recherche de facteurs associés à la violence ou à l'homicide, par l'évaluation du potentiel homicidaire du patient et la prise en charge psychiatrique et psychothérapique du patient

SENON et MANZANERA (165), en 2006, ont rédigé de façon très synthétique et complète, l'organisation des soins à prévoir dans la prise en charge des « malades

mentaux dangereux », sous la forme de recommandations de bonne pratique clinique et thérapeutique. Il nous semble pertinent de les citer :

- Travailler en référence à une clinique médico-légale précise et évaluée longitudinalement dans sa dimension de dangerosité :
    - clinique paranoïde : idées de persécution, d'influence, de grandeur (risques intrafamiliaux ou vis-à-vis des soignants),
    - sémiologie médicale préoccupante : délire grandiose, rêveries diurnes d'agresser autrui, idéation et pratiques perverses, fascination pour les armes, menaces écrites ou verbales évoquant un scénario de passage à l'acte en cours de constitution,
    - schizophrénie évoluant sur une personnalité psychopathique (violence clastique envers le proche ou le compagnon),
    - clinique « pseudo-neurologique » (violence institutionnelle),
    - clinique déficitaire ou négative marquée par des troubles cognitifs rendant plus difficile l'insertion et la réhabilitation.
- Prendre en compte spécifiquement la consommation d'alcool, de cannabis et de toute autre substance (prise en charge associée avec une équipe d'addictologie),
- Repérer les patients aux antécédents de violence avant et pendant l'admission lors de séjours antérieurs, et évaluer avec précision, chez eux, les risques de dangerosité,
- Planifier la prise en charge ambulatoire de façon rapprochée sur les 20 semaines suivant la sortie de l'hôpital,
- Utiliser des outils d'évaluation de la dangerosité
- Élargir l'évaluation à un groupe de pairs avec un travail d'équipe devant un schizophrène difficile,

Dans la prochaine partie, nous nous attacherons à déterminer les caractéristiques cliniques, sociodémographiques et criminologiques de patients auteurs de récidives homicides afin de compléter ces recommandations et de mettre en évidence de possibles stratégies de prévention de la récidive de ces actes criminels.

ÉTUDE DES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES, CLINIQUES ET CRIMINOLOGIQUES DE PATIENTS AUTEURS DE RÉCIDIVE HOMICIDE

1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE ET PRÉSENTATION GLOBALE

La dangerosité, comme nous l'avons vu, est une notion complexe développée à la fin du XIX^{e} siècle et réapparue au début des années 1980 devant un sentiment d'insécurité sociale, politique et juridique ressenti par une grande part de la population.

Les drames de Grenoble ou de Pau, au cours desquels des patients souffrant de troubles mentaux majeurs, ont commis des homicides largement repris dans les médias, ont mis en évidence la nécessité de développer la prise en charge des patients à risque de violence.

L'affaire plus récente de condamnation pour homicide involontaire d'un médecin à Marseille pose aussi la question de la responsabilité du psychiatre lors du passage à l'acte d'un patient et celle de l'évaluation du risque de violence voire d'homicide ou de récidive d'homicide de nos patients.

Pour développer des moyens de prédiction ou de prévention de ces actes, des études doivent être réalisées afin de mettre en évidence des facteurs associés à ces risques.

La récidive dans l'homicide pathologique a encore été peu étudiée.

2. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Dans le cadre de cette étude, nous avons défini des objectifs pour permettre de déterminer les caractéristiques cliniques et psychopathologiques de patients criminels récidivistes.

2.1. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques de patients auteurs de récidive homicide.

2.2. OBJECTIFS SECONDAIRES

- Étudier le contexte, les circonstances et les modalités de la récidive,
- Rechercher la présence de facteurs associés au risque de violence chez ces patients,
- Suggérer de possibles stratégies de prévention.

3. MATÉRIEL ET MÉTHODES

3.1. SCHÉMA D'ÉTUDE, POPULATION ÉTUDIÉE ET SITE CONCERNÉ

Cette recherche descriptive et analytique porte sur l'ensemble des patients, auteurs de récidive en matière d'homicide, hospitalisés au sein de l'Unité pour Malades Difficiles de Cadillac sur Garonne entre le 1er Janvier 1990 et le 1er Juillet 2013 et de l'UMD de Villejuif entre le 1er Janvier 2005 et le 1er Juillet 2013.

Ces deux structures font partie des cinq unités pour malades difficiles françaises les plus anciennes et ne reçoivent que des patients hospitalisés sous le régime de soins sans consentement sur décision du Représentant de l'Etat (SDRE) ou sur décision judiciaire après une irresponsabilisation pour cause de trouble mental. Ces patients proviennent de la France entière (DOM-TOM inclus).

L'unité Henri Colin, du Centre hospitalier Paul Guiraud de Villejuif ouverte en 1910, a été la première UMD de France. Elle peut aujourd'hui prendre en charge jusqu'à 80 patients (60 hommes pour 20 femmes) et se compose de quatre structures de soin :

- Deux unités d'accueil (une unité pour hommes et une pour femmes) prenant en charge les patients lors de leur admission, alors qu'ils se trouvent dans une phase aigue de leur pathologie et qu'ils nécessitent des soins intensifs,

- Une unité intermédiaire d'accueil pour les hommes où sont admis les patients en évolution,
- Une unité mixte dédiée aux pré-sortants ayant pour objectif la réhabilitation des patients et leur préparation à leur sortie de l'UMD.

Il existe également, associée à ces structures de soin, une unité d'ergothérapie permettant une prise en charge globale des patients.

L'UMD de Cadillac-sur-Garonne, ouverte en 1963, se situe à 40 km au sud de Bordeaux. Elle peut prendre en charge 86 patients de sexe masculin et se répartit sur cinq pavillons :

- Quatre unités de soins pouvant accueillir jusqu'à 19 patients chacune,
- Une unité plus spécialisée et plus contenante prenant en charge 10 patients présentant principalement des troubles envahissants du développement ou des psychoses déficitaires.

Un pôle d'ergothérapie dynamique complète de façon créative la prise en charge des patients.

3.2. INCLUSION DES PATIENTS

3.2.1. CRITÈRES D'INCLUSION

Les critères d'inclusion pour les patients récidivistes retenus dans cette étude sont les suivants :

- Récidive : au moins 2 homicides séparés dans le temps (au moins 24 heures),
- Hospitalisation sur l'UMD de Cadillac-sur-Garonne ou sur l'UMD de Villejuif,
- Période d'inclusion : de Janvier 1990 à Juillet 2013 pour l'UMD de Cadillac ; de Janvier 2005 à Juillet 2013 pour l'UMD de Villejuif.

Les critères d'inclusion pour les patients non-récidivistes retenus dans cette étude sont les suivants :

- Homicide : un seul homicide,
- Hospitalisation sur l'UMD de Cadillac-sur-Garonne,

- Période d'inclusion : de Janvier 1980 à Juillet 2013,
- 3 patients non récidivistes par patient récidiviste, appariés selon la date de naissance (à 3 ans près).

3.2.2. CRITÈRES D'EXCLUSION

Les critères d'exclusion pour les patients récidivistes retenus dans cette étude sont les suivants :

- Auteur d'un seul homicide,
- Auteur de tentative d'homicide seulement,
- Auteur d'homicides multiples non séparés dans le temps.

Il faut noter que la récidive d'homicide chez la femme est exclue de notre étude.

Les critères d'exclusion pour les patients non récidivistes retenus dans cette étude sont les suivants :

- Auteur de récidive homicide,
- Auteur de tentative d'homicide seulement,
- Année de naissance non appariée à celle d'un patient récidiviste.

3.3. PRÉSENTATION DE LA GRILLE DE LECTURE

Une grille de lecture des dossiers médicaux a été élaborée. Elle constitue le questionnaire de lecture établi à partir de l'étude de la littérature sur la dangerosité et les homicides commis par des individus souffrant de troubles mentaux, notamment les facteurs associés au risque de violence de ces patients.

Cette grille de lecture s'organise autour de trois axes :

- Les données sociodémographiques du patient

Nous nous sommes intéressée au niveau socioéconomique, à la situation familiale (statut marital et enfants) et socioprofessionnelle (niveau éducatif, profession, type de domicile) du patient lors des différents homicides.

Nous avons tenté de réunir les événements de vie qui ont été déterminés comme significatifs lors des précédentes études :

- carences affectives et éducatives,
- séparation parentale dans l'enfance,
- instabilité des relations intimes,
- placement en foyer/famille d'accueil
- décès d'un parent durant l'enfance,
- antécédents de victimation,
- inadaptation durant la jeunesse,
- antécédents judiciaires ou médico-légaux d'atteinte aux personnes ou aux biens en particulier quand les premiers actes ont été commis durant la jeunesse.

- Les données cliniques concernant le patient

La pathologie mentale du patient retenue par les experts psychiatres ou par les psychiatres de l'UMD en charge du patient est notée (selon les critères de la CIM-10). Il nous a également semblé intéressant de relever les comorbidités associées (addictions, troubles de la personnalité), les antécédents suicidaires, les antécédents psychiatriques familiaux et les antécédents d'hospitalisation du patient (avant le 1er homicide et entre les différents homicides).

Nous avons également tenté de caractériser l'état mental du patient lors de son homicide (existence d'un délire selon le thème et le mécanisme, alcoolisation, utilisation de drogues…).

- Les caractéristiques criminologiques des différents homicides

Nous avons essayé d'identifier les modalités des différents homicides :

- âge du patient,
- chronologie,
- contexte,
- modus operandi (préméditation, moyen létal, violence excessive),
- caractère émotionnel ou instrumental du passage à l'acte,
- prise d'alcool ou d'autres substances,
- comportement après le crime.

Nous avons également noté les conséquences judiciaires avec les conclusions expertales et les décisions d'irresponsabilité pénale ou de condamnation.

Des informations sur les victimes (sexe, lien avec l'agresseur) ont également été relevées.

3.4. RECUEIL DES DONNÉES, SAISIE ET TRAITEMENT STATISTIQUE

Le recueil des données a été effectué dans les dossiers des patients présents et les archives. Nous avons étudié les dossiers médicaux et infirmiers, les expertises psychiatriques pénales, les éventuels rapports d'autopsie médico-légale, les procès verbaux de police ou de gendarmerie disponibles, les coupures de presse, les ordonnances de non-lieu.
De plus, nous avons examiné personnellement 3 de ces 21 patients.

La première étape de notre étude consistait en une analyse descriptive des 21 patients de notre population non récidiviste pour caractériser leur profil sociodémographique, clinique et criminologique.
Dans un second temps, nous avons comparé les modalités lors du premier passage à l'acte et lors de la récidive, ainsi que le type de victime et les conséquences judiciaires.
Enfin dans un troisième temps, nous avons comparé certains critères du profil de ces 21 patients à un échantillon de 63 patients auteurs d'un seul homicide, appariés pour

l'âge et le sexe. Chaque cas est ainsi apparié pour l'année de naissance à 3 sujets auteurs d'un seul homicide.

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel EXCEL et l'analyse statistique a été réalisée par le logiciel XLSTAT.

Les comparaisons de fréquence entre patients récidivistes et non récidivistes ont été effectuées à l'aide d'un test de Khi 2 après vérification que les effectifs théoriques étaient supérieurs à 5. Lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5, nous avons utilisé le test exact de Fischer. Nous avons également effectué des analyses de Kaplan-Meier.
Pour les 21 patients récidivistes, les comparaisons entre le premier homicide et la récidive ont été réalisées à l'aide d'un test de Khi 2 de Mc Nemar lorsque les variables étaient dichotomiques et une matrice de transition lorsque les variables étaient multiples.

Les comparaisons de moyennes ont été réalisées à l'aide d'un test t de Student.

Le seuil de significativité statistique retenu a été un p inférieur ou égal à 0,05.

4. RÉSULTATS ET ANALYSE

4.1. PATIENTS

Nous avons inclus 17 patients récidivistes en matière d'homicide, hospitalisés entre le 1er Janvier 1990 et le 1er Juillet 2013 à l'UMD de Cadillac et 4 patients récidivistes en matière d'homicide, hospitalisés entre le 1er Janvier 2005 et le 1er Juillet 2013 à l'UMD de Villejuif. Quatre d'entre eux sont toujours présents au 1er Juillet 2013.

63 patients non récidivistes, hospitalisés à l'UMD de Cadillac entre 1980 et 2013, ont été appariés aux patients récidivistes selon leur année de naissance.

Les données biographiques, cliniques et criminologiques sont retranscrites dans deux tableaux en annexe (pages 217-220).

Sur l'UMD de Cadillac, la proportion de récidivistes homicides parmi les patients meurtriers hospitalisés entre le 1er Janvier 1990 et le 1er Juillet 2013 est de 6,75 % (n= 17 sur 252).

4.2. SUIVI

Pour les patients récidivistes, nous considérons comme temps de suivi, la période inter-homicides, elle est de 8,79 ans en moyenne (IC 95% [4,89-12,69]) avec des extrêmes allant de 14 jours à 28 ans.
Le temps de suivi moyen des patients non récidivistes représente la durée à partir de leur homicide pendant laquelle nous les avons suivis, elle est de 8,83 ans en moyenne (IC95% [6,34-11,31]).

Dans nos deux échantillons, le temps de suivi moyen n'est pas différent statistiquement (t-Student ; p = 0,987) (Tableau 17).

	n	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Récidivistes	21	0,036	28	8,79	8,566
Non récidivistes	63	0,306	53	8,83	9,87

Tableau 17 : Temps de suivi en (en années)

Afin de représenter le temps de suivi des différents patients, nous avons réalisé une courbe de survie globale (Figure 8) :

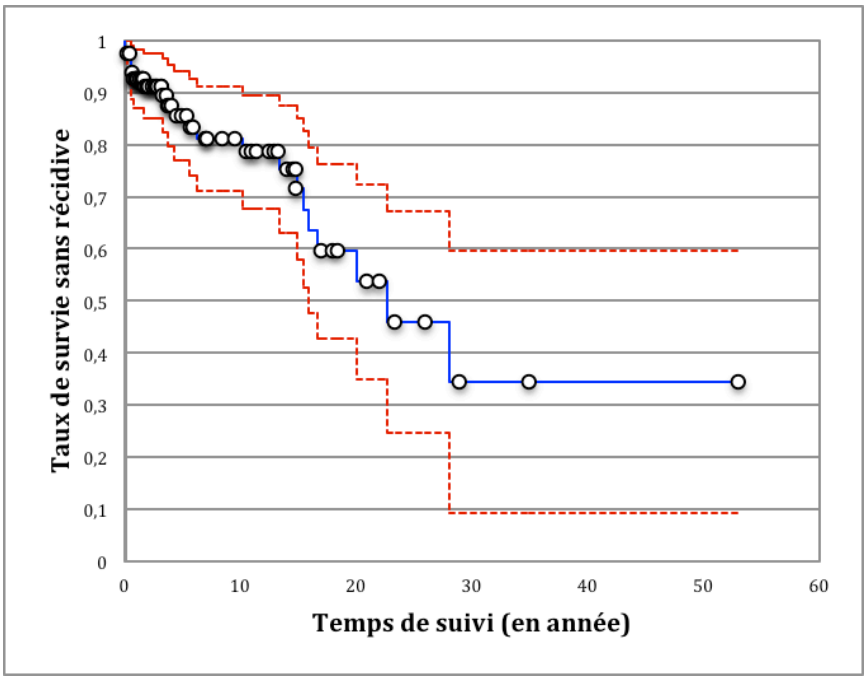


Figure 8 : Courbe de survie (bleue) entourée de son intervalle de confiance (rouge)

La date d'origine (D0) est la date du premier homicide de chaque patient.

Les « censures » ou perdus de vue sont représentés par des « ◦ » indiquant le moment à partir duquel le patient sort de l'étude.
Chaque « événement » ou récidive est représenté par « une marche d'escalier ».

La « date de dernière nouvelle » (DDN) est pour les patients non récidivistes, la date de sortie de l'étude. Pour les récidivistes, la DDN est la date de la récidive (de l'évènement).

La durée de suivi est donc la durée entre DO et DDN.

Il faut cependant noter que six patients non récidivistes sont décédés au cours de la période de suivi. La date de dernière nouvelle est donc la date de décès. Douze autres patients étaient encore suivis à la fin de l'étude (le 1er Juillet 2013) mais leur temps de suivi peut, néanmoins, être moins long que d'autres sujets.
Ces 18 patients sont donc considérés comme des censures quand leur durée de suivi est plus courte que d'autres patients de l'étude mais n'entraînent pas de biais d'informations. Nous sommes sûrs, en effet, qu'ils n'ont pas récidivé.

Nous pouvons remarquer sur la courbe de survie, que plusieurs patients étaient encore suivis et n'avaient pas récidivé alors que d'autres patients avaient déjà récidivé.

Nous allons alors nous interroger sur les facteurs pouvant entraîner cette différence entre les récidivistes et les non récidivistes.

4.3. LES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

4.3.1. DONNÉES SOCIALES ET FAMILIALES

4.3.1.1. Âge

L'âge moyen des **patients récidivistes** lors du premier homicide est de 27,5 ans (IC95% ; [23,55-31,44]) avec des extrêmes allant de 14,85 à 42,06 ans (Tableau 18). L'âge moyen lors de la récidive est de 36,3 ans (IC 95% ; [30,99-41,56]) avec des extrêmes allant de 20,05 à 64,77 ans (Tableau 18).

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
1er homicide	14,85	42,06	27,49	8,67
Récidive	20,05	64,77	36,28	11,61

Tableau 18 : Âge des patients récidivistes au 1er homicide et lors de la récidive (en années)

Les 2 groupes de patients (récidivistes et non récidivistes) ont été appariés selon l'année de naissance. L'âge moyen actuel des patients n'est pas différent statistiquement (t-Student ; p = 0,998) (Tableau 19).

	Observations	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Non récidivistes	63	26,07	96,26	56,97	17,48
Récidivistes	21	24,88	95,93	56,98	17,90

Tableau 19 : Âge des 2 groupes de patients au 1er juillet 2013 (en années)

Concernant l'âge lors du premier homicide, les **patients récidivistes** tuent statistiquement plus jeunes que les **patients non récidivistes** à 27,5 ans contre 35,5 ans (t-Student ; p = 0,01) (Tableau 20).

	Observations	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-type	IC 95 %
Non récidivistes	63	15,647	66,550	35,450	12,803	[32,2-38,7]
Récidivistes (au 1er homicide)	21	14,850	42,056	27,493	8,672	[23,5-31,4]

Tableau 20 : Âge des 2 groupes de patients lors du premier homicide (en années)

4.3.1.2. Niveau socio-économique familial

Sur les 21 patients récidivistes, 15 sont issus de milieux sociaux défavorisés soit 71,4 %, 5 sont issus de familles dont le niveau socio-économique est moyen (23,8%) et 1 seul patient est issu d'un milieu social favorisé (4,8 %).

4.3.1.3. Fratrie

84,2 % des patients récidivistes de l'étude ne sont pas enfant unique. Quand ils ont des frères et sœurs, la fratrie est nombreuse, la moyenne étant de 6,6 frères et sœurs (IC 95% ; [4,9-8,3]).

4.3.1.4. Statut marital

Il existe une large majorité de **patients récidivistes** célibataires (n = 14 soit 66,7 %) au moment du premier homicide et de la récidive (Figure 9).
Il n'existe pas de différence significative du statut marital (en couple/célibataire) entre le **premier homicide et la récidive** (khi 2 de Mc Nemar ; p = 0,50).

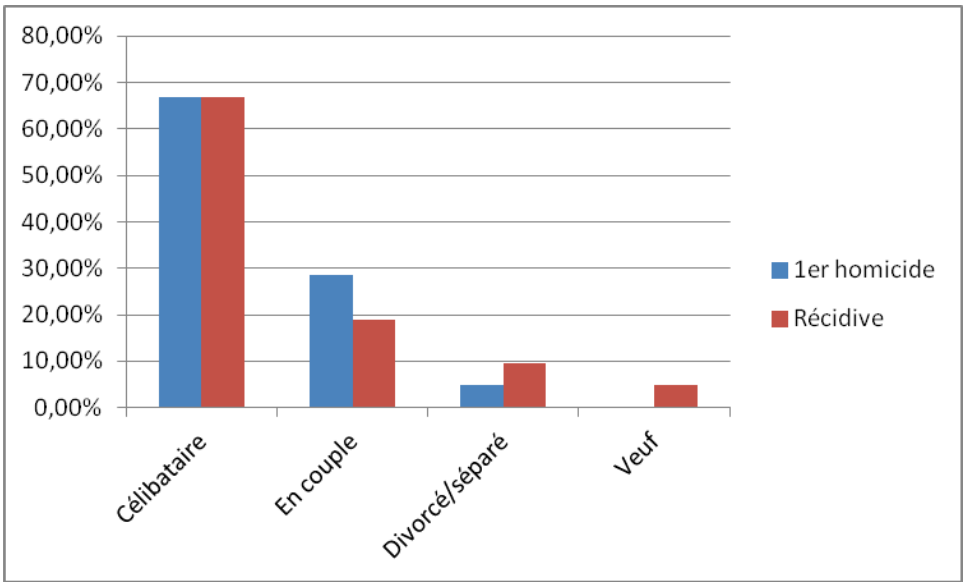


Figure 9 : Statut marital des patients récidivistes

Le statut marital des **patients non récidivistes** est également principalement célibataire (74,6 %). Il n'existe pas de différence significative entre le statut marital des **patients récidivistes** lors du premier homicide et le statut marital **des patients non récidivistes** (khi 2 ; p = 0,774), (log-rank ; p = 0,544) (Tableau 21).

	Non Récidivistes		Récidivistes (au 1er homicide)	
	n	%	n	%
Célibataire	47	74,6 %	14	66,7 %
En couple	16	25,4 %	7	33,3 %

Tableau 21 : Statut marital des 2 groupes de patients

Pour les calculs, nous avons considéré les patients séparés, divorcés et veufs comme célibataires.

4.3.1.5. Enfants

Le nombre d'enfants par **patient récidiviste** a peu changé entre le premier et le deuxième homicide, 71,4 % d'entre eux n'en ont pas.

Parmi les 5 qui ont des enfants, un patient en a 5, deux patients en ont 2 et deux patients ont un enfant unique.
Au moment de l'hospitalisation en UMD, deux patients parmi ceux-ci n'ont plus de nouvelles de leurs enfants depuis longtemps.

4.3.1.6. Origines

Les **patients récidivistes** sont d'origines diverses. 57,1 % sont nés en France métropolitaine (n = 12), 19 % sont originaires d'Afrique du Nord (n = 4), 9,5 % sont nés aux Antilles (n = 2), 9,5 % sont issus de milieu gitan (n = 2) et un patient est originaire d'Afrique noire (4,8 %).

4.3.1.7. Domicile

Le type de résidence du **patient récidiviste** au moment du **premier homicide** était principalement un domicile privé (68,4 %) : domicile conjugal, familial ou personnel (Tableau 22).
Lors de la **récidive**, les proportions des différents types de domicile sont plus équilibrées (Figure 10).

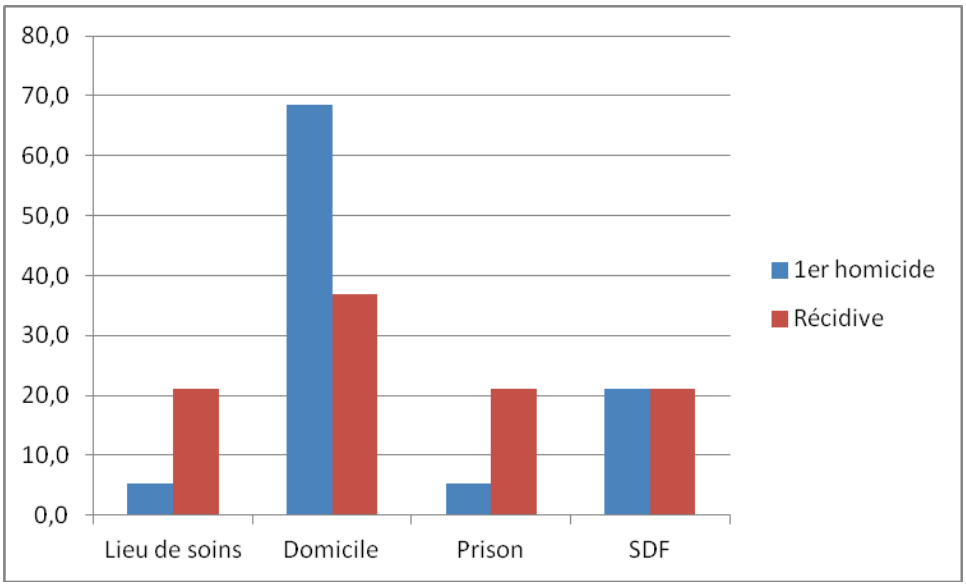


Figure 10 : Domicile du patient au moment du 1er homicide et de la récidive (en %)

On remarque la proportion importante de patients SDF (21,05 %) aussi bien lors du premier homicide que de la récidive.

	1er homicide		Récidive		Total général	
	n	%	n	%	n	%
Lieu de soins	**1**	**5,2**	**4**	**21,05**	**5**	**13,2**
Appartement thérapeutique	0	0	1	5,2	1	2,6
Hôpital	1	5,2	3	15,8	4	10,5
Domicile privé	**13**	**68,4**	**7**	**36,8**	**20**	**52,6**
Domicile conjugal	1	5,2	0	0	1	2,6
Domicile familial	8	42,1	4	21,05	12	31,6
Domicile personnel	4	21,05	3	15,8	7	18,4
Prison	**1**	**5,2**	**4**	**21,05**	**5**	**13,2**
SDF	**4**	**21,05**	**4**	**21,05**	**8**	**21,05**
Total général	**19**	**100**	**19**	**100**	**38**	**100**

Tableau 22 : Type de domicile des patients récidivistes

Les informations sur le type de domicile de deux patients ne sont pas connues.

Lors de leur premier homicide, les **patients récidivistes** vivaient significativement moins souvent dans un domicile privé que les **patients non récidivistes** lors de leur homicide (68,4 vs 92 %) (test exact de Fisher ; p = 0,016) et étaient significativement plus souvent SDF (21,1 vs 0 %) (test exact de Fisher ; p = 0,002).

4.3.2. SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

4.3.2.1. Profil scolaire

Les résultats de l'étude montrent une grande proportion de **patients récidivistes** de faible niveau scolaire. Environ 61,9 % ont un niveau primaire voire inférieur (n = 13). Seulement 33,3 % (n = 7) ont été scolarisés en lycée (général ou professionnel) et enfin, 1 seul patient a un niveau supérieur au baccalauréat (4,7 %).

4.3.2.2. Statut professionnel

33,3 % (n = 7) des **patients récidivistes** de l'étude n'ont jamais travaillé (1 était en incapacité). Parmi ceux qui ont travaillé, ils ont tous présenté une instabilité professionnelle.

52,4 % étaient ouvriers (n = 11) et 14,3 % (n = 3) avaient une profession intermédiaire (employé de bureau ou vendeur) (Figure 11).

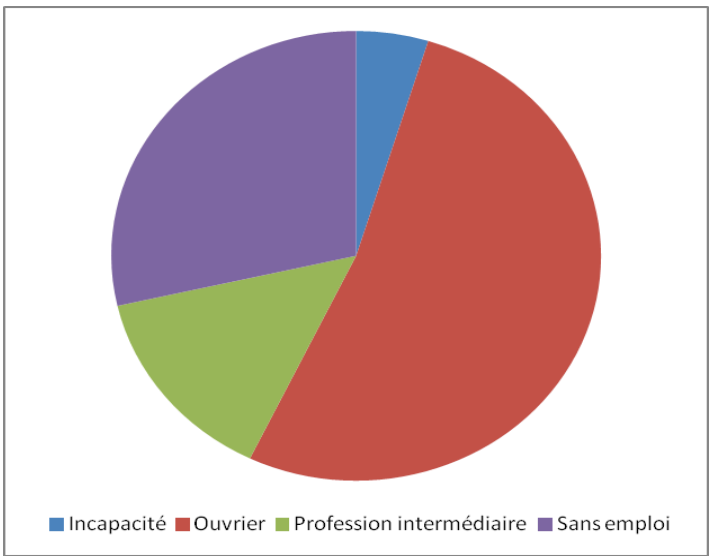


Figure 11 : Catégories socioprofessionnelles

4.3.3. ÉVENÉMENTS DE VIE SIGNIFICATIFS

L'existence est marquée par des événements de vie significatifs pour tous les **patients récidivistes** (Figure 12).

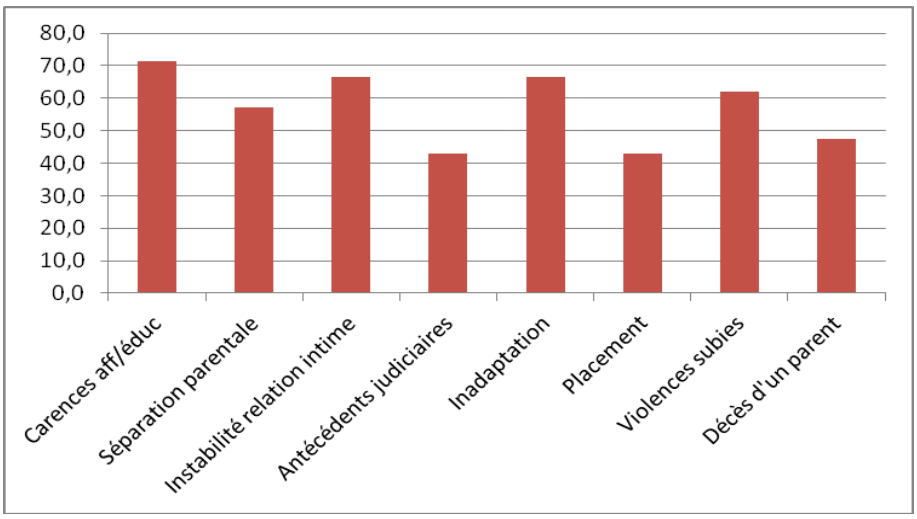


Figure 12 : Type d'évènements de vie (en %)

4.3.4. ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES/MÉDICO-LÉGAUX

85,7 % **des patients récidivistes** de notre étude (n = 18) présentaient des antécédents médico-légaux avant le premier homicide tels que des atteintes aux personnes et aux biens (Tableau 23). Pour 61,1 % d'entre eux, les premières infractions avaient eu lieu avant l'âge de 18 ans.

	Avant le premier homicide		Période inter-homicide	
	n	%	n	%
Atteintes aux personnes				
Coups et blessures	14	66,7	3	14,3
Tentative d'homicide	8	38,1	0	0
Viol ou tentative	4	19,0	0	0
Exhibitionnisme	1	4,8	1	4,8
Cruauté envers les animaux	2	9,5	0	0
Atteintes aux biens				
Vols/Cambriolage	11	52,4	2	9,5
Incendie Volontaire	2	9,5	1	4,8
Dégradations matérielles	6	28,6	1	4,8
Condamnations	8	38,1	2	9,5

Tableau 23 : Antécédents judiciaires / médicolégaux

Il faut noter en particulier que 8 des 21 patients récidivistes avaient commis des tentatives d'homicide avant le premier homicide.

Parmi les 21 patients, 3 commettront un nouvel homicide après la récidive prise en compte dans cette étude.

Parmi les **patients non récidivistes**, 69,8 % avaient des antécédents de violence avant leur homicide (n = 44).

Les **patients récidivistes** semblent avoir de plus fréquents antécédents d'actes médico-légaux que les **patients non récidivistes** (85,7 vs 69,8 %). Cependant, ce résultat n'est pas significatif statistiquement (khi 2 ; p = 0,152) (log-rank ; p = 0,314).

Il faut noter également que dans 9,5 % des cas (n = 2), il existe un antécédent familial d'homicide (frère dans les deux cas).

4.4. DONNÉES CLINIQUES

4.4.1. PATHOLOGIE MENTALE

Les diagnostics des **patients récidivistes** se répartissent en (Figure 13) :

- 61,9 % de schizophrénie F 20.x (n = 13) (ANNEXE 7, page 222)
- 19 % de délire paranoïaque F 22 (n = 4) (ANNEXE 8, page 224)
- 14,3 % de trouble envahissant du développement (psychose infantile) F84 (n = 3)
- 4,8 % de trouble schizo-affectif F 25 (n = 1) (ANNEXE 9, page 225)

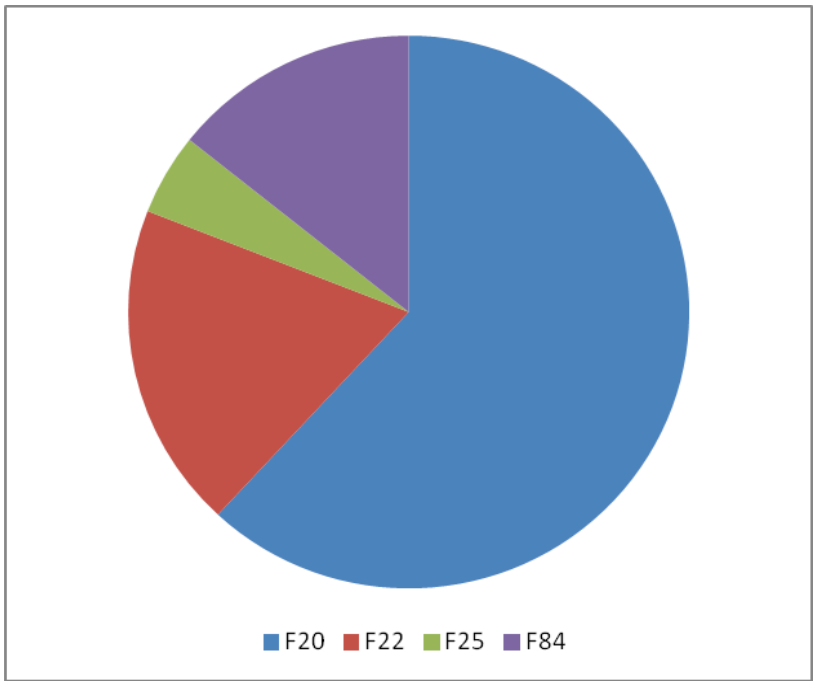


Figure 13 : Diagnostics principaux

Le diagnostic de schizophrénie est statistiquement plus retrouvé chez les **patients récidivistes** que chez **les patients non récidivistes** (khi 2 ; p = 0,021) (log-rank ; p= 0,002) (Tableau 24).

	Non récidivistes		Récidivistes		Total général	
	n	%	n	%	n	%
F 20	21	33,3	13	61,9	34	40,5
Autres						
F 22	26	41,2	4	19	30	35,7
F 25	3	4,8	1	4,8	4	4,8
F 60	11	17,5	0	0	11	13,09
F 70	1	1,6	0	0	1	1,2
F 84	1	1,6	3	14,3	4	4,8
Total général	**63**	**100**	**21**	**100**	**84**	**100**

Tableau 24 : Diagnostics principaux (CIM-10)

4.4.2. COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES

4.4.2.1. Addictions

Les **patients récidivistes** de notre étude présentent une comorbidité addictive dans 52,4 % des cas (n = 11) avec :

- Alcoolisme : 19 % (n = 4),
- Abus de toxiques : 14,3 % (n = 3),
- Association alcoolisme/abus de toxiques : 19 % (n = 4).

Les comorbidités addictives dans notre étude sont principalement associées aux troubles schizophréniques (n = 9). Le petit nombre de cas, dans les autres pathologies ne permet pas d'en tirer des résultats

4.4.2.2. Trouble de la personnalité

Pour le trouble de la personnalité dyssociale, nous avons retenu tous les dossiers dans lesquels figuraient les diagnostics de personnalité antisociale (diagnostic principal ou associé), psychopathie ou déséquilibre psychique dans les expertises, certificats ou courriers médicaux.
Le trouble de la personnalité paranoïaque a été relevé de la même façon.

Parmi les **patients récidivistes**, il existe des troubles de la personnalité associés :

- Personnalité dyssociale (F60.2) : 42,9 % (n = 9) (ANNEXE 10, page 226)
- Personnalité paranoïaque (F60.0) : 23,9 % (n = 5) (ANNEXE 11, page 227)

Plus de 35 % des patients qui présentent un trouble de la personnalité de type dyssocial sont schizophrènes dans notre étude alors que la personnalité paranoïaque est principalement associée aux troubles délirants paranoïaques (Figure 14).
Les effectifs sont cependant trop faibles pour en tirer des résultats significatifs.

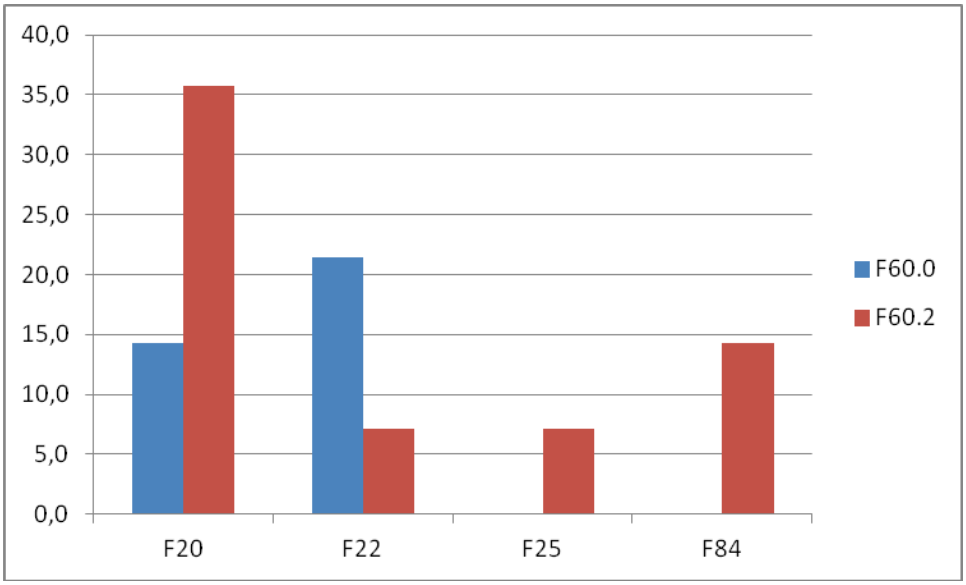


Figure 14 : Troubles de la personnalité associés au diagnostic (en %)

Parmi les **patients non récidivistes**, la proportion de trouble de la personnalité de type dyssocial est de 34,9 % (n = 22).

Cette proportion n'est pas différente statistiquement entre les **patients récidivistes** et **non récidivistes** (khi 2 ; p = 0,51).

Il faut souligner, cependant, qu'il peut être difficile d'établir un diagnostic de trouble de la personnalité et de coter l'impulsivité de façon rétrospective.

4.4.2.3. Retard mental

5 **patients récidivistes** de notre étude présentent un diagnostic associé de retard mental (23,8 %), parmi eux 3 ont un diagnostic principal de trouble envahissant du développement, 1 est schizophrène et 1 présente un trouble schizo-affectif.

4.4.2.4. Trouble des conduites

Des antécédents en faveur d'un trouble des conduites sont retrouvés chez 57,1 % des **patients récidivistes** (n = 12). Parmi eux, 7 patients ont développé un trouble de la personnalité dyssociale par la suite (58,3 %). Seuls 2 patients ayant un trouble de la personnalité dyssociale n'avaient pas d'antécédents en faveur d'un trouble des conduites dans l'enfance.

4.4.3. ANTÉCÉDENTS SUICIDAIRES

23,8 % des **patients récidivistes** de notre étude (n = 5) avaient des antécédents suicidaires avant le premier homicide. 4 sont diagnostiqués schizophrènes et un sujet présente un trouble envahissant du développement.
Parmi eux, 3 réitéreront une tentative de suicide dans la période inter-homicides.

4.4.4. ANTÉCÉDENTS D'HOSPITALISATION

47,6 % des **patients récidivistes** (n = 10) avaient été hospitalisés avant le premier homicide, 66,7 % (n = 14) avaient été hospitalisés durant la période inter-homicide. Enfin, tous ont été hospitalisés après la récidive homicide (Figure 15).

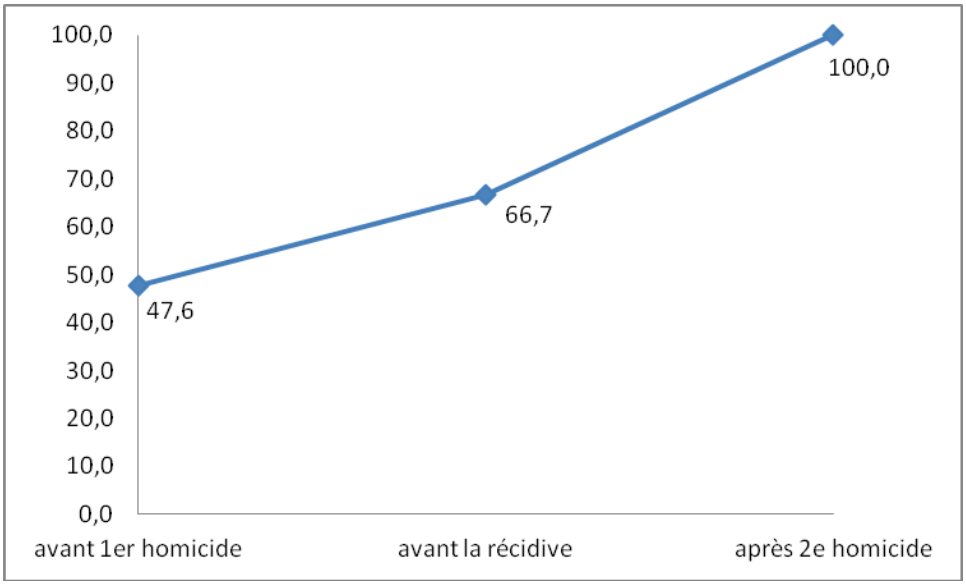


Figure 15 : Taux d'hospitalisation (en %)

Parmi les patients hospitalisés avant le premier homicide, 70 % (n = 7) présentaient une schizophrénie, les autres diagnostics étant représentés pour 10 % des patients chacun.

Pour les récidivistes souffrant de schizophrénie, la probabilité d'avoir été hospitalisé avant le premier homicide était donc de 53,9 %.

Concernant la période inter-homicide, 66,7 % des patients ont été hospitalisés (n=14). Parmi eux, 64,3 % étaient schizophrènes (n = 9), 14,3 % présentaient une psychose paranoïaque (n = 2) et un trouble envahissant du développement et 7,1 % étaient diagnostiqués trouble schizo-affectif (n = 1).

Il nous a semblé également intéressant de noter le **délai de survenue** de la récidive après la sortie d'hospitalisation ou de détention.
Un patient a récidivé 18,5 mois après sa sortie d'hospitalisation alors qu'il était logé en appartement thérapeutique et toujours suivi sur le plan psychiatrique.
Deux patients ont récidivé respectivement 4 et 13 mois après leur sortie d'hospitalisation.
Deux patients ont récidivé respectivement 11 mois et 9 ans et demi après leur sortie de détention.
Deux patients étaient en sortie d'essai d'hospitalisation d'office lors de leur second homicide. Ils étaient sortis depuis respectivement 1 jour et 2 mois de l'hôpital.

Dans 4 cas, le patient n'a été inculpé du premier crime qu'au moment de la récidive d'homicide, ce délai ne peut donc être exploré.
Dans 4 cas, la récidive homicide a eu lieu en détention.
Trois patients ont récidivé en milieu hospitalier. Parmi eux, deux était sortis d'UMD respectivement 11,5 et 2,5 mois auparavant.
Enfin, ce délai était inconnu dans 3 cas.

Un délai moyen de **1,9 an** est retrouvé entre la récidive et la dernière sortie d'hospitalisation ou de détention avec des extrêmes allant de 1 jour à 9,6 ans. Nous n'avons pris en compte que les patients ayant récidivé alors qu'ils n'étaient ni en milieu hospitalier ni en détention.

4.4.5. ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES FAMILIAUX

Des antécédents familiaux d'alcoolisme sont notés chez 9 **patients récidivistes** (42,9 %) et sont principalement rattachés au père du patient (n = 8).

Dans 7 cas (33,3 %), il existe un antécédent familial de trouble psychotique (schizophrénie ou trouble délirant persistant).

Enfin, un antécédent familial de trouble de la personnalité est retrouvé pour 5 patients (23,8 %). Il s'agit de trouble de la personnalité de type dyssocial.

Il n'existait aucun antécédent psychiatrique familial dans 6 cas soit 28,6 % des patients.

Les antécédents psychiatriques familiaux étaient inconnus dans trois cas.

4.5. CARACTÉRISTIQUES CRIMINOLOGIQUES

4.5.1. PASSAGE A L'ACTE

4.5.1.1. Localisation

Dans notre échantillon de patients récidivistes, le **premier homicide** a lieu principalement sur la voie publique (42,8 %) ou dans un lieu privé (47,6 %) (domicile de la victime (14,3 %), domicile commun de l'agresseur et de la victime (19%), lieu de travail de la victime (9,5 %), domicile de l'agresseur (4,8 %)). Il a enfin lieu dans 9,5 % des cas, en prison ou à l'hôpital (n = 1 pour chaque) (Tableau 25, Figure 16).

	1er homicide		Récidive		Total général
	n	%	n	%	
Lieu privé	**10**	**47,6**	**10**	**47,6**	**20**
domicile commun	4	19,05	2	9,5	6
domicile agresseur	1	4,8	0	0	1
domicile victime	3	14,3	7	33,3	10
lieu de travail victime	2	9,5	1	4,8	3
Hôpital	**1**	**4,8**	**4**	**19,05**	**5**
Prison	**1**	**4,8**	**4**	**19,05**	**5**
Voie publique	**9**	**42,8**	**3**	**14,3**	**12**
Total général	**21**	**100**	**21**	**100**	**42**

Tableau 25 : Localisation des différents homicides

La **récidive** a lieu (Figure 16) :

- Dans 47,6 % des cas (n = 10), dans un lieu privé (domicile de la victime 33,3%, commun 9,5 %, lieu de travail de la victime 4,8 %),
- Dans 38,1 % des cas (n = 8), dans l'enceinte de la prison ou de l'hôpital (19,05 % chacun),
- Dans 14,3 % des cas (n = 3), sur la voie publique.

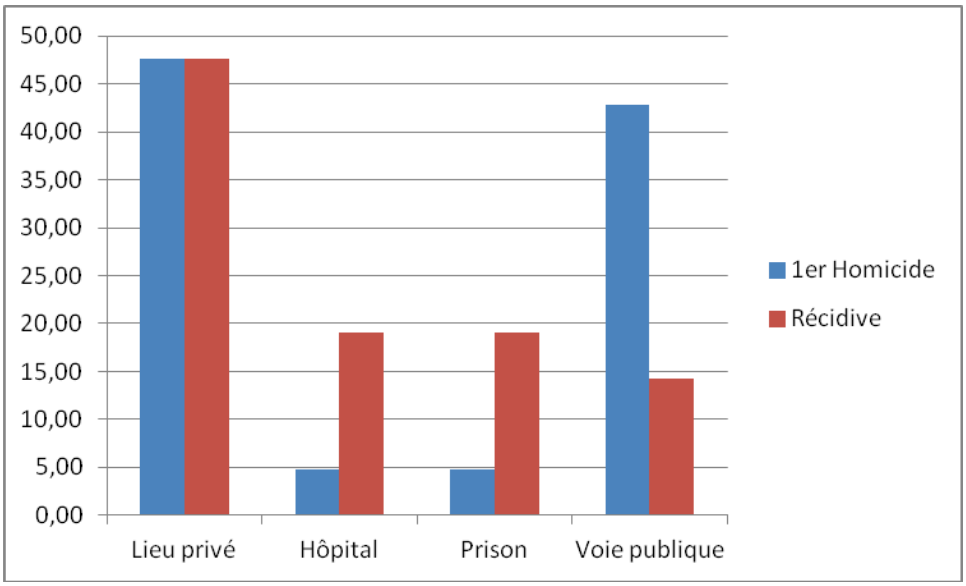


Figure 16 : Localisation du passage à l'acte (en %)

Voyons maintenant si les **patients récidivistes** étudiés passent à l'acte dans un même type de lieu. Le tableau croisé suivant représente les deux homicides en fonction de leur localisation respective (Tableau 26).

1er homicide/Récidive	Lieu privé	Hôpital	Prison	Voie publique	Total (1er homicide)
Lieu privé	**5** **50 %**	2 20 %	1 10 %	2 20 %	10 47,6 %
Hôpital	0 0 %	**1** **100 %**	0 0 %	0 0 %	1 4,7 %
Prison	1 100 %	0 0 %	**0** **0 %**	0 0 %	1 4,7 %
Voie publique	4 44,4 %	1 11,1 %	3 33,3 %	**1** **11,1 %**	9 42,8 %
Total (Récidive)	10 47,6 %	4 19,05 %	4 19,05 %	3 14,2 %	N = 21

Tableau 26 : Matrice de transition : localisation du 1er homicide et de la récidive

Les nombres et pourcentages en caractère gras représentent les cas où le premier homicide et la récidive se sont déroulés dans le même type de lieu. Nous mettons alors en évidence que la localisation du passage à l'acte est la même dans seulement 33,2 % des cas (n = 7). La moitié des patients qui ont tué dans un lieu privé lors de leur premier homicide repasse à l'acte dans le même type de lieu (n = 5 sur 10). Le patient qui avait tué pour son premier homicide à l'hôpital récidive au même endroit.

Nous pouvons remarquer que la proportion de meurtres sur la voie publique lors du premier homicide est plus importante que lors de la récidive (42,8 vs 14,2 %). En effet, lors de leur second homicide, les patients tuent statistiquement moins souvent sur la voie publique (khi 2 ; p = 0,04) et plus souvent à l'hôpital ou en prison que lors du premier homicide (khi 2 ; p = 0,03).

Par rapport aux **patients non-récidivistes**, notre groupe de patients récidivistes semble être passé à l'acte moins souvent dans un lieu privé (47,6 vs 60,3 %) et plus souvent sur la voie publique (47,6 % vs 28,6 %) mais ces résultats ne sont pas significatifs statistiquement (khi 2 ; p = 0,232) (log-rank ; p = 0,419) (Tableau 27).

	Non récidivistes		Récidivistes (1er homicide)	
	n	%	n	%
Lieu privé	38	60,3	10	47,6
Hôpital	5	7,9	1	4,7
Prison	2	3,2	1	4,7
Voie publique	18	28,6	9	42,8

Tableau 27 : Localisation de l'homicide des patients non récidivistes/récidivistes

4.5.1.2. Planification

L'homicide n'avait pas été planifié dans 61,9 % des cas lors des deux homicides (n=13).

Dans notre échantillon, pour la planification de l'acte par le **patient récidiviste**, on ne retrouve pas de différence significative entre le premier homicide et la récidive (khi 2 de Mc Nemar ; p = 0,688).

Nous nous sommes également intéressée au taux de planification selon le diagnostic psychiatrique. Lors du premier homicide, sur les 7 patients qui avaient planifié l'acte, 42,8 % avaient un diagnostic de trouble délirant paranoïaque (n = 3). Les autres étaient tous schizophrènes (n = 4 soit 57,2 %).
Lors de la récidive, 28,6 % de ceux qui avaient planifié l'acte présentaient un trouble délirant paranoïaque. Les autres étaient schizophrènes dans 57,14 % des cas (n = 4) ou avaient un trouble envahissant du développement (n = 1 soit 14,2 %).

Au total, les patients présentant un trouble délirant paranoïaque ont planifié leur acte dans 75 % des cas lors du premier homicide (n = 3 sur 4) et dans 50 % des cas lors du second (n = 2 sur 4). Les patients souffrant d'une schizophrénie l'avaient planifié dans 30,7 % des cas lors du premier homicide et de la récidive (n = 4 sur 13).

4.5.1.3. Moyen létal utilisé

Le moyen utilisé lors du **premier homicide** est principalement une arme blanche (33,3%, n = 7), une arme à feu (23,8 %, n = 5), un objet contondant (23,8 %, n = 5) et

enfin une strangulation (14,3 %, n = 3). Dans un cas, le premier homicide a lieu lors d'un accident de la voie publique (Tableau 28).

Lors de la **récidive**, le moyen utilisé est une arme blanche (57,1 %, n = 12), un objet contondant (14,3 %, n = 3), la violence physique (14,3 %, n = 3), une strangulation (9,5%, n = 2) et une arme à feu (4,7 %, n = 1) (Figure 17).

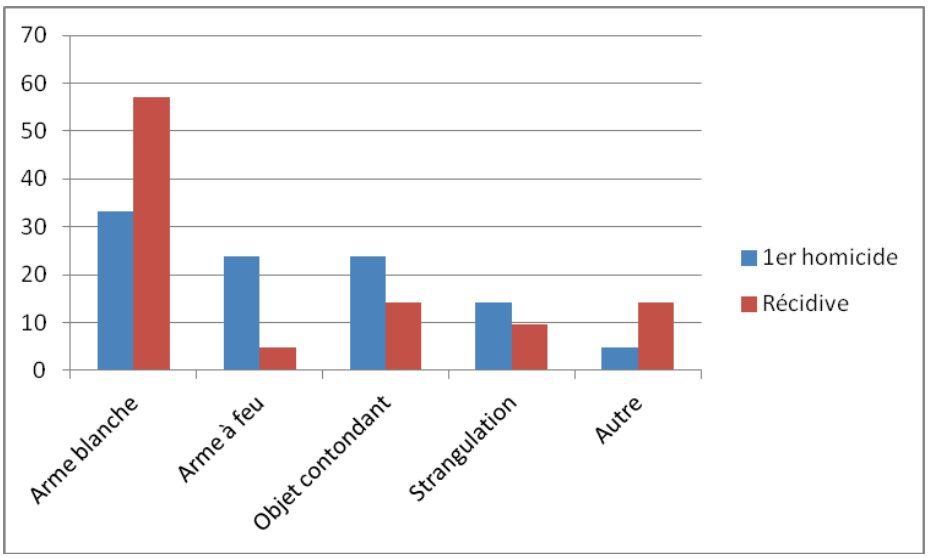


Figure 17 : Moyen létal utilisé par l'agresseur (en %)

Voyons maintenant si les patients **récidivistes** étudiés passent à l'acte en utilisant le même type de moyen. Le tableau croisé suivant représente les deux homicides en fonction de leur moyen létal respectif (Tableau 28).

1er homicide/récidive	Arme blanche	Arme à feu	Objet contondant	Strangulation	Autre	Total (1er homicide)
Arme blanche	**6**	0	1	0	0	7
	85,71 %	0 %	14,29 %	0 %	0 %	33,33 %
Arme à feu	4	**1**	0	0	0	5
	80 %	**20 %**	0 %	0 %	0 %	23,81 %
Objet contondant	2	0	**1**	0	2	5
	40 %	0 %	**20 %**	0 %	40 %	23,81 %
Strangulation	0	0	1	**1**	1	3
	0 %	0 %	33,33 %	**33,33 %**	33,33 %	14,29 %
Autre	0	0	0	1	**0**	1
	0 %	0 %	0 %	100 %	**0 %**	4,76 %
Total (récidive)	12	1	3	2	3	N = 21
	57,14 %	4,76 %	14,29 %	9,52 %	14,29 %	

Tableau 28 : Matrice de transition : moyen létal utilisé au 1er homicide et lors de la récidive

Les nombres et pourcentages en caractère gras représentent les cas où le moyen utilisé est le même lors du premier homicide et de la récidive. Nous mettons alors en évidence un type de moyen létal identique dans seulement 42,85 % des cas (n = 9). Les patients utilisant une arme blanche lors du premier homicide récidivent de la même façon dans 85,71 % des cas.

Une arme blanche semble, en réalité, plus utilisée par tous les **patients** lors de la **récidive** (57,14 vs 33,33 %) mais ce résultat n'est pas significatif statistiquement (khi 2 ; p = 0,121).

Les **patients récidivistes** semblent utiliser plus souvent un objet contondant que les **patients non récidivistes** (23,8 vs 8,6 %) mais ce résultat n'est pas significatif statistiquement (test exact de Fisher ; p = 0,11) (log-rank ; p = 0,162) (Tableau 29).

	Non récidivistes	Récidivistes (au 1er homicide)
Arme blanche	37,9	33,3
Arme à feu	29,3	23,8
Objet contondant	8,6	23,8
Strangulation	10,3	14,3
Autre	13,8	4,8

Tableau 29 : Moyen utilisé (en %)

Pour les **récidivistes**, un acharnement ou une violence excessive est retrouvé dans 42,9 % (n = 9) des premiers homicides et 52,4 % (n = 11) des récidives.
En terme de niveau de violence, 12 patients ont récidivé de la même manière (57,1%). Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le premier homicide et sa récidive concernant l'existence d'un acharnement selon le patient (khi 2 de Mc Nemar ; p = 0,727).

Enfin, on ne retrouve pas de différence dans la fréquence des violences sexuelles associées entre le 1er homicide et sa récidive (9,5 vs 14,3 %).

4.5.1.4. Motivations apparentes

Les motivations apparentes retrouvées, lors du premier homicide et de la récidive sont regroupées dans le Tableau 30 :

	1er homicide		Récidive	
	n	%	n	%
Persécution	7	33,33	11	52,4
Vengeance	5	23,8	2	9,5
Agression sexuelle	2	9,5	3	14,3
Délire mystique et hallucinations	2	9,5	2	9,5
Jalousie	2	9,5	0	0
Vol	2	9,5	2	9,5
Dispute	1	4,8	1	4,8
Total	21	100	21	100

Tableau 30 : Motivations apparentes

Afin de voir si les **patients récidivistes** avaient le même type de motivations apparentes lors du premier et du second homicide, nous les avons regroupées en 3 types :

- Avec délits associés (agression sexuelle et vol),
- Avec idées délirantes à l'origine du crime (délire de persécution, de jalousie, mystique ou injonctions hallucinatoires),
- Post-conflictuelles (vengeance, dispute).

Le tableau croisé suivant représente les deux homicides en fonction du type de motivation (Tableau 31).

1er homicide/Récidive	Délits associés	Délire	Post-conflit	Total (1er homicide)
Délits associés	**4**	0	0	4
	100 %	0 %	0 %	19,05 %
Délire	0	**10**	1	11
	0 %	**90,91 %**	9,09 %	52,38 %
Post-conflit	1	3	**2**	6
	16,67 %	50 %	**33,33 %**	28,57 %
Total (récidive)	5	13	3	N = 21
	23,81 %	61,90 %	14,29 %	

Tableau 31 : Matrice de transition : motivation apparente au 1er homicide et lors de la récidive

Les nombres et pourcentages en caractère gras représentent les cas où le type de motivation apparente est le même lors du premier homicide et lors de la récidive. Nous mettons alors en évidence un type de motivation identique dans 76,2 % des cas (n = 16). Les patients qui commettent un délit associé lors du premier homicide récidivent tous de la même façon (n = 4). Nous relevons le même type de motivation pour 90,9 % de ceux dont le délire est à l'origine même du passage à l'acte. Enfin, 33,3 % des patients étant passés à l'acte après un conflit repassent à l'acte dans les mêmes circonstances lors de la récidive.

Il ne faut pas confondre les motivations apparentes et l'état mental du patient lors de l'homicide (développé ci-dessous). En effet, certains patients peuvent être délirants au moment du passage à l'acte mais le délire peut ne pas être la motivation première de l'homicide.

Les **patients non récidivistes** commettent leur homicide en association avec un autre délit dans 10,5 % des cas. Il n'existe pas de différence significative entre les **patients récidivistes et non récidivistes** sur ce point (test exact de Fisher ; p=0,45) même si les patients récidivistes semblent commettre plus souvent un délit associé lors du premier homicide que les non récidivistes (19,05 % vs 10,5 %).

4.5.1.5. État mental du patient au moment des homicides

4.5.1.5.1. Symptomatologie psychotique

Lors du premier homicide, 57,1 % des **patients récidivistes** présentaient une symptomatologie délirante (n = 12).

Parmi ces 12 patients présentant un délire, la plupart souffre d'un syndrome de persécution (n = 7 soit 58,3 %), d'un délire mystique (n = 2 soit 16,7 %), d'un délire mégalomaniaque (n = 1 soit 8,3 %) et d'un délire de jalousie (n = 1 soit 8,3 %) (Figure 18).

Dans les autres cas, il n'a pas été retrouvé d'information sur la symptomatologie du patient lors de l'homicide. Nous le considérons alors comme non délirant.

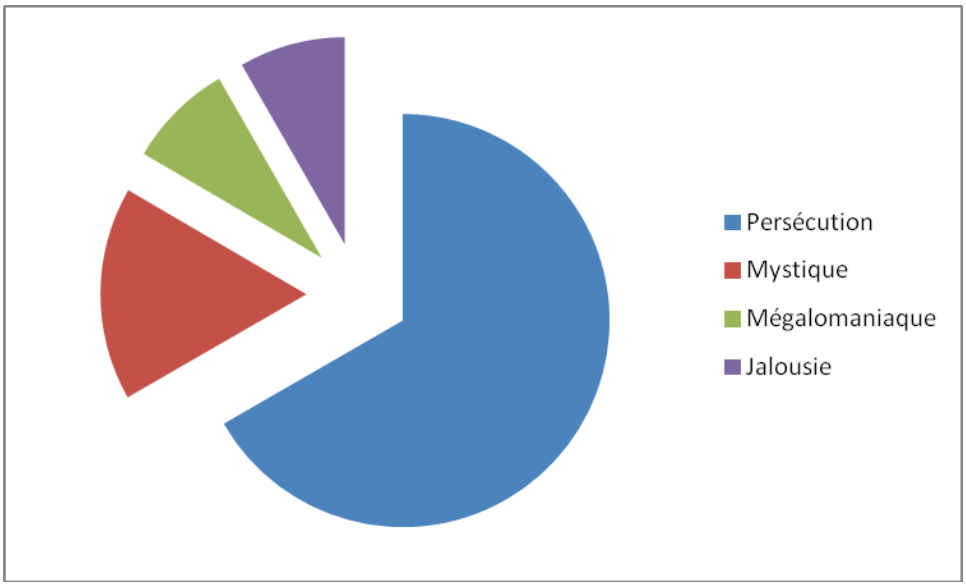


Figure 18 : Thème du délire

Lors de la récidive homicide, 17 patients présentent une symptomatologie délirante (80,9 %). L'état mental au moment du passage à l'acte des 4 autres patients n'a pas été retrouvé.

Le type délirant mentionné était :

- La persécution dans 15 cas (88,2 %),
- Un délire mystique dans 1 cas (5,9 %),
- Des injonctions hallucinatoires dans 1 cas (5,9 %).

Les 12 patients présentant un délire lors du premier homicide sont également délirants lors du second homicide.
Quand il existe un délire, le thème reste inchangé dans la majorité des cas (n = 9 sur 12 soit 75 %).

Les patients de notre étude récidivent le plus souvent avec la même symptomatologie (n = 16 soit 76,2 %).
Cependant, ces résultats sont à nuancer au vu des nombreuses données manquantes sur l'état mental de l'agresseur au moment du passage à l'acte. En effet, certains dossiers ou certaines expertises ne le mentionnaient pas, n'intervenant que bien plus tard dans la prise en charge.

4.5.1.5.2. Consommation de toxiques

Lors du premier homicide, 6 patients **récidivistes** ont consommé des toxiques (28,6%) : 3 ont consommé des drogues seules (14,3 %), 2 de l'alcool et des drogues (9,5 %), 1 de l'alcool seul (4,8 %).
Nous n'avions pas d'information pour 9 des 21 patients.

Parmi les 12 patients présentant une symptomatologie délirante lors du premier homicide, 3 avaient consommé des toxiques (25 %) et 5 (41,7 %) n'en avaient pas consommé (pas d'information pour 3 patients).

Lors de la **récidive**, 7 patients ont consommé des toxiques (33,3 %) : 3 ont consommé des drogues seules (14,3 %) et 4 ont consommé de l'alcool seul (19 %).
Nous n'avions pas d'informations pour 6 des 20 patients.

Parmi les 17 patients présentant une symptomatologie délirante lors de la récidive homicide, 5 avaient consommé des toxiques (29,4 %) et 6 n'en avaient pas consommé (35,3 %) (pas d'information pour 6 patients).

Il n'existe pas de différence statistique du mode de consommation de toxiques entre le **premier homicide et la récidive** (khi 2 de Mc Nemar ; p = 0,625). Cependant, une nouvelle fois, ces résultats sont à modérer au vu des nombreuses données manquantes concernant la consommation de toxiques.

Pour les **patients non récidivistes**, la proportion de consommation d'alcool lors de l'homicide est de 20,6 % (n = 13). Il n'existe pas de différence significative concernant la consommation chez **les récidivistes** et les **non récidivistes** (test exact de Fisher ; p=0,71).

4.5.1.6. Comportement post-criminel

Lors des différents homicides, la majorité des patients quitte la scène de crime (52,4% et 47,6 %). Les données sont retranscrites dans le Tableau 32.

	1er homicide		Récidive	
	n	%	n	%
Quitte la scène de crime	11	52,4	10	47,6
Attente	3	14,3	5	23,8
Agression d'une tierce personne	1	4,8	1	4,8
TS	1	4,8	0	0
Maquillage de la scène	1	4,8	0	0
Auto-dénonciation directe	0	0,0	1	4,8
Mise en scène	0	0,0	1	4,8
NC	4	19,0	3	14,3

Tableau 32 : Comportement post-criminel

Parmi les patients, 47,6 % se dénonceront eux-mêmes pour le premier homicide et 42,8 % se dénonceront pour la récidive homicide.

4.5.1.7. Type d'homicide

80,95 % des **premiers homicides** (n = 17) et 85,7 % des **récidives** (n = 18) ont été classés comme émotionnels.

Il n'existe pas de différence significative entre le type du premier homicide et de la récidive par patient, 85,7 % (n = 18) récidivant selon le même type d'homicide (Tableau 33).
Nous pouvons remarquer que lorsque l'homicide est de type émotionnel lors du premier homicide, la récidive est de même type dans 94,1 % des cas.

1er Homicide/Récidive	Émotionnel	Instrumental	Total (1er homicide)
Émotionnel	**16** **94,1 %**	1 5,9 %	17 80,95 %
Instrumental	2 50 %	**2** **50 %**	4 19,05 %
Total (Récidive)	18 85,7 %	3 14,3 %	**N = 21**

Tableau 33 : Matrice de transition : type du 1er homicide et de la récidive

Pour les **patients non récidivistes,** l'homicide est de type émotionnel dans 57 cas (90,4 %).

Le type de l'homicide selon son caractère instrumental ou émotionnel ne permet pas de différencier statistiquement les patients récidivistes des patients non récidivistes (test exact de Fisher ; p = 0,26) (log-rank ; p= 0,88).

4.5.2. VICTIMES

4.5.2.1. Nombre

Le nombre total de victimes des **patients récidivistes** de notre étude s'élève à 47 :

- 26 victimes lors du premier homicide (3 homicides multiples à 4, 2 et 2 victimes),
- 21 lors de la récidive.

La proportion d'homicides multiples (au moins 2 victimes lors du même événement) semble moins importante pour les **patients récidivistes** lors du premier homicide que pour les **patients non récidivistes** (14,3 % vs 38,1 %). Ce résultat est significatif statistiquement (khi 2 ; p = 0,043).

4.5.2.2. Sexe

66,7 % (n = 14) des **patients récidivistes** tuent une victime masculine lors du premier homicide contre 33,3 % (n = 7) lors de la récidive (Figure 19). 2 patients sont auteurs d'un homicide mixte lors du premier homicide.

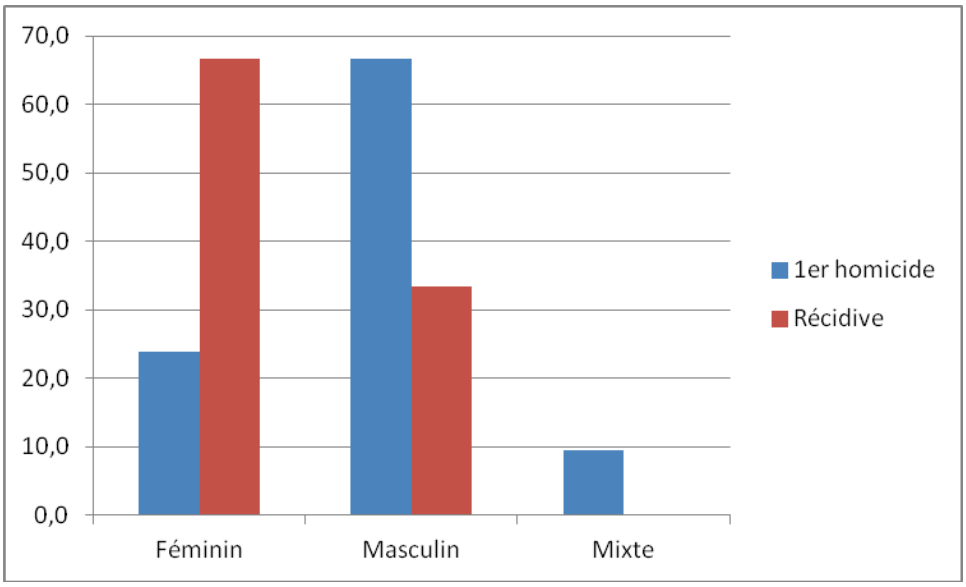


Figure 19 : Genre de la victime (en %)

Il existe une différence statistique significative du genre de la victime entre le premier homicide et la récidive (khi 2 ; p = 0,01). Concernant le genre de la victime **par** agresseur (khi 2 de Mc Nemar), il existe une tendance statistique (p = 0,065) probablement limitée par le manque de puissance de l'étude.

L'homicide des **patients non récidivistes** a pour victime une femme dans 36,5 % des cas (n = 23), un homme dans 28,6 % des cas (n = 18) et est de type mixte dans 32,9 % des cas (n = 22).

Le premier homicide des **patients récidivistes** implique statistiquement plus souvent un homme que l'homicide des **patients non récidivistes** (khi 2 ; p = 0,029) (log-rank ; p = 0,024).

4.5.2.3. Lien avec l'agresseur

Nous avons relevé le lien agresseur-victime que nous avons classé en 3 types :

- Connu intrafamilial : parent, enfant, conjoint,…
- Connu extrafamilial : voisin, ami, co-détenu,…
- Inconnu

Le premier homicide des **patients récidivistes** implique une victime connue dans 71,4 % des cas (n = 15). Le type d'homicide est extrafamilial dans 57,1 % des cas (n= 12) et intrafamilial dans 14,3 % des cas (n = 3).

Lors de la **récidive homicide**, la proportion de victime inconnue est de 14,3 % (n=3), celle de victime connue est de 85,7 % (n = 18) : extrafamiliale dans 61,9 % des cas (n = 13) et intrafamiliale dans 23,8 % des cas (n = 5) (Figure 20 ; Tableau 34).

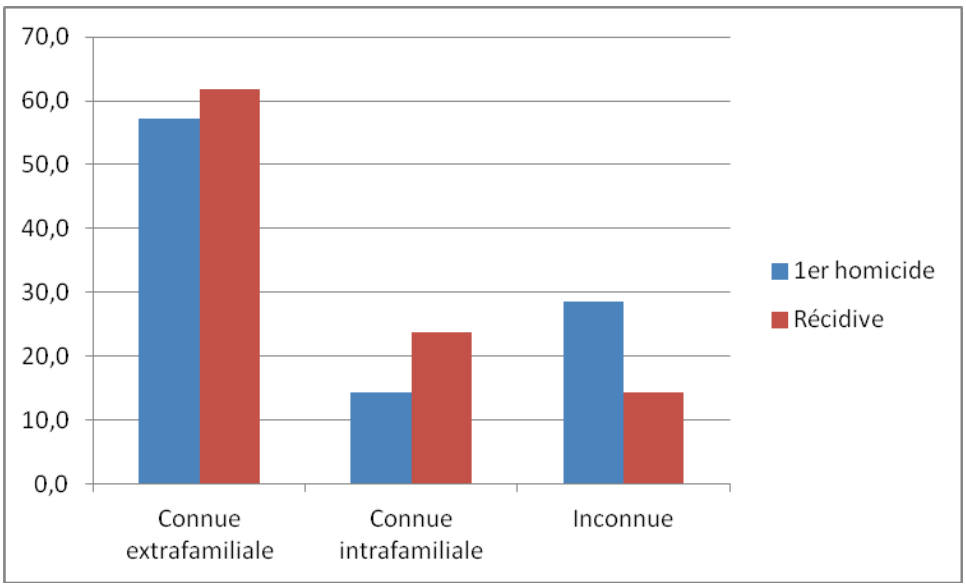


Figure 20 : Lien Agresseur/Victime (en %)

Lors des homicides intrafamiliaux des **patients récidivistes**, dans 50 % des cas, il s'agit d'une figure parentale (deux mères, un beau-père, une belle-mère), dans 37,5% des cas, l'épouse est tuée (n = 3). Le dernier cas est le meurtre d'une demi-sœur. Il faut noter également que dans 2 cas de notre étude, le patient a tué son ex-épouse et le nouveau compagnon de celle-ci (ou celui qui a été pris comme tel). Ces deux derniers homicides ont été classés parmi les meurtres à victime connue.

Voyons maintenant si les patients **récidivistes** tuent des victimes avec qui ils ont le même type de relation. Le tableau croisé suivant représente les deux homicides en fonction du lien agresseur-victime respectif (Tableau 34)

1er homicide/Récidive	Connue extrafamiliale	Connue intrafamiliale	Inconnue	Total (1er homicide)
Connue extrafamiliale	**7** **58,33 %**	5 41,67 %	0 0 %	12 57,14 %
Connue intrafamiliale	2 66,67 %	**0** **0 %**	1 33,33 %	3 14,29 %
Inconnue	4 66,67 %	0 0 %	**2** **33,33 %**	6 28,57 %
Total (Récidive)	13 61,90 %	5 23,81 %	3 14,29 %	N = 21

Tableau 34 : Matrice de transition : statut de la victime au premier homicide et à la récidive

Concernant la victime **par** agresseur, le patient récidive envers le même type de victime dans seulement 42,9 % des cas (n = 9). Statistiquement, il n'existe pas de différence significative entre le premier homicide et la récidive concernant le statut de la victime par agresseur (inconnue/connue) (khi 2 de Mc Nemar ; p = 0,375).

Les patients **récidivistes** semblent, cependant, tuer plus souvent une victime inconnue lors du premier homicide que lors de la récidive et inversement pour les victimes connues. Ce résultat n'est pas significatif statistiquement (test exact de Fisher ; p = 0,45).

Quel que soit le statut de la victime lors du premier passage à l'acte, lors de la récidive, le patient semble tuer principalement une victime connue (intrafamiliale ou extrafamiliale) sauf dans 3 cas. Parmi ces exceptions, dans 2 cas, la victime était déjà une victime inconnue lors du premier homicide (Tableau 34).

Chez les patients **non récidivistes**, l'homicide est de type intrafamilial dans 49,2 % des cas (n = 31), extrafamilial dans 50,8 % des cas (n = 32). Ce dernier type d'homicide implique une victime connue dans 65,6 % des cas (n = 21 sur 32) et une victime inconnue dans 34,4 % des cas (n = 11 sur 32).

Lors des homicides intrafamiliaux des **patients non récidivistes**, dans 29 % des cas, il s'agit d'une figure parentale (dans 9,7 % des cas chacun de la mère ou du père et dans 3,2 % des cas chacun des 2 parents, du beau-père, du père et de la grand-mère), dans 16,1 % des cas, d'un enfant, dans 12,9 % des cas, la compagne

est tuée, dans 9,6 %, il s'agit du frère ou beau-frère et enfin dans un cas, le cousin est tué (3,2 %).

Les **patients récidivistes**, lors de leur premier homicide, tuent statistiquement plus souvent une victime extrafamiliale que les **patients non récidivistes** (khi 2 ; p=0,005). Ces résultats sont également mis en évidence avec une analyse de Kaplan-Meier (log-rank ; p = 0,014) (Figure 21). En effet, les patients ayant tué une victime connue intrafamiliale lors du premier homicide ont un taux de survie sans récidive plus important que les patients ayant tué une victime extrafamiliale (autre).

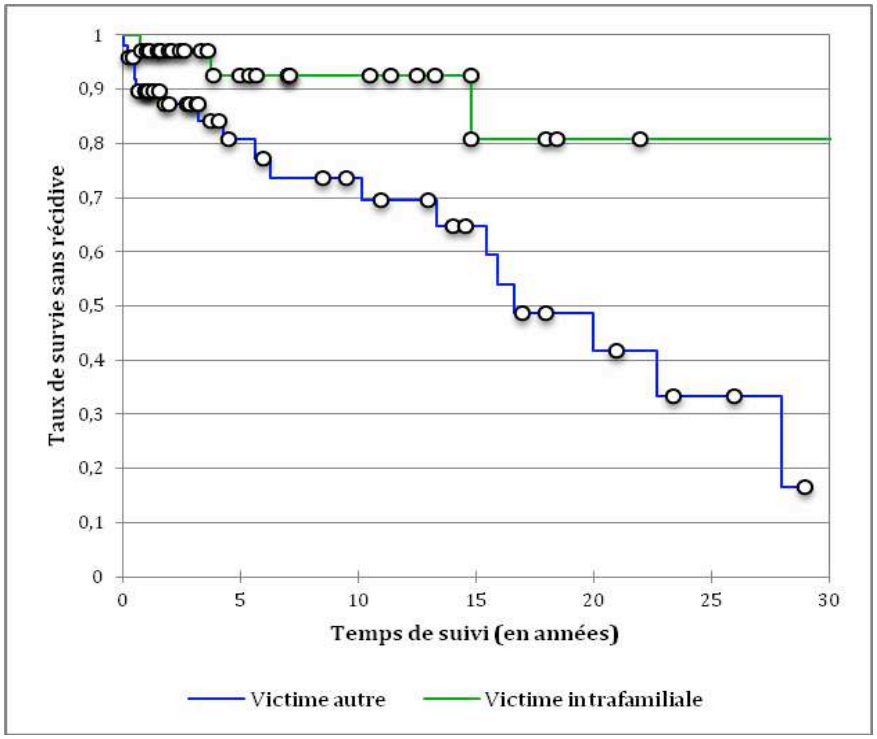


Figure 21 : Courbe de survie

Cependant, il faut prendre en compte les patients perdus de vue qui entraînent des biais dans nos résultats.

Selon un modèle à risques proportionnels de Cox, le statut de la victime lors du premier homicide apparaît associé de façon significative au temps de survie sans récidive. Le risque de commettre un second homicide serait 4,13 fois plus important pour les patients ayant tué une victime extrafamiliale lors du premier homicide que pour ceux ayant tué une victime intrafamiliale (p = 0,023 ; IC 95% [1,21-14,05]).

4.5.3. CONSÉQUENCES JUDICIAIRES

57,1 % des **patients récidivistes** (n = 12) ont été reconnus irresponsables pour leur premier homicide (a*rticle 64* du Code pénal ou a*rticle 122-1 alinéa 1*). Un patient a bénéficié de l'*article 122-1 alinéa 2* et a donc été classé parmi les patients responsabilisés.

Lors de la récidive, la proportion de patients reconnus irresponsables est supérieure (76,2 % soit n = 16).

Nous avons pu remarquer que tous les patients reconnus irresponsables pour le premier homicide ont été irresponsabilisés également pour le second homicide. 5 patients ont été responsabilisés pour les 2 homicides (Tableau 35). 80,9 % des patients ont eu les mêmes conséquences judiciaires pour le premier homicide et la récidive (n = 17). Il n'y existe pas de différence significative du statut juridique par patient au premier homicide et à la récidive (khi 2 de Mc Nemar ; p = 0,13).

1er homicide/Récidive	Irresponsabilité	Responsabilité	Total (1er homicide)
Irresponsabilité	**12** **100 %**	0 0 %	12 57,1 %
Responsabilité	4 44,4 %	**5** **55,5 %**	9 42,8 %
Total général (Récidive)	16 76,2 %	5 23,8 %	N = 21

Tableau 35 : Matrice de transition : conséquences judiciaires des patients récidivistes au premier homicide et à la récidive

Dans plusieurs cas, le premier homicide et la récidive ont été pris en compte au même moment par la justice, les décisions d'irresponsabilité ou de responsabilité ont été couplées.

Les **patients non récidivistes** sont, eux, reconnus irresponsables pour 65,1 % d'entre eux (n = 41), 2 patients ont bénéficié de l'*article 122-1 alinéa 2* et pour 2 patients, la décision de justice n'est pas encore connue.

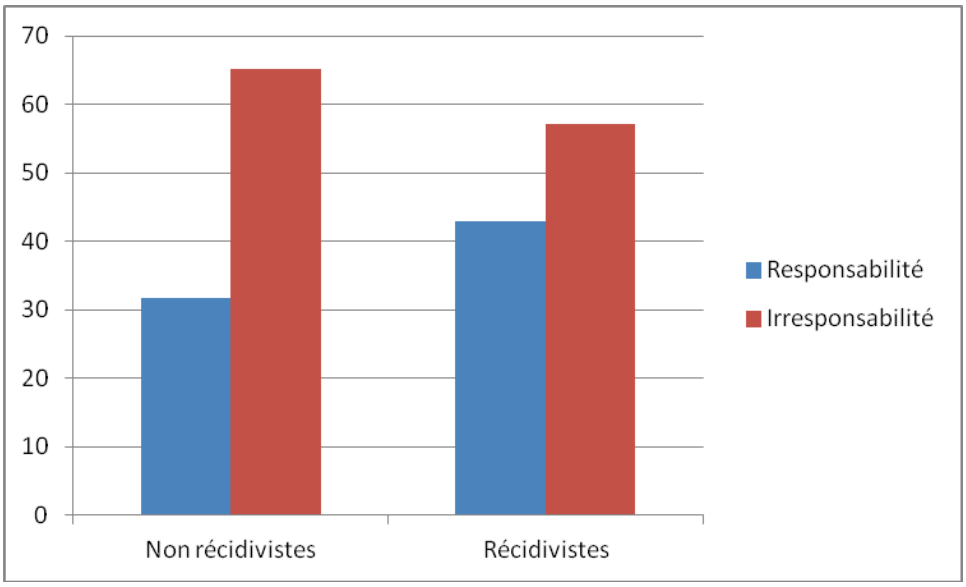


Figure 22 : Statut juridique (en %)

Il n'existe pas de différence significative dans les décisions de condamnation ou d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental entre **patients récidivistes** (pour le premier homicide) et **patients non récidivistes** (khi 2 ; p = 0,405) (log-rank ; p = 0,856).

5. DISCUSSION

5.1. UNE FAIBLE PROPORTION DE RÉCIDIVISTES

Nous retrouvons dans notre étude une proportion de **6,75 %** de récidivistes parmi tous les patients homicidaires ayant été hospitalisés entre le 1er Janvier 1990 et le 1er Juillet 2013.

Dans la littérature, le taux de récidive homicide retrouvée varie entre 2 et 5 % (56,108,120–123,125). GOLENKOV, dans une étude portant spécifiquement sur la récidive homicide des patients schizophrènes retrouvent une proportion plus importante que les autres recherches, 10,7 % (126).

5.2. DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

5.2.1. LES RÉCIDIVISTES : UN ÂGE INFÉRIEUR LORS DU PREMIER HOMICIDE

Dans notre étude, la **moyenne d'âge des patients récidivistes** au moment du premier homicide est de **27,5 ans**, avec des extrêmes allant de 15 à 42 ans (Écart-type = 8,67). La moyenne d'âge lors du second homicide est de **36,3 ans**, avec des extrêmes allant de 20 à 65 ans (Écart-type = 11,61)
Dans l'étude de BARBERA PERA et DAILLET, l'âge moyen lors du premier homicide est de 26,48 +/- 8,19 ans. Il est de 35,32 +/- 8,50 ans lors de la récidive (55). LE BIHAN et BÉNÉZECH retrouvent un premier crime à 28,2 ans et une récidive à 37,8 ans en moyenne (124). Pour FIORENTINI, dans la quasi-totalité des cas, le meurtrier a entre 20 et 30 ans lors du premier homicide (56).

On retrouve dans notre étude, une **moyenne d'âge** de **35,5 ans** pour les **patients non récidivistes** (Écart-type = 12,86).
Dans la littérature internationale, l'âge moyen du patient auteur d'homicide varie entre 27 et 36,4 ans. RICHARD-DEVANTOY *et al.* en 2009, ont mis en évidence un âge moyen de 31,7 ans (16–84 ans, écart-type de 12,6*)* (74), KOH et al. ont montré une proportion majoritaire de meurtriers entre 20 et 39 ans (66,3 % de leur

population) (70), SHAW *et al.* ont, eux, trouvé un âge moyen de 27 ans, ce qui est inférieur à ce qu'on retrouve dans la plupart des travaux (72).
Cependant, il faut préciser qu'il peut exister des biais de sous-estimation. En effet, ces études sur les auteurs d'homicides ne font pas la différence entre homicide et récidive homicide. Des meurtriers réitérateurs ont donc pu être inclus dans la population étudiée et par conséquent faire baisser la moyenne d'âge de l'effectif.

Dans notre étude, on retrouve alors une **moyenne d'âge** des patients récidivistes **statistiquement inférieure** lors de leur premier homicide à celle des patients non récidivistes lors de leur homicide (t-Student ; p = 0,01). GOLENKOV *et al.*, en 2013, ont montré la même différence avec un âge de 29,5 +/-9,8 ans pour les récidivistes et de 34,1 +/-9,4 ans pour les non récidivistes, leur résultat tendait vers la significativité statistique (t-Student ; p = 0,07) (126).

L'existence d'une récidive chez les patients ayant tué à un âge plus jeune peut être expliquée en partie par le prolongement du temps à risque de récidive. Nous avons vu, de plus, qu'un meurtrier aurait 10 à 74 fois plus de risque de commettre un nouvel homicide qu'un individu non meurtrier (121–123). En tuant plus jeune, le temps à risque de nouvel homicide (tout le reste de la vie ?) est alors effectivement rallongé.
Cette différence d'âge lors du premier homicide semble également pouvoir s'expliquer par le fait que les jeunes auteurs d'homicide seront, quand ils ont été hospitalisés ou incarcérés après leur homicide, plus jeunes au moment de leur sortie (de prison ou d'hôpital) et donc plus susceptibles de récidiver, en raison de facteurs liés au mode de vie des jeunes.
Enfin, GOLENKOV *et al.* ont eux, mis en évidence une prévalence plus importante de comorbidité avec des traits de personnalité dyssociale chez les patients schizophrènes récidivistes que chez les non récidivistes. Les auteurs attribuent alors la différence d'âge lors du premier homicide aux traits de personnalité antisociale entraînant un passage à l'acte plus jeune (126).
Dans notre étude, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre la fréquence des traits ou troubles de la personnalité antisociale chez les patients **récidivistes** et **non récidivistes** (42,9 vs 34,9 %) (khi 2 ; p = 0,51). Nous ne pouvons donc, ici, expliquer cette différence d'âge comme GOLENKOV. Il faut

souligner cependant qu'il peut être difficile d'établir un diagnostic de trouble de la personnalité et de coter l'impulsivité de façon rétrospective et qu'un échantillon plus important aurait peut-être permis de montrer une différence. En effet, il est possible qu'un diagnostic de personnalité dyssociale favorise la précocité d'un passage à l'acte.

La **durée de la période inter-homicide** de nos patients s'élève à 8,79 ans en moyenne avec des extrêmes allant de 14 jours à 28 ans. Dans l'étude de BARBERA PERA et DAILLET (55), elle est de 8,11 ans. LE BIHAN et BÉNÉZECH trouvaient une période inter-homicide d'une durée de 8,9 ans (124) tandis que FIORENTINI mettait en évidence une durée de 7 ans en moyenne avec des extrêmes allant de 3 à 27 ans (56).

5.2.2. UNE PRÉDOMINANCE DE SUJETS CÉLIBATAIRES SANS ENFANTS

Dans notre étude, nous avons mis en évidence une **majorité de patients récidivistes célibataires** au moment du premier homicide et de la récidive (66,7 %) et 71,4 % de patients sans enfants. Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les **récidivistes et les non récidivistes** concernant le statut marital (66,7 vs 74,6 %) (khi 2 ; p = 0,774).

Les études internationales ont montré des résultats très hétérogènes concernant le statut marital des patients.
RICHARD-DEVANTOY *et al.* (74,87) ont retrouvé une proportion majoritaire d'individus en couple (51 %) contre 34,3 % d'individus célibataires. Cependant, dans leur population, certains étaient indemnes de trouble mental. La pathologie mentale pourrait être un facteur associé au célibat des patients. En effet, dans une population spécifique de 14 schizophrènes parmi les 210 meurtriers, les auteurs retrouvent 92,9% de célibataires.
ASSENS, en 2011, a mis en évidence une proportion de 70 % de patients célibataires lors de leur homicide (85).
Concernant les patients récidivistes, LE BIHAN et BÉNÉZECH rapportent 58 % de célibat (124).

Le résultat trouvé dans notre étude ne nous surprend pas. Tous les patients récidivistes présentaient une pathologie de l'axe I du DSM-IV-TR, beaucoup étaient instables au niveau personnel et professionnel (avec errance pathologique, vie sans domicile fixe,…). Un tel schéma de vie permet rarement l'installation d'une vie affective stable et durable comme le mariage, le concubinage ou la construction d'une vie de famille.

5.2.3. UN FAIBLE NIVEAU SOCIO-ÉCONOMIQUE FAMILIAL, UNE FRATRIE NOMBREUSE ET DES ORIGINES CULTURELLES DIVERSES

Selon SWANSON, en 1990, un faible niveau socio-économique serait plus à risque de violence chez les patients présentant une schizophrénie (31).
Nous retrouvons dans notre série 71,4 % des **patients récidivistes** issus de milieux sociaux défavorisés, avec une fratrie de 6,6 en moyenne et des origines géographiques diverses (Afrique du Nord (19 %), Afrique noire (4,8 %), milieu gitan (9,5 %), DOM-TOM (9,5%)…).
Ces résultats sont similaires à ceux mis en évidence par FIORENTINI qui retrouve 38,5 % de sujets de nationalité étrangère parmi les meurtriers de son étude et 23,8% parmi les meurtriers récidivistes (56).
D'autres auteurs avaient également mis en évidence une proportion importante de patients d'origines ethniques variées. Pour COID, elle est de 37,5 % (111), pour VENTURA, il existe une relation entre taux de ré-arrestation (donc de récidive) et origine ethnique.

Cependant, l'augmentation de la violence ou du risque d'homicide ou de récidive, ne doit pas être expliquée seulement par l'origine culturelle ou le milieu socioéconomique faible. Il s'agit en réalité d'un ensemble d'éléments interdépendants. En effet, même si le facteur culturel peut être pris en compte, il faut également souligner la mauvaise intégration sociale dont font l'objet les populations d'origine étrangère, entraînant bien souvent un milieu socioéconomique défavorisé avec une exposition à la violence et une difficulté d'accès aux services publics d'éducation ou de soins.

5.2.4. UN TYPE DE DOMICILE VARIABLE

Dans notre étude, lors du premier homicide, 68,4 % des **patients récidivistes** vivaient dans un domicile privé (principalement le domicile familial), 21 % étaient sans domicile fixe, 5,2 % étaient en prison et 5,2 % à l'hôpital.

GOLENKOV, en 2013, retrouve une proportion plus importante de patients récidivistes vivant en milieu rural que de patients non récidivistes. Il n'étudie cependant pas le type de domicile (126).
ASSENS dans son étude incluant patients récidivistes et non récidivistes retrouve, comme nous, une proportion majoritaire de domicile privé (59 %) (85). Pour LE BIHAN et BÉNÉZECH, cette proportion est de 50 % (124).

Les **patients récidivistes**, lors du premier homicide, vivaient significativement moins souvent dans un domicile privé que les **patients non récidivistes** lors de leur homicide (test exact de Fisher ; p = 0,016). Il faut noter également la proportion plus importante de patients sans domicile fixe parmi les récidivistes (21,1 vs 0 %) (test exact de Fisher ; p = 0,002). Ces données semblent témoigner d'une mauvaise intégration familiale et sociale des patients récidivistes.

Il faut préciser la proportion un peu supérieure de **patients non récidivistes** hospitalisés (7,9 vs 4,7 %) par rapport aux **récidivistes**.

La différence de proportion de domicile privé entre patients récidivistes et non récidivistes s'explique principalement par l'absence de patients SDF parmi les non récidivistes.

Le type de domicile ne serait donc pas directement lié au risque de récidive mais témoignerait d'une mauvaise intégration sociale, de passages à l'acte antérieurs ou de la prise en charge de pathologies psychiatriques probablement déjà évolutives.

5.2.5. UN FAIBLE NIVEAU SCOLAIRE ET UNE INACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

La majorité des **patients récidivistes** de cette étude a un faible niveau scolaire (61,9%) et une grande proportion présente une inactivité professionnelle (33,3 %) ou une instabilité professionnelle (66,66 %).

Dans la littérature internationale, nous retrouvons les mêmes constatations chez les meurtriers récidivistes et non récidivistes ainsi que chez les patients violents présentant des troubles psychiatriques

Chez les patients récidivistes, FIORENTINI, en 1979, retrouve un niveau d'instruction ne dépassant pas le primaire dans la quasi-totalité des cas (56).

Chez les individus homicidaires, RICHARD-DEVANTOY retrouve un niveau scolaire bas (niveau éducatif primaire (56,7 %), secondaire (38,2 %) et supérieur (4,3 %)) et une majorité de cas sans activité professionnelle (53 %) (74).

Enfin, SWANSON *et al.*, ont montré qu'un parcours scolaire arrêté précocement (166) ou une inactivité professionnelle augmentait le risque de violence chez les patients présentant des troubles mentaux (138).

5.2.6. DES ÉVÉNEMENTS DE VIE SIGNIFICATIFS FRÉQUENTS

Dans notre étude, tous les patients récidivistes ont vécu des événements de vie significatifs tels que :

- Carences affectives ou éducatives (n = 15 soit 71,4 %),
- Séparation parentale dans l'enfance (n = 12 soit 57,14 %),
- Instabilité des relations intimes (n = 14 soit 66,67 %),
- Inadaptation durant l'enfance (n = 14 soit 66,67 %),
- Placement en foyer ou en famille d'accueil (n = 9 soit 42,8 %),
- Violences subies (n = 13 soit 61,9 %),
- Décès d'un parent dans l'enfance (n = 10 soit 47,6 %).

Les études de la littérature ont également montré l'existence de tels évènements dans les antécédents du sujet.

Pour les patients récidivistes, LE BIHAN et BÉNÉZECH retrouvent 75 % de carences affectives, 50 % de carences éducatives, 50 % de séparation parentale dans l'enfance, 42 % de séparation ou rupture affective dans le couple, 33 % de placement en foyer ou en famille d'accueil, 33 % de violences subies et 25 % de décès d'un parent durant l'enfance (124). FIORENTINI a montré la présence de facteurs de carence affective et/ou éducative comme l'absence de deux ou de l'un des parents et la séparation et le divorce des parents (56). RICHARD-DEVANTOY retrouve une proportion de 53 % de cas dont l'enfance était marquée par des évènements de vie significatifs. Pour lui, ils « *constituent des blessures narcissiques souvent importantes et les situations de stress affectif ou émotionnel sont susceptibles de raviver des blessures anciennes »* (74).

Néophyte en analyse, il nous semblait cependant intéressant d'évoquer le point de vue des psychanalystes sur l'origine des comportements violents et l'importance de l'environnement psychique. Nous nous sommes appuyée sur Claude BALIER et *La violence en Abyme* (167) pour tenter de retranscrire leurs explications.
Le sujet, confronté à « *un environnement impitoyable* », pour survivre, se couperait de sa vie psychique en se retirant de sa subjectivité : il s'agit d'un temps d'auto-désinvestissement, de retrait. Lorsque cet environnement traumatique perdure, ce processus de défense ponctuel tendrait à devenir une organisation structurale ; le retrait du sujet s'accentuerait alors et aboutirait à une défense paradoxale d'abolition interne de la subjectivité : « *se tuer pour ne pas être anéanti* » comme le dit ROUSSILLON. Dans un troisième temps, s'effectuerait un retournement passif/actif : « *faire vivre activement à un objet ce que le sujet a eu à endurer passivement* » qui prendrait la forme d'un « ***recours à l'acte*** » dans le but de survivre. La victime semble alors devenir un objet sacrificiel (167,168). Un mécanisme d'identification à l'agresseur peut également être évoqué.

Pour ZAGURY, « *la fonction du crime […], c'est la transformation de la menace en triomphe, de la passivité en activité, de la détresse en toute puissance, du traumatisme subi en traumatisme infligé. Sa logique, c'est […] de tuer pour demeurer vivant* » (cité dans (167)).

5.2.7. DES ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES ET/OU MÉDICO-LÉGAUX NOMBREUX

Plus des 3/4 des **patients récidivistes** de notre étude avaient des antécédents médico-légaux tels que des atteintes aux personnes ou aux biens.

Dans les études internationales, les antécédents personnels de violence apparaissent comme les meilleurs prédicteurs de violence future.
BONTA *et al.* (105) dans une méta-analyse sur les facteurs associés à la récidive chez les délinquants atteints de troubles mentaux, ont mis en évidence que les principaux facteurs de risque de récidive violente étaient les antécédents criminels et de condamnations. COID *et al.* font les mêmes constatations et observent que les patients ayant des antécédents violents étaient plus à risque de récidive violente (111).

Dans les populations homicidaires, des antécédents criminels sont également fréquemment relevés (54,8 % pour KOH *et al.* en 2006 (70), 38 % pour RICHARD-DEVANTOY en 2009 (74)).

Dans huit cas (38 %), nos **patients récidivistes** avaient un antécédent de tentative d'homicide. L'antécédent d'homicide paraît être également le meilleur prédicteur de récidive homicide. En effet, un individu meurtrier aurait 10 à 74 fois plus de risques de commettre un nouvel homicide qu'un individu de la population générale selon TIIHONEN et ERONEN ou CUSSON (121–123). De plus, certains auteurs comme TIIHONEN ont montré également que la fréquence des crimes violents avait une influence sur le risque de récidive d'homicide avec un risque jusqu'à 150 fois plus important pour les multirécidivistes que pour les hommes de la population générale (121).

Dans notre série, dans plus de la moitié des cas, les premiers actes délinquants avaient été commis dans la jeunesse. Ceci avait déjà été relevé par COID, NILSSON ou LUND (111,115,118) En effet, selon SWANSON en 2002, le jeune âge au moment du premier fait délictuel augmenterait le risque de passage à l'acte futur (130).

HODGINS, elle, a montré en 2008 que les patients présentant une schizophrénie associée à un trouble de la personnalité dyssociale dont les comportements antisociaux débutaient dans l'adolescence (« early starters ») étaient condamnés fréquemment avant le premier épisode de psychose et les patients dont les comportements antisociaux débutaient qu'après 30-40 ans (âge auquel la schizophrénie était déjà évolutive) était le plus à risque de violences graves voire d'homicides (137).

Nous avons noté également deux cas d'antécédents de cruauté envers les animaux. Plusieurs auteurs étudiant l'homicide, l'avaient déjà cité (BOURGOIN en 1993 et CAMPOS et NOLANE en 1995) ((169,170) cités dans (49)).

38,1 % des patients de notre étude avaient des antécédents de condamnations avant le premier homicide.
Enfin, les **patients récidivistes** semblent avoir de plus fréquents antécédents d'actes médico-légaux que les **patients non récidivistes** (85,7 vs 69,8 %). Cependant, ce résultat n'est pas significatif statistiquement (khi 2 ; p = 0,152).

Dans un objectif de prévention de la violence, de l'homicide, il semble alors primordial d'interroger le patient sur ses antécédents médico-légaux et judiciaires. L'existence d'un antécédent d'homicide ou de tentative d'homicide doit être connue par l'évaluateur.

5.3. DONNÉES CLINIQUES

5.3.1. UNE MAJORITÉ DE PATIENTS SOUFFRANT DE SCHIZOPHRÉNIE

Dans notre population de **patients récidivistes**, 61,9 % souffrent de schizophrénie, 19 % de délire paranoïaque, 14,3 % de trouble envahissant du développement et 4,8% de trouble schizo-affectif.

Les études sur la récidive homicide retrouvent parmi les patients présentant un trouble mental, une proportion de schizophrènes qui peut être variable, de 10%

(FIORENTINI en 1979 (56)), 11,1 % (ERONEN *et al.* en 1996 (122)), 15 % (TIIHONEN en 1994, (120)) à 50 % (LE BIHAN et BÉNÉZECH en 2005 (124)).

Pour ERONEN, cette pathologie multiplierait le risque d'une récidive d'homicide par 25 (122) par rapport à la population générale.
Cependant, LARGE précise bien que le taux d'homicide commis par les schizophrènes et le taux d'homicide total dans les pays développés sont corrélés montrant l'influence de facteurs étiologiques communs comme les facteurs sociodémographiques (75).

Notre étude retrouve une proportion plus importante de schizophrènes que dans les autres études. Un biais de sélection peut être évoqué. En effet, tous nos patients inclus ont été hospitalisés en UMD donc présentaient dans la plupart des cas, des pathologies mentales graves. Dans les autres études de la littérature, la population étudiée n'était pas, dans tous les cas, issue d'un milieu hospitalier, les patients pouvant avoir été recrutés sur dossiers d'expertise ou en prison.

De plus, il ne faut pas confondre la fréquence de la schizophrénie dans une population d'auteurs d'homicide et la fréquence de la schizophrénie dans une population d'auteurs d'homicide présentant un trouble mental. En effet, dans la plupart des études, la fréquence de la maladie est calculée par rapport à sa fréquence parmi tous les auteurs d'homicide, malades mentaux ou non.
Dans l'étude présente, tous les patients ont été hospitalisés en UMD. Nous pouvons considérer qu'ils présentent tous une pathologie mentale, la proportion donnée est, alors, celle parmi les troubles mentaux. PUTKONEN *et al.* (69) trouvaient de cette même façon, une proportion de 78 % de personnes souffrant de schizophrénie parmi les auteurs d'homicide malades mentaux.

Concernant la proportion de personnes souffrant de schizophrénie parmi tous les auteurs d'homicide, les chiffres présents dans la littérature sont : 6,2 % pour ERONEN *et al.* (61) , 6 % pour SHAW *et al.* (64), 11 % pour FAZEL *et al.* (68), 6,4 % pour KOH *et al.* (70), 5 % pour MEEHAN et SHAW (71), 6,7 % pour RICHARD-DEVANTOY *et al.* (74), 6,48 % pour LARGE *et al.* (75), 5,1 % pour GOLENKOV *et al.* (76) et 8,7 % pour BENNETT *et al.* (79).

Pour ERB *et al.* (65), en 2001, la schizophrénie augmenterait le risque d'homicide 16,6 fois.

Nous avons également pu mettre en évidence une proportion d'individus souffrant de schizophrénie statistiquement plus importante chez les **patients récidivistes** par rapport aux **patients non récidivistes** (61,9 vs 33,3 %) (khi 2 ; p = 0,021).

Dans 19 % des cas, les **patients non récidivistes** n'avaient pas de trouble de l'axe I du DSM-IV-TR, 17,5 % avaient un trouble de la personnalité et 1,5 % avaient un retard mental (axe II).

5.3.2. DES COMORBIDITÉS FRÉQUENTES

Un peu plus de la moitié des **patients récidivistes** de notre étude présente une comorbidité addictive, à l'alcool (19 %), aux drogues (14,3 %) et une association des deux dans 19 % des cas.

Ces données sont retrouvées dans les études sur la récidive homicide et sur les homicides, allant de 10,9 % pour SIMPSON *et al.* (67) à plus de 70 % pour PUTKONEN *et al.* (69).

RICHARD-DEVANTOY en 2013 (81), a montré qu'un trouble addictif comorbide multipliait le risque d'homicide du patient schizophrène par 4. Pour SWANSON, en 1990, le risque était multiplié par 2,4 pour la schizophrénie et par 2,6 pour les troubles de l'humeur lorsqu'il existait une comorbidité addictive (31). ERONEN, lui, considérait en 1996, que la comorbidité alcoolique augmentait ce risque jusqu'à 17 fois chez le sujet souffrant de schizophrénie (62).

Notre étude a également montré des comorbidités avec un diagnostic en faveur d'un trouble de la personnalité de type dyssocial dans 42,9 % des cas et de type paranoïaque dans 23,9 % des cas chez les **patients récidivistes**.

Le trouble de la personnalité de type dyssocial a déjà été associé à un risque de récidive violente dans plusieurs études (111,112,118). LE BIHAN et BÉNÉZECH

trouvaient une proportion de 25 % de trouble de la personnalité dyssocial parmi leurs 12 patients récidivistes homicides (124).

Dans nos travaux, nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre la proportion de trouble de la personnalité antisociale chez les patients **récidivistes** et chez les **non récidivistes** (42,9 vs 34,9 %) (khi 2 ; p = 0,51).
Pourtant, GOLENKOV, en 2013, a, lui, montré que des traits de personnalité dyssociale étaient significativement plus rencontrés chez les patients schizophrènes récidivistes homicides que chez les patients schizophrènes non récidivistes (31,25 vs 9,77 %, p = 0,04) (126).
Il est cependant très difficile de faire un diagnostic de trouble de la personnalité de façon rétrospective sur dossiers ce qui peut entraîner des biais dans les recherches de ce type.

Il faut noter également que dans certaines études, le trouble addictif ou les troubles de la personnalité sont pris en compte comme diagnostic principal.
ERONEN *et al.* (122) ont mis en évidence que l'alcoolisme augmentait le risque de récidive d'homicide environ 13 fois.
PUTKONEN *et al.* (108) ont montré une proportion de 61 % de trouble de la personnalité parmi les meurtriers récidivistes, pour BJØRKLY et WAAGE (125), la fréquence de trouble de la personnalité et de troubles addictifs était importante.

Enfin, 5 **patients récidivistes** de notre étude présentent un diagnostic associé de retard mental, principalement dans le cas de trouble envahissant du développement (23,8 %). ERONEN, retrouvait, parmi une population de patients homicidaires, 1,2% de retards mentaux, RICHARD-DEVANTOY, 3,3 % (74), alors que pour LE BIHAN et BÉNÉZECH (124), cette proportion atteignait les 17 % pour des patients auteurs de récidive homicide hospitalisés en UMD.

Un antécédent en faveur d'un trouble des conduites est également retrouvé chez 57,1 % des **patients récidivistes** (n = 12). En effet, selon HODGINS *et al.* (131), un antécédent de trouble des conduites avant l'âge de 15 ans est associé à un risque accru d'agression sur la vie entière (OR = 3,98) et à un risque accru de condamnations pour crimes violents (OR = 3,19).

5.3.3. DES ANTÉCÉDENTS SUICIDAIRES POUR UN QUART

Des antécédents suicidaires sont retrouvés dans environ un quart de la **population récidiviste** de notre étude.

RICHARD-DEVANTOY (74) trouvait, parmi sa population homicidaire, un antécédent de geste suicidaire dans un tiers des cas en particulier lorsque l'auteur présentait un trouble bipolaire. LE BIHAN et BÉNÉZECH (124), ont montré une proportion de 25 % d'antécédents de suicide parmi leur population de patients récidivistes homicides.

5.3.4. UNE MAJORITÉ DE PATIENTS N'AYANT JAMAIS ÉTÉ HOSPITALISÉS AVANT LE PREMIER HOMICIDE

Plus de la moitié des **patients récidivistes** de notre étude n'avaient jamais été hospitalisés avant le premier homicide (52,4 %).

Cette constatation a déjà été faite dans la littérature. SHAW *et al.* (64) en 1999, ont montré que seule une minorité des auteurs d'homicide présentant un trouble mental (18 %) avaient consulté auprès de services de soins psychiatriques dans l'année précédente.

Cependant, cette faible proportion peut, en partie, être expliquée par le fait que dans de nombreux cas, le premier homicide survient lors du premier épisode psychotique (69 % dans une étude NIELSSEN en 2007 (73), 38,5 % dans une méta-analyse du même auteur en 2011(77)).

Or, le taux d'homicide au cours du premier épisode psychotique diminue considérablement en cas de traitement médicamenteux (77). Il paraît alors indispensable de faciliter l'accès aux soins pour tous, ce qui permettrait de dépister des troubles mentaux graves le plus tôt possible.

La proportion de **patients récidivistes** de notre étude n'ayant pas été hospitalisés après le premier homicide paraît, elle aussi, importante (34,3 %).

Ce taux est probablement attribuable au fait que plusieurs n'avaient pas été arrêtés après le premier crime (19,05 %) ou ont été incarcérés (en attente d'un jugement ou après avoir été responsabilisés) (28,6 %).

Or, une prise en charge psychiatrique principalement hospitalière en cas de trouble mental grave et de passage à l'acte paraît primordiale. COID *et al.* ont, en effet, retrouvé un taux de récidives violentes très inférieur chez les patients ayant été hospitalisés pendant au moins deux ans (111).

Il faut également penser à la prise en charge post-hospitalisation ou post-incarcération. VENTURA *et al.* ont montré un délai avant une nouvelle arrestation plus long chez les individus bénéficiant d'une prise en charge ambulatoire en post incarcération principalement durant la première année (106). En effet, le risque d'homicide ou de comportements violents est très augmenté au cours de la première année après la sortie de prison (jusqu'à 250 fois) (122). PUTKONEN a également montré en 2003, que 48 % des femmes récidivistes étudiées avaient commis la nouvelle infraction dans les 2 années suivant l'homicide ou la tentative d'homicide répertoriés et 80 % l'avaient commise dans les 2 années suivant la sortie de prison ou d'hôpital (108).

Dans notre étude, un **délai moyen de 1,9 an** est retrouvé entre la récidive et la dernière sortie d'hospitalisation ou de détention avec des extrêmes allant de 1 jour à 9,6 ans. Nous n'avons pris en compte que les patients ayant récidivé alors qu'ils n'étaient ni en milieu hospitalier ni en détention.

Pour SENON et MANZANERA (165), le nombre d'événements violents est inversement proportionnel à l'intensité du suivi psychiatrique. Ils insistent alors sur l'importance d'un suivi et d'une évaluation régulière sur une période de 20 semaines post-hospitalières minimum.

5.3.5. DES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE SCHIZOPHRÉNIE OU D'ALCOOLISME

Dans notre étude, des antécédents familiaux d'alcoolisme sont notés dans 42,9 % des cas **récidivistes** et sont principalement rattachés au père du patient.
RICHARD-DEVANTOY montrait également qu'un tiers des patients homicidaires avaient un antécédent familial d'éthylisme (74).

Il faut noter également la présence de troubles psychotiques (33,3 %) et de troubles de la personnalité (23,8 %) parmi les antécédents familiaux de nos patients.

Ces différents antécédents familiaux font évoluer les patients dans un climat souvent violent et d'insécurité et renforcent « *l'environnement impitoyable* » que nous avons déjà évoqué.

Il faut noter, de plus, que dans 9,5 % des cas (n = 2), il existait un antécédent familial d'homicide (frère dans les deux cas) pour les **patients récidivistes** étudiés.

5.4. CARACTÉRISTIQUES CRIMINOLOGIQUES

5.4.1. PASSAGE A L'ACTE

5.4.1.1. Une différence de localisation entre le 1er homicide et la récidive et entre récidivistes et non récidivistes

Dans notre étude, nous pouvons observer une légère différence de localisation entre le premier homicide et la récidive. Le premier passage à l'acte a lieu principalement sur la voie publique (42,8 %) ou dans un lieu privé (47,6 %) alors que la récidive a lieu principalement dans un lieu privé (47,6 %) et à l'hôpital ou en prison (38,1 %).
Le type de localisation est le même pour un même patient dans seulement 33,2 % des cas.

Nous avons pu principalement noter que la proportion de meurtres sur la voie publique lors du premier homicide est plus importante que lors de la récidive (42,8 vs

14,2 %). En effet, lors de leur second homicide, les patients tuent statistiquement moins souvent sur la voie publique (khi 2 ; p = 0,04) et plus souvent à l'hôpital ou en prison que lors du premier homicide (khi 2 ; p = 0,03).

Peu d'auteurs ont étudié la localisation du passage à l'acte des patients homicidaires. LE BIHAN et BÉNÉZECH ont relevé le lieu du crime des patients récidivistes : le domicile de la victime (49 %), l'extérieur (17 %), l'établissement de soins (14 %), un domicile commun à l'agresseur et à sa victime (11 %), un établissement de détention (6%), le lieu de travail de la victime (3 %) (124)
Dans cette étude, le domicile de la victime est largement majoritaire.

Dans notre travail, quand il est commis dans un lieu privé, le premier homicide se déroule principalement au domicile commun de l'agresseur et de la victime ou au domicile de la victime seule. La récidive a lieu majoritairement au domicile de la victime.

Plusieurs auteurs ont fait la constatation que l'homicide avait lieu principalement au domicile de la victime. Laurent MUCCHIELLI explique cela par le « *phénomène d'interconnaissance* » (171).

En effet, la différence de localisation entre le premier homicide et la récidive ou encore entre le premier homicide des **patients récidivistes** et l'homicide des **patients non récidivistes**, sera probablement expliquée par la différence du statut de la victime entre les deux crimes. C'est ce que nous allons voir dans le paragraphe traitant du statut des victimes.

Deux localisations de crime doivent cependant mener à des réflexions. En effet, l'homicide se déroule dans un établissement de soins dans 4,7 % des cas lors du premier homicide et dans 19,05 % des cas lors de la récidive. La prison est le lieu de scène criminelle dans les mêmes proportions.

Cela repose une nouvelle fois la question de la fréquence de troubles mentaux parmi les détenus dans les prisons françaises. En effet, selon un rapport de 2004, la prévalence globale de troubles psychotiques en prison seraient de 24 % se

décomposant entre : 8 % de schizophrénie, 8% de psychose chronique non schizophrénique, 3 % de schizophrénie dysthymique et 5 % de psychoses indéterminées (172). Les études sur les homicides en prison sont rares. CUNNIGHAM en 2010, rapporte une très faible proportion d'homicides : 4/100000 détenus. Cependant, parmi les 35 détenus meurtriers étudiés, 40 % présentaient un trouble mental (173). En France, le nombre d'homicides en prison était de 3 en 2006 (5 en 2005). OUIMET estimait en 1999, que le taux d'homicides en prison était 13 fois plus élevé que celui dans la communauté au Canada (174).

Concernant les homicides ayant eu lieu à l'hôpital psychiatrique, il faut rappeler l'intérêt du travail d'équipe, l'importance de la connaissance des antécédents et de la surveillance paramédicale des patients. Dans un des cas de notre étude, un patient récidive à deux reprises en milieu hospitalier et à chaque fois, l'équipe infirmière avait noté et signalé des détails de changement du comportement du patient dans les derniers jours avant l'homicide…

Enfin, nous pouvons conclure cette partie en citant BÉNÉZECH qui, dans un article sur l'homicide en milieu médical et carcéral en 2005, « *déplore le lent démantèlement de la psychiatrie publique française, ses carences en médecins et autres soignants, ses réductions incessantes de lits d'hospitalisation, l'aggravation de la pénibilité du travail, le recours progressif et scandaleux à l'institution carcérale pour « soigner » les grands psychotiques délinquants »* (175).

5.4.1.2. Une planification de l'acte dans moins de la moitié des cas

Dans 61,9 % des cas de notre étude, l'homicide n'était pas planifié par l'auteur (1er homicide et récidive). On ne retrouve pas de différence entre le premier homicide et la récidive sur la préméditation de l'acte par patient (khi 2 de Mc Nemar ; p = 0,688).

Ces données corroborent celles de la littérature qui retrouvent souvent un acte impulsif et une absence de préméditation des auteurs d'homicide psychotiques (21,176).

En effet, si on reprend la classification en deux catégories extrêmes de BÉNÉZECH (Tableau 4, page 51), on ne retrouve pas de préméditation pour l'auteur d'homicide psychotique alors qu'elle est possible dans le cas du psychopathe.

Certains auteurs ont avancé que les criminels paranoïaques passaient à l'acte de façon préméditée et organisée, en s'inscrivant dans une démarche de revendication, de persécution ou de préjudice (21). Ce n'est pas ce qu'a montré LAVOLÉ qui trouve seulement 53 % de passages à l'acte prémédités parmi sa population de 22 meurtriers paranoïaques (177).

Dans notre travail, lors du premier homicide, parmi les patients qui avaient planifié l'acte, 42,8 % avaient un diagnostic de trouble délirant paranoïaque et 57,2 % de schizophrénie. Lors de la récidive, 28,6 % de ceux qui avaient planifié l'acte présentaient un trouble délirant paranoïaque, 57,14 % étaient schizophrènes et 14,2% souffraient d'un trouble envahissant du développement.

Cependant, en rapportant à la proportion de diagnostic parmi notre population, nous retrouvons que les patients présentant un trouble délirant paranoïaque avaient planifié leur acte dans 75 % des cas lors du premier homicide et dans 50 % des cas lors du second alors que les patients souffrant d'une schizophrénie l'avaient planifié dans 30,7 % des cas lors du premier homicide et de la récidive.

Néanmoins, l'échantillon de patients présentant un trouble délirant paranoïaque de notre étude était de petite taille, les résultats sont donc à nuancer.

5.4.1.3. La variabilité du moyen utilisé

Dans notre étude, lors du premier homicide, le moyen utilisé est par ordre décroissant de fréquence :

- Une arme blanche,
- Une arme à feu,
- Un objet contondant,
- Une strangulation,
- Autre (accident de la voie publique).

Lors de la récidive, le moyen utilisé est par ordre décroissant de fréquence :

- Une arme blanche,
- Un objet contondant,
- La violence physique,
- Une strangulation,
- Une arme à feu.

L'instrument du crime est une arme d'opportunité dans la plupart des cas, l'agresseur s'emparant du moyen à disposition immédiate (le crime n'étant pas prémédité dans la plupart des cas). L'arme blanche pouvait être un instrument tranchant ou pointu (couteau, poignard, cuillère affutée…). L'objet contondant était de différents types (cendrier, planche en bois, …).
Il faut noter que dans plusieurs cas, plusieurs moyens létaux étaient utilisés lors de la même agression, nous avons pris en considération celui qui aurait causé la mort de la victime.

Dans l'étude de RICHARD-DEVANTOY, les armes à feu arrivent en première position suivies des armes blanches, des coups puis de la strangulation (74). FIORENTINI avait également mis en évidence une prédominance des armes à feu et avait retrouvé que seuls 43 % des récidivistes utilisaient le même type d'arme pour les deux crimes (56).

Sans être le moyen privilégié du patient souffrant de trouble psychiatrique, nous pouvons légitimement nous poser la question de la disponibilité des armes à feu. Certaines études ont montré l'augmentation de prévalence des homicides en France dans les régions où la chasse (donc l'accessibilité aux armes à feu) était courante (178). Ce n'est pas sans rappeler la dramatique incidence de meurtre par arme à feu aux États-Unis où la détention d'une arme est autorisée dans beaucoup d'États. Une étude récente de SIEGEL publiée dans l'*American Journal of Public Health* a montré une corrélation importante entre le taux estimé de détention d'armes dans un État et le nombre de meurtres par balles qui y sont commis. En effet, l'équipe indique que quand le taux de détention d'armes augmente de 1 %, le taux de meurtres augmente de 0,9 % (179).

SENON et HUMEAU proposent, en 2007, des recommandations afin de prévenir les décès par arme à feu en France en instaurant de nouvelles mesures législatives plus strictes, en particulier sur la transmission générationnelle des armes et sur le stockage des armes à feu à domicile (stockage de l'arme vide séparée des munitions, non chargée, démontée ou dans un coffre-fort). Il paraît alors primordial d'interroger les patients sur l'accessibilité d'une arme à feu (180).

Pour les **récidivistes**, un acharnement ou une violence excessive sont retrouvés dans un peu moins de la moitié des cas lors du premier homicide et dans plus de la moitié des cas lors de la récidive. Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre le premier homicide et sa récidive concernant l'existence d'un acharnement selon le patient (khi 2 de Mc Nemar ; p = 0,727).

5.4.1.4. Des motivations apparentes inchangées

Les motivations apparentes des **patients récidivistes** sont nombreuses, elles peuvent notamment être la persécution, la vengeance, l'agression sexuelle associée, le délire mystique, la jalousie, le vol ou la dispute. Dans 76,2 % des cas, le type de motivations apparentes est le même entre le premier homicide et la récidive.

Plusieurs auteurs comme CUSSON ou FIORENTINI ont établi des classifications selon les motivations des meurtriers (page 55).

Nous pouvons remarquer que dans la majorité des **cas récidivistes** de notre étude, il n'existe pas de délits associés aux homicides tels que des vols ou des agressions sexuelles (81 % lors du premier homicide et 76 % lors de la récidive).
De même, les **patients non récidivistes** commettent leur homicide en association avec un autre délit dans peu de cas. Il n'existe pas de différence significative entre les **patients récidivistes et non récidivistes** sur ce point (test exact de Fisher ; p=0,45).

5.4.2. ÉTAT MENTAL DU PATIENT AU MOMENT DE L'HOMICIDE

5.4.2.1. Une majorité de patients délirants

Dans notre travail, lors du premier homicide, 57,1 % des patients présentaient une symptomatologie délirante. Lors de la récidive, la proportion augmente jusqu'à 80,9%. 76,2 % des patients récidivent avec la même symptomatologie (délirante ou non).
Cette différence de proportion est principalement due au fait que plusieurs patients n'avaient pas été poursuivis après le premier homicide. Il n'y a donc pas eu de prise en charge psychiatrique ou d'expertise à la suite de ces passages à l'acte. Notre étude étant rétrospective et se faisant sur l'examen de dossiers, si l'information sur l'état mental du patient ne s'y trouvait pas, cela engendrait un biais d'information.
Nous avons considéré que le patient n'était donc pas délirant si une information claire n'était pas notée dans le dossier.

Les études sur les auteurs d'homicide (non spécifiquement malades mentaux) retrouvent l'expression d'un délire dans 14 % des cas (RICHARD-DEVANTOY (74) et SHAW (64)), 5 % (MEEHAN et SHAW (71,72)).

NIELSSEN *et al.* étudiant les auteurs d'homicide présentant un trouble mental trouvent, eux une proportion de 58 % d'idées délirantes, principalement de mécanisme hallucinatoire (73).

Il faut également noter la possibilité d'une réticence du patient schizophrène à livrer ses idées délirantes pouvant signer une dangerosité car sous le masque d'une pseudo-adaptation de surface de bonne qualité, une conviction délirante persécutive à bas bruit peut exister. En effet, pour CARPENTIER, « *les persécuteurs sont cachottiers, soupçonneux ; ils n'aiment pas à parler de leurs persécutions* » (cité dans (181)).

L'adhésion au délire et la critique du passage à l'acte ou des idées criminogènes doivent également être évaluées. La recherche de ces critères était envisagée dans la présente étude mais au vu de l'absence de ces données dans la plupart des dossiers étudiés, cette idée a été abandonnée.

5.4.2.2. Une thématique délirante persécutive fréquemment retrouvée

Parmi les **patients récidivistes** délirants, le thème retrouvé était la persécution dans plus de la moitié des cas lors du premier homicide et dans 88,2 % des cas lors de la récidive, un délire mystique dans 16,7 % puis 5,9 % des cas, un délire mégalomaniaque ou de jalousie (16,6 %) lors du premier homicide et des injonctions hallucinatoires dans 5,9 % des cas lors de la récidive.

La littérature internationale a montré l'importance de la dimension criminogène du délire de persécution. En effet, il entraîne chez le sujet psychotique qui en souffre, un climat émotionnel d'angoisse et de peur suscitant, la plupart du temps, des réactions de défense pathologiques d'évitement ou de fuite, voire d'agression contre la source de persécution éprouvée destinées à la maîtriser ou à l'anéantir (182).

Il paraît alors primordial de toujours évaluer l'existence d'un tel délire et de ne pas sous-estimer sa dangerosité, en particulier lors de la présence d'un « persécuteur désigné » qui pourrait alors, devenir une future victime.

De plus, les sujets psychotiques expriment fréquemment leurs idées délirantes avant le passage à l'acte. Il ne faut donc pas négliger de telles idées délirantes lorsqu'elles sont formulées, en particulier lorsque le sujet a présenté un délire de persécution lors d'un premier épisode criminogène.

Dans un objectif de prévention de la dangerosité et en particulier du risque de récidive d'homicide, le praticien devra, en plus de l'évaluation de l'état mental actuel du patient, s'attacher à évaluer l'état mental du patient au moment du premier passage à l'acte afin de prévenir au maximum le risque d'une nouvelle infraction.

5.4.2.3. Une faible consommation de toxiques

Dans notre étude, 4,8 % des **patients récidivistes** avaient consommé de l'alcool lors du premier homicide et 19 % en avaient consommé lors de la récidive.

Peu d'études évoquent l'alcoolisation au moment des faits mais plutôt le trouble addictif en lui-même ou la comorbidité alcoolique (page 182).

Les données de la littérature sont très hétérogènes.
Mc GRATH retrouvait une proportion de consommation alcoolique au moment des faits de 15 % (86) en 2005 et KOH de 25 % en 2006 (70) alors que RICHARD-DEVANTOY retrouvait 50 % des sujets sous l'emprise de l'alcool en 2009 (74) et GOTTLIEB, 55 % en 1992 (183).

L'association consommation d'alcool et violence a été cependant montrée dans de nombreuses études (41,42,44,61,183). En effet, un état d'ivresse peut entraîner une désinhibition, une impulsivité et une perte de contrôle. De plus, la consommation d'alcool peut être à visée anxiolytique « pour *avoir le courage de passer à l'acte* » dans les cas d'homicides prémédités (21).

Les mêmes études ont montré l'association de l'usage de drogues et criminalité violente. Cependant, très peu ont étudié directement la proportion de consommation de drogues au moment du passage à l'acte. KOH retrouve une proportion de 1,9 % (70).
Dans notre étude, elle est de 14,3 % lors du premier homicide et de la récidive.

Dans certains cas étudiés, il existait une consommation associée d'alcool et de drogues (9,5 % lors du premier homicide).

Il faut noter que la consommation de toxiques peut également favoriser l'apparition d'un état délirant. Cependant, nous avons noté que seulement 25 % des patients délirants avaient consommé des toxiques lors du premier homicide et 29,4 % lors de la récidive.
MILLAUD avait d'ailleurs montré en 1989, qu'une population psychiatrique homicidaire consommait moins d'alcool qu'une population non psychiatrique violente (cité dans (55)). Le « *facilitateur de violence* » qu'est le toxique serait moins utile pour le psychotique délirant en ce qui concerne l'homicide (55).

Dans la plupart des cas, les patients récidivaient selon le même mode de consommation de toxiques (khi 2 de Mc Nemar ; p = 0,625). En d'autres termes, quand ils en avaient consommé lors du premier homicide, ils en consommaient lors du second et inversement.

Il n'existe pas de différence significative concernant la consommation chez les **récidivistes** et les **non récidivistes** (test exact de Fisher ; p = 0,71).

Une prise en charge addictologique paraît primordiale dans le traitement des patients considérés comme dangereux en particulier lorsqu'il existe des antécédents médico-légaux sous l'emprise de toxiques.

5.4.2.4. Un comportement post-criminel variable

Après le crime, les différents meurtriers de notre étude ont un comportement variable. Pour la plupart, ils quittent la scène de crime lors du 1er homicide et de la récidive (52,4 % et 47,6 %).
Les autres types de comportement retrouvés (par ordre de fréquence décroissante) étaient l'attente sur le lieu de la scène criminelle (14,3 % et 23,8 %), l'agression d'une tierce personne, la tentative de suicide, le maquillage de la scène, l'auto-dénonciation directe ou la mise en scène dans des proportions identiques.

Il faut noter que dans la plupart des cas, quand il quitte la scène criminelle, le meurtrier ne fuit pas, ne se cache pas mais retourne à ses activités de la vie quotidienne. Il revient ensuite sur les lieux du crime dans plusieurs cas.

Il existe dans un cas de nos patients, une tentative de suicide post-criminelle correspondant aux données de la littérature sur l'homicide altruiste (homicide d'un homme sur sa conjointe au domicile conjugal).

5.4.2.5. Un homicide de type émotionnel surtout

Dans notre étude, 80,9 % des premiers homicides des **patients récidivistes** et 85,7 % des seconds homicides sont de type émotionnel.

Pour rappel, cette classification a été introduite par REIS et différencie la violence émotionnelle, motivée, en premier lieu, par des émotions (colère, rage, tristesse, vengeance, jalousie, ou peur) de la violence instrumentale justifiée, elle, par une motivation rationnelle ayant comme objectif principal l'obtention d'un bénéfice (biens, autorité ou contact sexuel,…) (page 55).

BARBERA PERA et DAILLET en 2005, ont classé les homicides des malades mentaux de leur étude selon cette taxonomie et retrouvent une différence significative entre les schizophrènes dont les homicides sont plutôt de type émotionnel et le groupe des psychotiques mixtes (schizophrénie ou trouble schizo-affectif associé à un trouble de la personnalité du cluster B) dont les homicides sont plus souvent instrumentaux. Les homicides des individus souffrant d'un trouble de la personnalité du cluster B et ceux du groupe « hétéroclite » (ni psychose ni trouble de la personnalité) sont plus souvent de type instrumental que les homicides des schizophrènes mais le type émotionnel reste cependant prépondérant. Enfin, il n'est retrouvé aucun homicide instrumental dans le groupe des troubles délirants (55).

CUSSON a, elle, mis en évidence une proportion de 61 % meurtriers réitérant selon la même typologie (taxonomie différente utilisée : familial/passionnel, querelleur/vindicatif, règlement de compte, associé à un autre délit/ gratuit ou sexuel, autres) (57).
Dans notre étude, cette proportion parmi les patients récidivistes est de 85,7 %.

La typologie de l'homicide selon son caractère instrumental ou émotionnel ne permet pas de différencier statistiquement les patients récidivistes des patients non récidivistes (test exact de Fisher ; p = 0,26).

5.4.3. VICTIMES

5.4.3.1. Une proportion d'homicides multiples inférieure pour les récidivistes

La proportion d'homicides multiples (au moins 2 victimes lors du même événement) semble moins importante pour les patients récidivistes lors du premier homicide que

pour les patients non récidivistes (14,3 vs 38,1 %). Ce résultat est significatif statistiquement (khi 2 ; p = 0,043).

5.4.3.2. Une différence du genre de la victime entre le 1er homicide et la récidive

Nous trouvons une différence significative du genre de la victime lors **du premier homicide et de la récidive** (khi 2 ; p = 0,01). En effet, les 2 proportions s'inversent lors des deux crimes (66 ,7 %-33,3 %), le genre masculin étant prédominant lors du premier homicide.

Nous avons également pu mettre en évidence que les **patients récidivistes** tuent statistiquement plus souvent un homme lors de leur premier homicide que les **patients non récidivistes** (66,7 vs 28,6 %) (khi 2 ; p = 0,029).

SHAW *et al.* (64) montrent une prédominance du genre masculin parmi les victimes (74 %) de tous les homicides de leur étude.
Cette différence est probablement attribuable à la différence de statut de la victime entre le premier et le deuxième homicide (ci-dessous).

5.4.3.3. Une victime moins souvent intrafamiliale pour les patients récidivistes lors du premier homicide

Dans notre étude, les patients récidivistes semblent tuer plus souvent une victime inconnue lors du premier homicide que lors de la récidive (28,6 vs 14,3 %) et inversement pour une victime connue (71,4 vs 85,7 %).

De nombreux auteurs ont travaillé sur le statut de la victime. Des classifications d'homicide ont même été rédigées en fonction de ce critère (BÉNÉZECH (51), CORMIER (cité dans (55))….) (page 53).
La littérature internationale tend à montrer que les individus présentant un trouble mental tuent principalement une victime connue voire une victime intrafamiliale. Pour

RICHARD-DEVANTOY, cette proportion varie de 75 à 98 % des homicides des malades mentaux selon les études (74).

Nous pouvons citer quelques travaux particuliers qui ont recherché un lien entre le statut de la victime et le trouble mental.

BARBERA PERA et DAILLET ont retrouvé une différence du statut de la victime (inconnue ou connue) selon le diagnostic du patient mais surtout une tendance du psychotique à agresser un membre de sa famille (36,1 %). Les victimes aléatoires accidentelles représentaient 15,7 % des victimes et les victimes spécifiques sélectionnées ou aléatoires d'opportunité, seulement 14,5 %. Ces deux dernières catégories représentaient pourtant 43,3 % des victimes des patients non-psychotiques. Les auteurs mettent en parallèle ces données avec celles du type d'homicide (émotionnel/instrumental) qui est également différent entre ces deux populations (page 57).

JOYAL en 2004 (88), rappelle les résultats de plusieurs études montrant que le risque d'agression d'un inconnu était augmenté lorsque l'agresseur malade mental était un homme avec un trouble d'abus de substances vivant hors du domicile familial. Pour cet auteur (cité par RICHARD-DEVANTOY (134)), il existe trois catégories de schizophrènes auteurs de meurtres :

- Les schizophrènes avec une clinique paranoïde avec des idées de persécution, d'influence ou de grandeur : les risques sont intrafamiliaux ou vis-à-vis de soignants,
- Les schizophrènes avec une comorbidité à un trouble de la personnalité antisocial : la violence est dirigée contre les proches,
- Les schizophrènes avec une clinique « pseudo-neurologique » dont la violence est principalement institutionnelle.

Parmi les homicides des individus présentant un trouble mental de l'étude de SHAW *et al.* en 1999 (64), la victime était inconnue dans 7 % des cas. Les auteurs montrent une différence significative dans le statut de la victime (inconnue/connue) selon l'existence d'un trouble mental chez l'agresseur. Un patient présentant un trouble mental semble tuer plus souvent une victime connue.

En 2011, l'équipe de NIELSSEN corrobore cette idée en estimant que 64 % des auteurs d'homicide d'inconnus n'avaient jamais reçu de traitement psychiatrique et que par rapport à une population d'auteurs d'homicides à victime intrafamiliale, la

proportion de SDF et de comportements antisociaux était plus importante alors que le taux de symptômes négatifs était moindre (78).
BÉNÉZECH avait lui montré la dangerosité particulière des schizophrènes pour leurs ascendants et celle des paranoïaques pour leur conjoint et voisins (cité dans (55)).

Parmi les études sur les récidivistes homicides, LE BIHAN et BÉNÉZECH ont retrouvé pour la récidive, une proportion de 74 % de victimes connues par l'auteur, soit des voisins (14 %), d'autres patients au cours d'une hospitalisation (14 %), des connaissances (14 %), l'épouse (11 %), un ascendant direct (6%), le codétenu (6 %), l'amant de l'épouse (6 %) et l'amant homosexuel (3 %) (124).
Pour GOLENKOV, en 2013, les victimes des récidivistes étaient dans 37,5 % des cas le partenaire ou un proche parent et dans 62,5 % une connaissance ou un voisin. Aucune victime n'était inconnue. L'auteur a comparé les victimes des homicides de récidivistes (sans différencier le premier homicide et la récidive) et des non récidivistes et n'a pas trouvé de différence significative dans le statut des victimes (126).

Pourtant dans nos travaux, une différence est mise en évidence. En effet, **les patients récidivistes** semblent tuer moins souvent une victime intrafamiliale lors de leur premier homicide que les patients qui ne récidivent pas (14,3 vs 49,2 %) (khi 2 ; p = 0,005).
Selon un modèle à risques proportionnels de Cox, le statut de la victime lors du premier homicide apparaît associé de façon significative au temps de survie sans récidive. Le risque de commettre un second homicide serait 4,13 fois plus important pour les patients ayant tué une victime extrafamiliale lors du premier homicide que pour ceux ayant tué une victime intrafamiliale (p = 0,023 ; IC 95% [1,21-14,05]).

En 2013, l'équipe de ORAM et FLYNN ont aussi montré que les auteurs d'homicides familiaux récidivaient moins (80).

Les cliniciens ont, depuis longtemps, décrit une atténuation du degré de violence après un parricide.
Pour ZAGURY et MILLAUD (184), « *ce calme, ce retour à la raison si caractéristique »* est lié, en premier lieu, à un effet « *économique de la libération* »

d'une surtension extrême longtemps contenue. Vient ensuite « *la satisfaction d'une solution entrevue puis réalisée, activant la flambée mégalomaniaque* » suite à un acte perçu comme grandiose et héroïque, ayant permis d'éviter la destruction psychique imminente. Enfin, l'auteur est libéré d'un déchirement existentiel (origine même des conflits) ayant été éliminé avec l'extermination parentale, c'est « *la suppression d'obstacles imposés par la réalité à l'expansion illimitée du moi* ».

Cependant, une relation de causalité entre diminution de récidive et homicides intrafamiliaux ne peut être déterminée. En effet, beaucoup de facteurs entrent en jeu : l'existence d'une personnalité dyssociale, le domicile au moment du passage à l'acte (en particulier le domicile familial ou conjugal), la proximité géographique et affective, le type d'homicide, etc…

En effet, dans notre étude, la localisation du passage à l'acte et le statut de la victime semblent liés. Lorsque la victime est intrafamiliale, l'homicide semble se dérouler dans un lieu privé alors que quand la victime est inconnue, il se déroule principalement sur la voie publique. La petite taille de l'échantillon ne permet cependant pas d'étudier statistiquement le lien entre différents critères (victime/diagnostic, victime/localisation,…)

Le lien agresseur-agressé mérite toutefois des travaux ultérieurs de plus grande ampleur afin de déterminer si le fait d'avoir tué, lors d'un premier homicide, une victime extrafamiliale peut être considéré comme un facteur associé à la récidive criminelle. Les praticiens pourraient alors l'évaluer et l'utiliser comme un nouveau facteur statique afin de prévenir, dans toute la mesure du possible, un nouvel homicide.

5.4.4. STATUT JURIDIQUE

Environ la moitié des patients de notre étude ont été reconnus irresponsables de leur acte pour le premier homicide (57,1 %). La proportion des irresponsabilisés augmente pour la récidive : 76,2 %.

Il n'existait pas de différence significative entre le statut juridique des patients récidivistes et non récidivistes.

Dans l'étude de RICHARD-DEVANTOY, seulement 59,6 % des auteurs d'homicides présentant un trouble mental avaient été reconnus irresponsables de leur acte.

Le nombre de décisions d'irresponsabilités pénales pour cause de trouble mental était de 140 en France en 2010 (*article 122-1 alinéa 1* du Code pénal), chiffre globalement en baisse depuis 2006 avec un minimum de 99 en 2009. Cependant, depuis 1989, en France, contrairement à ce qui a pu être avancé par la presse grand public et même certains rapports, il n'existe pas d'effondrement de la proportion de « non-lieux » psychiatriques mais plutôt une stabilisation autour de 0,5 % (185).

Plusieurs auteurs avaient cependant dénoncé une tendance des experts à condamner les patients souffrant de troubles mentaux (BÉNÉZECH, DUBEC, BESSIN,…) (186–188).

Cette responsabilisation pose plusieurs problèmes, en particulier celle du transfert des charges du sanitaire vers le judiciaire et le pénitentiaire (187). Des personnes souffrant de troubles mentaux nécessitant des soins adaptés se retrouvent alors en détention si elles sont responsabilisées pour leur acte. Or, les services psychiatriques en milieu pénitentiaire n'ont pas été conçus pour les pathologies graves et ne peuvent pas prendre en charge de façon adaptée ces patients dont le comportement et l'état mental peuvent être dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres. Le développement des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées pour l'accueil des personnes détenues souffrant de troubles mentaux (UHSA) s'inscrit dans ce contexte.

Dans notre étude, cinq patients ont d'ailleurs commis un homicide en prison : un patient était en attente d'une expertise pour un premier homicide, un avait été déclaré responsable pour des troubles du comportement et a commis son premier homicide en prison, 2 avaient été responsabilisés pour leur premier homicide et enfin un avait bénéficié de l'*article 122-1 alinéa 2* du Code pénal… Ces homicides auraient-ils pu être évités si ces patients avaient été irresponsabilisés et avaient bénéficié de soins adaptés ?

Sans « *succomber à la satisfaction facile d'avoir raison après coup* » (189), il paraît primordial de réaliser des expertises pénales de qualité afin d'évaluer si un individu nécessite des soins pour un trouble mental qui pourraient contribuer à éviter un nouvel épisode de violence, d'homicide ou de récidive homicide. La connaissance par les thérapeutes et les experts des antécédents psychiatriques et judiciaires de ces malades est indispensable dans l'appréciation du potentiel de récidive.

Dans plusieurs expertises de nos patients, il est noté des erreurs sur les antécédents judiciaires (méconnaissance d'un homicide antérieur,…) et parfois même sur les modalités de l'homicide pour lequel le sujet est actuellement mis en cause (sexe de la victime, date,…).

Le développement d'un enseignement en psychiatrie médico-légale et d'une formation à la pratique expertale, éventuellement sous la forme de tutorat, paraît donc important afin de tenter d'éviter au maximum de nouveaux drames comme ceux commis par certains de nos patients. BÉNÉZECH a également avancé l'idée d'évaluer les experts.

6. SYNTHÈSE DE LA RECHERCHE

Les résultats de notre étude sont, pour la plupart, conformes aux données de la littérature.
Nous avons, cependant, pu mettre en évidence des caractéristiques spécifiques de la récidive homicide comme le statut extrafamilial de la victime lors du premier homicide. A notre connaissance, ce facteur n'avait pas encore été étudié auparavant dans les recherches sur la récidive. Toutefois, des travaux de plus grande ampleur devraient être menés afin de vérifier s'il peut être considéré comme un facteur associé à la récidive homicide.

Nous pouvons définir certaines caractéristiques cliniques, sociodémographiques et criminologiques des patients récidivistes homicides :

- Données sociodémographiques :
    - Des individus célibataires et sans enfants,

- Un faible niveau socio-économique,
- Une fratrie nombreuse,
- Des origines géographiques diverses,
- Un faible niveau scolaire,
- Une grande fréquence d'inactivité ou d'instabilité professionnelle,
- Une fréquence plus importante de personnes sans domicile fixe que parmi les non récidivistes,
- Des événements de vie significatifs nombreux tels que des carences affectives ou éducatives, une séparation parentale dans l'enfance ou un placement en foyer ou en famille d'accueil,
- Des antécédents judiciaires et/ou médico-légaux nombreux,

- Données cliniques :
  - Une prédominance du diagnostic de schizophrénie,
  - Des comorbidités fréquentes (addiction aux substances, trouble de la personnalité),
  - Des antécédents suicidaires fréquents,
  - Une majorité de patients n'ayant jamais été hospitalisés lors du premier homicide,
  - Des antécédents familiaux de schizophrénie, d'alcoolisme ou d'actes médico-légaux fréquents,

- Données criminologiques :
  - Un âge inférieur à 30 ans pour le premier homicide,
  - Un âge lors du premier homicide inférieur en moyenne à celui des non récidivistes,
  - De fréquents antécédents de tentative d'homicide,
  - Une localisation prédominante sur la voie publique lors du premier homicide et dans un lieu privé pour la récidive,
  - Un acte le plus souvent non-planifié,
  - Un recours à une arme d'opportunité fréquent,
  - Une prédominance des armes blanches,
  - Des motivations qui se modifient peu entre le premier homicide et la récidive,

- Une majorité de patients ayant une symptomatologie délirante lors du passage à l'acte avec une prédominance de la thématique de persécution,
- Une consommation de toxiques paraissant faible au moment des faits,
- Un comportement post-criminel variable mais avec une prédominance d'abandon de la scène de crime,
- Un type d'homicide principalement émotionnel,
- Une majorité de victimes masculines lors du premier homicide et inversement pour la récidive,
- Une victime plus souvent masculine lors du premier homicide des patients récidivistes que pour les non-récidivistes,
- Une victime plus souvent extrafamiliale lors du premier homicide pour les patients récidivistes,
- Un taux d'irresponsabilité pénale insuffisant surtout lors du premier homicide mais aussi pour la récidive.

7. CRITIQUES DE LA RECHERCHE

Cette étude comporte des biais et limites à relever. Les résultats sont donc à prendre avec précaution et à nuancer.

Tout d'abord, il s'agit d'une étude **rétrospective**. Les données de la grille de lecture sont relevées dans les dossiers médicaux et infirmiers, les expertises psychiatriques pénales, les éventuels rapports d'autopsie médico-légale, les procès verbaux de police ou de gendarmerie disponibles, les coupures de presse, les ordonnances de non-lieu. Nous n'avons rencontré personnellement que 3 de ces 21 patients. Certaines informations manquant dans les dossiers, elles n'ont pas été relevées pour l'étude. De plus, d'autres renseignements comme le niveau socio-économique ou l'instabilité des relations affectives ont été déterminés par l'examinateur et ont donc un certain degré de subjectivité. La plupart des dossiers comportaient cependant des expertises psychiatriques pénales détaillées. Les diagnostics psychiatriques des patients sont, par contre, ceux retenus par les experts psychiatres ou par les psychiatres de l'UMD en charge du patient (selon les critères de la CIM-10). La

relative longue durée de l'hospitalisation et l'observation de l'équipe pluridisciplinaire permettaient par ailleurs de s'assurer de la pathologie et du diagnostic

Il faut toutefois, noter qu'il est très difficile de faire des études prospectives sur l'homicide et plus encore sa récidive. Il s'agit en effet d'événements rares, l'étude devrait alors durer des dizaines d'années. Cela pourrait en plus poser des problèmes éthiques.

Dans notre recherche, un **biais de mesure** peut également être relevé. En effet, les experts et médecins traitants différaient selon les patients. Les diagnostics posés peuvent être parfois distincts selon les cliniciens, en particulier pour les troubles de la personnalité (comportements antisociaux ou trouble de la personnalité antisociale, par exemple). De même, la période d'inclusion des patients s'étale sur plus de 30 ans, un biais de mesure dû à l'évolution de la nosographie psychiatrique peut être envisagé.

Il peut exister également des **biais de classement**. En effet, un premier homicide d'un patient classé parmi les non récidivistes aurait pu passer inaperçu, les données relevées sur le patient auraient donc été erronées. De même, il n'est pas exclu qu'un non récidiviste ne récidive pas. Il faut également noter le problème des faux-aveux. Un patient peut se dénoncer pour un ou plusieurs homicides qu'il n'a pas réellement commis et être classé parmi les auteurs d'homicide ou même comme récidiviste. De même, si un patient classé parmi les récidivistes avait commis un homicide avant celui que l'on a considéré comme le premier de notre étude, les données relevées étaient alors faussées.

Les résultats de notre étude doivent être également nuancés du fait de la **faible taille de l'échantillon** (21 patients récidivistes et 63 patients non récidivistes) mais il faut noter que les recherches antérieures avaient bien souvent un échantillon encore plus petit que le nôtre.

Certaines informations mises en évidence dans l'étude (comme le lien de la récidive avec le statut de la victime lors du premier homicide) doivent être prises avec précaution du fait du **biais de confusion**. En effet, d'autres recherches plus

spécifiques devront être réalisées afin de s'affranchir de ce biais. Les patients pourraient, en plus d'être appariés à l'âge, être appariés au statut familial, au mode de vie (seul ou non), au diagnostic (schizophrénie, trouble délirant paranoïaque,…) ou aux comorbidités (troubles de la personnalité dyssociale, abus de substances). Une stratification selon le diagnostic n'aurait pas donné de résultats statistiquement significatifs dans notre travail au vu de la faible taille de l'échantillon.

Il faut noter, enfin, la fréquence des **perdus de vue** pour les patients non récidivistes. En effet, ceux-ci peuvent avoir récidivé depuis la date de dernières nouvelles que nous avons relevée pour notre étude. Cependant, il faut noter que le temps de suivi des patients récidivistes et des non récidivistes était tout à fait comparable dans ce travail. La récidive homicide est par ailleurs rare et la probabilité est faible que des patients non récidivistes soient concernés.
Dans l'étude de GOLENKOV (126), seule à notre connaissance à comparer statistiquement des patients récidivistes à des patients non récidivistes appariés sur le diagnostic, le temps de suivi moyen des patients non récidivistes était supérieur au nôtre (13,1 ans vs 8,83 ans) mais il était bien inférieur à celui des récidivistes de la même étude (13,1 ans vs 21,3 ans).

Il faut également souligner qu'il existe peu d'études portant spécifiquement sur la récidive homicide en particulier les études analytiques de comparaison avec les patients non récidivistes. Nous avons donc souvent confronté les données de notre étude aux données de la littérature sur l'homicide en général. Or, nous avons pu voir dans ce travail que les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques de ces deux groupes de patients peuvent être différentes.

Une étude de plus grande ampleur incluant davantage de centres, afin d'avoir un échantillon plus important, pourrait être envisagée afin de tester les différents résultats mis en évidence dans notre étude.

CONCLUSION

Bien qu'exceptionnels, l'homicide ou la récidive homicide d'un patient présentant un trouble mental sont toujours des événements dramatiques et sont souvent très médiatisés. Pourtant, les publications scientifiques à ce sujet sont remarquablement rares, la récidive dans l'homicide pathologique étant en particulier très peu étudiée.

Si les récidivistes ont des caractéristiques sociodémographiques cliniques et criminologiques communes avec les patients homicidaires et violents, nous avons vu qu'ils ont aussi des particularités qu'il est nécessaire de relever et d'étudier.

La majorité des homicides ne sont cependant pas commis par des patients présentant des troubles mentaux majeurs. Tous les criminels ne doivent pas être « psychiatrisés ». Comme le disent SENON et MANZANERA, « *la prévention du passage à l'acte criminel ne peut être que le fruit d'une réflexion multidisciplinaire associant la sanction que dicte la loi, une action socioéducative et d'insertion toujours prioritaire à une prise en charge psychiatrique et psychothérapique qui n'est déterminante que quand il existe une maladie mentale avérée »* (185).

Quand ils présentent un trouble mental, les patients récidivistes homicides souffrent principalement d'une schizophrénie associée parfois à un trouble de la personnalité ou un trouble addictif. Il est nécessaire de rappeler une nouvelle fois que les patients souffrant de schizophrénie, bien que possibles auteurs de violence, ont surtout un risque de victimation plus élevé. Leurs mauvaises intégrations sociale et familiale en témoignent et sont interdépendantes avec cette dangerosité. Ces individus sont des victimes actuelles et furent souvent victimes dans l'enfance de carences éducatives et affectives et de violences habituelles. Une prise en charge la plus précoce possible paraît alors primordiale afin d'éviter, autant que faire se peut, l'enfoncement dans une spirale avec rupture sociale et familiale, précarité, violence et abandon des soins.

Dans la prévention d'un futur passage à l'acte, les antécédents, les facteurs généraux de violence et la clinique psychiatrique tiennent une place primordiale. En effet, la recherche de symptômes délirants en particulier d'idées de persécution est très importante car même si, dans la plupart des cas, l'homicide n'est pas planifié par les patients présentant un trouble mental, des idées d'homicide ou de passage à

l'acte peuvent être retrouvées avant le meurtre, surtout lorsqu'un persécuteur est désigné, probable cible d'un passage à l'acte futur. Il paraît également essentiel que le praticien lors d'une expertise ou lors de la prise en charge d'un patient ait connaissance d'un antécédent de tentative d'homicide ou même d'homicide qui augmentent considérablement le risque d'une récidive.

De plus, comme nous l'avons montré, le lien agresseur-victime est important à relever. En effet, la différence de statut des sujets cibles des patients récidivistes et non récidivistes devrait faire l'objet d'une étude de plus grande ampleur impliquant plusieurs centres et permettant de tester des hypothèses expliquant cette spécificité (diagnostic principal, diagnostics secondaires, mode de vie…).

Enfin, il faut rappeler que la société évolue actuellement vers une sécurité « *à tout prix* » et qu'elle est en demande d'un responsable pour tout crime. Le psychiatre peut alors voir sa responsabilité mise en jeu surtout lorsque celui-ci prend en charge un patient « à risque », à l'instar de la condamnation récente d'une psychiatre marseillaise. Il ne s'agit pas ici, d'exonérer la responsabilité du psychiatre mais plutôt d'une volonté d'éviter un phénomène de « bouc-émissaire ». L'objectif premier est en effet d'améliorer la prise en charge des malades dits « dangereux » et de tenter, autant que possible, de diminuer le risque de violence, d'homicide et de récidive d'homicide des patients souffrant de troubles mentaux. Pour cela, l'institution de santé mentale pourrait adopter un mode de fonctionnement, qui sans écarter la responsabilité individuelle, fasse en sorte de favoriser la mutualisation des regards et la complémentarité des compétences des professionnels. De plus, l'enseignement en psychiatrie médico-légale et expertale pourrait être davantage développé afin d'améliorer la prise en charge de ces patients dits « dangereux ».

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Principales études portant sur la récidive homicide..... **213**

ANNEXE 2 : Critères de la Psychopathie selon la PCL-R de Hare..... **214**

ANNEXE 3 : La Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)..... **215**

ANNEXE 4 : La Historical Clinical Risk-20 (HCR-20)..... **216**

ANNEXE 5 : Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et judiciaires de nos patients auteurs de récidive homicide **217**

ANNEXE 6 : Caractéristiques criminologiques de nos patients auteurs de récidive homicide **220**

ANNEXE 7 : Critères diagnostiques de la Schizophrénie F20.x selon le DSM-IV-TR **222**

ANNEXE 8 : Critères diagnostiques du Trouble délirant F22.0 [297.1] selon le DSM-IV-TR **224**

ANNEXE 9 : Critères diagnostiques du Trouble schizo-affectif (F25.x) [295.70] selon le DSM-IV-TR **225**

ANNEXE 10 : Critères diagnostiques du Trouble de la personnalité antisociale (F60.2) [301.7] selon le DSM-IV-TR **226**

ANNEXE 11 : Critères diagnostiques du Trouble de la personnalité paranoïaque (F60.0) [301.0] selon le DSM-IV-TR **227**

ANNEXE 1

Principales études portant sur la récidive homicide

Auteurs	Pays et période d'étude	Étude	Population	Taux de récidive homicide	Résultats principaux
Fiorentini (1979)	France 1935-1977	Etude rétrospective de rapports d'expertises psychiatriques de la Cour d'appel d'Aix en Provence Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques d'auteurs d'homicide et de récidive	689 individus inculpés d'assassinat, d'homicide et tentatives (♂-♀, tout âge)	2,9% (n=20)	10% de délires alcooliques (jalousie, persécution) 5% de délire de persécution non alcoolique 10% de schizophrénie (dont 5% de forme paranoïde) 50% de trouble de la personnalité
Tiihonen *et al.* (1994)	Finlande 1988-1991	Etude rétrospective des antécédents criminels à partir des dossiers pénitentiaires et psychiatriques Détermination du risque de récidive parmi des auteurs d'homicide	393 individus homicidaires (♂-♀, tout âge)	3,3% (n=13)	Risque d'homicide pour un meurtrier multiplié par 10 par rapport à la population générale
Tiihonen et Hakola (1994)	Finlande 1988-1991	Etude rétrospective des antécédents criminels à partir des dossiers pénitentiaires et psychiatriques Caractéristiques cliniques d'auteurs d'homicide et de récidive	254 sujets ayant commis un homicide entre 1988 et 1991 (♂-♀, tout âge)	5,12% (n=13)	15% de schizophrénie 85% d'alcoolisme associé à un trouble de la personnalité de type dyssocial
Eronen *et al.* (1996)	Finlande 1981-1993	Etude rétrospective d'examens psychiatriques de 1089 sujets auteurs d'homicide Caractéristiques cliniques d'auteurs d'homicide et de récidive	1584 sujets ayant commis un homicide entre 1981 et 1993(♂-♀, tout âge) (1089 ayant eu un examen psychiatrique (66,6%))	2,3% (n=36)	66% d'alcoolisme 63,8% de trouble de la personnalité associé à un alcoolisme dans la plupart des cas 11,1% de schizophrénie 5,5% de dépression majeure
Cusson (1999)	Québec 1956-1995	Etude rétrospective d'une banque de données de tous les homicides commis au Québec Caractéristiques criminologiques d'homicide et de récidive	3854 sujets ayant commis un homicide entre 1956 et 1995 (♂-♀, tout âge)	3,4% (n=131)	-Risque d'homicide pour un meurtrier multiplié par 74 par rapport à la population générale
Putkonen *et al.* (2003)	Finlande 1982-1999	Etude rétrospective d'examens psychiatriques de femmes auteurs d'homicides ou de tentatives d'homicides Caractéristiques cliniques de femmes auteurs d'homicide et de récidive	132 femmes auteurs d'homicide ou de tentatives d'homicide commis entre 1982 et 1992	3% (n=4)	100% de trouble de la personnalité
Senninger (2004)	France	Etude de 6 cas Caractéristiques cliniques d'auteurs de récidive homicide	6 tueurs en série ayant été hospitalisés en UMD (♂)	-	Dichotomie entre structuration psychopathique avec sadisme sexuel et dimension psychotique
Le Bihan et Bénézech (2005)	France 1990-2005	Etude descriptive rétrospective à partir de dossiers de 12 patients d'UMD Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques d'auteurs de récidive homicide	12 auteurs de récidives homicides hospitalisés en UMD entre 1990 et 2005	-	50% de schizophrénie 17% de trouble délirant paranoïaque 17% de retard mental moyen 8% de trouble schizo-affectif 8% de trouble envahissant du développement
Bjørkly et Waage (2005)	Multiples 1966-2003	Revue de la littérature portant sur 11 études sur la récidive spécifique d'homicide Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques d'auteurs de récidive homicide	121 sujets récidivistes d'homicides uniques (1 seule victime)	1-3,5%	-
Bénézech *et al.* (2006)	France	Etude d'un cas Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques d'un auteur de récidive homicide	1 auteur de récidive d'homicide	-	Schizophrénie paranoïde Trouble de la personnalité de type dyssocial Troubles addictifs
Liem (2013)	Multiples 1971-2012	Revue de la littérature de 22 études portant sur la récidive générale des patients homicidaires	-	-	-
Golenkov *et al.* (2013)	Russie 1981-2010	Etude rétrospective sur dossiers psychiatriques (diagnostics selon ICD) Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques de schizophrènes auteurs d'homicides et de récidive	149 schizophrènes inculpés pour homicide entre 1981 et 2010	10,7% (n=16)	31% de traits de personnalité dyssociale

ANNEXE 2

Critères de la Psychopathie selon la PCL-R de Hare (148)

Facteur 1 **Traits interpersonnels/affectifs** **Item n°**	**Facteur 2** **Comportements antisociaux** **Item n°**
1- Loquacité et charme superficiel	3- Besoin de stimulations et tendance à s'ennuyer
2- Surestimation de soi	9- Tendance au parasitisme
4- Tendance au mensonge pathologique	10- Faible maîtrise de soi
5- Duperie et manipulation	12- Apparition précoce de problèmes de comportement
6- Absence de remords et de culpabilité	13- Incapacité de planifier à long terme et de façon réaliste
7- Affect superficiel	14- Impulsivité
8- Insensibilité et manque d'empathie	15- Irresponsabilité
16- Incapacité d'assumer la responsabilité de ses faits et gestes	18- Délinquance juvénile
	19- Violation des conditions de mise en liberté conditionnelle

Items sans appartenance :

11- Promiscuité sexuelle
17- Nombreuses cohabitations de courte durée
20- Diversité des types de délits commis par le sujet

ANNEXE 3

La Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) (152)

Items	Points	
1. A vécu avec ses 2 parents biologiques jusqu'à l'âge de 16 ans	Oui = -2	Non = +3
2. Mauvaise adaptation à l'école primaire	Non = -1 ; Légère ou modérée = +2 ; Sévère = +5	
3. Antécédents familiaux ou personnels de problèmes liés à l'alcool	Non = -1	Oui = de 0 à +2 en fonction du nombre
4. Statut marital	Marié pendant au moins 6 mois = -2	Jamais marié = +1
5. Antécédents criminels non violents	Utilisation de la table de Cornier-Lang avec des scores pondérés en fonction des types d'infraction.	
6. Antécédents de bris de condition	Non = 0	Oui = +3
7. Âge du délit	De -5 (si ≥ 39ans) à +2 (si ≤ 26 ans)	
8. Conséquences pour la victime	De -2 (mort) à +2 (aucune ou pas de victime)	
9. Une femme comme victime	Oui = -1	Non = +1
10. Trouble de la personnalité selon le DSM-III	Oui = +3	Non = -2
11. Schizophrénie selon le DSM-III	Oui = -3	Non = +1
12. PCL-R	Score ≤ 4 = -5 Score 5 - 9 = -3 Score 10 - 14 = -1 Score 15 - 24 = 0 Score 25 - 34 = +4 Score ≥ 35 = +12	

ANNEXE 4

La Historical Clinical Risk-20 (HCR-20) (157)

Facteurs chronologiques	
H1	Violence antérieure
H2	Premier acte de violence commis durant la jeunesse
H3	Instabilité des relations intimes
H4	Problèmes d'emploi
H5	Problèmes de toxicomanie
H6	Maladie mentale grave
H7	Psychopathie
H8	Inadaptation durant la jeunesse
H9	Troubles de la personnalité
H10	Echec de la surveillance

Facteurs cliniques	
C1	Introspection difficile
C2	Attitudes négatives
C3	Symptômes actifs de maladie mentale grave
C4	Impulsivité
C5	Résistance au traitement

Facteur de la gestion du risque	
R1	Plans irréalisables
R2	Exposition à des facteurs déstabilisants
R3	Manque de soutien personnel
R4	Inobservation des mesures curatives
R5	Stress

Cotation de chaque item de 0 à 2.
Pas de seuil chiffré pour le risque de violence

ANNEXE 5

Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et judiciaires de nos patients auteurs de récidive homicide

	Données familiales	Données socioprofessionnelles	Diagnostics (CIM-10)*	Antécédents TS	Antécédents d'hospitalisation	Antécédents psychiatriques familiaux	Antécédents judiciaires et de violence
1	Famille gitane Père alcoolo-tabagique, violent Carences affectives et éducatives Fratrie de 15, plusieurs décès Inadaptation durant la jeunesse Placement en foyer Célibataire, sans enfant	Scolarité : primaire SN inapte Ferrailleur	F 84 F 71 F 10 F 91	Non	Non	Père : OH chronique	A partir de 16 ans : Plusieurs affaires de coups et blessures Viols et tentatives de viols Vols Condamnations antérieures
2	Carences affectives et éducatives Maltraitance physique Enfant unique Célibataire, sans enfant	Scolarité : secondaire SN réalisé Ouvrier agricole	F 22.0 F 60.0	Non	Non	NC	Non
3	Père alcoolique, violent Carences affectives et éducatives Fratrie de 2 1 union, 2 enfants (en couple lors du premier homicide puis séparé)	Scolarité : primaire SN en Allemagne Ouvrier Invalidité suite à un traumatisme crânien	F 25 F 60.2	Non	Hospitalisations régulières avant et après le 1er homicide	Père : OH chronique	Vol d'argent
4	Retard de développement Décès de son père, abandonné par sa mère, confié à la grand-mère maternelle Carences affectives et éducatives Maltraitance physique Fratrie de 4 + 5 ½ frères Célibataire, sans enfant	Scolarité : CP, IMP SN exempté Sans profession	F 84 F 71 F 60.2 F 91	IMV à 12 ans Tentative de noyade à 13 ans Automutilations	Prise en charge dès l'âge de 10 ans Hospitalisé dès l'âge de 16 ans.	Père : OH chronique Mère : Schizophrénie, OH chronique Frère : Trouble de la personnalité	Tentative d'homicide à 12 et 13 ans Coups et blessures Cruauté envers les animaux Incendie Volontaire Dégradations de biens
5	Milieu gitan Père inconnu, mère alcoolique Vie primitive, carences éducatives Fratrie de 11 (plusieurs condamnés) Célibataire, sans enfant	Scolarité : néant Sans profession	F 84 F 71 F 60.2 F 10 F 91	Non	Hospitalisation durant la période inter-homicide	Mère : OH chronique Frère : Trouble de la personnalité	Vols dans l'enfance Condamnations antérieures
6	Séparation parentale dans l'enfance Parents alcooliques Fratrie de 5 Carences affectives et éducatives Célibataire, sans enfant SDF	Scolarité : primaire SN réformé Ouvrier agricole	F 20 F 60.2 F 10 F 91	TS à 16 ans	1ère hospitalisation à 16 ans puis régulières	Parents : OH chronique Frère : Schizophrénie Grand-père : Trouble de la personnalité	Vols ++ Coups et blessures Tentative d'homicide Viol Dégradation de biens 1er acte avant 18 ans Condamnations antérieures
7	Relations parentales violentes, séparation parentale Carences affectives et éducatives Fratrie de 8 Maltraitances physiques Plusieurs unions, 5 enfants	Scolarité : primaire SN exempté Employé	F 20.0 F60.2 F10 F 91	Non	Hospitalisation durant la période inter-homicide	Mère : OH chronique	Coups et blessures (inter-homicide) Incendie volontaire Cambriolage Condamnations antérieures

*Diagnostics CIM-10 en annexe

ANNEXE 5 (suite)

Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et judiciaires de nos patients auteurs de récidive homicide (suite)

	Données familiales	Données socioprofessionnelles	Diagnostics (CIM-10)*	Antécédents TS	Antécédents d'hospitalisation	Antécédents psychiatriques familiaux	Antécédents judiciaires et de violence
8	Séparation parentale à 5 ans Élevé par sa mère et sa grand-mère Décès maternel à l'âge de 14 ans Carences affectives et éducatives Placement en foyer Enfant unique SDF Célibataire, sans enfant	Scolarité : supérieure (fac de philosophie) SN réformé Emploi instable (rédacteur, ouvrier)	F 20.0 F 10 F 12	Non	Non	Mère : Schizophrénie + OH chronique	Coups et blessures Vols
9	Décès maternel dans l'enfance, élevé par sa grand-mère paternelle Placement Enfant unique 2 unions, sans enfant (en couple lors du premier homicide puis veuf)	Scolarité primaire Incapacité	F 20.0	IMV lors du 1er homicide	2 hospitalisations longues avant le 1er homicide	Non	Coups et blessures Tentative d'homicide (période inter-homicide)
10	Éducation stricte Carences affectives et éducatives Fratrie de 5 1 union (épouse SCZ), 2 enfants	Scolarité primaire SN réformé Ouvrier agricole	F 20.0 F 91	Non	Hospitalisations régulières à partir de 30 ans	Père : dépression Frère : Schizophrénie Sœur : Trouble de la personnalité Sœur : dépression	Coups et blessures (dans l'enfance) 2 tentatives d'homicide Tentative de viol, viol Incendie volontaire Cruauté envers les animaux Dégradations volontaires
11	Fruit d'un inceste mère /GPM Séparation parentale Maltraitance physique Carences affectives et éducatives Placement Fratrie de 3 Concubinage, sans enfant	Scolarité : CAP Employé (pâtissier)	F 20.0 F 60.0	Non	Non	Non	Coups et blessures Tentative d'homicide Vols Exhibitionnisme Viol 1er acte avant 18 ans Condamnations antérieures
12	Décès parental durant l'enfance Fratrie de 9 1 union, sans enfant	Scolarité : néant Ouvrier agricole	F 22.0 F 60.0	Non	Hospitalisation durant la période inter-homicide	Non	Coups et blessures
13	Discipline paternelle dure Séparation parentale mal vécue (jeune adulte) Fratrie de 7 (1 décès dans l'enfance) 2 relations importantes, sans enfant (célibataire au moment des faits)	Scolarité : échec BEP Ouvrier	F 20.0 F 60.2 F 10 F 12	Non	Hospitalisations à 22 ans	Frère : Schizophrénie	Vols Coups et blessures Séquestration Dégradations de biens 1er acte avant 18 ans Condamnations antérieures
14	Violences physiques Placement Fratrie de 7 (1 décès dans l'enfance) Célibataire, 1 enfant	Scolarité : apprentissage Ouvrier SN réformé	F 20.0 F 60.2 F 10 F 12 F 91	Non	Hospitalisations régulières	Non	Vols ++ Coups et blessures 1er acte avant 18 ans Dégradations de biens Condamnations antérieures

*Diagnostics CIM-10 en annexe

ANNEXE 5 (suite)

Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et judiciaires de nos patients auteurs de récidive homicide (suite)

	Données familiales	Données socioprofessionnelles	Diagnostics (CIM-10)*	Antécédents TS	Antécédents d'hospitalisation	Antécédents psychiatriques familiaux	Antécédents judiciaires et de violence
15	Non reconnu par son père naturel Violences physiques subies Fratrie de 6 Célibataire, sans enfant	Scolarité : BEP SN réformé Employé	F 22.0 F 60.0	Non	Non	Non	Condamnation pour délit de fuite Coups et blessures
16	Père inconnu Carences affectives et éducatives Violences physiques subies Fratrie de 6 SDF à partir de 17 ans Nombreux voyages « pathologiques » 2 unions, 1 enfant (en couple lors des faits)	Scolarité : BEP Employé	F 20.0 F 60.0 F 12 F 91	IMV à 37 ans	Plusieurs hospitalisations d'office	NC	Dégradation de biens et menaces Coups et blessures Tentative d'homicide
17	Parents consistants Fratrie de 4 Célibataire, sans enfant	Scolarité : échec BEP Sans emploi	F 20.0 F 12	TS par pendaison à 16 ans	Non	Non	Non
18	Mère décédée à 2 ans Maltraitance physique Carences affectives et éducatives Placement jusqu'à ses 4 ans Fratrie de 4 + 5 ½ frères et sœurs (2 frères décédés) Célibataire, sans enfant	Scolarité : primaire Sans emploi	F 20.0 F 60.2 F 10 F 12 F 91	Automutilation	Hospitalisation durant la période inter-homicide	Frères : toxicomanie, OH chronique	Coups et blessures Vols ++ Dégradations de biens 1re acte avant 18 ans Condamnations antérieures
19	Violences parentales Séparation dans l'enfance Carences affectives et éducatives Maltraitance physique Placement Inceste avec sa sœur Fratrie de 5 Célibataire, sans enfant	Scolarité : secondaire Ouvrier	F 20.0 F 12 F 91	Non	Hospitalisations régulières avant le 1er homicide	Sœur : trouble de la personnalité	Coups et blessures Tentatives d'homicide répétées à partir de 21 ans Viol (inceste) 1re acte avant 18 ans
20	Séparation parentale Carences affectives et éducatives Placement Maltraitance physique Fratrie de 3 Célibataire, sans enfant	Scolarité : secondaire Sans profession	F 20.0 F 91	Non	Non	Parent : Schizophrénie	Coups et blessures Tentative d'homicide Vol 1re acte avant 18 ans Condamnations antérieures
21	Séparation parentale Maltraitance physique Carences affectives, éducatives Placement Fratrie de 11 (4 décès dans l'enfance) Instabilité vie affective, sans enfant	Scolarité : IMP puis CAT Sans profession SN exempté	F 22.0 F 60.2 F 91	Non	Hospitalisations régulières avant le 1er homicide	Père : OH chronique Grand-père, frère : suicide + schizophrénie	Non

*Diagnostics CIM-10 en annexe

ANNEXE 6

Caractéristiques criminologiques de nos patients auteurs de récidive homicide

	Victimes	Liens	Âge	Moyen utilisé	Localisation	Toxiques lors des faits	Plan	Type	Motif apparent	Statut juridique
1	SDF Femme âgé	Inconnu Inconnue	21,9 27,5	Objet contondant Violences physiques	Voie publique Domicile victime	OH OH	Non Oui	Instrumental Instrumental	Vol Vol et agression sexuelle	Article 64 Article 64
2	Voisin Codétenu Père 2 voisins	Connu Connu Intrafamilial Connus	38,1 39,7 47 56	Arme à feu Arme blanche Arme à feu Arme à feu	Domicile victime Prison Domicile victime Domicile victime	NC NC Non NC	Oui Non Non Oui	Émotionnel Émotionnel Émotionnel Émotionnel	Délire de persécution Délire de persécution Défense Délire de persécution	Responsabilisé Responsabilisé Acquittement Article 64
3	Partenaire sexuel Boulangère	Connue Connue	35,4 45,6	Arme blanche Arme blanche	Domicile victime Lieu de travail victime	Non Non	Non Non	Émotionnel Instrumental	Dispute Agression sexuelle	Article 64 Article 64
4	Patient Patiente	Connu Connue	17,4 30,8	Objet contondant Violences physiques	Hôpital Hôpital	NC NC	Non Non	Émotionnel Émotionnel	Délire de persécution Délire de persécution	Article 64 Article 64
5	Femme Femme	Inconnue Connue	14,8 30,3	Objet Contondant Objet Contondant	Voie publique Voie publique	NC OH	Non Non	Instrumental Instrumental	Vol Agression sexuelle	Article 64 Article 64
6	Jeune-fille Femme	Inconnue Inconnue	22,5 50,5	Strangulation Violences physiques	Voie publique Domicile victime	NC NC	NC NC	Instrumental Émotionnel	Agression sexuelle Vol	Article 64 Article 64
7	Ex-compagne + compagnon Mère	Connus Intrafamilial	24,5 41,1	Arme à feu Arme blanche	Domicile victime Domicile victime	NC OH	Oui Oui	Instrumental Émotionnel	Vengeance Délire persécution, haine	Responsabilisé Article 122-1.1
8	Homme Codétenu	Inconnu Connu	24,4 24,6	Arme blanche Arme blanche	Voie publique Prison	NC Non	Non Non	Émotionnel Émotionnel	Délire de persécution Délire de persécution	Article 64 Article 64
9	Épouse Patient Patient	Partenaire Connu Connu	40,6 44,3 54	Strangulation Strangulation Strangulation	Domicile Hôpital Hôpital	Non Non Non	Non Non Non	Émotionnel Émotionnel Émotionnel	Jalousie Injonctions hallucinatoires Injonctions hallucinatoires	Article 64 Article 64 Article 64
10	Epouse Homme Couple	Partenaire Inconnu Inconnus	38,1 38,9 38,9	Strangulation Objet Contondant Arme blanche	Domicile Voie publique Domicile victime	Non Non Non	Oui Non Non	Émotionnel Émotionnel Émotionnel	Délire mystique Délire mystique Délire mystique	Article 64 Article 64 Article 64
11	Femme + enfant Femme	Connues Connue	23,1 23,6	Objet Contondant Arme blanche	Domicile victime Domicile victime	NC NC	Non Non	Émotionnel Émotionnel	Agression sexuelle Agression sexuelle	Responsabilisé Responsabilisé
12	Ex-Épouse + 3 hommes Patiente	Connus Connu	42,1 64,8	Arme à feu Arme blanche	Domicile Hôpital	NC NC	Oui Oui	Émotionnel Émotionnel	Jalousie Délire de persécution	Responsabilisé Article 64

ANNEXE 6 (suite)

Caractéristiques criminologiques de nos patients auteurs de récidive homicide (suite)

	Victimes	Liens	Âge	Moyen utilisé	Localisation	Toxiques lors des faits	Plan	Type	Motif apparent	Statut juridique
13	Codétenu Mère	Connu Intrafamilial	23,2 29,5	Arme blanche Arme blanche	Prison Domicile victime	Non Drogues	Non Non	Émotionnel Émotionnel	Délire de persécution Délire de persécution	Article 122-1.1 Article 122-1.1
14	Dealer Codétenu	Connu Connu	32,2 36,5	Arme blanche Objet Contondant	Voie publique Prison	Drogues/OH Drogues	Non Non	Émotionnel Émotionnel	Délire de persécution Délire de persécution	Article 122-1.2 Article 122-1.1
15	Voyant Demi-sœur	Connu Intrafamilial	36,47 36,51	Arme à feu Arme à feu	Lieu de travail victime Domicile victime	Non Non	Oui Oui	Émotionnel Émotionnel	Vengeance Délire de persécution	Article 122-1.1 Article 122-1.1
16	Gérant d'hôtel Épouse	Connu Partenaire	38,7 54,6	Arme à feu Arme blanche	Lieu de travail victime Domicile conjugal	Drogues Non	Oui Non	Émotionnel Émotionnel	Vengeance Délire de persécution	Article 122-1.1 Article 122-1.1
17	Ami d'enfance Codétenu	Connu Connu	19,5 20	Arme blanche Arme blanche	Voie publique Prison	Drogues Drogues	Non Oui	Émotionnel Émotionnel	Délire de persécution Délire de persécution	Article 122-1.1 Article 122-1.1
18	Homme Belle-mère	Connu Intrafamilial	22,1 42,1	Arme blanche Arme blanche	Voie publique Domicile	Drogues/OH Non	Non Oui	Émotionnel Émotionnel	Vengeance Vengeance	Responsabilisé Responsabilisé
19	Homme Patiente	Inconnu Connu	21,6 24,8	AVP Strangulation	Voie publique Hôpital	Drogues Non	Non Non	Émotionnel Émotionnel	Délire mégalomaniaque Délire de persécution	Responsabilisé Article 122-1.1
20	Homme Femme	Inconnu Connu	20,4 20,9	Arme blanche Arme blanche	Voie publique Domicile victime	Non NC	Oui Oui	Émotionnel Émotionnel	Délire de persécution Vengeance	Responsabilisé Responsabilisé
21	Beau-père Homme	Intrafamilial Connu	20,3 35,2	Objet Contondant Arme blanche	Domicile commun Voie publique	NC OH	Non Non	Émotionnel Émotionnel	Vengeance Défense	Responsabilisé Responsabilisé

ANNEXE 7

Critères diagnostiques de la Schizophrénie F20.x selon le DSM-IV-TR (CIM-10)

A. *Symptômes caractéristiques* :

Deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement) :

(1) idées délirantes
(2) hallucinations
(3) discours désorganisé (coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
(4) comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
(5) symptômes négatifs (émoussement affectif, alogie ou perte de volonté,…)

N.-B. : Un seul symptôme du critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles.

B. *Dysfonctionnement social/des activités* :

Pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auquel on aurait pu s'attendre).

C. *Durée* :

Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins six mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au Critère A (symptômes de la phase active) et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels.

Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurant dans le Critère A présents sous une forme atténuée (croyances bizarres, perceptions inhabituelles,…).

D. ***Exclusion d'un Trouble schizo-affectif et d'un Trouble de l'humeur*** **:**

Un Trouble schizo-affectif et un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit (1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active ; soit (2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles.

E. ***Exclusion d'une affection médicale générale/due à une substance*** **:**

La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou à une affection médicale générale.

F. ***Relation avec un Trouble envahissant du développement*** **:**

En cas d'antécédent de Trouble autistique ou d'un autre Trouble envahissant du développement, le diagnostic additionnel de Schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présentes pendant au moins un mois ou moins quand elles répondent favorablement au traitement.

Sous-types de la Schizophrénie

Les sous-types de la Schizophrénie sont définis par la symptomatologie prédominante au moment de l'évaluation.

F20.0x [295.30] Type paranoïde
F20.1x [295.10] Type désorganisé
F20.2x [295.20] Type catatonique
F20.3x [295.90] Type indifférencié
F20.5x [295.60] Type résiduel

ANNEXE 8

Critères diagnostiques du Trouble délirant F22.0 [297.1] selon le DSM-IV-TR

A. Idées délirantes non bizarres (c'est-à-dire impliquant des situations rencontrées dans la réalité telles que : être poursuivi(e), empoisonné(e), contaminé(e), aimé(e) à distance, ou trompé(e) par le conjoint ou le partenaire, ou être atteint(e) d'une maladie), persistant au moins 1 mois.

B. N'a jamais répondu au Critère A de la Schizophrénie. **N.-B. :** des hallucinations tactiles et olfactives peuvent être présentes dans le trouble délirant si elles sont en rapport avec le thème du délire.

C. En dehors de l'impact de l'idée (des idées) délirante(s) ou de ses (leurs) ramifications, il n'y a pas d'altération marquée du fonctionnement ni de singularités ou de bizarreries manifestes du comportement.

D. En cas de survenue simultanée d'épisodes thymiques et d'idées délirantes, la durée totale des épisodes thymiques a été brève par rapport à la durée des périodes de délire.

E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (par ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

Spécification du type : (La désignation des types suivants est fondée sur le type délirant prédominant)

- **Type érotomaniaque**
- **Type mégalomaniaque**
- **À type de jalousie**
- **À type de persécution**
- **Type somatique**
- **Type mixte**
- **Type non spécifié**

ANNEXE 9

Critères diagnostiques du Trouble schizo-affectif (F25.x) [295.70] selon le DSM-IV-TR

A. Période ininterrompue de maladie caractérisée par la présence simultanée, à un moment donné, soit d'un Épisode dépressif majeur, soit d'un Épisode maniaque, soit d'un Épisode mixte, et de symptômes répondant au critère A de la Schizophrénie.

B. Au cours de la même période de la maladie, des idées délirantes ou des hallucinations ont été présentes pendant au moins 2 semaines, en l'absence de symptômes thymiques marqués.

C. Les symptômes qui répondent aux critères d'un épisode thymique sont présents pendant une partie conséquente de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.

D. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (une substance donnant lieu à abus, un médicament,…) ou d'une affection médicale générale.

Spécification du sous-type :

.0 Type bipolaire : si la perturbation comprend un Épisode maniaque ou un Épisode mixte (ou un Épisode maniaque ou un Épisode mixte et des Épisodes dépressifs majeurs).

.1 Type dépressif : si la perturbation comprend uniquement des Épisodes dépressifs majeurs.

ANNEXE 10

Critères diagnostiques du Trouble de la personnalité antisociale (F60.2) [301.7] selon le DSM-IV-TR

A. Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :

(1) incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation
(2) tendance à tromper par profit ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries
(3) impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance
(4) irritabilité ou agressivité, indiquées par la répétition de bagarres ou d'agressions
(5) mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui
(6) irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières
(7) absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui

B. Âge au moins égal à 18 ans.

C. Manifestations d'un Trouble des conduites débutant avant l'âge de 15 ans.

D. Les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'une Schizophrénie ou d'un Épisode maniaque.

ANNEXE 11

Critères diagnostiques du Trouble de la personnalité paranoïaque (F60.0) [301.0] selon le DSM-IV-TR

A. Méfiance soupçonneuse envahissante envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présente dans divers contextes, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

(1) le sujet s'attend sans raison suffisante à ce que les autres l'exploitent, lui nuisent ou le trompent
(2) est préoccupé par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité de ses amis ou associés
(3) est réticent à se confier à autrui en raison d'une crainte injustifiée que l'information soit utilisée de manière perfide contre lui
(4) discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes dans des commentaires ou des événements anodins
(5) garde rancune, c'est-à-dire ne pardonne pas d'être blessé, insulté ou dédaigné
(6) perçoit des attaques contre sa personne ou sa réputation, alors que ce n'est pas apparent pour les autres, et est prompt à la contre-attaque ou réagit avec colère
(7) met en doute de manière répétée et sans justification la fidélité de son conjoint ou de son partenaire sexuel.

B. Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une Schizophrénie, d'un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ou d'un autre Trouble psychotique et n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

ILLUSTRATIONS

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Unités pour malades difficiles françaises 38

Tableau 2 : Enquête IPSOS 2009 (30)..... 41

Tableau 3 : Différents éléments d'un meurtre (48)..... 50

Tableau 4 : Classification des meurtriers pathologiques en deux catégories extrêmes (51) 52

Tableau 5 : Classification des homicides de RESSLER *et al*. (1993) (51)..... 53

Tableau 6 : Classification selon la relation meurtrier/victime (54)..... 54

Tableau 7 : Deux profils meurtriers extrêmes (49,58)..... 58

Tableau 8 : Classification et caractères distinctifs des violences physiques multiples (Mc CULLOCH *et al.* 1995) (51) 59

Tableau 9 : Classification des homicides pathologiques de BÉNÉZECH (51)..... 60

Tableau 10 : 18 études rapportant le nombre total d'homicides et la proportion d'homicides commis par des patients souffrant de schizophrénie (75) .. 66

Tableau 11 : Caractéristiques des études rapportant le risque de récidive des patients présentant un trouble psychotique (114)..... 84

Tableau 12 : Études précédentes sur la récidive des auteurs d'homicide (118)..... 91

Tableau 13 : Comparaison entre sujets schizophrènes auteurs d'un seul homicide et récidivistes (126)..... 92

Tableau 14 : Typologie des délinquants schizophrènes selon HODGINS (136)..... 111

Tableau 15 : Corrélations entre les facteurs de l'HCR-20, le score total à l'HCR-20 et les différents types d'homicide (158) 125

Tableau 16 : Aire moyenne sous la courbe de 3 différents outils d'évaluation (162) 126

Tableau 17 : Temps de suivi (en années)..... 140

Tableau 18 : Âge des patients récidivistes au 1er homicide et lors de la récidive (en années)..... 142

Tableau 19 : Âge des 2 groupes de patients au 1er juillet 2013 (en années)..... 142

Tableau 20 : Âge des 2 groupes de patients lors du premier homicide (en années) 143
Tableau 21 : Statut marital des 2 groupes de patients 144
Tableau 22 : Type de domicile des patients récidivistes 146
Tableau 23 : Antécédents judiciaires / médicolégaux 148
Tableau 24 : Diagnostics principaux (CIM-10) 150
Tableau 25 : Localisation des différents homicides 155
Tableau 26 : Matrice de transition : localisation du 1er homicide et de la récidive .. 156
Tableau 27 : Localisation de l'homicide des patients non récidivistes/récidivistes . 157
Tableau 28 : Matrice de transition : moyen létal utilisé au 1er homicide et lors de la récidive 158
Tableau 29 : Moyen utilisé (en %) 159
Tableau 30 : Motivations apparentes 160
Tableau 31 : Matrice de transition : motivation apparente lors du 1er homicide et lors de la récidive 160
Tableau 32 : Comportement post-criminel 164
Tableau 33 : Matrice de transition : type du 1er homicide et de la récidive 164
Tableau 34 : Matrice de transition : statut de la victime au premier homicide et à la récidive 168
Tableau 35 : Matrice de transition : conséquences judiciaires des patients récidivistes au premier homicide et à la récidive 170

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Classe étudiant la méthode d'identification du criminologue français Alphonse BERTILLON (1853-1914) (19) 35

Figure 2 : Estimations du risque de violence dans la schizophrénie et les autres psychoses par sexe (33) 44

Figure 3 : Méta-analyse reportant le risque de violence chez les patients bipolaires (37) 46

Figure 4 : Chevauchement entre les définitions cliniques de troubles mentaux chez les personnes reconnues coupables d'homicide (72) 65

Figure 5 : Évolution du nombre de condamnés pour crimes en récidive légale 78

Figure 6 : Délai avant arrestation durant les 3 ans suivant la sortie de prison (105) 80

Figure 7 : Nombre d'incarcérations antérieures selon la pathologie psychiatrique (112) 83

Figure 8 : Courbe de survie (bleue) entourée de son intervalle de confiance (rouge) 141

Figure 9 : Statut marital des patients récidivistes 144

Figure 10 : Domicile du patient au moment du 1er homicide et de la récidive (en %) 145

Figure 11 : Catégories socioprofessionnelles 147

Figure 12 : Type d'évènements de vie (en %) 147

Figure 13 : Diagnostics principaux 149

Figure 14 : Troubles de la personnalité associés au diagnostic (en %) 151

Figure 15 : Taux d'hospitalisation (en %) 152

Figure 16 : Localisation du passage à l'acte (en %) 155

Figure 17 : Moyen létal utilisé par l'agresseur (en %) 158

Figure 18 : Thème du délire 162

Figure 19 : Genre de la victime (en %) 166

Figure 20 : Lien Agresseur/Victime (en %) 167

Figure 21 : Courbe de survie..... 169

Figure 22 : Statut juridique (en %) 171

BIBLIOGRAPHIE

1. BERNARD G. - 5. Approche historique et philosophique de la dangerosité (51-56). Dans : SENON J.-L., LOPEZ G., CARIO R. - Psycho-criminologie. Paris, Dunod ; 2012.
2. BÉNÉZECH M., FORZAN-JORISSEN S., GROUSSIN A. - Le concept d'état dangereux en psychiatrie médico-légale. *Journal de Médecine Légale et Droit Médical*. 1997 ; 40(5) : 323-333.
3. BÉNÉZECH M. - Introduction à l'étude de la dangerosité. Dans : BEAUREPAIRE C., BÉNÉZECH M., KOTTLER C. - Les Dangerosités, de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie. Paris, J. Libbey Eurotext ; 2004.
4. PRATT J. - Dangerosité, risque et technologies du pouvoir. *Criminologie*. 2001 ; 34(1) : 101‑121.
5. BURGELIN J-F. - Rapport de la commission Santé-Justice. Santé, Justice et dangerosités : pour une meilleure prévention de la récidive. 2005. Consultable sur http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000449/0000.pdf
6. GARRAUD J-P. - Rapport sur la Dangerosité et la prise en charge des Individus Dangereux. Réponses à la Dangerosité. 2006. Consultable sur http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000800/0000.pdf
7. DEBUYST C. - II^{ème} cours international de criminologie de Paris en 1953. Dans : Rapport d'information Assemblée nationale, n°1718, du 7 juillet 2004 sur le traitement de la récidive des infractions pénales, p. 45.
8. PINEL P. - Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie. Paris, Richard, Caille et Ravier ; 1801.
9. RENNEVILLE M. - Qu'apporte l'éclairage de l'histoire au concept de dangerosité en psychiatrie ? (7-18) Dans : Haute Autorité de Santé - Audition Publique. 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. Texte des experts ; 2010. Consultable sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/dangerosite_psychiatrique_-_textes_des_experts_-_v3mel.pdf
10. ESQUIROL E. - Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiènique et médico-légal. Tome II. Paris, Baillière J.-B. ; 1838.

11. GEORGET É.-J. - Discussions médico-légales sur la folie ou l'aliénation mentale. Archives générales de médecine. 1826 ; 1(10) : 497-556.
12. LE BARON DE BRETEUIL. Lettre circulaire. 25 octobre 1784. Consultable sur http://psychiatrie.histoire.free.fr/psyhist/1780/breteuil.htm
13. Code civil. Consultable sur http://www.legifrance.gouv.fr
14. THIERS A. - Lettre circulaire n°22 sur « Les frais de traitement et d'entretien des insensés indigents ». 29 juin 1835.
15. VIVIEN A-F. - Rapport sur le projet de loi relatif aux aliénés. 1837
16. PORTALIS. - Chambre des pairs. 8 février 1838
17. LANDRON G. - Du fou social au fou médical, genèse parlementaire de la loi du 30 Juin 1838 sur les aliénés. *Déviance Société*. 1995 ; 19(1) : 3‑21
18. TARDE G. - La philosophie pénale (1890). Paris, Cujas ; 1972
19. GRANTHAM G. - Classe étudiant la méthode d'identification du criminologue français Alphonse Bertillon (1853-1914).
20. PIRES A.-P. - La criminologie d'hier et d'aujourd'hui (13-67). Dans DEBUYST C., DIGNEFFE F., LABADIE J.-M., PIRES A.-P. - Histoire des savoirs sur le crime et la peine : Tome 1. Des Savoirs diffus à la notion de criminel-né. Larcier ; 1998
21. BÉNÉZECH M., LE BIHAN P., BOURGEOIS M.-L. - Criminologie et psychiatrie. *Encyclopédie Médicale et Chirurgicale (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris)*, Psychiatrie, 37-906-A-10, 2002, 15 p
22. MARREC J. - Homicide volontaire chez l'enfant. Contribution à l'étude de l'enfance coupable. Lyon, Bosc Frères & L. Riou ; 1943
23. RAPPARD P. - La fin du non-lieu psychiatrique et son incidence sur le but des institutions françaises médico-légales (À propos de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental). *L'information psychiatrique.* 2009 ; 85(8) : 759-768
24. Code de la santé publique. Consultable sur http://www.legifrance.gouv.fr.
25. CORDIER B. - Irresponsabilité psychiatrique de l'article 122-1 du nouveau code pénal. *EMC-Psychiatrie*, 37-902-A-10, 1998
26. Code pénal. Consultable sur http://www.legifrance.gouv.fr
27. Loi sur la rétention de sûreté et l'irresponsabilité pénale. Publication au JORF n°0048 du 26 février 2008. Consultable sur http://www.legifrance.gouv.fr/affich Texte.do?cidTexte=JORFTEXT000018162705&dateTexte=&categorieLien=id

28. BÉNÉZECH M., PHAM T.-H., LE BIHAN P. - Les nouvelles dispositions concernant les criminels malades mentaux dans la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : une nécessaire évaluation du risque criminel. *Annales Médico-Psychologiques Revue Psychiatrie*. 2009 ; 167(1) : 39-50
29. DUBREUCQ J.-L., JOYAL C., MILLAUD F. - Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Médico-Psychologiques Revue Psychiatrie*. 2005 ; 163(10) : 852‑865.
30. Perceptions et Représentations des Maladies Mentales - Enquête menée par Ipsos Public Affairs pour FondaMental, dans le cadre des Rencontres de Fondamental. Palais du Luxembourg, Paris, 4 et 5 juin 2009. Consultable sur http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.fondation-fondamental.org%2Fupload%2Fpdf%2F1._ipsos-ok.ppt&ei=oyZtUsz7LMGnhAfPrYHwAw&usg=AFQjCNF4cq0FIXYUryH152p5zuA0jeZePw&bvm=bv.55123115,d.ZG4
31. SWANSON J., HOLZER C., GANJU V., JONO R. - Violence and psychiatric disorder in the community : evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hosp Community Psychiatry*. 1990 ; 41(7) : 761‑777
32. WALLACE C., MULLEN P.-E., BURGESS P. - Criminal Offending in Schizophrenia Over a 25-Year period Marked by deinstitutionalization and Increasing Prevalence of Comorbid Substance Use Disorders. *Am J Psychiatry.* 2004 ; 161 : 716-727
33. FAZEL S., GULATI G, LINSELL L, GEDDES J.-R., GRANN M. - Schizophrenia and Violence : Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med.* 2009 ; 6(8) : e1000120
34. ELBOGEN E., JOHNSON S. - The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder ; Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Condition. *Arch Gen Psychiatry* 2009 ; 66(2) : 152-161
35. VOLAVKA J. - Violence in Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Psychiatr Danub*. 2013 ; 25(1) : 24-33
36. 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*. 1999 ; 55 : 187-202

37. FAZEL S., LICHTENSTEIN P., GRANN M., GOODWIN G., LANGSTROM N. - Bipolar Disorder and Violent Crime, New Evidence From Population-Based Longitudinal Studies and Systematic Review. *Arch Gen Psychiatry* 2010 ; 67(9) : 931-938
38. STEADMAN H., MULVEY E., MONAHAN J., ROBBINS P., APPELBAUM P., GRISSO T., ROTH L., SILVER E. - Violence by People Discharged From Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998 ; 55(5) : 393-401
39. TORREY E., STANLEY J., MONAHAN J., STEADMAN H. - The MacArthur Violence Risk Assessment Study Revisited : Two Views Ten Years After Its Initial Publication. *Psychiatr Serv.* 2008 ; 59(2)
40. SENON J.-L., MANZANERA C., HUMEAU M., GOTZAMANIS L. - Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? *Inf Psychiatr.* 2006 ; 82 : 645-652.
41. HODGINS S. - Mental Disorder, Intellectual Deficiency, and Crime Evidence From a Birth Cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 1992 ; 49(6) : 476-483.
42. HODGINS S., MEDNICK S., BRENNAN P., ENGBERG M. - Mental Disorder and Crime Evidence From a Danish Birth Cohort. *Arch Gen Psychiatry.* 1996 ; 53(6) : 489-496.
43. BRENNAN P., MEDNICK S., HODGINS S. - Major Mental Disorders and Criminal Violence in a Danish Birth Cohort. *Arch Gen Psychiatry.* 2000 ; 57(5) : 494-500.
44. TIIHONEN J., ISOHANNI M., RASANEN P., KOIRANEN M., MORING J. - Specific major mental disorders and criminality : a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry.* 1997 ; 15(4) : 840-845.
45. ARSENEAULT L., MOFFITT T., CASPI A., TAYLOR P., SILVA P. - Mental Disorders and Violence in a Total Birth Cohort Results From the Dunedin Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 ; 57(10) : 979-986.
46. GOUREVITCH R. - Quelles sont les données de la littérature concernant la violence hétéroagressive chez les personnes présentant une schizophrénie ? Dans : Haute Autorité de Santé - Audition Publique. 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. Texte des experts ; 2010. Consultable sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/

docs/application/pdf/2010-12/dangerosite_psychiatrique_-_textes_des_experts_-_v3mel.pdf.

47. Le Petit Larousse Illustré. 2014e édition .
48. SENON J.-L. - La criminalité et son évolution : mythes et réalité à propos de l'homicide. DU Criminologie. Poitiers ; 2007. Consultable sur http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/3cycle/Droit/Psy%20crim/senon%20homicide.pdf.
49. COCHEZ F. - Psychiatrie et classifications des homicides. [Thèse médecine], Université Victor Segalen Bordeaux 2, 1999 : 171 p.
50. BARTE H., OSTAPTZEFF G. - Criminologie clinique. Paris, Masson ; 1992.
51. BÉNÉZECH M. - Classification des homicides volontaires et psychiatrie. *Ann Médico-Psychol.* 1996 ; 154 : 161-173.
52. ALBERNHE T., TYRODE Y. - Législation en santé mentale, tome III. Paris, SEDIP Médical ; 1994.
53. GILLIES H. - Homicide in the west of Scotland. *Br J Psychiatry.* 1976 ; 128 : 105-127.
54. MARZUK P., TARDIFF K., HIRSCH C. - The epidemiology of murder-suicide. *JAMA*. 1992 ; 267(23) :3179-83.
55. BARBERA PERA S., DAILLET A. - Homicide par des malades mentaux : analyse clinique et criminologique. *Encéphale*. 2005 ; 31 : 539-549.
56. FIORENTINI H. - Étude de la récidive dans l'homicide d'après les données de l'expertise mentale. *Bull Société Psychiatr Marseille Sud-Est Méditerranéen.* 1979 ; 37 : 239-250.
57. CUSSON M., BEAULIEU N., CUSSON F. - Les homicides. Dans : LE BLANC M., CUSSON M. - Traité de Criminologique Empirique. Montréal, 4ème édition, PUM ; 282-331.
58. DOUGLAS J., BURGESS AW., BURGESS AG., RESSLER R. - Crime Classification Manual : A Standard System for Investigating and Classifying Violent Crime. Hoboken, Wiley ; 1993.
59. Bulletin pour l'année 2012 de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. Consultable sur http://www.inhesj.fr/sites/default/files/bulletin_annuel_2012.pdf.
60. ERONEN M. - Mental disorders and homicidal behavior in female subjects. *Am J Psychiatry.* 1995 ; 152(8) : 1216-1218.

61. ERONEN M., HAKOLA P. - Mental Disorders and Homicidal Behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry.* 1996 ; 53(6) : 497-501.
62. ERONEN M., TIIHONEN J., HAKOLA P. - Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull*. 1996 ; 22(1) : 83-9.
63. TAYLOR P., GUNN J. - Homicides by people with mental illness : myth and reality. *Br J Psychiatry*. 1999 ; 174 : 9-14.
64. SHAW J., APPLEBY L., AMOS T., Mc DONNELL R., HARRIS C., Mc CANN K., KIERNAN K., DAVIES S., BICKLEY H., PARSONS R. - Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide : national clinical survey. BMJ. 1999 ; 318(7193) : 1240-1244.
65. ERB M., HODGINS S., FREESE R., MÜLLER-ISBERNER R., JÖCKEL D. - Homicide and schizophrenia : maybe treatment does have a preventive effect. *Crim Behav Ment Heal.* 2001 ; 11(1) : 6-26.
66. SCHANDA H., KNECHT G., SCHREINZER D., STOMPE T., ORTWEIN-SWOBODA G., WALDHOER T. - Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta Psychiatr Scand.* 2004 ; 110 : 98-107.
67. SIMPSON A., Mc KENNA B., MOSKOWITZ A., SKIPWORTH J., BARRY-WALSH J. - Homicide and mental illness in New Zealand, 1970-2000. *British Journal of Psychiatry.* 2004 ; 185 : 394-398.
68. FAZEL M., GRANN M. - Psychiatric Morbidity Among Homicide Offenders : A Swedish Population Study. *Am J Psychiatry*. 2004 ; 161 : 2129–2131.
69. PUTKONEN A., KOTILAINEN I., JOYAL C., TIIHONEN J. - Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders : a structured clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophr Bull.* 2004 ; 30(1) : 59‑72.
70. KOH K., GWEE K., CHAN Y. - Psychiatric aspects of homicide in Singapore : a five-year review (1997 - 2001). *Singapore Med J*. 2006 ; 47(4) : 297-304.
71. MEEHAN J., FLYNN S., HUNT I., ROBINSON J., BICKLEY H., PARSONS R., AMOS T., KAPUR N., APPLEBY L., SHAW J. Perpetrators of homicide with schizophrenia : a national clinical survey in England and Wales. *Psychiatr Serv*. 2006 ; 57(11) : 1648-51.
72. SHAW J., HUNT I., FLYNN S., MEEHAN J., ROBINSON J., BICKLEY H., PARSONS R., Mc CANN K., BURNS J., AMOS T., KAPUR N., APPLEBY L.

Rates of mental disorder in people convicted of homicide. National clinical survey. *Br J Psychiatry.* 2006 ; 188 : 143-147.

73. NIELSSEN O., WESTMORE B., LARGE M., HAYES R. - Homicide during psychotic illness in New South Wales between 1993 and 2002. *Med J Aust.* 2007 ; 186(6) : 301-304.
74. RICHARD-DEVANTOY S., GOHIER B., CHOCARD A.-S., DUFLOT J.-P., LHUILLIER J.-P., GARRÉ J.-B.. Caractérisation sociodémographique, clinique et criminologique d'une population de 210 meurtriers. *Ann Médico-Psychol Rev Psychiatr*. 2009 ; 167(8) : 568-575.
75. LARGE M., SMITH G., NIELSSEN O. - The relationship between the rate of homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate : A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* 2009 ; 112 : 123-129.
76. GOLENKOV A., TSYMBALOVA A., LARGE M., NIELSSEN O. - An international perspective on homicide and schizophrenia : A study from Chuvashia. *Schizophr Res*. 2011 ; 131(1-3) : 258-259.
77. NIELSSEN O, LARGE M. - Rates of Homicide During the First Episode of Psychosis and After Treatment : A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2010 ; 36(4) : 702-712.
78. NIELSSEN O., BOURGET D., LAAJASALO T., LIEM M., LABELLE A., HÄKKÄNEN-NYHOLM H., KOENRAADT F., LARGE M. - Homicide of strangers by people with a psychotic illness. *Schizophr Bull.* 2011; 37(3) : 572-579.
79. BENNETT D., OGLOFF J., MULLEN P., THOMAS S., WALLACE C., SHORT T. - Schizophrenia disorders, substance abuse and prior offending in a sequential series of 435 homicides. *Acta Psychiatr Scand*. 2011 ; 124(3) : 226-233.
80. ORAM S., FLYNN S., SHAW J., APPLEBY L., HOWARD L.-M. - Mental Illness and Domestic Homicide : A Population-Based Descriptive Study. *Psychiatr Serv*. 2013 ; 64(10) : 1006-11.
81. RICHARD-DEVANTOY S., BOUYER-RICHARD A., JOLLANT F., MONDOLONI A., VOYER M., SENON J.-L. - Homicide, schizophrénie et abus de substances : des liaisons dangereuses ? *Rev Epidémiologie Santé Publique.* 2013 ; 61(4) : 339-350.
82. SAHA S., CHANT D., WELHAM J., Mc GRATH J. - A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *PLoS Med*. 2005 ; 2(5) : e141.

83. MULLEN P.-E. - Facing up to our responsibilities : Commentary on . . . The Draft Mental Health Bill in England : without principles. *Psychiatr Bull.* 2005 ; 29 : 248-249.
84. RUSSO G., SALOMONE L., DELLA VILLA L. - The characteristics of criminal and noncriminal mentally disordered patients. *Int J Law Psychiatry.* 2003 ; 26(4) : 417-435.
85. ASSENS F. - Homicide et trouble mental, Étude clinique sur une population de vingt-sept patients hospitalisés en Unité pour Malades Difficiles. [Mémoire pour le DIU de psychiatrie criminelle et médico-légale], Universités de Poitiers, Angers et Tours, 2011.
86. Mc GRATH J., OYEBODE F. - Characteristics of Perpetrators of Homicide in Independent Inquiries. *Med Sci Law*. 2005 ; 45(3) : 233-243.
87. RICHARD-DEVANTOY S., DUFLOT J.-P., CHOCARD A.-S., LHUILLIER J.-P., GARRE J.-B., SENON J.-L. - Homicide et schizophrénie : à propos de 14 cas de schizophrénie issus d'une série de 210 dossiers d'expertises psychiatriques pénales pour homicide. *Ann Médico-Psychol Rev Psychiatr*. 2009 ; 167(8) : 616-624.
88. JOYAL C., PUTKONEN A., PAAVOLA A., TIIHONEN J. - Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med*. 2004 ; 34(03) : 433-442.
89. VALEVSKI A., AVERBUCH I., RADWAN M., GUR S., SPIVAK B., MODAI I., WEIZMAN A. - Homicide by schizophrenic patients in Israel. *Eur Psychiatry*. 1999 ; 14(2) : 89-92.
90. BORRICAND J., SIMON A.-M. - Droit pénal. Procédure pénale. Aide mémoire. 7^{e} édition. Paris, SIREY ; 2010.
91. ALLINNE J.-P., SOULA M. - Les récidivistes. Presses universitaires de Rennes ; 2011.
92. Fiche 1 : Les données de la récidive. Fiches bibliographiques de la Conférence de Consensus sur la prévention de la récidive. Consultable sur : http://conference-consensus.justice.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/01/fiche-1-donnees-de-la-recidive.pdf
93. Fiche 7 : Les peines et les dispositifs spécifiques appliqués aux condamnés en état de récidive. Fiches bibliographiques de la Conférence de Consensus sur la prévention de la récidive. Consultable sur : http://conference-

consensus.justice.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/01/fiche-7-peines-et-dispositifs-recidivistes.pdf

94. CLÉMENT P., LÉONARD G. - Rapport sur le traitement de la récidive des infractions pénales. Assemblée Nationale ; 2004.
95. BÉNÉZECH M., HENON K., LE BIHAN P., CHAPENOIRE S., BOURGEOIS M.-L. - Récidive d'homicide avec cannibalisme chez un détenu psychotique. *J Médecine Légale Droit Médical*. 2006 ; 49(5) : 197-203.
96. SENNINGER J.-L., HIEGEL E., KAHN J.-P. - Le tueur en série. *Ann Médico-Psychol.* 2004 ; 162 : 634-644.
97. CORMIER B., ANGLIKER C., BOYER R., MERSEREAU G. - The psychodynamics of homicide committed in a semispecific relationship. *Canadian Journal of Criminology and Corrections*. 1972 ; 14 : 335-344
98. VAUGHN M., DE LISI M., BEAVER K., HOWARD M. - Multiple murder and criminal careers : a latent class analysis of multiple homicide offenders. *Forensic Sci Int*. 2009 ; 183 (1-3) : 67-73.
99. SENNINGER J-L. - Rechute, récidive, sérialité : des confusions dangereuses. *Ann Médico-Psychol.* 2005 ; 163 : 866-869.
100. DIETZ P. - Serial and sensational homicides. *Bull New-York Acad Med.* 1986 ; 62 : 477-491.
101. Annuaire statistique de la justice. Édition 2011-2012. Consultable sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_annuaire_2011-2012.pdf
102. HARRIS G., RICE M., QUINSEY V. - Violent Recidivism of Mentally Disordered Offenders. The Development of a Statistical Prediction Instrument. *Crim Justice Behav.* 1993 ; 20 : 315-335.
103. HARRIS V., KOEPSELL T. - Criminal recidivism in mentally ill offenders : a pilot study. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1996 ; 24(2) : 177-86.
104. MODESTIN J., AMMANN R. - Mental disorders and criminal behaviour. *Br J Psychiatry*. 1995 ; 166(5) : 667-675.
105. BONTA J., MOIRA L., HANSON K. - The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders : A meta-analysis. *Psychol Bull.* 1998 ; 123(2) : 123-142.
106. VENTURA L., CASSEL C., JACOBY J., HUANG B. - Case Management and Recidivism of Mentally Ill Persons Released From Jail. *Psychiatr Serv*. 1998 ; 49(10)

107. FRIENDSHIP C., McCLINTOCK T., RUTTER S., MADEN A. - Re-offending : patients discharged from a Regional Secure Unit. *Crim Behav Ment Heal*. 1999 ; 9 : 226-236.

108. PUTKONEN H., KOMULAINEN E., VIRKKUNEN M., ERONEN M., LÖNNQVIST J. - Risk of Repeat Offending Among Violent Female Offenders With Psychotic and Personality Disorders. *Am J Psychiatry.* 2003 ; 160 : 947-951.

109. MADEN A., SCOTT F., BURNETT R., LEWIS G., SKAPINAKIS P. - Offending in psychiatric patients after discharge from medium secure units: prospective national cohort study. *BMJ.* 2004 ; 328 : 1534.

110. YOSHIKAWA K., TAYLOR P., YAMAGAMI A., OKADA T., ANDO K., TARUYA T., MATSUMOTO T., KIKUCHI A. - Violent recidivism among mentally disordered offenders in Japan. *Crim Behav Ment Heal*. 2007 ; 17(3) : 137-151.

111. COID J., HICKEY N., KAHTAN N., ZHANG T. - Patients discharged from medium secure forensic psychiatry services : reconvictions and risk factors. *Br J Psychiatry*. 2007 ; 190 : 223-229.

112. GRANN M., DANESH J., FAZEL S. - The association between psychiatric diagnosis and violent re-offending in adult offenders in the community. *BMC Psychiatry* 2008 ; 8 : 92.

113. BAILLARGEON J., BINSWANGER I., PENN J., WILLIAMS B., MURRAY O. - Psychiatric Disorders and Repeat Incarcerations : The Revolving Prison Door. *Am J Psychiatry.* 2009 ; 166 : 103-109.

114. FAZEL S., YU R. - Psychotic disorders and repeat offending : systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2011 ; 37(4) : 800-810.

115. NILSSON T., WALLINIUS M., GUSTAVSON C., ANCKARSÄTER H., KEREKES N. - Violent Recidivism : A Long-Time Follow-Up Study of Mentally Disordered Offenders. *PLoS ONE*. 2011 ; 6(10) : e25768.

116. BJÖRK T., DE SANTI M., KJELLIN L. - Criminal recidivism and mortality among patients discharged from a forensic medium secure hospital. *Nordic Journal of Psychiatry.* 2012 ; 66(4) : 283-289.

117. LUND C., FORSMAN A., ANCKARSÄTER H., NILSSON T. - Early Criminal Recidivism Among Mentally Disordered Offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2012 ; 56 : 749-768.

118. LUND C., HOFVANDER B., FORSMAN A., ANCKARSÄTER H., NILSSON T. - Violent criminal recidivism in mentally disordered offenders : A follow-up study of

13-20 years through different sanctions. *Int J Law Psychiatry*. 2013 ; 36(3-4) : 250-257.

119. LIEM M. - Homicide offender recidivism : a review of the literature. *Aggress Violent Behav*. 2013 ; 18 : 19-25.
120. TIIHONEN J., HAKOLA P. - Psychiatric disorders and homicide recidivism. *Am J Psychiatry*. 1994 ; 151 : 436-438.
121. TIIHONEN J., HAKOLA P., NEVALAINEN A., ERONEN M. - Risk of homicidal behaviour among persons convicted of homicide. *Forensic Sci Int.* 1995 ; 72 : 43-48.
122. ERONEN M., HAKOLA P., TIIHONEN J. - Factors associated with homicide recidivism in a 13-year sample of homicide offenders in Finland. *Psychiatr Serv*. 1996 ; 47 : 403-406.
123. CUSSON F. - Les meurtriers qui tuent de nouveau (131-54). Dans : PROULX J., CUSSON M., OUIMET M. - Les violences criminelles. Québec, Les Presses de l'Université Laval ; 1999.
124. LE BIHAN P., BENEZECH M. - La récidive dans l'homicide pathologique. Étude descriptive et analytique de douze observations. *Ann Médico-Psychol*. 2005 ; 163(8) : 642-655.
125. BJØRKLY S., WAAGE L. - Killing again : A review of research on recidivistic single-victim homicide. *Int J Forensic Ment Heal.* 2005 ; 4 : 90-106.
126. GOLENKOV A., LARGE M., NIELSSEN O. - A 30-year study of homicide recidivism and schizophrenia. *Crim Behav Ment Heal*. 2013.
127. VACHERON M.-N., CORNIC F. - Quels sont les facteurs généraux et spécifiques de violence ? (135-148). Dans : Haute Autorité de Santé - Audition Publique. 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. Texte des experts ; 2010. Consultable sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/dangerosite_psychiatrique_-_textes_des_experts_-_v3mel.pdf.
128. VOYER M. - Dangerosité psychiatrique : l'état de la question. Réflexions autour d'une meilleure prévention et prise en charge de la violence physique des malades mentaux. [Thèse médecine], Université de Poitiers, 2008. 294 p.

129. HIDAY V., SWARTZ M., SWANSON J., BORUM R., WAGNER H. - Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 1999 ; 50(1) : 62-68.

130. SWANSON J., SWARTZ M., ESSOCK S., OSHER F., WAGNER H., GOODMAN L., ROSENBERG S., MEADOR K. - The Social–Environmental Context of Violent Behavior in Persons Treated for Severe Mental Illness. *Am J Public Heal*. 2002 ; 92(9) : 1523-1531.

131. HODGINS S., CREE A., ALDERTON J., MAK T. - From conduct disorder to severe mental illness : associations with aggressive behaviour, crime and victimization. *Psychol Med*. 2008 ; 38(7) : 975-987.

132. SENNINGER J.-L., FONTAA V. - Les événements de vie stressants et la criminalité des schizophrènes. *Encéphale*. 1996 ; sp III : 49-52.

133. LE BIHAN P., BÉNÉZECH M. - Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. À propos de 42 observations. *Ann Médico-Psychol.* 2004 ; 162(8) : 615-625.

134. RICHARD-DEVANTOY S. - Homicide et maladie mentale : Données épidémiologiques, particularités cliniques et criminologiques, axes de prévention [Thèse Médecine]. Université d'Angers ; 2007 : 284 p.

135. VIRKKUNEN M., DE JONG J., BARTKO J., GOODWIN F., LINNOILA M. - Relationship of psychobiological variables to Recidivism in violent offenders and impulsive fire setters. A follow-up Study. *Arch Gen Psychiatry*. 1989 ; 46 : 600-603.

136. VIRKKUNEN M., DE JONG J., BARTKO J., LINNOILA M. - Psychobiological concomitants of history suicide attempts among violent offenders and impulsive fire setters. *Arch Gen Psychiatry*. 1989 ; 46 : 604-606.

137. HODGINS S. - Violent behaviour among people with schizophrenia : a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2008 ; 363(1503) : 2505-2518.

138. SWANSON J., SWARTZ M., VAN DORN R., ELBOGEN E., WAGNER H., ROSENHECK R., STROUP T., Mc EVOY J., LIEBERMAN J. - A National Study of Violent Behavior in Persons With Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 2006 ; 63(5) : 490-499.

139. LE BIHAN P. - Quelles sont les données de la littérature concernant la violence hétéro-agressive chez les personnes présentant un trouble de l'humeur ? (55-

90). Dans : Haute Autorité de Santé - Audition Publique. 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. Texte des experts ; 2010. Consultable sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/dangerosite_psychiatrique_-_textes_des_experts_-_v3mel.pdf.

140. GRAZ C., ETSCHEL E., SCHOECH H., SOYKA M. - Criminal behaviour and violent crimes in former inpatients with affective disorder. *J Affect Disord*. 2009 ; 117(1-2) : 98-103.

141. Fiche 4 : Les facteurs de risque, de protection et de désistance. Fiches bibliographiques de la Conférence de Consensus sur la prévention de la récidive. Consultable sur : http://conference-consensus.justice.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/01/fiche-4-facteurs-de-risque-et-de-protection.pdf

142. DEMONT L. - Dangerosité et responsabilité pénale des intervenants. Dans : BEAUREPAIRE C., BÉNÉZECH M., KOTTLER C. - Les Dangerosités, de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie. Paris, J. Libbey Eurotext ; 2004

143. 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. Recommandations de la Commission d'Audition, 2011. Consultable sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_recommandations_2011-07-06_15-48-9_213.pdf.

144. Fiche 9 : L'évaluation des problématiques des personnes. Fiches bibliographiques de la Conférence de Consensus sur la prévention de la récidive. Consultable sur : http://conference-consensus.justice.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/01/fiche-9-evaluation-des-personnes.pdf.

145. SHEA S. - 8 . Exploration des idées de suicide et d'homicide (435-505). Dans : SHEA S. La conduite de l'entretien psychiatrique. Paris, ELSEVIER ; 2005.

146. MILLAUD F., DUBREUCQ J.-L. - Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique. *Ann Médico-Psychol Rev Psychiatr*. 2005 ; 163(10) : 846‑851.

147. MONAHAN J. - The prediction of violent behavior : toward a second generation of theory and policy. *Am J Psychiatry*. 1984 ; 141(1) : 10-15.

148. HARE R. - Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised. Toronto, Multi-Heal Systems, 1991.
149. MOKROS A., NEUMANN C., STADTLAND C., OSTERHEIDER M., NEDOPIL N., HARE R. - Assessing measurement invariance of PCL-R assessments from file reviews of North American and German offenders. *Int J Law Psychiatry.* 2011 ; 34(1) : 56-63.
150. VOYER M., SENON J.-L. - Présentation comparative des outils d'évaluation du risque de violence. *Inf Psychiatr*. 2012 ; 88(6) : 445-453.
151. MILLAUD F., DUBREUCQ J.-L. - Les outils d'évaluation du risque de violence : avantages et limites. *Inf Psychiatr.* 2012 ; 88(6) : 431‑437.
152. PHAM T.-H., DUCRO C., MARGHEM B., RÉVEILLERE C. - Évaluation du risque de récidive au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone. *Ann Médico-Psychol Rev Psychiatr*. 2005 ; 163(10) : 842‑845.
153. HARRIS G., RICE M., CORMIER C. - Prospective replication of the Violence Risk Appraisal Guide in predicting violent recidivism among forensic patients. *Law Hum Behav*. 2002 ; 264 : 377-394.
154. LOZA W., VILLENEUVE D., LOZA-FANOUS A. - Predictive validity of the Violence Risk Appraisal Guide: a tool for assessing violent offender's recidivism. *Int J Law Psychiatry*. 2002 ; 25(1) : 85-92.
155. GRAVIER B., MOULIN V., SENON J.-L. - L'évaluation actuarielle de la dangerosité : impasses éthiques et dérivés sociétales. *Inf Psychiatr*. 2012 ; 88(8) : 599-604.
156. WILSON C., DESMARAIS S., NICHOLLS T., HART S., BRINK J. - Predictive Validity of Dynamic Factors : Assessing Violence Risk in Forensic Psychiatric Inpatients. *Law Hum Behav*. 2013
157. WEBSTER C., DOUGLAS K., EAVES D., HART S. - HCR-20 : Assessing risk for violence (Version 2). Vancouver, Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University ; 1997.
158. GRAVIER B. - Principes généraux de l'HCR-20. Service de Médecine et Psychiatrie Pénitentiaires, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois.
159. CLAIX A., PHAM T.-H.. Evaluation of the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme in a Belgian Forsensic population. *L'Encéphale*. 2004 ; 30(5) : 447-453.

160. WEBSTER C. - Short-term assessment of risk and treatability (START) : clinical guide for evaluation risk and recovery. St Joseph's Healthcare, Hamilton, 2004.
161. MILLAUD F., DUBREUCQ J.-L. - Comment évaluer le risque de violence des « malades mentaux » ? Des méthodes actuarielles aux méthodes d'évaluation partagée dans l'équipe soignante (177-185). Dans : Haute Autorité de Santé - Audition Publique. 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. Texte des experts ; 2010. Consultable sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/dangerosite_psychiatrique_-_textes_des_experts_-_v3mel.pdf.
162. YANG M., WONG S., COID J. - The efficacy of violence prediction: A meta-analytic comparison of nine risk assessment tools. *Psychol Bull.* 2010 ; 136(5) : 740-767.
163. SINGH J., GRANN M., FAZEL S. - A comparative study of violence risk assessment tools : A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clin Psychol Rev*. 2011 ; 31(3) : 499-513.
164. ASNIS G., KAPLAN M., HUNDORFEAN G., SAEED W. - Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1997 ; 20(2) : 405-425.
165. SENON J.-L., MANZANERA C. - Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médicolégaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique ? 2005 ; 163(10) : 870-877.
166. SWANSON J., SWARTZ M., BORUM R., HIDAY V., WAGNER H., BURNS B. - Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behavior in persons with severe mental illness. *Br J Psychiatry*. 2000 ; 174 : 324-331.
167. BALIER C. - La violence en *Abyme*. Paris, Presses Universitaires de France ; 2005
168. VAN HABOST J. - Comment comprendre et faire face à la violence du désespoir narcissique. AIEMPR XVII^{e} Congrès International, Religion et Violences Strasbourg, 10-14 Juillet 2006. Consultable sur : http://www.aiempr. org/articles/pdf/aiempr23.pdf
169. BOURGOIN S. - Serial Killers. Enquête sur les tueurs en série. Paris, Édition Grasset ; 1993.

170. CAMPOS E., NOLANE R. - Tueurs en série. Enquête sur les serial killers. Paris, Édition Plein Sud ; 1995

171. MUCCHIELLI L. - Crime et sécurité : l'état des savoirs. Paris, La Découverte ; 2002

172. DUBURQ A., COULOMB S., BONTE J., MARCHAND C., FAGNANI F., FALISSARD B. - Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique). Étude pour le Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire). Décembre 2004. Consultable sur http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_detenus_MS_2004pdf.pdf.

173. CUNNINGHAM M., SORENSEN J., VIGEN M., WOODS S. - Inmate homicides : Killers, victims, motives, and circumstances. *J Crim Justice.* 2010 ; 38 : 348-358.

174. OUIMET M. - Remarkable rarity of violence toward staff in prisons. *Forum Correct Res.* 1999 ; 11(1) : 25 - 29.

175. BÉNÉZECH M. - Le passage à l'acte homicide en milieu médical et carcéral. *Ann Médico-Psychol*. 2005 ; 163(8) : 632-641.

176. SENNINGER J.-L., SCHEIFLER B. - Meurtre de masse et psychose. Paris, Éditions Heures de France, 2000.

177. LAVOLÉ Y. - Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques des patients paranoïaques présents à l'unité pour malades difficiles de Cadillac entre 1995 et 2012. [Thèse médecine], Université Victor Segalen Bordeaux 2, 2013 : 213 p.

178. RICHIER J.-P. - Alerte aux armes à feu en France. Consultable sur : http://www.buvettedesalpages.be/2010/11/alerte-aux-armes-a-feu-en-france.html

179. SIEGEL M., ROSS C., KING III C. - The Relationship Between Gun Ownership and Firearm Homicide Rates in the United States, 1981–2010. *Am J Public Heal*. 2013 ; 103(11) : 2098-2105.

180. HUMEAU M., SENON J.-L. - Pour un meilleur contrôle de la disponibilité des armes à feu en France. *Inf Psychiatr*. 2007 ; 83(4) : 265-268.

181. MAUREL H. - Le thème de protection et la pensée morbide. Paris, Éditions L'Harmattan ; 1998.

182. BOUCHARD J.-P. - Violences, homicides et délires de persécution. *Ann Médico-Psychol Rev Psychiatr*. 2005 ; 163(10) : 820-826.

183. GOTTLIEB P., GABRIELSEN G. - Alcohol-intoxicated homilcides in Copenhagen, 1959-1983. *Int J Law Psychiatry*. 1992 ; 15 : 77-87.

184. ZAGURY D., MILLAUD F. - Le passage à l'acte parricide psychotique (119-134). Dans : MILLAUD F. - Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques. Paris, Éditions Masson ; 1998.

185. SENON J.-L., MANZANERA C. - Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. *Ann Médico-Psychol.* 2006 ; 164(10) : 818-827.

186. BÉNÉZECH M. - Folie où es-tu ? Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques. *Ann Médico-Psychol*. 2010 ; 168(1) : 48-56.

187. BESSIN M. - La pratique psychiatrique en prison. *L'univers Pénitentiaire*. 2000 ; 261.

188. DUBEC M. - Le malade mental est la cible idéale d'une société craintive. *Libération*. 30 Décembre 2012. Consultable sur : http://www.liberation.fr/societe/2012/12/30/le-malade-mental-est-la-cible-ideale-d-une-societe-craintive_870773.

189. ODIER B. - À propos de l'affaire de Marseille. *Res Publica* 2013 ; 405.

SERMENT MÉDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.