



**HAL**  
open science

# Étude comparative de patients atteints de schizophrénie, auteurs d’homicides impliquant des victimes intrafamiliales, extrafamiliales connues et inconnues

Jean-Baptiste Valiente-Moro

## ► To cite this version:

Jean-Baptiste Valiente-Moro. Étude comparative de patients atteints de schizophrénie, auteurs d’homicides impliquant des victimes intrafamiliales, extrafamiliales connues et inconnues. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01218669

**HAL Id: dumas-01218669**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01218669>**

Submitted on 21 Oct 2015

**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.

Année 2015

Thèse pour l'obtention du  
DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 6 Octobre 2015

Par Mr Valiente-Moro Jean-Baptiste

Né le 23 avril 1986 à Pau

**Etude comparative de patients atteints de schizophrénie, auteurs  
d'homicides impliquant des victimes intrafamiliales, extrafamiliales  
connues et inconnues**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Le Bihan Patrick

Jury

Madame le Professeur H.Verdoux .....Présidente

Madame le Docteur M.Tournier.....Juge

Monsieur le Professeur B.Aouizerate.....Juge

Monsieur le Docteur JP.Cano.....Juge

Monsieur le Professeur JL.Senon.....Rapporteur



## **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 grande qualité et la clarté de votre enseignement en psychiatrie médico-légale et criminelle. Vos considérables connaissances dans les domaines les plus variés et votre pédagogie rendent vos interventions passionnantes.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de toute mon admiration.

À notre Président,

Madame le Professeur Hélène VERDOUX,

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte

*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, cela tout au long de notre internat.

Votre implication dans notre cursus et votre souci d'une formation de qualité dispensée aux internes a été particulièrement appréciée.

Le semestre réalisé au sein de votre Pôle Universitaire a été pour nous, source d'un très grand intérêt clinique.

Veillez 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

*Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux*

C'est un honneur de vous compter parmi les membres de ce jury. Nous vous remercions pour la richesse de votre enseignement tout au long de notre parcours.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect.

**Madame le Docteur Marie Tournier,**

Maître de Conférences des Universités

Praticien Hospitalier

*Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux*

C'est un honneur que vous ayez accepté d'être présent.

Nous avons été particulièrement sensible à la carte de votre enseignement au cours de notre internat et vous en remercions.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

**Monsieur le Docteur Jean-Philippe CANO,**

Praticien Hospitalier

Responsable du Centre de Ressources pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violence Sexuelle

*Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux*

Vous avez accepté d'être membre de ce jury.

Veillez trouver, l'expression de mes sincères remerciements.

À notre Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Patrick Le Bihan

Chef de Pôle de l'Unité pour Malades Difficiles de Cadillac-sur-Garonne

Praticien Hospitalier

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

Je vous remercie tout particulièrement pour votre écoute, vos encouragements et votre grand soutien tout au long de ce travail.

Votre disponibilité, vos conseils et vos corrections ont été des plus importants pour moi.

Votre expérience en psychiatrie médico-légale et criminelle a été riche d'enseignement.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde admiration et de ma reconnaissance.

À toute ma famille pour leur soutien tout au long de mon parcours.

A Marion, mon épouse, pour tout ce que tu as fait pour moi, pour nous, Merci !

A Gabriel, mon fils, qui comble de joie notre quotidien.

## Table des matières

Introduction .....	10
1. Homicide et schizophrénie.....	12
1.1 Le concept d’homicide.....	12
1.2 Classifications des homicides, l’approche criminologique et psychiatrique.....	18
1.3 Données épidémiologiques actualisées sur l’homicide et la schizophrénie.....	36
1.4 Caractéristiques de l’homicide pathologique et spécificités des auteurs souffrant de schizophrénie .....	49
2. Risque de violence et schizophrénie .....	67
2.1 Données épidémiologiques actualisées sur le risque de violence des personnes souffrant de schizophrénie.....	67
2.2 Les facteurs associés au risque de violence chez les schizophrènes 84	
2.3 Risque de violence et potentiel homicidaire : outils d’évaluation de la dangerosité et du risque d’homicide.....	108
3. Étude des caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques de patients schizophrènes auteurs d’homicides en fonction de leur relation aux victimes .....	124
3.1 Contexte de l’étude et objectif de la recherche.....	124
3.2 Méthode .....	125
3.3 Résultats.....	130
3.4 Discussion.....	167
Conclusion .....	196
Table des illustrations .....	200
Bibliographie .....	202
Résumé .....	209

## **Introduction**

Les actes de violence et notamment l'homicide ont une résonance singulière dans l'inconscient collectif.

L'incompréhension qui découle de ces faits incite à des jugements hâtifs et souvent erronés.

Encore de nos jours, dans nos sociétés sécuritaires, la conviction d'un lien fort entre « *folie et dangerosité* » persiste dans l'opinion publique.

Cette association est véhiculée par la presse lors de faits divers dramatiques qui semblent d'autant plus médiatisés quand il s'agit du meurtre d'un total inconnu, alimentant alors la peur et le sentiment d'insécurité de tout un chacun.

Le risque de violence envers autrui des personnes présentant un trouble mental majeur (schizophrénie, trouble bipolaire de l'humeur et trouble délirant persistant) est retrouvé dans les données de la littérature comme pouvant être multiplié par quatre par rapport à la population générale. Le risque d'homicide peut quant à lui être multiplié par dix.

Même si le risque de violence ou d'homicide apparaît plus élevé pour les personnes présentant des troubles mentaux majeurs, la proportion d'actes de violence attribuable à ces personnes dans la société, est en général peu importante.

De plus, de nombreuses études rappellent que les individus souffrant de troubles mentaux sont probablement plus souvent des victimes de violences qu'ils n'en sont les auteurs.

De nombreuses études internationales se sont intéressées aux actes de violence et d'homicides commis par des personnes souffrant de schizophrénie.

Peu de travaux cependant se sont attachés à l'identification de profils cliniques ou du moins de spécificités propres aux patients schizophrènes auteurs d'homicide en fonction de leur niveau de relation à la victime.

Alors que les homicides intrafamiliaux, les plus fréquents chez les schizophrènes, sont assez bien documentés dans la littérature, les homicides extrafamiliaux, impliquant notamment des victimes inconnus de l'auteur, ont fait l'objet de peu d'études.

Le premier temps de ce travail consistera en une revue de la littérature sur le lien entre schizophrénie, risque de violence et homicide.

Après avoir défini le concept d'homicide, ses principales classifications ainsi que les données épidémiologiques récentes traitant de l'homicide et de la schizophrénie, nous présenterons les principaux facteurs associés au risque de violence identifiés à ce jour et des méthodes d'évaluation de la dangerosité.

Dans un second temps, nous présenterons une étude rétrospective, comparant les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques, de patients souffrant de schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs, auteurs d'homicide sur victime extrafamiliale inconnue, victime extrafamiliale connue et victime intrafamiliale.

# **1. Homicide et schizophrénie :**

## **1.1 Le concept d'homicide :**

### **1.1.1 Terminologie et référentiel juridique :**

Du latin « *Homicida* », historiquement substantif à compter de 1150 puis adjectif au XIVème siècle. Son étymologie est issue de deux racines latines, à savoir : Homo, -inis, l'homme et Caedere, tuer (1).

Au sens commun, l'homicide est l'action de tuer volontairement ou non un être humain (2).

Sur le plan juridique (3), selon l'article 221-1 du Code pénal, le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre ou un homicide volontaire. Il est puni de trente ans de réclusion criminelle.

Quand l'intention de tuer est renforcée par une préméditation, le meurtre commis prend la qualification d'assassinat selon l'article 221-3 du Code pénal. Il est puni de la réclusion criminelle à perpétuité.

L'empoisonnement, puni également de 30 ans de réclusion criminelle, a la particularité d'être qualifié par une indifférence au résultat recherché. Selon l'article 221-5 du Code pénal il est « *le 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, caractérisé par une atteinte non intentionnelle à la vie, 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* ».

Enfin, selon l'article 221-4 du Code pénal, constitue une circonstance aggravante et est puni de la réclusion criminelle à perpétuité le meurtre commis notamment sur un mineur de quinze ans, sur un ascendant légitime ou naturel, sur le conjoint, les descendants, sur une personne dont la particulière vulnérabilité est apparente ou connue de son auteur, sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public et ministériel, ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un témoin victime ou partie civile.

Il peut être pertinent de noter la disparition des qualificatifs de parricide et d'infanticide lors de l'entrée en vigueur le 1er mars 1994 du Code pénal en remplacement du Code pénal Napoléonien de 1810.

Par sa définition, le meurtre suppose le principe de matérialité et le caractère intentionnel de l'acte par :

- sa volonté,
- ses faits justificatifs, (par exemple, commandement d'une autorité ou la légitime défense)
- la preuve de l'intention : l'utilisation d'un moyen létal (4).

### 1.1.2 La responsabilité pénale et les causes d'irresponsabilité :

La commission d'une infraction au Code pénal et la culpabilité qui en découle n'impliquent pas toujours la responsabilité de son auteur.

Le Code pénal précise les dispositions relatives à la responsabilité pénale (3). Selon l'article 121-1 : « *nul n'est responsable pénalement que de son propre fait* ».

A l'exclusion de l'Etat, les personnes morales peuvent également voir leur responsabilité engagée (art.121-2).

L'irresponsabilité pénale se réfère avant tout à l'article 121-3 du Code Pénal qui stipule, « *qu'il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre* ».

La nature juridique de l'irresponsabilité pénale est la non imputabilité qui se doit d'être déterminée au moment des faits.

Les causes d'irresponsabilité pénale ne se limitent pas uniquement aux troubles psychiques et neuropsychiques.

Selon l'article 122-2 du Code pénal, « *n'est pas pénalement responsable la personne qui a agi sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle elle n'a pu résister* ».

L'irresponsabilité pénale concerne également la personne qui « *justifie avoir cru par une erreur sur le droit qu'elle n'était pas en mesure d'éviter, pouvoir légitimement accomplir l'acte* » (art.122-3).

De même, elle est invoquée dans le cadre d'un acte :

- « *prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires,*
- *commandé par l'autorité légitime, sauf si cet acte est manifestement illégal (art. 122-4),*
- *justifié par un état de légitime défense (art.122-5 et 122-6),*
- *nécessaire à la sauvegarde d'une personne ou d'un bien face à un danger actuel ou imminent, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace (art 122-7). »*

Avant la mise en vigueur du nouveau Code pénal en 1994, l'article 64 du Code pénal de 1810 stipulait : « *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* ».

Ce dernier a été l'objet de nombreuses critiques quant aux différents termes employés.

Dans le nouveau Code pénal, la suppression de l'expression « *il n'y a ni crime ni délit* » indique que l'infraction n'est plus annulée, permettant alors de mettre un terme au vécu de sentiment d'injustice des victimes et de leur famille ainsi qu'au vécu d'aliénation pour les personnes ayant commis le passage à l'acte.

Sur le plan médical, le terme « *démence* » n'apparaît plus dans l'article 122-1 du Code pénal ; critiquée depuis longtemps au motif qu'elle n'incluait pas l'ensemble des troubles mentaux susceptibles d'affecter la capacité de discernement d'un individu. En omettant l'existence d'une gradation de la maladie mentale, l'ancien article 64 faisait ainsi l'impasse sur la question du sort devant être réservé aux « *demi-fous* » également qualifiés d' « *anormaux mentaux* » (5).

Le nouveau Code pénal, par son article 122-1 composé de deux alinéas, participe à l'équilibre entre peine et soins pour les malades mentaux criminels.

Cela d'autant plus depuis la modification du second alinéa par la loi n° 2014-896 du 15 août 2014.

Le voici cité ci-dessous (3) :

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

Avant ça modification, le second alinéa était le suivant :

*« 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 ».*

Il nous semble important de rapporter les mots de J-P. Michel dans son rapport fait au nom de la commission des lois en 2011 sur ce second alinéa avant sa modification : « l'altération du discernement représente souvent un facteur d'aggravation de la peine, sinon en correctionnelle du moins devant les cours d'assises » (7).

Les hypothèses avancées, étaient que le jury voyait chez ces auteurs souffrant d'une maladie mentale, reconnus comme responsables, une particulière dangerosité.

Les troubles psychiques ou neuropsychiques étaient alors perçus comme une circonstance aggravante, venant justifier un « *alourdissement* » de la peine, sous couvert d'une politique sécuritaire cherchant à limiter la récidive criminelle.

La modification de ce second alinéa semble apporter davantage de clarté, quant à la préconisation d'une diminution de peine et d'une accessibilité aux soins, pour les personnes reconnues comme ayant une altération du discernement.

L'application de l'article 122-1 du Code pénal est liée à la réalisation préalable d'une ou plusieurs expertises pénales psychiatriques, tandis que son prononcé, soumis à l'appréciation du magistrat, entraîne plusieurs conséquences en fonction de l'alinéa retenu.

Le 1er alinéa, aborde l'abolition du discernement. Quand celui-ci est retenu par l'expert, le magistrat peut demander ou non une contre-expertise. S'il valide les conclusions de l'expert, et envisage d'appliquer l'article 122-1 alinéa 1, il 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.

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.

La juridiction de jugement peut 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).

Le 2ème alinéa aborde l'altération du discernement. Quand celui-ci est retenu par l'expert et que le magistrat suit les conclusions de l'expert, le bénéficiaire est confondu avec l'ensemble des condamnés, l'atténuation de responsabilité entraînant sauf décision spécialement motivée tel que nous l'avons cité précédemment une réduction de la peine.

En cas de peine privative de liberté les soins sont dispensés selon les mêmes modalités que pour les autres détenus, que ce soit par des dispositifs de soins psychiatriques, un service médico-psychologique régional (SMPR), une unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) ou encore en Unité pour Malades Difficiles (UMD) (6).

## **1.2 Classifications des homicides, l'approche criminologique et psychiatrique**

Dès le milieu du XIXème siècle, de nombreux auteurs, qu'ils soient psychiatres et/ou criminologues, ont tenté de cataloguer les homicides.

Dans son écrit, Classification des homicides volontaires et psychiatrie publié en 1996 (8) Bénézech réalise une revue des diverses classifications psychiatriques et criminologiques de l'homicide et propose sa propre classification des homicides pathologiques.

Dans ce chapitre, nous tenterons de rapporter les principales classifications d'homicide, établies selon le style et le type, le niveau d'organisation, l'état mental du meurtrier, le mobile et enfin, selon la nature de la relation entre l'agresseur et la victime ; ce dernier critère nous intéressant particulièrement dans le cadre de notre travail de recherche.

### 1.2.1 Classification par style et type :

En 1988 Ressler et al. proposent de cataloguer l'ensemble des homicides par style et type selon le nombre de victimes, d'actions criminelles, de lieux d'exécution et selon l'existence d'une période de calme émotionnel entre les meurtres (8).

Homicide	unique	double	triple	de masse	de bordée	en série
Nombre de victimes	1	2	3	≥4	≥2	≥3
Nombre d'événements	1	1	1	1	1	≥3
Nombre de lieux	1	1	1	1	≥2	≥3
Période de calme	-	-	-	-	Non	Oui

Tableau 1 : Classification des homicides par style et type (RESSLER et al., 1988)

Pour apporter quelques éléments de compréhension à ce tableau, rappelons que le meurtre de bordée se différencie du meurtre de masse par l'existence de lieux de crime différents.

L'homicide en série quant à lui se caractérise, pour chaque acte, par des lieux différents avec à chaque fois un intervalle libre entre les crimes.

### 1.2.2 Classification par niveau d'organisation :

Locard en 1940 (8) va classer les meurtriers selon leur « *technique* » :

- escarpes (cambricoleurs, meurtriers)
- étrangleurs
- dépeceurs (par sadisme ou pour faire disparaître le cadavre)
- meurtriers fous
- magnétiseurs criminels (par hypnose)
- empoisonneurs
- criminels demi-fous agissant sans mobile apparent.

En 1964, Merland (9) distingue en fonction du comportement criminel du meurtrier, 4 types d'homicides pathologiques :

- 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 et al. en 1988 (8), dans leurs travaux pour l'unité des sciences du comportement de l'Académie du FBI ont divisé les auteurs d'homicides sexuels en deux profils distincts de tueurs organisés et tueurs désorganisés.

Ces catégories ont été déterminées en fonction du profil criminologique de l'agresseur et les caractéristiques de la scène du crime.

À noter qu'il identifie également deux autres profils :

- mixte, scène de crime organisée et désorganisée
- sadique, fortement organisé, visant satisfaction de fantasmes sadiques. La victime est choisie, le lieu repéré à l'avance, il est retrouvé chez la victime des blessures et mutilations spécifiques aux organes sexuels.
- 

	Tueur organisé	Tueur désorganisé
<b>Profil</b>		
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
<b>Crime</b>		
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 Exige une victime soumise Victime attachée	Dépersonnalise la victime, conversation réduite Violence soudaine et immédiate Pas ou peu de liens utilisés sur la victime
Lieu	Actes agressifs Lieu du crime reflète sa préparation Corps dissimulé (caché, enterré) voire transporté Pas d'arme ni d'indice sur les lieux	Actes sexuels post-mortem Grand désordre des lieux Corps laissé en évidence, sur le lieu du forfait Armes et indices laissés sur place
<b>Après le crime</b>		
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 2 : deux profils de tueur, selon RESSLER et al.

Bénézech a, à son tour en 1992, classé les meurtriers plus ou moins pathologiques selon deux catégories extrêmes : le criminel psychopathe et le criminel psychotique.

L'auteur ne manque pas de préciser qu'il s'agit d'une classification volontairement manichéenne et qu'il existe des profils intermédiaires ou mixtes entre ces deux entités.

Criminel psychopathe	Criminel psychotique
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Père absent, délinquant ou violent</li> <li>- Antécédents pénaux fréquents</li> <li>- Antécédent psychiatrique rare</li> <li>- Usage d'alcool et/ou de stupéfiants</li> <li>- Vit en compagnie</li> <li>- Sociable superficiellement</li> <li>- Voyage beaucoup parfois</li> <li>- Antécédent personnel de violences physiques</li> <li>- Préméditation possible</li> <li>- Victime connue ou de rencontre</li> <li>- Complice parfois</li> <li>- Long dialogue possible avec la victime</li> <li>- Tortures « ante mortem » possibles</li> <li>- Utilise l'arme ou le moyen qu'il porte ou qu'il garde</li> <li>- Maîtrise possible de la victime</li> <li>- Sadisme sexuel possible</li> <li>- Alcoolisation au moment du crime</li> <li>- Absence de productions mentales pathologiques</li> <li>- Dissimule parfois le cadavre de sa victime</li> <li>- Quitte les lieux du crime</li> <li>- Suicide rare après le crime</li> <li>- Cherche à échapper à la police</li> <li>- Multiplicité possible des victimes pendant des mois ou des années (« serial murders »)</li> <li>- Responsable pénalement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mère pathologique</li> <li>- Antécédents pénaux rares</li> <li>- Antécédent psychiatrique fréquent</li> <li>- Chimiothérapie psychotrope insuffisante ou arrêtée</li> <li>- Vit seul ou avec ses parents</li> <li>- Solitaire</li> <li>- Voyage peu</li> <li>- Comportement dangereux annonciateur du crime</li> <li>- Pas de préméditation</li> <li>- Victime connue ou de proximité</li> <li>- Agit toujours seul</li> <li>- Peu de dialogue avec la victime</li> <li>- Pas de tortures préliminaires</li> <li>- Utilise l'arme qui lui tombe sous la main</li> <li>- Passage à l'acte désorganisé et très violent</li> <li>- Acte sexuel non sadique possible</li> <li>- Angoisse majeure pendant le crime</li> <li>- Syndrome hallucinatoire, délirant et/ou dépressif</li> <li>- Abandonne le cadavre sans précaution</li> <li>- Prostration parfois près du cadavre de sa victime</li> <li>- Suicide fréquent après le crime</li> <li>- Se dénonce ou se laisse arrêter sans résistance</li> <li>- Multiplicité possible des victimes dans un court laps de temps (« mass murders »)</li> <li>- Irresponsable pénalement</li> </ul>

Tableau 3 : Classification des meurtriers pathologiques en deux catégories extrêmes (8)

Dans un registre similaire, MacCulloch et al. en 1995 (10) scindent les violences physiques répétitives en attaques préméditées et attaques non préméditées.

Ils en donnent les caractéristiques en tenant compte du mode opératoire, du contact avec la victime, de l'usage des armes et du diagnostic psychiatrique de l'agresseur récidiviste.

Attaques non préméditées	Attaques préméditées
- Absence de préparation	- Préparation soigneuse
- Self-contrôle faible ou absent	- Bon self-contrôle mais 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
- <u>Diagnostics psychiatriques courants chez les agresseurs</u> : 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	- <u>Diagnostics psychiatriques courants chez les agresseurs</u> : 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 4 : Classification et caractères distinctifs des violences physiques multiples

(Mc CULLOCH et al. 1995)

### 1.2.3 Classification en fonction de l'état mental du meurtrier :

Les premières taxonomies prenant en compte les maladies mentales apparaissent dans la seconde moitié du XIXème siècle.

Dans son étude publiée en 1996, Bénézech cite les principaux auteurs (8).

Ainsi, Legrand du Saulle en 1864 classe les meurtriers en fonction de la nomenclature aliéniste de son époque : folie, délire partiel, érotisme, hystérie, épilepsie, ivrognerie, passion.

Blanche en 1878 rapporte des meurtres commis par des psychotiques et des épileptiques.

Lombroso en 1895 va décrire les caractères du criminel-né (fou moral et épileptique), du criminel par passion, du criminel fou et du criminel d'occasion.

Maudsley, en 1901, rapporte deux grandes typologies de la folie criminelle :

- l'aliénation mentale ou folie totale,
- la folie partielle qui se divise en deux entités : affective (monomanie homicide ou folie morale) et intellectuelle (mélancolie ou délire).
- 

En 1932, Claude cite diverses catégories de malades mentaux auteurs de passages à l'acte médico-légaux : déséquilibrés, fous moraux, pervers, obsédés, persécutés, érotomanes, maniaques et mélancoliques, syphilitiques, déments précoces et séniles, encéphalopathes, alcooliques et toxicomanes.

Guttmacher en 1965, distingue onze types de meurtriers : normal, antisocial, alcoolique, par vengeance, schizophrène, passagèrement psychotique, suicidaire, gynocide, homosexuel, passif-agressif et sadique.

En 1973, Morisson (11), répertorie 11 types de meurtriers répartis en 4 groupes selon leur comportement criminel, le premier groupe correspondant aux meurtriers malades mentaux. On y retrouve :

- les meurtriers psychotiques : paranoïa, schizophrénie, psychose maniaco-dépressive,
- les meurtriers psychopathes : dont le meurtre est gratuit ou associé à un autre crime,
- les agresseurs sexuels violents : dont l'homicide résulte d'un comportement violent sous-tendu par des fantasmes sexuels.

Leyrie en 1977 (8), répartit les auteurs d'homicides en quatre groupes :

- les malades mentaux meurtriers : alcooliques, paranoïaques, schizophrènes, délirants passionnels, maniaco-dépressifs, épileptiques, débiles,
- les meurtriers à dimension pathologique sans irresponsabilité manifeste : névrotiques, déséquilibrés, pervers, passifs-agressifs, passagèrement psychotiques et auteurs de meurtres gratuits,
- le meurtrier passionnel,
- le meurtrier normal.

Dans l'ouvrage « Crime Classification Manual » (CCM), rédigé au nom du National Center for the Analysis of Violent Crime du FBI, paru en 1993, nous pouvons retrouver une classification de meurtres commis, en lien avec une anomalie mentale ou un abus de substance (8).

Anomalies mentales	Abus d'alcool et/ou de drogues
- agresseur d'un meurtre désorganisé par profit individuel (impulsivité, intelligence médiocre)	- agresseur et victime d'un meurtre lié à la drogue
- agresseur d'un homicide par motif personnel (conflit émotionnel)	- conflit agresseur-victime d'un meurtre lié aux affaires d'assurance ou d'héritage (alcool)
- agresseur d'un meurtre érotomaniaque (fixation obsédante, fantasme de fusion ou d'érotomanie, menace sur l'identité)	- agresseur d'un meurtre crapuleux (drogue)
- agresseur d'un meurtre par discussion ou conflit (impulsivité, instabilité, prédisposition violente)	- conflit agresseur-victime d'un homicide domestique
- agresseur d'un meurtre par autorité (délire psychotique ou paranoïaque, conspiration imaginaire, comportement paranoïaque, maladie mentale ou émotionnelle, réactions dépressives, paranoïa ou psychose paranoïde, médicaments psychiatriques)	- agresseur d'un meurtre par discussion ou conflit
- agresseur d'un meurtre par vengeance (état émotionnel chargé, fantasmatisation importante)	- agresseur d'un homicide sexuel désorganisé (alcool)
- agresseur d'un meurtre sans mobile spécifique (solitude, isolement, comportement excentrique)	- agresseur d'un homicide sexuel mixte
- agresseur d'un homicide euthanasique (sentiment de pouvoir et de contrôle issu du meurtre)	- agresseur d'un meurtre sadique (drogue)
- agresseur d'un homicide sexuel désorganisé (intelligence inférieure à la normale, fantasmes sexuels ritualisés, inadaptation sociale, fort sentiment d'être inadéquat, nécrophilie intentionnelle, solitude, bizarrerie, déambulation nocturne)	- agresseurs d'un homicide par excitation de groupe
- agresseur d'un meurtre sadique (fantasmes sexuels sadiques, domination, dégradation, excitation sexuelle sadique, érotisation de la mort)	

Tableau 5 : Psychiatrie et classification des homicides du FBI (BÉNÉZECH 1996)

Dans son étude publiée en 1996, Bénézech (8) propose une classification des homicides pathologiques.

Contrairement aux délinquants dotés d'une personnalité sensiblement normale ou présentant des traits caractériels à un niveau non pathologique ; les auteurs de ces crimes souffrent d'anomalies psychiques plus ou moins graves qui sont à l'origine de leur comportement antisocial.

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 6 : Classification des homicides pathologiques (BÉNÉZECH, 1996)

#### 1.2.4 Classification par mobile :

En 1960, Pinatel (9) établit une classification des meurtres selon les motivations criminelles.

Il distingue 4 grands types de crime : primitif, utilitaire, pseudo-justicier ou encore organisé.

Crimes primitifs	- Acte criminel non contrôlé, explosif (du caractère épileptoïde ou du débile incapable de contrôler ses pulsions)
Crimes utilitaires (pour se libérer d'une situation spécifique)	- Contre une personne ou un groupe particulier à l'issue d'un processus psychologique décrit par De Greef : Acquiescement mitigé Assentiment formulé Crise (acting) - Contre les biens (détournement de fonds)
Crimes pseudo-justiciers (sans motivation économique évidente)	- Passionnel (crime d'amour contrarié) - Idéologique (politique, religion, secte) - Prophylactique (euthanasie, par exemple) - Symbolique (dirigé contre un innocent pour atteindre une personne ou un groupe) - Revendicatif - Libérateur ou d'aventure (jeu, action) - Autopunitif (pour atteindre autrui)
Crimes organisés	- Action brutale ou agressive (hold-up, racket, etc...) - Activités illégales rémunératrices (jeux et paris, proxénétisme, trafic de drogues, etc...) - Action propre (crime en col blanc)

Tableau 7 : Classification des motivations criminelles selon J. PINATEL (9)

Merland en 1964 (9), aborde l'homicide en 7 entités motivationnelles distinctes à savoir :

- les crimes utilitaires ; pour des motifs d'intérêt, au cours de vols ou d'agressions,
- les crimes lors de disputes ou de rixes ; avec ou sans consommation d'alcool,
- les crimes passionnels ; qu'ils soient « purs » où le vécu de préjudice et le désir de justice dominant parfois le sentiment amoureux, ou « hybrides » par névroses vraies passionnelles ou préexistence de troubles psychiques (débilité par exemple),
- les crimes par saturation ; dont la grande majorité des homicides conjugaux sont commis par des femmes,
- les meurtres par esprit de clan ou de famille,
- les crimes politiques,
- les homicides pathologiques.

Un autre auteur, Fiorentini en 1979 (12) réalise une étude dans laquelle il reprend la classification de Merland en la complétant :

- meurtres lors de bagarres, rixes ou disputes (22 %) quelle que soit 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 mécanisme pathologique (6 %),
- rixes d'ivrognes (6 %),
- règlements de compte (5 %) des criminels professionnels,
- questions d'intérêt (4,5 %),
- crimes de révolte, de dévouement 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 %).

Cusson en 1993 (13) établit les motivations d'homicides les plus fréquentes :

- homicides associés à un délit ; commis durant l'accomplissement d'un délit (exemple : vol),
- règlements de compte ; conflits engendrés par des activités criminelles,
- homicides familiaux ou passionnels ; impliquent des individus ayant un lien familial, amoureux ou matrimonial,
- homicides querelleurs et vindicatifs ; au cours d'une bagarre, d'une altercation ou par vengeance.

Pour Bénézech, la classification du FBI est rapportée comme étant la classification par mobile la plus complète et la plus précise bien qu'elle ne réponde pas suffisamment à la réalité occidentale et française (14).

Nous la présentons ci-dessous en l'associant à un tableau descriptif et un tableau abordant le lien avec la clinique psychiatrique (9).

<b>Terminologie du FBI</b>	<b>Code</b>	<b>Correspondance française</b>
<b><u>Criminal enterprise homicide</u></b> - Contract (third party) killing - Gang-motivated murder - Criminal competition homicide - Kidnap murder - Product tampering homicide - Drug murder - Insurance/inheritance-related death 1) individual profit murder 2) commercial profit murder - Felony murder 1) indiscriminate felony murder 2) situational felony murder	<b>100</b>  101 102 103 104 105 106 107 107.01 107.02 108 108.01 108.02	<b><u>Homicide par entreprise criminelle</u></b> - Meurtre par contrat (tierce personne) - Meurtre lié au gang - Homicide par compétition criminelle - Enlèvement avec meurtre - Homicide par produit trafiqué - Meurtre lié à la drogue - Meurtre lié aux assurances/héritage 1) par profit individuel 2) par profit commercial - Meurtre crapuleux 1) aléatoire 2) situationnel
<b><u>Personal cause homicide</u></b> - Erotomania-motivated killing - Domestic homicide 1) spontaneous domestic homicide 2) staged domestic homicide - Argument/conflict murder 1) argument murder 2) conflict murder - Authority killing - Revenge killing - Non specific-motive-killing - Extremist homicide 1) political extremist homicide 2) religious extremist homicide 3) socioeconomic extremist homicide - Mercy/hero homicide 1) mercy homicide 2) hero homicide - Hostage murder	<b>120</b>  121 122 122.01 122.02 123 123.01 123.02 124 125 126 127 127.01 127.02 127.03 128 128.01 128.02 129	<b><u>Homicide par motif personnel</u></b> - Meurtre érotomane - Homicide domestique 1) spontané 2) planifié - Meurtre par dispute/conflit 1) par dispute 2) par conflit - Meurtre par autorité - Meurtre par vengeance - Meurtre sans mobile spécifique - Homicide extrémiste 1) politique 2) religieux 3) socio-économique - Homicide euthanasique/héroïque 1) euthanasique 2) héroïque - Meurtre d'otage
<b><u>Sexual Homicide</u></b> - Organized sexual homicide - Disorganized sexual homicide - Mixed sexual homicide - Sadistic murder	<b>130</b>  131 132 133 134	<b><u>Homicide sexuel</u></b> - Organisé - Désorganisé - Mixte - Sadique
<b><u>Group cause homicide</u></b> - Cult murder - Extremist murder 1) paramilitary extremist murder 2) hostage extremist murder - Group excitement homicide	<b>140</b>  141 142 142.01 142.02 143	<b><u>Homicide par motif de groupe</u></b> - Meurtre de culte - Meurtre extrémiste 1) paramilitaire 2) d'otage - Homicide par excitation de groupe

Tableau 8 : Classification des homicides, d'après RESSLER et al. 1993

Homicides	Explications
<p><b><u>Homicide par entreprise criminelle</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meurtre par contrat.....</li> <li>- Meurtre lié au gang.....</li> <li>- Homicide par compétition criminelle.....</li> <li>- Enlèvement avec meurtre.....</li> <li>- Homicide par produit trafiqué.....</li> <li>- Meurtre lié à la drogue.....</li> <li>- Meurtre lié aux assurances/héritage.....</li> <li>1) par profit individuel</li> <li>2) par profit commercial</li> <li>- Meurtre crapuleux.....</li> <li>1) aléatoire</li> <li>2) situationnel</li> </ul>	<p><b><u>Pour un gain matériel (argent, biens, territoires, faveurs, ...)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>..un commanditaire et un tueur qui agit par profit</li> <li>..gang = réunion d'au moins 3 personnes ayant des activités antisociales</li> <li>..au sein du crime organisé pour étendre son influence</li> <li>..détention dans un lieu inconnu (préméditation) pour rançon/pression</li> <li>..Intoxication mortelle par un produit saboté à des fins commerciales</li> <li>..contre quelqu'un qui trahit les règles ou soutenant l'action anti-drogue</li> <li>..dans le but d'en bénéficier</li> <li>1) gain financier recherché</li> <li>2) dans le but de contrôler une affaire commerciale</li> <li>..le vol est la première motivation</li> <li>1) idée homicide prévue pour permettre le vol</li> <li>2) idée homicide survenant au cours du vol, selon les événements</li> </ul>
<p><b><u>Homicide par motif personnel</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meurtre érotomanaïque.....</li> <li>- Homicide domestique.....</li> <li>1) spontané</li> <li>2) planifié</li> <li>- Meurtre par dispute/conflict.....</li> <li>1) par dispute</li> <li>2) par conflit</li> <li>- Meurtre par autorité.....</li> <li>- Meurtre par vengeance.....</li> <li>- Meurtre sans mobile spécifique.....</li> <li>- Homicide extrémiste.....</li> <li>1) politique</li> <li>2) religieux</li> <li>3) socio-économique</li> <li>- Homicide euthanasique/héroïque.....</li> <li>1) euthanasique</li> <li>2) héroïque</li> <li>- Meurtre d'otage.....</li> </ul>	<p><b><u>Agression interpersonnelle résultant d'un conflit émotionnel sans notion de gain matériel, de sexe ou de cause de groupe</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>..fixation fusionnelle ou érotomanaïque (différente d'un attrait sexuel)</li> <li>..au sein d'un ménage, entre membres d'une même famille</li> <li>1) non prémédité (suite à un climat néfaste ou à un événement isolé)</li> <li>2) prémédité</li> <li>..entre personnes n'appartenant pas au même ménage</li> <li>1) dispute verbale à l'origine de la confrontation</li> <li>2) victime et auteur liés par un conflit personnel culminant lors du crime</li> <li>..lien d'autorité, symbolique ou non, entre auteur et victime</li> <li>..en représailles d'un tort (réel, imaginaire) causé au tueur ou proche</li> <li>..apparaît irrationnel, la raison est connue seulement de l'auteur</li> <li>..au nom d'une idéologie, sans qu'aucun groupe ne cautionne les actes</li> <li>1) par doctrine ou philosophie opposée</li> <li>2) par dévotion, principes ou croyances surnaturelles</li> <li>3) par hostilité ou aversion envers un statut social</li> <li>..les victimes sont en mauvaises postures (malades/en danger)</li> <li>1) pour abrégier les souffrances, par compassion et/ou par pouvoir</li> <li>2) état critique créé par l'auteur qui tente ensuite de sauver la victime</li> <li>..otage = objet de marchandage capturé sur place (pour argent, fuite)</li> </ul>
<p><b><u>Homicide sexuel</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisé.....</li> <li>- Désorganisé.....</li> <li>- Mixte.....</li> <li>- Sadique.....</li> </ul>	<p><b><u>Un élément sexuel motive les actes qui conduisent à la mort</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>..actes perpétrés avec une maîtrise totale</li> <li>..actes spontanés, non planifiés</li> <li>..présence d'éléments d'organisation et de désorganisation</li> <li>..fantasmes sexuels sadiques inscrits dans les actes (tortures) conduisant à la mort</li> </ul>
<p><b><u>Homicide par motif de groupe</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meurtre de culte.....</li> <li>- Meurtre extrémiste.....</li> <li>1) paramilitaire</li> <li>2) d'otage</li> <li>- Homicide par excitation de groupe.....</li> </ul>	<p><b><u>Au minimum 2 personnes, réunies par une idéologie qui autorise les actes conduisant à la mort</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>..culte = cause spirituelle, sans notion de gain</li> <li>..motivé par des idées politiques, religieuses ou sociales</li> <li>1) structure organisée (uniforme, hiérarchie, entraînements, discipline)</li> <li>2) dans un contexte de prise d'otages ou d'enlèvement</li> <li>..structuré/ou non, avec composante spontanée et contagieuse</li> </ul>

Tableau 9 : Description des différents homicides selon RESSLER et al. 1993

Homicides	Psychiatrie
<p><b><u>Homicide par entreprise criminelle</u></b></p> <p>- Meurtre par contrat.....</p> <p>- Meurtre lié à la drogue.....</p> <p>- Meurtre lié aux assurances/héritage.....</p> <p>1) par profit individuel</p> <p>2) par profit commercial</p> <p>- Meurtre crapuleux - situationnel.....</p>	<p>..Activités criminelles secondaires possibles (vol, viol) par inexpérience, par intelligence médiocre</p> <p>..Conduites addictives chez le meurtrier et/ou la victime</p> <p>..Alcoolisme, facteur potentiellement aggravant du conflit entre meurtrier et victime</p> <p>1) Inexpérience, impulsivité ou intelligence médiocre chez un meurtrier désorganisé</p> <p>2) Alcoolisme de la victime portant préjudice aux affaires financières du groupe</p> <p>..Histoire d'alcoolisme ou de toxicomanie fréquente chez le meurtrier ; caractère impulsif du crime, dans la panique ou la confusion</p>
<p><b><u>Homicide par motif personnel</u></b></p> <p>- Meurtre érotomane.....</p> <p>- Homicide domestique.....</p> <p>- Meurtre par dispute/conflit.....</p> <p>- Meurtre par autorité.....</p> <p>- Meurtre par vengeance.....</p> <p>- Meurtre sans mobile spécifique.....</p> <p>- Homicide extrémiste.....</p> <p>- Homicide euthanasique/héroïque.....</p> <p>1) euthanasique</p> <p>2) héroïque</p>	<p><b><u>Conflit émotionnel sous-jacent qui pousse au meurtre</u></b></p> <p>..Amour idéalisé et imaginaire (érotomanie) ou identification complète (fusion) : la victime, souvent d'un statut social supérieur, est en danger lorsque l'agresseur est soit déçu par le refus de ses avances (érotomanie), soit persuadé que la personne qu'il imite ne correspond plus à son idéal ou entre en concurrence (fusion)</p> <p>..Alcool et drogues parfois impliqués</p> <p>..Alcool et drogues souvent impliqués, violence habituellement utilisée pour résoudre les conflits</p> <p>..L'autorité est perçue comme malveillante, postulat réel ou imaginaire (réaction dépressive, délire paranoïde ou paranoïaque, de persécution ou de conspiration) Préparation et surarmement de l'agresseur pour la confrontation. Possibilité de meurtre en masse ou en brigue. Suicide post-homicide (ou équivalent suicidaire : cherche à être abattu par la police) fréquent</p> <p>..Pour réparer une injustice dont parfois seul l'agresseur a conscience. Activités intellectuelles et émotionnelles focalisées sur la vengeance qui est une fin en soi, sans échappatoire. Une fois vengé, le tueur savoure sa victoire.</p> <p>..Catégorie par défaut, englobant les motivations qui échappent aux policiers : motivation irrationnelle ou connue seulement de l'auteur. Victimes souvent nombreuses, disparates, prises au hasard et en plein jour. Suicide post-homicide possible. Auteur décrit comme souvent solitaire et bizarre</p> <p>..Le CCM ne fait aucune référence aux troubles mentaux. Or la passion poussée à l'extrême est souvent révélatrice de mécanismes psychopathologiques morbides</p> <p>..Souvent crimes en série</p> <p>1) La volonté de soulager les victimes se transforme vite en sensation de pouvoir</p> <p>2) Excitation et gaieté inhabituelles lors des manœuvres de secours.</p>
<p><b><u>Homicide sexuel</u></b></p> <p>- Désorganisé.....</p> <p>- Mixte.....</p> <p>- Sadique.....</p>	<p>..Désorganisation résultant de l'âge jeune, de l'inexpérience, de l'utilisation d'alcool/drogues ou d'un trouble mental. Intelligence faible, solitude, bizarrerie, inadaptation sociale, complexe d'infériorité, fantasmes sexuels ritualisés et actes sexuels substitués (insertion de corps étrangers dans les orifices de la victime)</p> <p>..Comportement mixte, peut être induit par l'alcool ou la drogue</p> <p>..Fantasmes sexuels sadiques et érotisation de la mort. Satisfaction et gratification sexuelle provenant de la torture et du comportement de la victime. Abus de drogues possibles Souvent quelques traits antisociaux sont retrouvés</p>
<p><b><u>Homicide par motif de groupe</u></b></p> <p>- Homicide par excitation de groupe.....</p>	<p>..Alcool et drogues souvent présents chez les agresseurs</p>

Tableau 10 : clinique psychiatrique apparaissant dans la classification de RESSLER et al. 1993

Pour conclure l'énumération de ses taxonomies par mobile, il nous semble important de ne pas omettre la typologie de Reis (15) qui de manière dichotomique permet de caractériser la violence du passage à l'acte, d'émotionnelle ou d'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, elle, se justifie par une motivation rationnelle (éliminer un témoin gênant ou une personne qui s'opposait à une exigence), ayant comme objectif principal l'obtention d'un bénéfice (biens, autorité ou contact sexuel,...).

#### 1.2.5 Classification selon la nature du lien entre l'agresseur et la victime :

Hesnard en 1963 (8) qualifie de crimes spéciaux les parricides et les infanticides.

Gillies en 1976 (16) incorpore dans sa classifications deux catégories qui, de manière spécifique, indique la nature de la victime (le meurtre d'enfant) ou la nature de la relation à la victime (matricide, parricide, fratricide, uxoricide).

En 1992 Barte et Ostaptzeff (9) s'intéressent aux homicides à victimes spécifiques tels que les parricides, magnicides et infanticides.

Dans le Crime Classification Manual paru en 1993, Ressler (8) identifie différents types de victime :

- une victime aléatoire, « *au mauvais endroit au mauvais moment* »,
- une victime d'opportunité, personne inconnue mais choisie car répondant à certains critères,
- une victime ciblée, par intérêt ou par vengeance,
- une victime proche : meurtre domestique, meurtre par dispute.

Marzuk et al. en 1992 (17) ont réalisé une classification des homicides-suicides basée sur les relations entre le meurtrier et sa ou ses victime(s) :

- 
- les homicides-suicides entre conjoints ; meurtre le plus fréquemment commis par un homme :
  - o sous-type « *possessif* », dépendance excessive, jalousie, menace d'une séparation,
  - o sous-type « *conjoint âgé et souffrant* », perte d'autonomie chez la victime, symptomatologie dépressive et crainte de ne plus pouvoir faire face chez le conjoint.
- 
- les homicides-suicides familiaux :
  - o les filicides-suicides : motivation pseudo-altruiste, l'auteur des faits présente comme trouble le plus fréquent une dépression avec ou sans élément psychotique. Dans d'autres situations, les enfants sont tués par vengeance afin de faire souffrir l'ex-partenaire.
  - o les homicides-suicides famille entière : quasi-exclusivement perpétrés par un homme, le père de famille qui tue par arme à feu chaque membre de la famille, voire les animaux domestiques, avant de se suicider.
  - o les autres homicides-suicides familiaux : les victimes sont parents, frères et sœurs.
-

- les homicides-suicides extrafamiliaux : personnalité paranoïaque, éléments dépressifs et psychotiques sont les troubles les plus fréquents. Ils impliquent plus fréquemment des amis ou connaissances et rarement des inconnus.

En 1996, Bénézech (8) donne quatre catégories de victime en fonction de son niveau de relation avec l'agresseur.

Cette classification est résumée dans le tableau ci-dessous.

Catégories de victime	Précisions	Homicides pathologiques les plus retrouvés
Victime spécifique connue	Antérieurement connue de son meurtrier : parent, voisin, proche, ami, relation personnelle ou professionnelle	-homicide impulsif -homicide passionnel -homicide dépressif -homicide psychotique
Victime spécifique sélectionnée	Personne inconnue mais choisie et ciblée après surveillance ou recherche	-homicide sexuel organisé -homicide psychotique délirant
Victime aléatoire d'opportunité	Personne inconnue et rencontrée par hasard mais ciblée sur le lieu du crime	-homicide impulsif -homicide sexuel désorganisé -homicide psychotique
Victime aléatoire accidentelle	Personne inconnue et purement situationnelle : passant, badaud ou témoin	-homicide impulsif -homicide sexuel désorganisé -homicide psychotique

Tableau 11 : Classification des victimes en fonction de la nature des relations victime/agresseur

### **1.3 Données épidémiologiques actualisées sur l'homicide et la schizophrénie**

Dans l'année 2013 en France, 682 cas d'homicide ont été recensés (18).

Cet acte, sans doute de par sa rareté et l'effroi qu'il suscite, continue de faire la une de nos quotidiens.

Les meurtres commis par des personnes souffrant de maladie mentale sont particulièrement médiatisés ; notons pour exemple, le meurtre d'une infirmière et d'une aide-soignante au centre hospitalier de Pau en 2005 et plus récemment le « meurtre cannibale » commis sur un octogénaire dans les Hautes Pyrénées en 2013.

Ils tendent à renforcer auprès de l'opinion publique l'idée d'une intime association entre « folie et homicide ».

De multiples études internationales ont cherché à déterminer la proportion d'individus souffrant d'une maladie mentale et ayant été auteurs d'homicide.

Nous avons repris ici les principaux résultats des études publiées depuis les années 1990 sur le sujet, avec une particulière attention pour les meurtriers présentant une schizophrénie.

Cinq études scandinaves ont permis de répertorier et étudier l'ensemble des faits d'homicides et violences sévères d'une population donnée.

Nous rapporterons ici les principaux résultats de trois de ces études publiées sur la question de l'homicide.

Eronen et al. (19), en 1996, ont analysé les données concernant 693 auteurs d'homicide en Finlande sur une période de huit ans.

Ils ont retrouvé une proportion de 6,2 % de schizophrénies, 2,3 % de psychoses non schizophréniques, 3 % d'épisodes dépressifs majeurs, aucun trouble maniaque, 1,3 % de troubles anxieux, 1,3 % de dysthymies, 34 % de troubles graves de la personnalité, 38 % d'abus ou dépendance à l'alcool et 1,2 % de retards mentaux.

Le risque d'homicide chez les schizophrènes est, pour ces auteurs, 8 fois plus élevé que chez les individus sans trouble mental.

Dans la même année, une autre étude d'Eronen et al. (20) réalisée auprès de 1 423 auteurs de meurtre sur 12 années, retrouve 6.5% de personnes schizophrènes.

Le risque de commettre un homicide chez les patients atteints de schizophrénie est 10 fois plus important que chez les personnes ne présentant pas de maladie mentale.

Ce risque serait multiplié par 7 chez les schizophrènes ne présentant pas de comorbidité alcoolique et par 17 lors d'une cooccurrence avec un trouble de l'usage d'alcool.

<b>Diagnosis (DSM-III-R)</b>	<b>Prevalence among general population, %</b>	<b>Subjects in Finnish population, n</b>	<b>Subjects among offenders, n</b>	<b>Odds ratio</b>	<b>95% Confidence Interval</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
Schizophrenia and schizophreniform disorder							
Males	0.7	13,530	86	10.0	8.1–12.5	650	<0.001
Females	0.7	14,710	7	8.7	4.1–18.7	45	<0.001
Schizophrenia without alcoholism (estimate) <sup>1</sup>							
Males	0.525	10,150	48	7.25	5.4– 9.7	248	<0.001
Females	0.67	14,080	4	5.1	1.9–13.7	12.6	
Schizophrenia with alcoholism (estimate) <sup>1</sup>							
Males	0.175	3,380	38	17.2	12.4–23.7	555	<0.001
Females	0.0315	660	3	80.9	25.7–255	229	

Tableau 12 : Risque de commettre un homicide chez les personnes schizophrènes en Finlande de 1980 à 1991 (Eronen et al. 1996) (20)

Tiihonen et al en 1996 (21) ont étudié sur une période de 14 ans, le risque de passage à l'acte meurtrier, chez une population de 281 patients sortis d'un hôpital de haute sécurité en Finlande.

Ces derniers ont été hospitalisés en psychiatrie à la suite d'un acte médico-légal pour lequel ils ont été déclarés non coupables en raison de leurs troubles mentaux.

65% des auteurs d'homicide à la sortie d'hospitalisation ont un diagnostic de schizophrénie, 14% une psychose non schizophrénique, 8% un trouble de l'humeur, 6% un trouble grave de la personnalité.

Les auteurs rapportent un risque 300 fois plus important de commettre un homicide dans l'année suivant la sortie chez ces patients en comparaison à la population générale masculine finlandaise.

Ce risque passe à 50 fois au bout de 7 à 8 ans après l'hospitalisation.

L'odds ratio d'homicide entre la population schizophrène finlandaise et la population générale sur le temps de l'étude est de 9.8.

Tiihonen et al. mentionnent en conclusion l'impact des comportements violents antérieurs chez les schizophrènes dans l'augmentation du risque de passage à l'acte meurtrier.

Shaw et al. (22) en 1999, ont étudié une série de 718 homicides commis dans leur grande majorité par des hommes en Angleterre et au Pays de Galles.

Des rapports psychiatriques ont été retrouvés pour 500 individus.

44 % des auteurs avaient un diagnostic de trouble mental.

Il y avait 11% de diagnostic de troubles de l'humeur, 9% de troubles graves de la personnalité et 6% de schizophrénies.

Parmi eux, 14% avaient des symptômes de leur maladie mentale au moment de l'homicide (67.6% de dépression, 38% d'idées délirantes ou d'hallucinations) et seulement 18 % avaient consulté auprès de services de soins psychiatriques dans l'année précédente.

Erb et al. (23), en 2001, ont étudiés en Allemagne sur deux périodes distinctes un peu plus de 300 patients schizophrènes auteurs d'homicide ou de tentative d'homicide.

Ils retrouvent 10% de personnes schizophrènes chez les auteurs d'homicide étudiés.

Le risque de commettre un homicide est 16,6 fois plus important chez les personnes souffrant de schizophrénie que chez les individus ne présentant pas de maladie mentale.

Ces derniers préconisent dans leurs conclusions un accès rapide aux soins lors des premiers symptômes de la maladie.

En 2004, Schanda et al. (24) dans leur étude conduite auprès de 1 087 auteurs d'homicide, retrouvent 5.7% de personnes pour lesquelles un diagnostic de schizophrénie est posé.

Le risque de commettre un homicide est dans cette étude 6.5 fois plus important quand on présente cette pathologie par rapport à la population générale.

Fazel et al. (25) en 2004, ont réalisé une étude sur les comorbidités psychiatriques de 2005 auteurs d'homicide.

90 % de personnes ont un trouble mental des axes I ou II selon les critères du DSM IV.

11 % d'entre eux présentaient une schizophrénie, 8,1 % une psychose non schizophrénique et 3,1 % un trouble bipolaire.

Lorsqu'une personne avait un diagnostic secondaire, il était retrouvé un trouble de la personnalité dans 54% des cas et un trouble de l'usage de substance dans 47% des cas.

En 2004, Putkonen et al. (26) ont étudié les données de 90 hommes auteurs d'homicide ou de tentative d'homicide présentant un trouble mental majeur selon le DSM-IV.

Il est retrouvé 78 % de personnes schizophrènes, 18 % de troubles schizo-affectifs et 5 % d'autres troubles psychotiques.

Il est important de constater que la moitié des personnes souffrant de troubles psychotiques avait un trouble grave de la personnalité et un trouble de l'usage des substances associés.

Une autre étude également menée sur une population réduite (n=110), conduite à Singapour en 2006 par KOH et al. (27) sur une durée de 5 ans, ne rapporte aucun trouble mental chez 51,8% des auteurs d'homicide.

22.7 % avaient des antécédents de trouble de l'usage d'alcool, 9,1 % un trouble de l'humeur unipolaire et 6,4 % avaient été diagnostiqués schizophrènes.

Chez les patients qui présentaient des symptômes psychotiques, 70.6% avaient des idées délirantes de persécution et 52.9% avaient des hallucinations auditives.

Dans l'étude réalisée par Meehan et al. (28), en 2006, chez 1 594 auteurs d'homicide en Angleterre et au Pays de Galles entre 1996 et 1999, 34 % étaient atteints d'un trouble mental.

Parmi eux, 5 % présentaient un diagnostic de schizophrénie, 7 % un trouble de l'humeur, 9 % un trouble grave de la personnalité et 11 % un diagnostic d'abus des substances.

Chez les patients ayant eu un diagnostic de schizophrénie, 68 % étaient symptomatiques au moment du passage à l'acte.

Dans le mois précédant le passage à l'acte, 56 % avaient montré un changement dans l'intensité, la conviction ou dans la composante émotionnelle associées au délire.

28% n'avaient jamais eu de contact avec les services de soins psychiatriques avant le passage à l'acte.

Sur ces derniers patients, 26 % étaient symptomatiques depuis plus de trois ans.

Les auteurs concluent sur l'importance de la détection des manifestations psychotiques, de l'accessibilité aux soins et du monitoring régulier des éléments délirants chez les patients souffrant de troubles psychotiques.

Une étude néo-zélandaise réalisée par Simpson et al. en 2006 (29) s'est intéressée aux meurtriers ayant un trouble mental grave.

Un total de 844 homicides ont été analysés entre 1988 et 2000.

7.7% des homicides ont été commis par des personnes souffrant d'un trouble psychotique.

La majorité de ces personnes (60%) ont été diagnostiqués avant l'homicide tandis que 28% l'ont été pour la première fois au moment du passage à l'acte et 12% après emprisonnement.

En Australie, Nielssen et al. (30) ont étudié en 2007 88 individus présentant des troubles mentaux et auteurs de 93 homicides entre 1993 et 2002, ceci, afin d'en apprécier leurs caractéristiques cliniques et démographiques.

Sur les 88 sujets étudiés, 61 % avaient commis un homicide lors de leur premier épisode psychotique et 69 % durant la première année de la maladie. Un taux élevé d'abus de substances était retrouvé chez les auteurs du passage à l'acte (73%).

Dans l'étude descriptive de Richard-Devantoy et al. (31) en 2009, réalisée à partir des expertises psychiatriques d'une population de 210 meurtriers, les auteurs retrouvent 7 % de diagnostics de schizophrénie avec 2/3 de forme paranoïde.

Plus d'un tiers avait un diagnostic de trouble grave de la personnalité ou de trouble de l'usage d'alcool.

Enfin, un tiers des meurtriers était indemne de tout trouble psychiatrique majeur.

Large et al. (32) ont publié en 2009, une méta-analyse de dix-huit études regroupant 16 460 auteurs d'homicide.

6,48 % des auteurs d'homicide ont un diagnostic de schizophrénie.

Ils retrouvent également une corrélation entre le nombre d'homicides commis par des schizophrènes et ceux commis en population générale, dans les différents pays où ont été réalisées les études.

Les auteurs de l'étude y voient alors l'expression de plusieurs facteurs de risques communs à l'ensemble de la population, qu'il y ait ou pas une maladie mentale.

La prévention du risque d'homicide chez les schizophrènes ne passerait pas seulement par l'optimisation d'un traitement antipsychotique mais également par l'identification attentive de la précarité socio-économique, le trouble de l'usage de substances et l'accessibilité aux armes.

Studies	Homicides (N)			Proportion of homicides by patients diagnosed with schizophrenia			Homicide rates per 100,000 per annum			
	Total homicide offenders	Homicides by people with schizophrenia	Homicides by people with schizophrenia	Proportion of homicides by people with schizophrenia	Lower limit of proportion	Upper limit of proportion	Z-value	Homicides by people without schizophrenia	Homicides by people with schizophrenia	
Study	Location	Years								
Appleby and Shaw (2006)	England & Wales	1999-2003	2684	141	0.053	0.045	0.062	-33.430	1.11	0.08
Erb et al. (2001)	Germany (Hessen)	1992-1996	190 <sup>#</sup>	17	0.089	0.056	0.139	-9.128	0.71	0.07
Eronen et al. (1996)	Finland	1980-1991	1423	93	0.065	0.054	0.079	-24.803	2.22	0.16
Fazel and Grann (2004)	Sweden	1988-2001	2005	179	0.089	0.078	0.103	-29.653	1.6	0.16
Hart Hansen (1977)	Denmark	1946-1970	418	27	0.065	0.045	0.093	-13.433	0.35	0.02
Gottlieb et al. (1987)	Denmark (Copenhagen)	1959-1983	251	24	0.096	0.065	0.139	-10.468	0.73	0.08
Hafner and Boker (1973, 1982)	Germany (FDR)	1955-1964	3367	142	0.042	0.036	0.050	-36.420	0.97	0.04
Koh et al. (2006)	Singapore	1997-2001	110	9	0.082	0.043	0.150	-6.951	0.58	0.05
Kua et al. (1984)	Singapore	1980-1982	64	3	0.047	0.015	0.135	-5.094	0.83	0.04
Laajasalo and Hakkanen (2005, 2006)	Finland <sup>†</sup>	1986-2004	2206 <sup>†</sup>	125	0.057	0.048	0.067	-30.539	2.15	0.13
Meehan et al. (2006)	England & Wales	1996-1999	1594	85	0.053	0.043	0.065	-25.804	1.01	0.06
Nielssen et al. (2007)	Australia (New South Wales)	1993-2003	1052	70	0.067	0.053	0.083	-21.349	1.64	0.12
Petursson and Gudjonsson (1981)	Iceland	1900-1979	47	10	0.213	0.118	0.352	-3.671	0.37	0.10
Schanda et al. (2004)	Austria	1975-1999	1087	62	0.057	0.045	0.072	-21.450	0.51	0.03
Simpson et al. (2004)	New Zealand	1970-2000	1498	57	0.038	0.029	0.049	-23.918	1.37	0.05
Wallace et al. (1998)	Australia (Victoria)	1993-1995	168	12*	0.071	0.041	0.122	-8.562	1.04	0.08
Wilcox (1985)	USA (Contra Costa County)	1979-1980	71	7	0.099	0.048	0.193	-5.559	3.25	0.36
Wong and Singer (1973)	Hong Kong	1961-1971	621	35	0.056	0.041	0.077	-16.195	1.67	0.10

Tableau 13 : Nombre total d'homicides commis par des patients schizophrènes (méta-analyse Large et al. 2009) (32)

En 2010, Nielssen et Large (33) ont réalisé une méta-analyse de 10 études afin de déterminer la prévalence des homicides commis par des sujets psychotiques, avant et après leur prise en charge psychiatrique et la mise en place d'un 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 1 000 patients (IC 95 % [1,06-2,40]) ; soit l'équivalent d'un homicide pour 629 patients.

Après traitement médicamenteux, le taux d'homicide est de 0,11 pour 1 000 patients (IC 95% [0,07-0,16]), soit l'équivalent d'un homicide pour 9 090 patients atteints de schizophrénie.

Le taux d'homicide des patients présentant un premier épisode psychotique était 15.5 fois plus important (IC 95 % [11,0-21,7],  $p < 0.001$ ) que celui des patients déjà traités pour un trouble psychotique.

Au vu des résultats susmentionnés, les auteurs insistent sur la place capitale du dépistage des épisodes psychotiques aigus et de leur prise en charge thérapeutique précoce.

Fazel et al. en 2010 (34), ont conduit une étude de 1988 à 2001, auprès de personnes souffrant de schizophrénie et d'autres troubles psychotiques (à noter que les auteurs incluent les troubles bipolaires de l'humeur et les psychoses induites par une substance).

Ils ont comparé, l'ensemble des schizophrènes auteurs d'homicide dans les 6 mois suivant leur sortie d'hospitalisation en psychiatrie à une population témoin de schizophrènes ne présentant pas d'antécédent de passage à l'acte violent (appariement de 2 pour 1).

Lors de leur admission en psychiatrie, les futurs auteurs d'homicide sont de manière significative davantage sans emploi, incuriques.

Ils ont plus souvent un trouble de l'usage des substances et des antécédents d'hospitalisation pour passage à l'acte violent.

En revanche, le fait d'avoir une décompensation thymique (quelle qu'elle soit) au moment de l'admission était moins retrouvé chez les meurtriers.

Les auteurs d'homicide étaient plus nombreux à avoir une maladie mentale depuis plus d'un an. Ils avaient moins de symptômes dépressifs en post hospitalisation et moins de prescription de traitement antidépresseur.

Les auteurs ne retrouvent pas d'association entre l'homicide et la présence de symptômes psychotiques positifs, que ce soit à l'admission ou à la sortie d'hospitalisation. Ce résultat contraste avec la grande majorité des études qui identifient les productions délirantes comme un facteur de risque de violence.

En 2011, l'équipe de Nielssen (35) a également réalisé une étude afin d'estimer la proportion d'homicides de victimes inconnues commis par des patients souffrant de troubles psychotiques.

Le taux annuel de ces homicides est de 1 pour 14,3 millions de personnes selon une méta-analyse de sept études.

64 % des auteurs d'homicide extrafamilial n'avaient jamais reçu de traitement psychiatrique contre 52% dans le groupe intrafamilial.

Il est retrouvé que les personnes ayant commis l'homicide en prison ou au sein d'un hôpital psychiatrique l'ont réalisé dans les heures qui suivaient l'admission.

Les patients naïfs de traitement rapportaient une expérience de symptômes psychotiques sur 3.6 années en moyenne avant l'homicide et avaient davantage d'idées délirantes concernant la victime que les patients qui avaient un traitement.

Study	Location	Diagnosis	Homicides by People With a Psychosis, <i>n</i>	Stranger-Homicides by People With a Psychosis, <i>n</i>	% Homicides in Psychosis With Stranger Victims	Estimated Annual Population Rate of Stranger-Homicides by People With a Psychosis
Appleby and Shaw <sup>15</sup>	England and Wales	Schizophrenia	141	13	9.2	1 in 18 million
Erb et al. <sup>21</sup>	Hessen, Germany	Schizophrenia	29	2	6.9	1 in 12 million
Hafner and Boker <sup>23</sup>	FDR, Germany	Schizophrenia	284	24	8.4	1 in 15 million
Meehan et al. <sup>14</sup>	England and Wales	Schizophrenia	85	12	14.1	1 in 13 million
Gottlieb <sup>22</sup>	Copenhagen, Denmark	Psychosis	58	2	3.4	1 in 7 million
Nielssen et al. <sup>11</sup>	NSW, Australia	Psychosis	126	18 <sup>a</sup>	14.3	1 in 7 million
Laajasalo and Häkkänen <sup>20,34</sup>	Finland	Schizophrenia	125	7	5.6	1 in 12 million

Tableau 14 : Etudes rapportant les homicides commis par des personnes psychotiques sur des personnes inconnues (Nielssen et al. 2011) (35)

En 2011, une étude australienne dirigée par Bennett et al. (36) portant sur 435 auteurs d'homicide jugés non coupables en raison de troubles mentaux, retrouve, chez 8.7 % des auteurs, un diagnostic de schizophrénie.

Chez ces patients, le risque de commettre un homicide est 13 fois plus important (IC 95% [9,14-18,80]) que dans la population générale.

12.5% des femmes et 43.3% des hommes présentaient leur premier épisode psychotique au moment des faits.

Dans cette étude, les auteurs ne retrouvent pas de différence significative en terme d'abus de substance entre les schizophrènes auteurs d'homicide et les auteurs d'homicides non schizophrènes (39.5% vs 42.6%,  $p=0.712$ ).

Il n'y en a pas non plus entre les schizophrènes auteurs d'homicide et le groupe témoin, constitué de schizophrènes non meurtriers (39.5% vs 26.1%,  $p=0.067$ ).

En ce qui concerne les violences antérieures commises, aucune différence significative n'est retrouvée entre les schizophrènes meurtriers et les meurtriers non schizophrènes (60.5% vs 64.7%,  $p=0.605$ ).

En revanche, il existe moins d'antécédents de violences chez les schizophrènes non auteurs d'homicide (24.9%) ; bien que ces derniers soient tout de même bien plus violents que la population générale (8.8%).

En effet, ils retrouvent 4.7 fois plus de risque de violence chez les schizophrènes non homicides que dans la population générale.

Les auteurs en concluent que l'association entre homicide et schizophrénie ne peut être seulement expliquée par des facteurs extrinsèques, tels que le trouble de l'usage de substance ou les antécédents de violences sur personnes.

En 2013, Golenkov et al. (37) ont cherché à comparer les caractéristiques cliniques et criminologiques de patients schizophrènes auteurs d'un seul homicide et de patients schizophrènes auteurs de récurrence d'homicides entre 1981 et 2010 en Russie.

149 auteurs d'homicide souffrant de schizophrénie inclus dans l'étude étaient des 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 antisociale.

Les auteurs n'ont pas trouvé de différence significative en ce qui concerne la nature des relations de l'agresseur à la victime et les modalités d'action des passages à l'acte.

En 2014, Richard-Devantoy et al. (38) publient une revue de la littérature s'intéressant aux vulnérabilités neurocognitives des patients schizophrènes auteurs d'homicide(s) ou de comportements suicidaires.

Nous ne mentionnerons ici que les principaux résultats s'intéressant à l'homicide.

Les 3 études neuropsychologiques se penchant sur l'état des fonctions exécutives chez les schizophrènes auteurs d'homicide comparé aux schizophrènes sans passage à l'acte médico-légal, retrouvent une altération des fonctions exécutives, dans l'attention, la fluence verbale, les tests d'inhibition, la flexibilité cognitive (Barkataki et al. 2005, Joyal et al. 2007, Enticott et al. 2008).

Ces données sont à pondérer par des résultats contradictoires dans deux autres études (Lafayette et al. 2003 ; Silver et al. 2005).

Sur 5 études d'imagerie cérébrale s'intéressant au risque de comportement meurtrier (Barkataki et al. 2006, Narayan et al. 2007, Puri et al. 2008, Kumari et al. 2009, Yang et al. 2010), il était retrouvé chez les schizophrènes auteurs d'homicide comparé aux schizophrènes sans antécédent de violence :

- un volume cérébral globalement réduit, notamment au niveau des aires frontales et temporales,
- une augmentation du volume de l'amygdale et du putamen,
- une réduction du volume hippocampique, des aires sensori-motrices et de la substance grise cérébelleuse.

L'auteur ne rapporte pas d'étude concluante en imagerie fonctionnelle et de manière générale n'émet aucune conclusion déterminante quant à l'existence de lésions spécifiques chez les auteurs d'homicide dans cette revue de la littérature.

## **Synthèse des études**

L'ensemble des études précédemment citées mettent en évidence la surreprésentation des troubles mentaux chez les auteurs d'homicide, pouvant aller, axes I et II confondus du DSM IV, jusqu'à 90% selon Fazel et al. (25).

La schizophrénie est diagnostiquée chez 5 à 11 % des auteurs d'homicide en fonction des études (20, 23, 25, 32) alors que la prévalence de cette maladie va de 0.25 % à 0.88 % dans la population générale (39).

Dans la méta-analyse de Large et al. (32) elle est présente chez 6.48 % des meurtriers.

Bien que cette prévalence de patients schizophrènes chez les auteurs d'homicide reste faible, il existe néanmoins une surreprésentation de cette pathologie chez les meurtriers par rapport à celle retrouvée dans la population générale.

De plus, bien que les études citées précédemment éclairent le rôle de facteurs de risques communs à l'ensemble de la population (avec ou sans pathologie mentale) ; l'impact des facteurs de risques spécifiques à ces maladies ne doit pas être négligé.

Dans le chapitre suivant, nous nous attacherons justement à relever les différentes caractéristiques des auteurs d'homicide souffrant de troubles mentaux, avec une attention particulière pour les sujets qui présentent une schizophrénie.

## 1.4 Caractéristiques de l'homicide pathologique et spécificités des auteurs souffrant de schizophrénie

La grande majorité des classifications relatées précédemment identifie l'homicide pathologique comme une catégorie à part entière et met en lien les spécificités de ce crime et la maladie mentale.

Il nous semble alors intéressant, en nous appuyant sur les données de la littérature, d'identifier les particularités de l'homicide pathologique tant sur les caractéristiques sociodémographiques, cliniques que criminologiques.

Comme nous l'avons vu précédemment, cité en introduction de la classification des homicides pathologiques par Bénézech (8), cet homicide s'oppose à l'homicide dit « *commun* », dans lequel les motivations psychiques sont dépourvues de caractère pathologique et ne relèvent donc pas d'une prise en charge psychiatrique.

### 1.4.1 Données sociodémographiques de l'auteur de l'homicide pathologique :

#### Le sexe :

L'ensemble des études portant sur l'homicide et les maladies mentales retrouvent une grande majorité de criminels masculins.

Pour illustrer ces propos, voici quelques données d'études récentes sur le sujet :

- Erb et al. en 2001 (23), retrouvent chez les agresseurs, une proportion de 13.8 et 18.3% de femmes.
- L'étude de Fazel et al. (25) publiée en 2004, retrouve 9% de femmes auteurs d'homicide. Il est pertinent de souligner que les femmes meurtrières sont

retrouvées en moins grande proportion lorsqu'elles sont dépourvues de pathologie psychiatrique (5.3%).

- En 2004, Shaw et al. (40) dans une étude longitudinale de 30 ans sur 1594 auteurs d'homicide retrouvent des meurtrières pour 1% des homicides sur personne inconnue et 14% sur membre de la famille.
- L'étude de Richard-Devantoy et al. conduite en 2009 (31), retrouve 27% de femmes. Cependant ce chiffre comprend l'ensemble des auteurs d'homicide et non pas uniquement ceux souffrant de troubles mentaux.
- Une méta-analyse de Nielssen et Large publiée en 2010 (33) sur les faits d'homicide lors d'un premier épisode psychotique retrouve, sur une population de 894 personnes, 15,4% de femmes.

De même, il a été retrouvé chez les sujets schizophrènes, un risque d'homicide augmenté comparé à la population générale ; ce risque est selon les études, 6.5 à 18 fois plus important chez les femmes et 5.8 à 10 fois plus important chez les hommes (20, 24, 41).

### **L'âge :**

Les auteurs d'homicide ont un âge moyen compris entre 27 et 36 ans selon les études.

Ils sont globalement plus âgés que les criminels sans maladie mentale (19, 40, 41, 42, 48).

Vielma et al. en 1993 (42), retrouvent dans leur population d'étude de criminels, une différence significative entre psychotiques (31ans) et non-psychotiques (26ans). D'autres études ne retrouvent pas de différence significative (28,34).

### **Le statut marital :**

Erb et al en 2001 (23) retrouvent des personnes célibataires ou séparées dans 60 à 79% des cas.

Meehan et al. en 2006 (28) retrouvent 78% de schizophrènes auteurs d'homicide jamais mariés contre 61% chez les personnes non schizophrènes auteurs d'homicide ( $p=0.002$ ).

Richard-Devantoy et al. en 2009 (31) rapportent dans leur étude que 49% des meurtriers (tous troubles psychiatriques confondus) vivaient seuls au moment des faits.

### **Scolarité et parcours professionnel :**

Les parcours scolaire et professionnel sont également compliqués pour la majorité d'entre eux.

Le niveau scolaire est faible : 56.7% n'ont pas dépassé le primaire (31).

Erb et al en 2001 (23) retrouvent une poursuite de la scolarité après le primaire pour moins de la moitié des schizophrènes auteurs d'homicide (44.8%).

La plupart sont sans emploi au moment des faits : 48% à 79% (23, 28, 31, 35).

Pour les personnes qui exercent un emploi, la filière ouvrière est majoritairement représentée 38% à 44% (31).

#### 1.4.2 Les antécédents de violences subies et agies de l'auteur :

Les auteurs d'homicide pathologique restent une population à risque de victimation.

On peut retrouver chez 17 à 19% des auteurs, des agressions sexuelles subies dans l'enfance (35).

Les différentes études récentes s'intéressant aux violences antérieures recensent entre 31% et 66% d'antécédents de violences commises avant le passage à l'acte meurtrier (23, 27, 28, 31, 35, 43, 44).

### 1.4.3 Les troubles mentaux et cooccurrences diagnostiques chez les auteurs :

#### Le diagnostic principal :

La majorité des études portant sur l'homicide chez les personnes souffrant de maladie mentale s'intéresse essentiellement aux troubles psychotiques (principalement la schizophrénie).

Voici un tableau regroupant les fréquences en matière de diagnostic principal dans certaines études conduites auprès d'auteurs d'homicide.

Diagnostic principal	Schizophrénie	Psychoses non-schizophrénique	Troubles de l'humeur	Troubles de la personnalité	Dépendance	Troubles anxieux	Troubles neurologiques	Retard mental
Eronen et al. 1996 (n=693) (19)	6,2%	2,3%	4,3%	34%	38% (alcool)	1,3%		1,2%
Shaw et al. 1999 (n=500) (22)	16%		11%	22%	15% (alcool) 13% (drogues)		5%	
Fazel et al. 2004 (n=2005) (25)	11%	8,1%	3,1% (trouble bipolaire)	14%	24,2%	1,7%	1,2%	0,8%
Meehan et al. 2006 (n=1594) (28)	5%		7%	9%	11%			
Koh et al. 2006 (n=110) (27)	6,4%		9,1% (dépression) 0,9% (trouble bipolaire)		19,1%			0,9%
Richard-Devantoy et al. 2009 (n=210) (31)	6,7%	3,8%	7,1%	21%	16%	0,5%	4,3%	5,2%
Golenkov et al. 2011 (n=1185) (45)	5,1%			22,1%	28,4% (alcool)			

Tableau 15 : Synthèse des études concernant la prévalence des troubles mentaux chez les auteurs d'homicide

On peut remarquer que bien avant la schizophrénie, les troubles mentaux les plus fréquemment retrouvés sont les troubles liés à l'usage de substance et les troubles graves de la personnalité.

## Les comorbidités psychiatriques :

En matière de cooccurrences diagnostiques aux troubles mentaux graves (essentiellement les troubles psychotiques), de nombreuses études retrouvent principalement :

- le trouble de l'usage de substance (abus et dépendance selon les critères du DSM IV) :

En premier lieu l'alcool, de 15 à 43%, et les drogues, de 2.7% à 51% (22, 23, 27, 28, 31, 35).

Cette comorbidité addictive augmente considérablement le risque de passage à l'acte homicide chez les personnes souffrant de troubles mentaux majeurs (schizophrénie, psychose non schizophrénique, trouble de l'humeur, trouble anxieux) comparé à la population générale.

Eronen et al. en 1996 (19), retrouvent un risque multiplié par 17 lors d'une comorbidité d'abus d'alcool ou de drogue alors qu'il est multiplié par 7 en cas de trouble mental majeur sans comorbidité.

Wallace et al. en 1998 (41), retrouvent en cas d'abus de substance psychoactive, comorbide d'un trouble schizophrénique, un risque multiplié par 28.8 comparé à la population générale.

Ce risque est multiplié par 7 en cas d'une schizophrénie sans abus de substance.

Dans son étude menée en 2010, Fazel et al. (34) retrouvent de manière significative davantage de trouble de l'usage de drogues ou d'alcool chez les schizophrènes meurtriers que chez ceux n'ayant aucun antécédent de violence (OR= 4.3 ; IC95% [1.7-10.7]).

- le trouble grave de la personnalité :

Les études retrouvent entre 11 à 23% de troubles de personnalité.

Le type de personnalité antisociale est le plus représenté (22-23).

Nous le reverrons dans les facteurs de risque de violence, ce trouble de la personnalité étant particulièrement associé à la dangerosité.

- les tentatives de suicide :

Il est retrouvé dans certaines études, chez les auteurs d'homicide pathologique, des antécédents de tentative de suicide pour 21% d'entre eux, toutes pathologies mentales confondues (31), et 18.2% quand il s'agit de personnes souffrant de schizophrénie (43).

- l'accès aux soins psychiatriques :

Les antécédents d'accès aux soins psychiatriques restent variables en fonction des études.

Toutes pathologies mentales confondues, Shaw et al. (22) retrouvent 30% de contact avec les soins psychiatriques vie entière et 20% dans l'année précédant l'homicide.

Quand on considère uniquement les personnes souffrant de schizophrénie la proportion est nettement plus importante.

Meehan et al. (28) retrouvent chez 72% des meurtriers schizophrènes, un contact avec les soins psychiatriques au moins une fois dans leur vie et 51% dans l'année avant l'évènement.

D'autres études rapportent des antécédents d'hospitalisations psychiatriques pour 38 à 85.7% des schizophrènes avant l'homicide (23, 35, 46).

Dans une étude rétrospective sur 10 ans conduite auprès de 88 schizophrènes auteurs d'homicide, Nielssen et al. retrouvent, pour 45% de la population, un contact avec les soins psychiatriques dans les deux semaines avant le passage à l'acte meurtrier (30).

En 2010, Fazel et al. rapportent chez les sujets souffrant de schizophrénie, une association entre les antécédents d'hospitalisation pour des comportements violents et le passage à l'acte meurtrier, avec un odds ratio à 5.7 (34).

Les premiers instants des soins sont également à risque de passage à l'acte grave.

Ainsi, Nielssen et al. (35), dans leur étude menée en 2011, notent que les personnes ayant commis un homicide en prison ou au sein d'un hôpital psychiatrique l'ont réalisé dans les heures qui suivaient l'admission.

Dans la même étude, 64 % des auteurs d'homicide extrafamilial n'avaient jamais reçu de traitement psychiatrique et 52 % dans le groupe intrafamilial.

Les patients naïfs de traitements antipsychotiques avaient davantage d'idées délirantes concernant la victime que les patients qui avaient un traitement.

Nous le reverrons dans les facteurs de risque de violence, les études s'intéressant à l'association entre la longue durée de psychose non traitée et la violence ont des résultats contradictoires.

Tout de même dans ce travail, Nielssen et al. rapportent une durée de psychose non traitée élevée, de 3.6 années en moyenne avant l'homicide.

Pour certains auteurs la première année de la maladie demeure la période la plus à risque de faits d'homicide chez les schizophrènes.

Dans l'étude de Meehan et al. (28), 56% des meurtriers schizophrènes avaient une durée de maladie de moins de 12 mois.

Nielssen et al. (30) rapportent que 61% des sujets étudiés ont commis l'homicide lors de leur premier épisode psychotique et 69% au cours de la première année de la maladie.

La méta-analyse de Nielssen et Large (33) retrouve que 38,5 % (IC 95 % [31,1-46,5]), des homicides commis par des personnes schizophrènes, sont survenus lors du premier épisode psychotique.

Le taux d'homicide des patients présentant un premier épisode psychotique est rapporté comme 15.5 fois plus important (IC 95 % [11,0-21,7],  $P < .001$ ) que celui des patients déjà traités pour un trouble psychotique.

#### 1.4.4 Les caractéristiques criminologiques et cliniques de l'homicide pathologique, modus operandi, motivations et circonstances du passage à l'acte :

##### **Des facteurs contextuels en pré-homicide :**

Plusieurs études retrouvent des évènements de vie négatifs peu de temps avant le passage à l'acte, venant fragiliser davantage l'état psychique de l'auteur (la perte d'un emploi, une séparation conjugale, l'existence d'un environnement violent...).

Sa fréquence s'étend de 8.1% à 40% selon les études (23, 31, 42, 47).

##### **Le mobile :**

Erb et al. (23), notent un acte prémédité dans 38 à 55% des cas, impulsif dans 26 à 27.8% des cas, suite à une querelle dans 13.8 à 26.5% des cas et motivé par le gain dans 12% des situations.

Richard-Devantoy et al. (31) retrouvent dans 10% des homicides un délit associé (vols simples ou qualifiés), pouvant être qualifié de violence instrumentale selon la typologie de REIS.

Une agression sexuelle vient précéder l'homicide dans 2.4% des cas.

Dans plus de 50% des crimes, les coups portés sont supérieurs à 2, laissant supposer la composante émotionnelle de l'acte meurtrier.

Le crime survient essentiellement dans un contexte de dispute (49%), d'altercation physique (14.2%), de projet suicidaire (10.4%) ou encore de dépression (9.4%).

### **Les symptômes psychotiques positifs dans la maladie schizophrénique, mobile « pathologique délirant » du passage à l'acte :**

Ces symptômes sont présents chez la majorité des auteurs d'homicide au moment du meurtre comme en témoignent les études ci-après.

Erb et al. (23) retrouvent chez 86% des meurtriers schizophrènes des idées délirantes et chez 72% d'entre eux, des hallucinations auditives.

La victime fait partie intégrante du processus délirant dans 68.3 à 79.3% des cas.

Les thématiques délirantes de menace ressentie (16 à 48.3%), de vengeance (24 à 39%), ou de jalousie (14.7 à 34%) sont principalement retrouvées.

Nielsen et al. (30) retrouvent chez 57% d'entre eux, la conviction délirante qu'ils étaient en danger au moment du meurtre et pour 58% d'entre eux des hallucinations auditives.

Par ordre de fréquence, les idées délirantes les plus retrouvées étaient que la victime :

- avait prévu de le tuer (36%),
- était possédée ou remplacée par une autre personne (24%),
- était le diable (18%),
- devait être tuée pour en sauver d'autres (17%).

Pour Richard-Devantoy et al. (31), chez les meurtriers délirants étudiés, les thématiques étaient les suivantes :

- persécution (69%),
- mysticisme (30%),
- syndrome d'influence (23.6%),
- jalousie (16.7%)
- sexualité (16.7%),
- mégalomanie (13.3%).

Les mécanismes délirants étaient :

- interprétatifs (80%),
- hallucinatoires (43%),
- intuitifs (33%),
- imaginatifs (25%).

A noter que la majorité des agresseurs schizophrènes étaient en phase processuelle de leur maladie.

Nielssen et al. (35) retrouvent des idées délirantes de persécution dans 33 à 43% des cas et des injonctions hallucinatoires dans seulement 12 à 14%.

Il est intéressant de souligner que dans cette étude, il est retrouvé une prédominance de symptômes négatifs chez les meurtriers sur victimes intrafamiliales (52%) par rapport aux auteurs sur victimes inconnues (31%).

Cette donnée nous intéresse tout particulièrement dans le cadre de notre étude.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que les schizophrènes auteurs d'homicide sur victime connue, ou avec un lien de parenté, présentent une maladie plus évoluée, avec une symptomatologie déficitaire plus marquée.

### **Le rôle de la prise de substances toxiques :**

Dans la majorité des études, près d'un tiers au moins des auteurs d'homicide souffrant de troubles mentaux étaient sous l'effet de l'alcool au moment des faits, entre 25 et 56% (23, 27, 28,30, 31, 35- 37).

Concernant la schizophrénie, les résultats sont contradictoires en fonction des études.

Dans celle conduite par Meehan et al. (28), les auteurs d'homicides souffrant de schizophrénie sont, de manière significative, moins souvent alcoolisés que les non-schizophrènes (25% VS 47%,  $p < 0.001$ ).

L'étude menée par Richard-Devantoy et al. (31) va dans le même sens.

50% des auteurs d'homicide avaient consommé de l'alcool au moment des faits. Mais si l'on ne s'intéresse qu'aux individus souffrant de schizophrénie, une proportion moins importante (38.5%) était alcoolisée au moment du meurtre (44).

En revanche, l'étude de Bennet et al. (36) citée dans le chapitre précédent, ne retrouve pas de différence significative entre les schizophrènes auteurs d'homicide et les meurtriers non schizophrènes.

Ils ne notent pas non plus de différence avec les schizophrènes sans antécédent de violence.

Peu d'études mentionnent l'intoxication par une autre substance que l'alcool au moment des faits (ou du moins séparément).

Shaw et al. (22) rapportent un usage de drogue(s) peu avant l'acte, dans 7% des cas chez les personnes souffrant de troubles mentaux, contre 20% chez les personnes sans trouble mental.

Meehan et al. (28) observe chez 8% des schizophrènes auteurs d'homicide la prise d'une drogue peu de temps avant le meurtre.

Chez les auteurs de récidive d'homicide, Golenkov et al. (37) retrouvent chez 56.2% des schizophrènes une intoxication par le biais d'une substance au moment des faits.

### **L'arme :**

Selon les études, la nature du moyen léthal dans l'homicide pathologique diffère.

Il est à noter que, notamment pour les armes à feu, il faut tenir compte des législations qui diffèrent selon le pays où est menée l'étude.

Nous avons classé ci-après, par ordre de fréquence, les armes les plus couramment utilisées ((27, 28, 30, 31, 35, 48) :

- l'arme blanche ou un objet tranchant est le moyen létal le plus représenté dans les homicides pathologiques, allant de 11 à 60% en fonction des études.
- l'arme à feu est retrouvée dans 5 à 36 % des cas,
- les coups ou matraquages dans 14 à 22% des cas,
- la strangulation dans 9 à 11% des cas ; selon Richard-Devantoy et al. (44), il s'agit d'un mode opératoire plus fréquemment retrouvé chez les schizophrènes,
- l'immolation dans 1.4 à 7% des cas,
- les objets contondants dans 7% des cas.

### **Le lieu du crime :**

Pour Richard-Devantoy et al. (31) les principaux lieux du crime sont : le domicile de la victime (58.2%), la voie publique (30.3%) et le domicile de l'auteur (11.5%).

Dans l'étude de Nielssen et al. (35), les victimes inconnues sont davantage tuées dans les lieux publics que les victimes intrafamiliales (57% vs 10%) et inversement pour le domicile des victimes ou leur lieu de travail (19% vs 49%).

### **L'acharnement post mortem :**

Dolan et Parry (47) trouvent des éléments de sauvagerie et des mutilations dans 12% des cas.

Dans l'étude de Richard-Devantoy et al. (31), l'acharnement est rare (4.9%).

Nielssen et al. (35) retrouvent une violence excessive dans 29% des cas sur les victimes inconnues et 45% des cas sur les victimes intrafamiliales.

### **Les conduites post-homicide :**

Peu d'études rapportent les conduites faisant suite au passage à l'acte.

L'étude de Vielma et al. (42) ainsi que celle de Dolan et Parry (47) notent que 40 à 50% des meurtriers pathologiques appellent les secours ou attendent sur le lieu du crime après les faits.

Dans l'étude de Richard-Devantoy et al. (44), chez les meurtriers souffrant de schizophrénie, 35.7% ont appelé les secours, 21.4% ont maquillé la scène de crime.

La majorité des auteurs ont fui après les faits (64.3%) tandis que 35.7% sont restés sur place. Enfin 10% des auteurs ont tenté de se suicider après l'homicide.

Entre 10 à 17% des auteurs d'homicide souffrant de schizophrénie vont tenter de se suicider à la suite du passage à l'acte (23,44)

### **La responsabilité pénale :**

Shaw et al. (22), notent, pour 62 % des meurtriers, une atténuation de responsabilité.

45% de l'ensemble des auteurs qui présentaient une maladie mentale ont été incarcérés à la suite du meurtre.

Dans l'étude de Meehan et al. (28), 64% des schizophrènes ont bénéficié d'une atténuation de responsabilité, 19% ont été incarcérés.

Dans la recherche de Nielssen et al. (35) seulement 5 à 7% des meurtriers psychotiques ont été responsabilisés.

L'étude de Simpson et al. (29) mentionne que 52% des meurtriers ayant un trouble psychotique ont été reconnus non coupables en raison de troubles mentaux, contre 4% chez les auteurs ayant un trouble mental non psychotique.

Richard-Devantoy et al. (31) retrouvent chez les schizophrènes auteurs de meurtres une irresponsabilité pénale dans 64.3% des situations et une atténuation de responsabilité dans 28.6% des cas.

Dans ces différentes études, on peut constater que, quel que soit le pays, les personnes souffrant de troubles psychotiques, et notamment les schizophrènes, bénéficient pour la majorité d'une irresponsabilité pénale.

Cependant entre un tiers et près de la moitié des auteurs d'homicide souffrant de troubles mentaux sont incarcérés.

On ne peut que supposer la difficulté d'accès au dispositif de soins psychiatriques en milieu carcéral pour ces patients, ne serait-ce que par la surreprésentation dans la population pénitentiaire des troubles mentaux.

En 2002, une étude menée par Fazel et Danesh (49) note chez une population de 23 000 détenus, 3.7-4% de troubles psychotiques chroniques, 10-12% de troubles dépressifs et 42-65% de troubles de la personnalité dont 47% de type antisocial.

Dans les prisons françaises, Falissard et Rouillon (50) retrouvent en 2006 une prévalence de 3.6-8% pour les troubles schizophréniques, 1.6-8% pour les psychoses non schizophréniques et 34-40% de troubles dépressifs.

Concernant les passages à l'acte autolytique, les détenus se suicident 6 fois plus que la population générale ; 15% des passages à l'acte ont lieu dans les dix premiers jours d'emprisonnement (51).

#### 1.4.5 Les caractéristiques de la victime et son niveau de relation à l'agresseur :

Shaw et al. en 1999 (22) observent de manière significative, une prédominance de victimes féminines dans l'homicide pathologique comparé à l'homicide « *commun* » (58% vs 24%).

L'âge de la victime est de 39 ans en moyenne et il s'agit d'un inconnu dans seulement 7% des cas.

Chez les auteurs dépourvus de maladie mentale, les victimes sont inconnues dans 25% des cas.

Erb et al. en 2001 (23) retrouvent sur une population de 313 schizophrènes meurtriers, 23% de victimes inconnues, 24 % de victimes sans lien de parenté mais connues de l'agresseur et 53% de victimes intrafamiliales.

Dans près de 14% des cas, il existe plusieurs victimes.

Dans l'étude menée à Singapour par Koh et al. (27) sur 110 meurtriers, 86% des victimes étaient connues de l'agresseur.

Malheureusement ce chiffre englobe l'ensemble des auteurs d'homicide et n'est donc pas représentatif des homicides commis uniquement par des personnes souffrant de troubles mentaux.

Meehan et al. en 2006 (28) retrouvent pour les auteurs d'homicide souffrant de schizophrénie des victimes plus âgées que les non-schizophrènes (44 ans vs 35 ans).

Les victimes sont plus souvent des femmes (40% vs 28%,  $p=0.02$ ), majoritairement des personnes de la famille, un conjoint ou ex-conjoint (55% vs 33%,  $p<0.001$ ).

Elles ne sont des connaissances que dans 22% des cas et des inconnus dans seulement 14% des situations.

Nielsens et al. en 2007 (30) retrouvent également chez les auteurs d'homicide souffrant de troubles psychotiques une minorité de victimes inconnues (10%).

Richard-Devantoy et al. en 2009 (31), établissent un profil de victime qui diffère en fonction de la pathologie mentale :

- auteurs schizophrènes : parricides, connaissances et victimes inconnues.
- auteurs déprimés ou mélancoliques : infanticides, libéricides et uxoricides.
- auteurs délirants paranoïaques : parricides, uxoricides et connaissances.

Il n'est pas retrouvé de victime spécifique lorsque le meurtrier présente un trouble de la personnalité ou un trouble de l'usage d'alcool, sans trouble mental grave associé.

Lorsque l'homicide est commis par une personne ayant une schizophrénie, la victime reste connue de l'auteur dans la majorité des cas (86%).

Dans la littérature peu d'auteurs ont réalisé des études comparatives d'auteurs d'homicide en fonction de leur niveau de relation à la victime.

Il nous paraît important d'en mentionner les principaux résultats.

En 2004, Shaw et al. (40) ont réalisé une étude longitudinale sur 30 ans au Royaume-Uni comparant les auteurs d'homicide sur victimes inconnues et connues sur une population de 1 594 auteurs d'homicides.

Les meurtriers sur victimes inconnues étaient de manière significative plus souvent des hommes (99% vs 86%,  $p < 0.001$ ), plus jeunes (68% vs 47% âgé de 18 à 30 ans,  $p < 0.001$ ).

Les victimes étaient plus souvent des hommes (87% vs 64%,  $p < 0.001$ ), tuées par des coups (36% vs 14%,  $p < 0.001$ ).

Chez les auteurs d'homicide sur victimes connues, le moyen létal le plus retrouvé était l'arme blanche (40%) et ces derniers usaient davantage de la strangulation que les auteurs sur victimes inconnues (12% vs 5%,  $p < 0.001$ ).

Sur le plan psychiatrique, les auteurs à victimes connues présentaient davantage de troubles mentaux (50% vs 34%,  $p < 0.001$ ) et d'antécédents de soins psychiatriques (24% vs 16%,  $p = 0.006$ ).

Même s'il y avait davantage de schizophrènes chez les auteurs à victimes connues (8% vs 5%) il n'était pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes pour cette variable.

En revanche, lors du passage à l'acte les auteurs à victimes connues étaient moins alcoolisés (41% vs 56%,  $p = 0.001$ ) et moins sous l'emprise de drogues (12% vs 24%,  $p < 0.001$ ).

Dans l'étude de Nielssen et al., en 2011 (35), comparant les personnes psychotiques auteurs d'homicide sur victimes intrafamiliales et victimes inconnues, il n'est pas retrouvé de différence significative entre les groupes à victimes inconnues et intrafamiliales pour ce qui est de l'âge de la victime (entre 36.7 et 42.6ans) et la présence de multiples victimes (dans 19 à 16% des homicides).

En revanche, les victimes d'homicides intrafamiliaux sont majoritairement des femmes (64% contre 36% des victimes inconnues).

Les auteurs d'homicide sur personnes inconnues sont, significativement, plus souvent des hommes sans domicile fixe.

Ils ont plus souvent un diagnostic de trouble grave de la personnalité de type antisocial (OR=3.4, IC 95% [1.27-9.42]), une histoire développementale en faveur d'un trouble des conduites (OR=3.69, IC 95% [1.27-10.7]) et moins de symptômes psychotiques négatifs au moment de l'homicide (OR=0.41, IC 95% [0.17-0.99]).

Le lieu de l'homicide est plus rarement le domicile ou le lieu de travail de la victime.

Les deux groupes ne présentent pas de différence significative en ce qui concerne : leur statut marital, leur activité professionnelle, les antécédents de violences commises, les antécédents d'agressions sexuelles subies dans l'enfance, l'usage d'une substance ou l'usage d'une violence excessive au moment des faits.

Sur le plan clinique, il n'était pas non plus retrouvé de différence significative concernant la durée de la maladie, la fréquence des symptômes psychotiques positifs (que ce soit en matière de fréquence, de mécanisme ou de thème), la prise d'un traitement antipsychotique au moment des faits ou un contact récent avec les soins psychiatriques.

On ne peut que constater la multiplicité des facteurs de risque éventuels d'homicide à prendre en compte chez les personnes souffrant de maladie mentale, notamment chez la personne souffrant de schizophrénie.

Nous citerons pour finir, et cela dans un objectif de synthèse, la revue de la littérature de Richard-Devantoy et al. (44), parue en 2013, traitant des principaux facteurs associés au risque d'homicide dans la maladie schizophrénique.

Chez ces patients, les facteurs retrouvés comme étant associés au risque de commettre un homicide sont :

- les facteurs de risques sociodémographiques, le jeune âge, le sexe masculin et le bas niveau socio-économique,
- les antécédents d'hétéro-agressivité,
- les facteurs contextuels, un évènement de vie stressant dans l'année précédant l'acte violent,
- un trouble de l'usage de substances et principalement l'alcool, avec un risque d'homicide multiplié par 8 et multiplié par 2 chez le schizophrène sans comorbidité.
- les facteurs dynamiques cliniques : une symptomatologie psychotique aiguë, une longue durée de psychose non traitée et une mauvaise observance médicamenteuse.

## **2. Risque de violence et schizophrénie :**

### **2.1 Données épidémiologiques actualisées sur le risque de violence des personnes souffrant de schizophrénie**

Le concept de dangerosité, né au milieu du XIXe siècle dans un contexte de défense sociale et de souhait de protection de la population contre le crime, a été introduit par Garofalo R, magistrat et juriste italien, élève de Lombroso C.

Il s'agit d'une notion complexe pour laquelle on peut identifier deux entités particulières, à savoir la dangerosité criminologique et la dangerosité psychiatrique.

Il n'existe toujours pas, à ce jour, de définition consensuelle de la dangerosité criminologique.

Cependant toutes les définitions s'accordent pour définir la dangerosité criminologique par : l'absence de pathologie psychiatrique et l'existence d'un risque de récidive ou de réitération d'une nouvelle infraction, empreinte d'une certaine gravité (52).

Le rapport de la commission Santé-Justice présidée par Burgelin, en juillet 2005 (53), cite Debuyst, qui définit la dangerosité dans son acception criminologique comme « *un phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens* ».

Nous rapporterons également la définition de Bénézech, figurant dans un article de Bourgeois et Bénézech paru en 2001 (54), qui semble être l'une des plus claire et précise.

Il s'agit d'après l'auteur, d'un « *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.* ».

La dangerosité psychiatrique s'avère être, quant à elle, un symptôme lié à la pathologie mentale dont souffre l'auteur du passage à l'acte violent.

Toujours dans le rapport de la commission Santé-justice de 2005 (53), la dangerosité psychiatrique est définie 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.* »

La distinction entre dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique n'est actuellement pour certains auteurs pas opérante pour apprécier le degré de dangerosité d'un individu. Pour Bénézech, « *les personnes à haut risque criminel sont celles qui souffrent de la sommation de handicaps médico-psychologiques et de handicaps sociaux. La dangerosité dite « criminologique » est donc étroitement corrélée à la dangerosité dite « psychiatrique », les prédictors d'actes criminels étant, en pratique, communs à ces deux catégories classiques d'état dangereux* » (54).

Déjà dans les premiers écrits qui ont fondé la clinique psychiatrique, des auteurs tels que Pinel dans sa description de « *la manie sans délire* » et Esquirol, élève de Pinel, dans l'établissement d'une classification des « *monomanies* », ont réalisé des analyses cliniques particulièrement pertinentes et utiles sur la violence des malades mentaux.

Durant de longues années la dangerosité et les troubles mentaux étaient quasiment confondus.

Malgré la publication de nombreuses études internationales rapportant que le risque de commettre des actes violents était attaché à de multiples facteurs et que la maladie mentale était peu incriminée dans ces cas, l'opinion de la société reste inchangée.

En France, l'enquête Ipsos de 2014 (55) étudiant la représentation spontanée des pathologies psychiatriques dans le grand public rapporte que pour 45 % de la population française un patient atteint de schizophrénie représente un danger pour les autres.

La dangerosité est une notion souvent critiquée parce qu'elle est floue, complexe, plurielle et relative, variable dans le temps et en fonction des circonstances.

Nous verrons justement que la plupart des études actuelles portent plutôt sur le risque de violence et son évaluation.

### 2.1.1 Les études de prévalence en population générale :

Aux États-Unis, Swanson *et al.* en 1990 (56) ont recherché les violences auto-rapportées envers autrui chez 10 059 individus au cours de l'année précédente.

12,7 % des personnes présentant une schizophrénie avaient un antécédent de violence au cours de l'année.

La proportion n'était que de 8.4% sans abus d'alcool ou de substance et augmentait à 30,3 % s'il existait cette comorbidité.

Seulement 2,1 % des individus indemnes de tout trouble mental avaient rapporté des comportements violents.

Une étude longitudinale Suédoise dirigée par Lindqvist et Allebeck en 1990 (57) à partir de dossiers judiciaires, a suivi, de 1972 à 1986, 644 patients souffrant de schizophrénie.

Ils ont retrouvé que ces individus avaient quatre fois plus de risque de commettre une infraction avec violence que la population générale.

Il est intéressant de noter que la plupart des violences enregistrées étaient qualifiées de mineures.

L'étude de Stueve *et al.* en 1997 (58) menée sur une population de 2 678 israéliens, retrouve que 29 % des patients ayant un trouble psychotique ont présenté un comportement violent dans les cinq dernières années alors que la prévalence était de 8 % chez les individus sans pathologie psychiatrique.

En 2004, Wallace et al. (59) ont comparé la prévalence de la violence chez 2 861 patients souffrant de schizophrénie et 2 861 individus de la population générale.

Les résultats ont montré que le risque de violence est significativement plus élevé dans le groupe de patients schizophrènes avec respectivement, pour les deux populations d'étude, une proportion d'actes agressifs de 8,2 % contre 1,8 %.

Dubreucq et al. (60) en 2005, dans une revue de la littérature regroupant une vingtaine d'études depuis 1990 rapportent que les troubles mentaux graves s'accompagnent d'un risque d'hétéro-agressivité physique beaucoup plus élevé que celui de la population générale, indépendamment de la prise d'une substance addictive.

En effet, la prévalence de la violence apparaît 4 fois plus importante chez les patients présentant une schizophrénie que chez les sujets sans pathologie psychiatrique.

Par ailleurs, la consommation d'alcool et de drogue augmente le risque de violence physique.

En 2006, Swanson et al. (61) ont évalué et interrogé une population de 1 410 individus souffrant de schizophrénie sur les actes de violence commis dans les 6 mois précédant l'étude.

La prévalence était de 19.1 % pour les actes de violence mineure (agression sans arme ou n'entraînant pas de blessure) et de 3.6 % pour les violences sévères (violences entraînant des blessures, violences ou menaces avec armes et agressions sexuelles).

Elbogen et Johnson (62) en 2009, ont recherché à partir d'une population de 34 653 sujets, le lien entre les comportements violents et les troubles mentaux majeurs (schizophrénie, trouble bipolaire de l'humeur et dépression).

En effet, après contrôle des facteurs sociodémographiques et cliniques, la maladie mentale n'était pas en elle-même retrouvée comme prédictive de comportements violents.

En revanche son association à des antécédents de comportements violents et un abus de substance augmente considérablement le risque de commettre des violences.

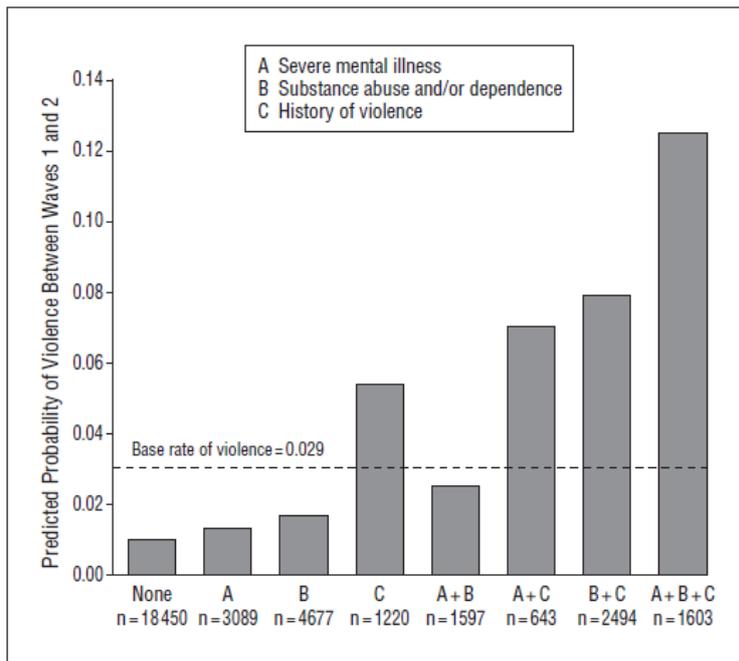


Figure 1 : Probabilité de commettre des violences en fonction des facteurs de risques isolés ou cumulés (Elbogen et Johnson 2009) (62)

En 2009, Fazel et al. (63) ont réalisé une étude longitudinale sur 8 003 individus ayant un diagnostic de schizophrénie et sur une population témoin de 80 025 personnes. Des crimes violents sont rapportés chez 13.2 % des personnes souffrant de schizophrénie contre 5.3 % chez la population témoin.

Le risque de commettre une infraction est multiplié par 2 chez les schizophrènes, comparé à la population générale.

Le risque est surtout augmenté en cas de comorbidité d'abus de substance avec un odds ratio à 4,4 contre 1,2 quand il n'y a pas d'abus.

Au vu de ces résultats, les auteurs en concluent que la schizophrénie est associée à une augmentation du risque d'infractions avec violence, mais principalement en cas de comorbidité d'abus de substance.

En 2009, Fazel et al. (64) ont réalisé une méta-analyse à partir de 20 études, parues entre 1970 et 2009.

L'objectif était de déterminer à partir d'une population de 18 423 individus atteints de schizophrénie le risque de violence, comparé à celui observé dans la population générale.

Il est retrouvé un risque significativement plus important de comportement violent chez les personnes souffrant d'un trouble schizophrénique.

Ce risque est de 1 à 9 fois plus important chez l'homme (OR = 4, IC 95 % [3,0-5,3]) et de 4 à 29 fois plus important chez la femme (OR = 7,9, IC 95 % [4,0-15,4]).

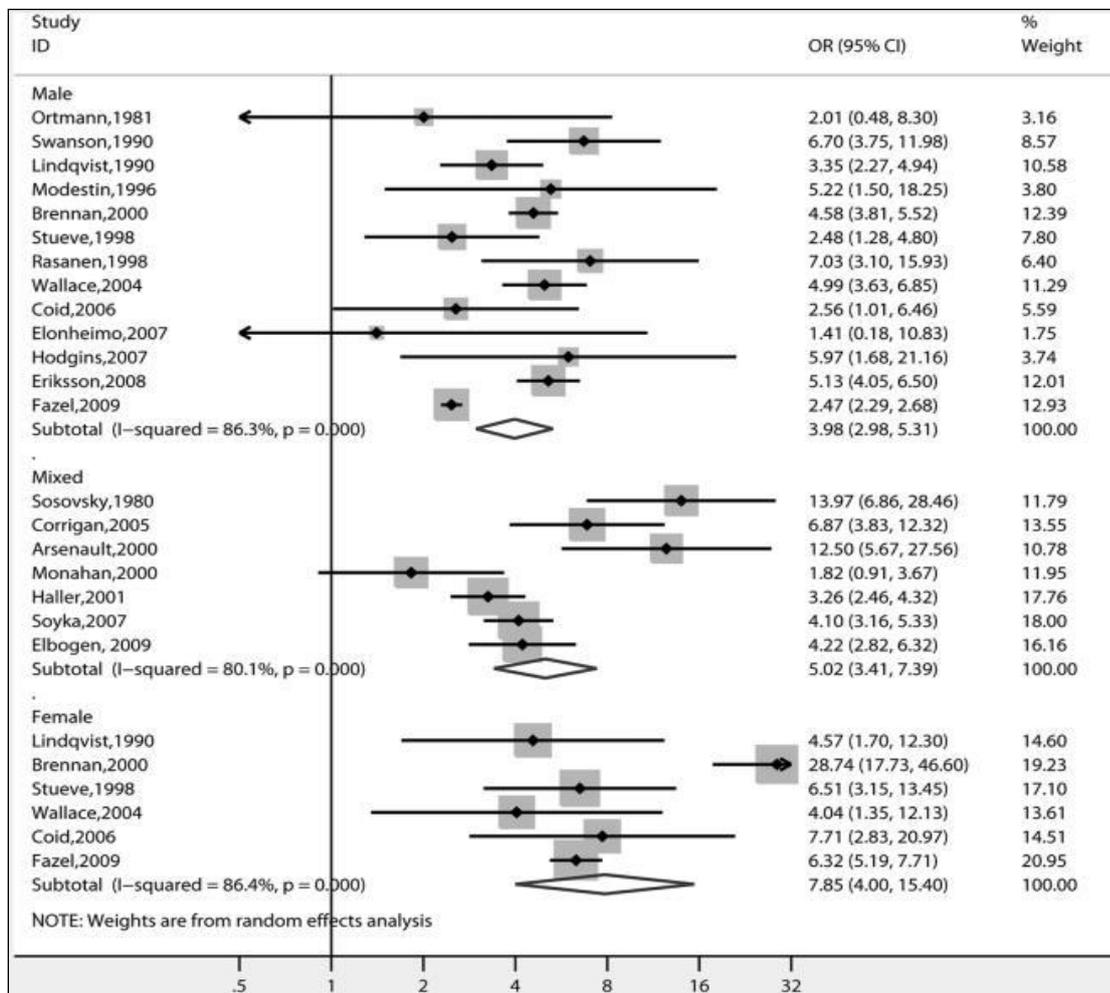


Figure 2 : Risque de violence chez les personnes souffrant de schizophrénie ou de psychose non-schizophrénique en fonction du genre (Méta-analyse Fazel et al. 2009) (64)

Toujours dans la même année, Fazel et Yu (65) ont publié une méta-analyse de 27 études s'intéressant aux récurrences de passages à l'acte violent.

Une population cumulée de 3 511 personnes souffrant de troubles psychotiques a été comparée à une population d'individus présentant d'autres troubles psychiatriques (n=5 446), ainsi qu'à une population indemne de maladie mentale (n=71 552).

Les auteurs notent une augmentation du risque de récurrence de passages à l'acte violent chez les personnes psychotiques par rapport à la population sans pathologie psychiatrique (OR=1.6, IC 95% [1.4-1.8]).

En revanche, il n'est pas retrouvé de différence significative en comparaison aux personnes ayant une pathologie psychiatrique non psychotique (OR=1, IC 95% [0.7-1.3])

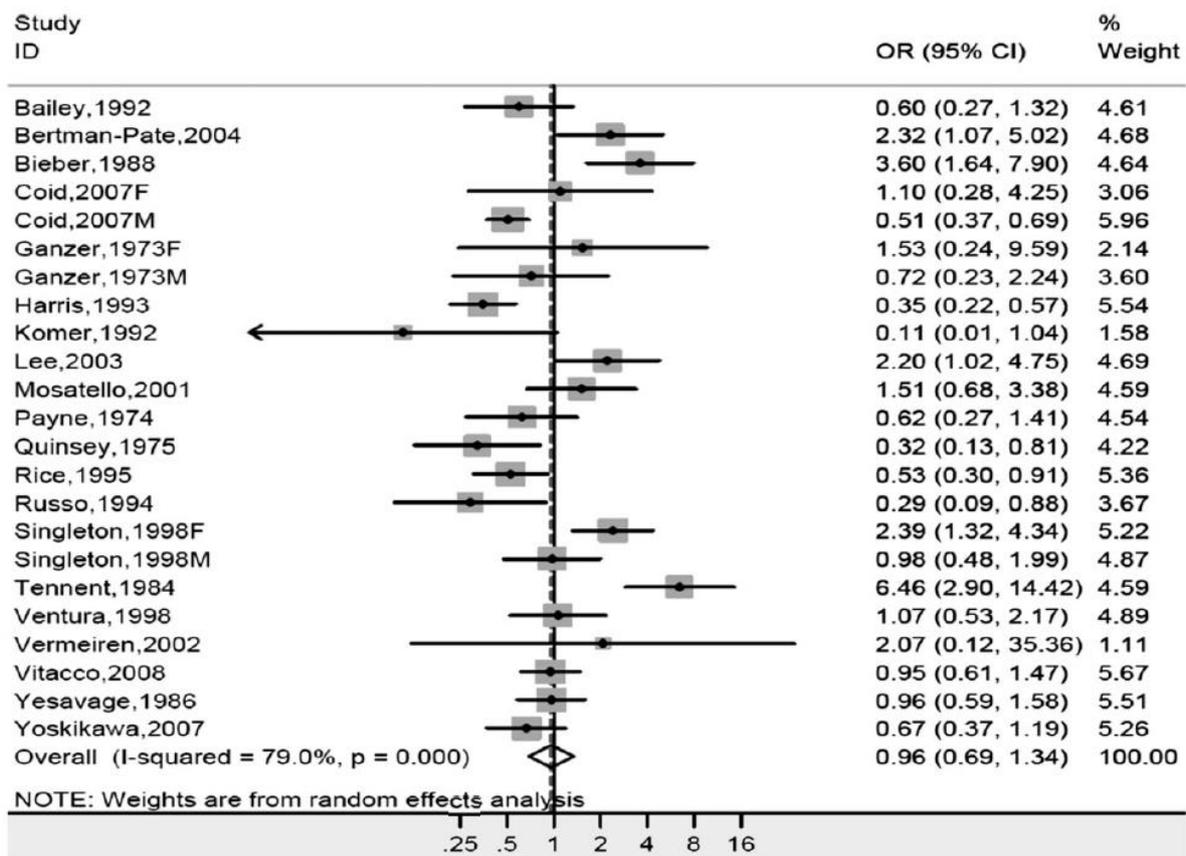


Figure 3: Risque de récurrence de violence chez les personnes souffrant de troubles psychotiques comparé aux personnes ayant d'autres troubles psychiatriques (Méta-analyse Fazel et Yu, 2009) (65)

En 2011, Yee, Large et Nielssen (66) ont réalisé une étude regroupant plusieurs séries de cas de violences graves dans un état australien de 2006 à 2007.

Sur les 661 individus auteurs de violences, 11 % avaient un diagnostic de trouble psychotique.

Chez ces personnes souffrant d'un trouble psychotique, 22 % n'avaient jamais reçu de traitement antipsychotique et pouvaient être considérés comme présentant un premier épisode psychotique.

Volavka en 2013 (67) a réalisé une revue de la littérature sur la violence chez les patients présentant un trouble bipolaire ou une schizophrénie.

Son enquête montre une augmentation significative de cette dernière chez les individus atteints de troubles mentaux par rapport à la population générale.

Le risque de violence (toute gravité confondue) est rapporté comme ayant tendance à être plus important chez les personnes souffrant d'un trouble bipolaire (majoritairement en phase maniaque) que chez ceux souffrant d'une schizophrénie.

### 2.1.2 Les études portant sur les cohortes de naissance

En 1992, Hodgins et al. (68) ont suivi une cohorte de naissance de 15 117 individus jusqu'à l'âge de 30 ans.

Ils ont retrouvé que les personnes atteintes de troubles mentaux graves avaient respectivement, pour les hommes 2,5 fois plus et pour les femmes 5 fois plus de risque d'être condamnées pour une infraction criminelle, que les personnes ne présentant aucune pathologie psychiatrique.

Elles avaient également, pour les hommes 4 fois plus et pour les femmes 27 fois plus de risque d'être condamnées pour un passage à l'acte violent, que les personnes dépourvues de troubles mentaux.

Malheureusement cette étude n'a pas différencié les pathologies psychiatriques.

En 1996, Hodgins et al. (69) ont réalisé une nouvelle étude de cohorte de naissance sur 324 401 individus, suivis jusqu'à l'âge de 43 ans.

Ils ont mis en évidence que les personnes hospitalisées dans un service psychiatrique, avaient plus de risque d'avoir été condamnées pour une infraction criminelle, que les personnes sans antécédent d'hospitalisation psychiatrique.

Tiihonen et al. (70) en 1997 se sont intéressés au risque de comportements criminels chez les personnes présentant une maladie mentale grave.

Il s'agit d'une étude prospective de 26 ans portant sur 12 058 sujets.

Pour les individus atteints de schizophrénie, le risque de commettre une infraction est multiplié par 3 comparé à la population générale.

Ce risque est 7.2 fois plus important en cas d'infraction violente.

Les auteurs mettent aussi en avant l'influence de l'abus de substance sur le risque de passage à l'acte violent, l'odds ratio passant de 3.6 à 25.2 en cas de consommation de substances.

En 2000, Brennan et Hodgins (71) ont réalisé une étude de cohorte portant sur tous les individus nés entre 1944 et 1947 au Danemark (n = 358 180).

Leur objectif était d'examiner le lien entre chaque trouble mental et la violence criminelle, notamment les condamnations pour violence et les hospitalisations en milieu psychiatrique.

Les résultats ont montré une relation positive significative entre les troubles mentaux majeurs ayant nécessité une hospitalisation et la violence criminelle.

Chez les personnes souffrant de schizophrénie, après contrôle des facteurs sociodémographiques, du trouble de l'usage de substances et des troubles de la personnalité, l'odd-ratio était de 2 chez les hommes et de 7 pour les femmes, comparé à la population générale.

En 2000, Arseneault et al. (72) ont mené une étude en Nouvelle-Zélande sur la prévalence des troubles mentaux et des passages à l'acte violent chez 961 individus de moins de 21 ans.

Les personnes présentant une schizophrénie sans cooccurrence d'un trouble de l'usage des substances avaient, 2,5 fois plus de risque, d'avoir présenté un épisode de violence (IC 95% [1,1-5,7]).

Erikson et al. ont publié en 2010 (73) une étude prospective sur 35 ans auprès de 49 398 individus conscrits dans l'armée suédoise. 377 personnes, soit 0.8 %, ont présenté un diagnostic de schizophrénie. Parmi elles, 24.7 % ont été condamnées pour infractions avec violence grave contre 6% des sujets non schizophrènes.

Les auteurs retrouvent que la schizophrénie multiplie par 7 le risque de condamnation pour violence hétéro-agressive. Ce risque est multiplié par 25 en cas de consommation d'alcool, contre 2 à 3 en l'absence de cette comorbidité.

En 2014, Fazel et al. (74) réalisent une étude auprès de l'ensemble des Suédois pour lesquels un diagnostic de schizophrénie a été posé entre 1972 et 2009, soit une population de 24 297 patients. L'objectif est de déterminer le taux de crimes violents et de suicides dans cette population, ainsi que d'en identifier les facteurs de risques principaux. Dans les 5 ans qui ont suivi l'annonce du diagnostic, 10.7% des hommes et 2.7% des femmes souffrant de schizophrénie ont commis un crime violent.

Les odds ratios pour crimes violents chez ces patients, comparés à la population générale, sont de 6.6 (IC 95%, [6.3-6.9]) pour les hommes et de 14.9 (IC 95%, [13.2-16.8]) pour les femmes.

Les facteurs de risque de commettre des faits de violence chez ces patients sont dans cette étude :

- pour les variables sociodémographiques, avoir de faibles revenus et être né à l'étranger,
- pour les variables individuelles avant l'établissement du diagnostic de schizophrénie, avoir des antécédents de violences commises, avoir un trouble de l'usage d'alcool ou d'autres substances et, seulement chez les hommes, l'existence d'automutilations.
- Les auteurs constatent que ces mêmes facteurs de risque sont retrouvés dans les passages à l'acte suicidaire.

Witt, Lichtenstein et Fazel (75) ont réalisé une étude, récemment publiée en mai 2015, ayant pour objectif principal l'identification des facteurs de risques criminologiques les plus associés à la violence dans la schizophrénie.

Elle a été menée auprès d'une cohorte de naissance de 13 806 schizophrènes suédois pour lesquels il a été recherché, sur 12 ans, les éventuels passages à l'acte violent.

Sur cette période, 17.3% des hommes et 5.7% des femmes souffrant de schizophrénie ont commis au moins un acte violent.

Les antécédents criminels les plus fortement associés au risque de commettre des violences ultérieures, et ce, quel que soit le sexe sont :

- une condamnation antérieure pour voie de fait,
- une condamnation pour infraction avec violence,
- avoir déjà été incarcéré,
- avoir déjà été condamné pour menace ou intimidation sur autrui,
- détenir une arme.

Cependant, après ajustement en fonction de l'âge et d'une comorbidité de trouble de l'usage de substance, seul le fait d'avoir déjà été condamné pour une infraction avec violence reste prédictif d'un passage à l'acte violent chez le schizophrène.

Sur les hommes qui avaient des antécédents judiciaires avant l'apparition de la maladie (50.6%), une proportion de 23.3% a commis un nouvel acte criminel sur la période de suivi.

Les infractions les plus retrouvées étaient :

- les menaces (48%),
- les voies de fait (32.4%),
- les agressions sexuelles (5.4%),
- les violences graves (3.7%),
- les vols (3.4%),
- les incendies volontaires (3%),
- les homicides (2.9%),
- et les kidnappings (1.2%).

Les auteurs concluent, qu'à ce jour, le facteur le plus prédictif d'un passage à l'acte violent chez une personne ayant un diagnostic de schizophrénie est d'avoir été condamné, par le passé, pour des faits de violence.

Risk factors measured prior to diagnosis	Violent, <i>n</i>		Non-violent, <i>n</i>		Hazard ratio (95% CI)	z	P
	With risk factor	Without risk factor	With risk factor	Without risk factor			
Conviction for assault	280	1255	522	6834	3.1 (2.7–3.6)	17.1	<0.001
Conviction for a violent offence	509	1026	1102	6254	3.1 (2.8–3.4)	20.5	<0.001
History of imprisonment (juvenile and/or adult)	267	1268	543	6813	2.9 (2.6–3.3)	15.8	<0.001
Conviction for illegal threats and/or intimidation	220	1315	479	6877	2.7 (2.4–3.1)	13.6	<0.001
Conviction for weapon use	119	1416	267	7089	2.5 (2.1–3.1)	9.7	<0.001
Mother convicted of a violent offence	23	1512	41	7313	2.5 (1.7–3.8)	4.4	<0.001
Conviction for a non-violent offence	803	732	2303	5053	2.4 (2.2–2.7)	17.4	<0.001
Most recent conviction for a violent offence	240	1295	631	6725	2.2 (1.9–2.5)	11.1	<0.001
One or more conviction/s under 18 years of age	329	1206	926	6430	2.0 (1.8–2.3)	11.5	<0.001
Parent convicted of a violent offence	115	1420	312	7042	1.9 (1.6–2.3)	6.5	<0.001
Most recent conviction for a non-violent offence	506	1029	1545	5811	1.8 (1.6–2.0)	10.7	<0.001
Father convicted of a violent offence	96	1439	279	7075	1.8 (1.4–2.2)	5.4	<0.001
Conviction for a sexual offence	24	1511	82	7274	1.7 (1.1–2.6)	2.7	<0.01
Age at first conviction for any offence <sup>b</sup>					1.0 (1.0–1.0)	2.5	<0.05
Age at first conviction for a violent offence <sup>c</sup>					1.0 (1.0–1.0)	-2.8	<0.01

a. Risk factors ranked in descending order according to hazard ratio (HR) magnitude. For risk factors measured continuously, numbers with and without the risk factor cannot be calculated.  
b. Rounding to two decimal places, HR=1.01, 95% CI 1.00–1.02.  
c. Rounding to two decimal places, HR=0.98, 95% CI 0.96–0.99.

Tableau 16 : Associations entre les antécédents criminels et le risque de crime violent chez l'homme schizophrène (Witt, Lichtenstein et Fazel, 2015) (75)

Risk factors measured prior to diagnosis	Violent, <i>n</i>		Non-violent, <i>n</i>		Hazard ratio (95% CI)	z	P
	With risk factor	Without risk factor	With risk factor	Without risk factor			
Conviction for weapon use	9	272	21	4613	8.7 (4.1–18.6)	5.7	<0.001
Conviction for assault	25	256	67	4567	8.5 (5.6–12.9)	10.0	<0.001
Conviction for a violent offence	54	227	160	4474	8.0 (5.9–10.8)	13.4	<0.001
History of imprisonment (juvenile and/or adult)	9	272	26	4608	7.3 (3.6–14.9)	5.5	<0.001
Most recent conviction for a violent offence	39	242	116	4518	7.1 (5.1–10.1)	11.2	<0.001
Conviction for illegal threats and/or intimidation	18	263	56	4578	6.5 (3.9–10.8)	7.2	<0.001
One or more conviction/s under 18 years of age	29	252	127	4507	4.5 (3.0–6.7)	7.4	<0.001
Conviction for a non-violent offence	94	187	566	4068	4.1 (3.2–5.3)	11.2	<0.001
Mother convicted of a violent offence	4	277	23	4611	3.0 (0.9–9.6)	1.8	0.06
Most recent conviction for a non-violent offence	66	215	486	4148	2.9 (2.2–3.9)	7.7	<0.001
Parent convicted of a violent offence	21	260	187	4447	2.0 (1.3–3.2)	3.1	<0.01
Father convicted of a violent offence	18	263	169	4465	1.9 (1.2–3.2)	2.6	<0.01
Age at first conviction for a violent offence <sup>b</sup>					1.0 (1.0–1.1)	1.1	0.26
Age at first conviction for any offence <sup>c</sup>					1.0 (1.0–1.0)	3.8	<0.001

a. As no females were convicted of a sexual offence, this risk factor could not be included. Risk factors ranked in descending order according to hazard ratio (HR) magnitude. For risk factors measured continuously, numbers with and without the risk factor cannot be calculated.  
b. Rounding to two decimal places, HR=1.02, 95% CI 0.98–1.07.  
c. Rounding to two decimal places, HR=1.03, 95% CI 1.01–1.04.

Tableau 17 : Associations entre les antécédents criminels et le risque de crime violent chez la femme schizophrène (Witt, Lichtenstein et Fazel, 2015) (75)

### 2.1.3 Les études sur population spécifique : patients présentant un premier épisode psychotique.

Steinert et al. en 1999 (76), ont étudié les comportements violents chez 221 patients présentant une schizophrénie ou un trouble schizo-affectif, admis lors d'un premier épisode et lors d'une réhospitalisation au cours des deux premières années de la maladie.

75 % des hommes et 53 % des femmes de la population de l'échantillon ont présenté un comportement violent à l'admission ou dans les deux ans suivant le début de leur prise en charge.

Milton et al. en 2001 (77), ont réalisé une étude auprès de 166 patients présentant un premier épisode psychotique.

Ils ont réalisé une évaluation initiale lors de cet épisode et une réévaluation à trois ans ; cela, afin de détecter les passages à l'acte agressif et leurs caractéristiques.

33.1 % des patients ont présenté au moins un passage à l'acte hétéro-agressif et 9.6 % ont présenté au moins un acte violent grave, selon la définition de MacArthur au cours du premier épisode psychotique.

MacArthur, cité dans Steadman et al (78), définit la violence grave comme : les agressions sexuelles, les faits de violence causant des blessures ou impliquant l'utilisation d'une arme.

En 2005, Foley et al. (79), publient une étude dans laquelle ils ont recherché l'incidence et les caractéristiques sociodémographiques et cliniques pouvant être associées aux comportements violents lors d'un premier épisode psychotique ; cela, auprès d'une population de 157 individus dont 96 avaient un diagnostic de schizophrénie.

Un tiers des patients présentant un trouble psychotique était agressif au moment de l'admission et 7 % avaient réalisé un passage à l'acte hétéro-agressif.

Verma et al. en 2005 (80) ont réalisé une étude à Singapour, auprès de 146 patients présentant un premier épisode psychotique et admis à un programme d'intervention précoce pour les troubles psychotiques.

Parmi eux, 13.7 % commettront des violences graves (d'après la définition de MacArthur) (78), et 23.3 % des agressions moins importantes au cours de leur premier épisode psychotique.

En 2007, Dean et al. (81) ont étudié les caractéristiques sociodémographiques et cliniques d'une cohorte de patients présentant un premier épisode psychotique.

40 % avaient été agressifs lors du premier contact avec les services de soins ; parmi eux, la moitié avait commis un passage à l'acte violent sur une tierce personne.

Foley et al. en 2007 (82), dans une étude réalisée en Irlande auprès de 157 sujets ayant un premier épisode psychotique retrouvent 29 % de patients violents avant l'admission en soins psychiatriques, toutes pathologies psychiatriques confondues (schizophrénie, trouble délirant persistant et épisode maniaque à caractéristiques psychotiques).

Dans le sous-groupe des patients souffrant de schizophrénie, 32 % ont réalisé un passage à l'acte violent.

Harris, Large et Nielssen en 2010 (83) ont étudié un échantillon de 85 patients âgés de moins de 26 ans et présentant un premier épisode psychotique.

Ils ont relevé, sur les trois mois précédant la mise en place d'un traitement psychotrope, les événements violents dont les patients avaient été auteurs.

Sur cette population, 43.5 % avaient commis un passage à l'acte agressif et 27.1 % un acte de violence grave avec ou sans arme.

En 2010, Large et Nielssen (84) ont réalisé une méta-analyse à partir de 9 études analysant les faits de violence au cours d'un premier épisode psychotique.

La proportion de violence (tous types confondus) au cours du premier épisode était de 34.5 %, dont 16.6 % de violences graves d'après la définition de MacArthur, (78) et 0.6 % de violences sévères (agressions entraînant des blessures graves nécessitant une hospitalisation ou causant un préjudice physique permanent à la victime).

Dans leur travail en 2011, Nielssen et al. (85), ont réalisé une autre étude où étaient comparées les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de 272 patients présentant un trouble psychotique et qui avaient été jugés non coupables pour un passage à l'acte violent, du fait de leur maladie mentale.

138 patients avaient réalisé un homicide et 134 une tentative d'homicide ou un passage à l'acte ayant induit des blessures graves.

86 % avaient un diagnostic de schizophrénie et 34 % présentaient un trouble de l'usage des substances associé.

46 % des patients ont commis le passage à l'acte au cours d'un premier épisode psychotique.

Ils représentaient 52 % des homicides et 39 % des passages à l'acte non létaux.

Les auteurs concluent que le premier épisode psychotique est une période particulièrement à risque d'homicide ou de passage à l'acte hétéro-agressif grave.

En 2013, Winsper et al. (86), ont réalisé une méta-analyse à partir de 15 études portant sur les agressions commises lors d'un premier épisode psychotique.

La prévalence des agressions, tous niveaux de gravité confondus, avant le premier contact avec un service de soins était de 28 % et 31 % après.

La prévalence des agressions graves était de 16 % avant contact et 13 % après.

Aucune différence significative n'est retrouvée sur les taux d'agressions avant et après l'accès aux soins lors des premiers épisodes psychotiques.

Les auteurs émettent une certaine réserve quant à l'interprétation de ces résultats en raison de l'hétérogénéité de ces recherches et l'absence, à ce jour, d'étude prospective sur le sujet.

Coid et al. en 2013 (87), ont réalisé une étude rétrospective auprès de 458 individus présentant un premier épisode psychotique.

Ils ont recherché les comportements violents perçus comme étant induits par les productions délirantes dans les 12 mois précédant la prise en charge.

La prévalence de la violence dans cette population était de 38 % et 12 % de l'échantillon avait commis des violences graves, selon la définition de MacArthur (78).

Langeveld et al. (88) ont publié en 2014 les résultats d'une étude prospective sur 10 ans, conduite auprès d'une population de 178 individus présentant un premier épisode psychotique et cela, quel que soit le diagnostic posé suite à ce premier épisode (schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble schizo-affectif, trouble bipolaire de l'humeur, épisode psychotique bref).

20 % des sujets ont été appréhendés par les forces de l'ordre ou incarcérés pour des faits de violence sur cette période de 10 ans après le premier épisode psychotique.

Il est retrouvé une diminution progressive de ce type d'évènements au cours du suivi : 11 % au début de la maladie, 6 % à 1 an, 5 % à 5 ans et 2 % à 10 ans.

#### 2.1.4 Synthèse des études

De l'ensemble de ces études, se détachent des résultats intéressants qu'il nous semble important de rapporter.

Malgré l'hétérogénéité des chiffres dans la littérature, comme le souligne Fazel et al. dans une méta-analyse (64), il est retrouvé une augmentation du risque de violence chez les personnes présentant une maladie mentale, et notamment, chez celles souffrant d'une schizophrénie.

Ce risque est d'autant plus élevé lors de l'association d'un abus de substance. Par ailleurs, les antécédents légaux ont été identifiés comme le facteur le plus à risque d'être associé à des comportements violents ultérieurs (75).

Le premier épisode psychotique est une période particulièrement à risque de violences (75, 86).

Selon les études, les faits de violences vont concerner 23.3 % à 43.5 % des individus présentant un premier épisode psychotique et 7 % à 27,1 %, pour les violences graves (65, 79, 80).

Le premier épisode psychotique s'avère être la période la plus à risque chez les personnes souffrant de schizophrénie ; dans certaines études, il représente la phase de la maladie où plus de la moitié des homicides sont commis (66).

Ce point est renforcé par la constatation d'une diminution des agressions commises au fil de l'évolution de la maladie (88).

En 2006, Senon (89) évoque l'importance de ne pas négliger les données sociodémographiques telles que le jeune âge, le sexe masculin, la précarité et l'abus de drogue et d'alcool qui majorent le risque de violence chez un malade mental comme chez quelqu'un indemne de toute pathologie psychiatrique.

Nous allons considérer ci-après, les facteurs associés au risque de violence chez les personnes présentant une maladie mentale et plus particulièrement chez ceux souffrant de schizophrénie.

## 2.2 Les facteurs associés au risque de violence chez les schizophrènes :

De nombreuses études récentes se sont attachées à déterminer des facteurs associés à la dangerosité du patient présentant un trouble mental, afin de repérer des profils symptomatiques susceptibles de favoriser la violence.

Nous allons décrire ces facteurs ci-dessous.

### 2.2.1 Facteurs généraux

#### 2.2.1.1 Facteurs de risques statiques

##### 2.2.1.1.1 Facteurs sociodémographiques

#### **Âge et sexe**

D'après notamment, les travaux de Voyer (90), Swanson (56) et Hodgins (69), le jeune âge, moins de 30 ans, et le sexe masculin sont rapportés comme des facteurs de risque de violence chez les patients présentant un trouble mental comme dans la population générale.

Dans l'étude de Newhill et al. en 1995 (91), les auteurs retrouvent qu'en cas de pathologie mentale, il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes en terme de fréquence ou de gravité des actes violents.

#### **Niveau socio-économique**

Un faible niveau socio-économique, notamment l'absence de logement, le chômage, un milieu défavorisé, est considéré comme un facteur de risque de violence, en particulier chez les patients atteints de schizophrénie (56).

Dubreucq (60) retrouve comme facteurs protecteurs l'existence d'un cadre familial soutenant, d'un support social, d'une attitude positive avec l'autorité et d'un réseau de réhabilitation mis en place à l'extérieur dès la sortie de l'hôpital.

### **Niveau d'éducation**

Le faible niveau scolaire est associé à un taux important de violence chez les patients présentant un trouble mental (56, 92).

#### 2.2.1.1.2 Antécédents de violences et événements de vie

### **Antécédents de violences subies et événements de vie**

De nombreuses études (46, 93, 94) ont mis en évidence les éléments suivants comme des facteurs de risque de dangerosité chez les personnes présentant des troubles psychiatriques, dont la schizophrénie :

- les antécédents de violence physique ou psychique,
- les antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance et l'adolescence,
- le décès d'un membre de la famille durant l'enfance,
- le placement en foyer ou en famille d'accueil dans l'enfance ou l'adolescence,
- une séparation parentale précoce
- et les carences affectives et éducatives.

### **Antécédents de violences agies**

Les antécédents personnels de violence apparaissent comme les meilleurs prédicteurs de violences futures (92).

Bonta et al. (95), en 1998, dans une méta-analyse sur la récidive chez les délinquants atteints de troubles mentaux, ont démontré que les principaux facteurs de risque de répétition de violences étaient les antécédents criminels et les condamnations.

Elbogen et al. (62) ont mis en évidence en 2009 que les antécédents de violence multiplient par 4.14 le risque de violence sévère ultérieure chez les patients présentant des troubles mentaux majeurs ; les antécédents de détention juvénile le multiplient par 2.96.

L'étude de Witt, Lichtenstein et Fazel publiée en 2015 (75), rapporte comme principal facteur de risque de passage à l'acte violent chez les personnes souffrant de schizophrénie, les antécédents de condamnation pour infractions avec violence (Hazard ratio (HZ) = 8.0 ; IC 95% [5.9–10.8],  $p < 0.001$  pour les femmes et HZ = 3.1 ; IC 95% [2.8–3.4] ;  $p < 0.001$ ).

### **Antécédents de troubles des conduites**

Swanson et al. (96) dans une étude en 2008, ont retrouvé que les antécédents de troubles des conduites dans l'enfance augmentent significativement le risque de violence chez les schizophrènes.

La prévalence de comportements violents était de 28.2 % chez ceux qui avaient une histoire de trouble des conduites contre 14.6 % chez ceux qui n'en n'avaient pas.

Hodgins et al. en 2008, (97) retrouvent sur une cohorte de 205 patients atteints d'une pathologie psychiatrique grave, une association positive entre les troubles des conduites avant l'âge de 15 ans et un passage à l'acte agressif.

Il est également retrouvé un risque plus important de condamnations pour crime dans la sous-population des individus ayant eu des troubles des conduites avant l'âge de 15 ans.

Schiffer et al. en 2012 (98) publient une étude dont l'objectif est de rechercher les lésions cérébrales par neuro-imagerie, spécifiquement retrouvées chez les personnes souffrant de schizophrénie et ayant un diagnostic de trouble des conduites dans l'enfance.

Ils retrouvent en comparaison des schizophrènes sans antécédent de trouble des conduites, après contrôle notamment de l'âge et de trouble de l'usage de substance, une augmentation des volumes de la substance grise au niveau de l'hypothalamus, du putamen gauche, du cuneus/precuneus droit et du cortex pariétal inférieur droit.

A l'inverse, ils constatent une diminution de volume dans la région frontale inférieure.

En conclusion les auteurs évoquent, confortés par ces différences constatées en imagerie structurale, l'existence d'un sous type de schizophrénie avec un trouble des conduites prémorbide.

Ces patients nécessitent alors une attention particulière en raison d'un risque accru qu'ils puissent commettre des actes violents après développement de leur maladie schizophrénique.

#### 2.2.1.1.3 Troubles neurologiques

Les atteintes cérébrales, en particulier frontales, comme dans les psychoses chroniques également dites « *déficitaires* », augmenteraient le risque de violence.

Cela, en raison d'une diminution des capacités du contrôle émotionnel et de la gestion de la colère.

En institution, les violences commises par ces patients se singulariseraient par leur caractère répété, impulsif et par l'absence de préméditation ou de cible déterminée (92, 99).

L'épilepsie temporelle a aussi été mise en évidence comme facteur associé au risque de violence.

Elle doit être recherchée devant toute crise colérique, agressive, imprévisible et incompréhensible (90).

Un antécédent de traumatisme crânien peut entraîner des comportements agressifs.

Les caractéristiques de ces agressions incluent une faible planification, une réaction explosive, des épisodes agressifs entrecoupés de périodes calmes et un sentiment de remord secondaire (90).

Dans l'étude de cas de Le Bihan et Bénézech en 2005 sur la récurrence d'homicide (93), 42 % des auteurs présentaient un antécédent de traumatisme cérébral.

Dans les populations de patients gériatriques atteints d'une pathologie psychiatrique, la démence sénile ou psychotique semble induire davantage de comportements agressifs (90).

### 2.2.1.2 Facteurs de risques dynamiques

#### 2.2.1.2.1 Abus de substances psychoactives

Vacheron, dans l'audition publique sur la dangerosité psychiatrique en 2011, (92) rappelle que les études jusqu'à ce jour, mettent en évidence une augmentation du risque de violence chez les patients présentant un trouble mental associé à un trouble de l'usage des substances.

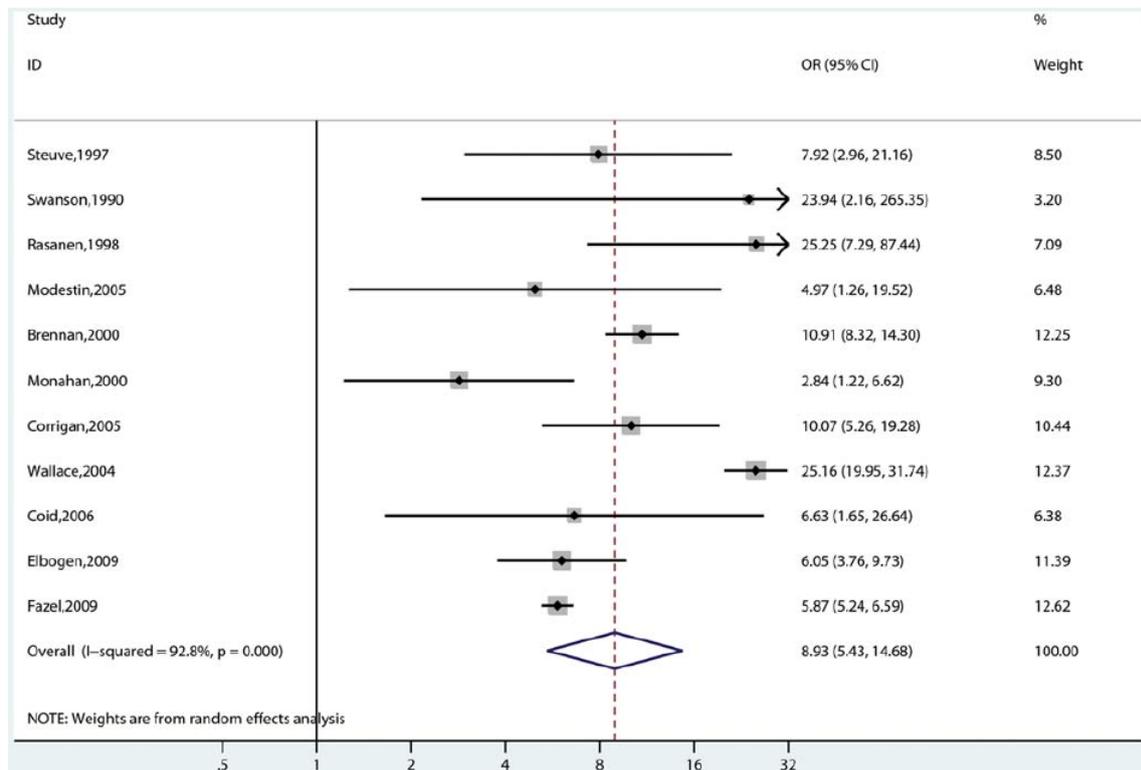
Swanson et al. (56), en 1990, retrouvent que, la proportion des patients schizophrènes avec une comorbidité d'abus des substances et présentant un antécédent de violence dans l'année, était 2,4 fois plus importante que celle des patients schizophrènes ne présentant pas ce facteur de risque.

Elbogen et al. (62), en 2009, retrouvent un risque de violence multiplié par deux chez les patients schizophrènes présentant un abus d'alcool.

Dans l'étude de Fazel et al. (63), en 2009, le risque de violence était multiplié par trois en cas de troubles schizophréniques associés à un usage des substances, en comparaison avec les patients ne consommant pas de toxiques.

Dans la méta-analyse de Fazel et al. publiée en 2009 (64), la consommation d'alcool et de substances addictives augmente aussi significativement la prévalence de la violence.

L'odd ratio étant de 2,1 (IC 95 % [1,7-2,7]) en l'absence d'abus de substances et de 8,9 (IC 95 % [5,4-14,7]) en présence de cette comorbidité.



**Tableau 18: Risque de violence chez les personnes présentant une schizophrénie et une comorbidité d'abus de substance (Méta-analyse de FAZEL et al. 2009) (64)**

### 2.2.1.2.2 Facteurs liés aux soins

#### **Insight**

Un faible niveau d'insight, notamment en sortie d'hospitalisation, est significativement associé à l'émergence de comportements violents et criminels (92).

L'étude de Buckley et al. (100), en 2004, réalisée auprès de 115 individus schizophrènes ayant présenté des passages à l'acte violent, retrouve un bas niveau d'insight en comparaison avec le groupe témoin.

Les résultats de Marleau et al. (101) en 2003, montrent que le déni partiel ou total de la maladie du patient par ses proches augmenterait le risque de violence.

Dans l'étude de Foley et al. en 2005 (79), les violences se déroulant dans la semaine suivant l'admission, chez des personnes présentant un premier épisode psychotique sont associées à un faible niveau d'insight.

### **Adhésion aux soins et approche thérapeutique médicamenteuse:**

Une rupture de la continuité des soins et une mauvaise observance thérapeutique participent à l'augmentation du risque de violence des patients présentant un trouble mental grave, notamment la schizophrénie (92).

L'étude de Swartz et al. en 1998 (102), retrouve une association positive entre une mauvaise observance thérapeutique et un risque de violence chez les personnes souffrant de schizophrénie.

Citrome et al. ont en 2001 (103), publié une étude dont l'objectif était de comparer l'impact des traitements par clozapine, olanzapine, rispéridone et halopéridol sur l'hostilité (Item de la PANSS) pour 157 patients présentant une schizophrénie ou un trouble schizo-affectif.

Il est retrouvé une amélioration significative du score d'hostilité pour les patients prenant un traitement par clozapine comparé aux autres traitements, cela indépendamment des autres items de la PANSS (notamment les symptômes positifs) et de la sédation liée aux traitements, évaluée par l'échelle NOSIE (the Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation).

La rispéridone et l'olanzapine n'ont, en revanche, pas montré de supériorité par rapport à l'halopéridol.

La même équipe a, en 2004, (104) réalisé un essai contrôlé en double aveugle auprès de 249 patients souffrant de schizophrénie.

L'objectif de l'étude était de connaître l'impact du divalproate de sodium en association à un traitement par olanzapine ou rispéridone sur l'hostilité des patients en épisode psychotique aigu (item de de la PANSS).

Les auteurs ne retrouvent pas d'amélioration significative, sauf lors de la première semaine d'instauration, pour les groupes antipsychotiques et divalproate, en comparaison des groupes antipsychotiques et placebo.

L'étude prospective de Swanson et al. en 2004 (105), conduite auprès de 229 patients schizophrènes, montre une diminution du risque des comportements violents lors de la prise d'un traitement antipsychotique atypique (clozapine, rispéridone et olanzapine) comparé aux neuroleptiques classiques.

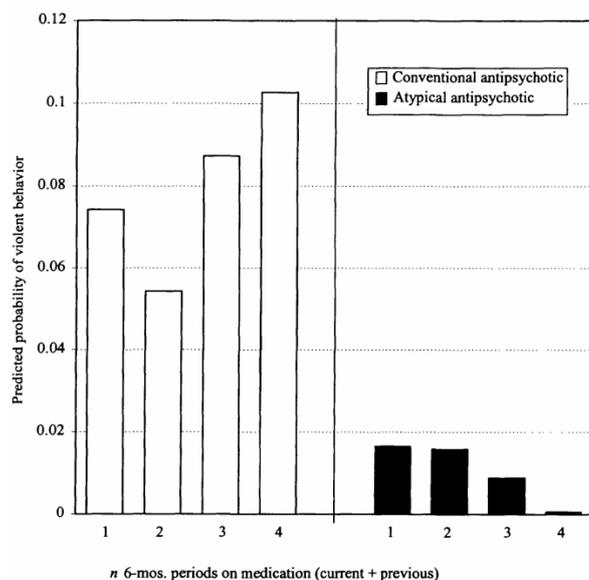
Predominant medication type during year	Violence odds ratio	95% confidence interval
No antipsychotic ≥90 days (comparison)	1.00	
Conventional antipsychotic	0.48	(0.23–1.03)*
Atypical antipsychotic	0.26	(0.10–0.67)**

*Note.*—Chi-square = 8.57 with 2 *df* ( $p = 0.01$ );  $-2 \log \text{likelihood} = 232.03$ . Variance explained by model: Pseudo  $R^2 = 0.04$ . Rank correlation predicted to observed:  $C = 0.62$ .

\* $p < 0.10$ ; \*\*  $p < 0.01$

**Tableau 19 : association entre le type de traitement et les comportements violents sur un an (Swanson et al. 2004)(105)**

Les auteurs retrouvent une réduction du risque de violence d'autant plus importante, quand les traitements antipsychotiques atypiques sont associés à une bonne compliance sur 6 mois.



**Tableau 20: Probabilité d'apparition de comportements violents en fonction du type d'antipsychotique et de la durée de complianc aux traitements (Swanson et al. 2004) (105)**

Krakowski et al. ont publié en 2006 (106) une étude comparant l'efficacité des traitements par clozapine, olanzapine et halopéridol sur les actes violents commis par des personnes souffrant de schizophrénie et de trouble schizo-affectif.

Les auteurs retrouvent une supériorité de la clozapine en comparaison à l'olanzapine et l'halopéridol dans la prévention des actes violents sur les personnes et les objets, cela indépendamment des symptômes psychotiques, évalués par la PANSS.

MOAS	Comparison	OR (95% CI) for Less Severe Violence†	$\chi^2$ (P Value)
Total score	Clozapine vs haloperidol	1.69 (1.6-1.8)	154.7 (<.001)‡
	Clozapine vs olanzapine	1.30 (1.2-1.4)	36.2 (<.001)‡
	Olanzapine vs haloperidol	1.30 (1.2-1.4)	44.9 (<.001)‡
Physical aggression	Clozapine vs haloperidol	2.04 (1.8-2.3)	134.0 (<.001)‡
	Clozapine vs olanzapine	1.33 (1.2-1.5)	21.3 (<.001)‡
	Olanzapine vs haloperidol	1.54 (1.4-1.7)	54.0 (<.001)‡
Aggression against property	Clozapine vs haloperidol	1.85 (1.4-2.4)	18.6 (<.001)‡
	Clozapine vs olanzapine	1.10 (0.8-1.5)	0.1 (.78)
	Olanzapine vs haloperidol	1.67 (1.3-2.2)	16.4 (<.001)‡
Verbal aggression	Clozapine vs haloperidol	1.35 (1.2-1.5)	21.7 (<.001)‡
	Clozapine vs olanzapine	1.32 (1.1-1.5)	17.6 (<.001)‡
	Olanzapine vs haloperidol	1.03 (0.9-1.2)	0.3 (.57)

**Tableau 21: Différences en fonction du type d'agressions commises par les patients traités par clozapine, olanzapine et halopéridol (Krakowski et al. 2006) (106)**

En 2008 (107), les mêmes auteurs ont réalisé une étude randomisée, en double aveugle auprès de 100 patients schizophrènes traités par olanzapine, clozapine ou halopéridol.

Son objectif était d'évaluer l'impact de l'amélioration cognitive sur les comportements violents.

Les auteurs retrouvent de manière significative, de meilleurs résultats aux différents tests neurocognitifs (GCI : General Cognitive Index), s'associant à une diminution des comportements violents, seulement chez les patients traités par olanzapine.

Krakowski et al. émettent l'hypothèse d'un mécanisme d'action différent entre l'olanzapine et la clozapine dans la réduction de la violence.

Cognitive Measure	Comparison Between Medication Groups	Analysis		
		OR (95% CI) for Less Severe Violence <sup>†</sup>	$\chi^2$	P
GCI	Olanzapine vs haloperidol	1.50 (1.3–1.8)	25.2	<0.001*
	Olanzapine vs clozapine	1.55 (1.3–1.9)	17.8	<0.001*
	Clozapine vs haloperidol	0.97 (0.8–1.2)	0.1	0.78
Motor function	Olanzapine vs haloperidol	1.26 (1.1–1.4)	12.7	<0.001*
	Olanzapine vs clozapine	1.17 (1.0–1.4)	4.2	0.04
	Clozapine vs haloperidol	1.07 (0.9–1.3)	0.8	0.36
Verbal memory	Olanzapine vs haloperidol	1.58 (1.4–1.8)	63.9	<0.001*
	Olanzapine vs clozapine	2.66 (2.3–3.1)	149.5	<0.001*
	Clozapine vs haloperidol	0.59 (0.5–0.7)	41.8	<0.001*
Visual memory	Olanzapine vs haloperidol	1.34 (1.2–1.5)	57.3	<0.001*
	Olanzapine vs clozapine	0.96 (0.9–1.0)	0.8	0.36
	Clozapine vs haloperidol	1.40 (1.3–1.5)	59.3	<0.001*

**Tableau 22 : Diminution des agressions commises en fonction des modifications des fonctions cognitives chez les patients traités par clozapine, olanzapine et halopéridol (Krakowski et al. 2008) (107)**

Swanson et al. (108) ont également réalisé une étude prospective sur 6 mois de suivi, en double aveugle, auprès de 1 445 patients souffrant de schizophrénie.

Il n'est retrouvé aucune différence significative en matière de réduction de la violence en fonction des traitements antipsychotiques dispensés (quetiapine, ziprasidone, olanzapine, rispéridone, perphénazine).

Même si les traitements antipsychotiques vont induire une diminution significative de la violence chez les personnes sans antécédent de trouble des

conduites dans l'enfance (OR = 0.47, IC 95% [0.27–0.81] ; P<0.01), cela n'est pas retrouvé chez ceux ayant cette comorbidité (OR = 0.59, IC 95% [0.32–1.09]).

Dans une étude de Volavka et al., publiée en 2011 (109), et menée auprès de 498 patients présentant un premier épisode psychotique révélateur d'une schizophrénie ou d'un trouble schizo-affectif, l'olanzapine est retrouvée comme supérieure à l'halopéridol, la quetiapine et l'amisulpride dans la réduction de l'hostilité (Item de la PANSS).

En 2014, Fazel et al. (110) se sont intéressés à l'impact des traitements antipsychotiques et thymorégulateurs dans la diminution du risque de violence.

La cohorte était constituée de l'ensemble des suédois nés entre 1961 et 1990 et bénéficiant d'un traitement antipsychotique, thymorégulateur ou l'association des deux ; soit une population de 82 647 patients.

6.5% des hommes et 1.4% des femmes ont commis un passage à l'acte violent sur les trois ans de la durée d'étude.

Il est retrouvé une diminution de 64% du nombre d'actes violents lorsque les patients prennent un traitement antipsychotique ou thymorégulateur (hazard ratio [HR] = 0,36 ; IC 95% [0,34–0,39]).

Ils observent une diminution de 45% (HR=0.55 ; IC 95% [0.47–0.64] pour les traitements antipsychotiques (hormis la clozapine), et 24% (HR=0.76 ; IC 95% [0.62–0.93]) pour les thymorégulateurs.

Il existe également une diminution de 47% pour la Clozapine (HR=0.53 ; IC 95% [0.16–1.74]) mais pas de manière significative, en raison du faible nombre de patients prenant cette molécule.

Avec la prise d'un traitement antipsychotique ou thymorégulateur, Il est retrouvé une diminution du nombre d'actes violents quel que soit le type de crime ; excepté pour la Clozapine où il n'est pas retrouvé de caractère protecteur pour les crimes liés à l'usage de substance.

Pour les patients souffrant de troubles psychotiques, les auteurs retrouvent chez ceux prenant un traitement antipsychotique, une diminution des crimes violents, d'autant plus importante quand ils n'ont pas d'antécédent de violence commis.

Une nette réduction des crimes violents est également constatée ( $p=0.019$ ) pour les patients prenant des posologies plus élevées d'antipsychotiques.

Cela ne se vérifie pas en revanche pour les traitements régulateurs de l'humeur ( $p=0.127$ ) et la clozapine ( $p=0.255$ ).

En ce qui concerne les associations de traitements, il est retrouvé une réduction du nombre de crimes violents quand un traitement antipsychotique est ajouté en association à un traitement thymorégulateur (HZ=0.27 ; IC 95% [0.09-0.79]) ; mais pas quand un traitement régulateur de l'humeur est associé secondairement à un traitement antipsychotique (HZ=0.77 ; IC 95% [0.32-1.85]).

L'association d'un traitement inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine (que ce soit à un antipsychotique ou à un thymorégulateur), n'a pas d'effet sur la réduction des passages à l'acte violent dans cette étude (HZ=1.15 ; IC 95% [0.96-1.37]).

	Crimes in study cohort (n)	Mood stabiliser	Antipsychotic	Clozapine
Any crime (convictions)	29 496	0.83 (0.77-0.90)	0.78 (0.74-0.83)	0.53 (0.33-0.86)
Drug-related crime (convictions)	10 389	0.68 (0.58-0.79)	0.71 (0.65-0.79)	0.41 (0.15-1.13)
Less severe crimes* (convictions)	23 801	0.81 (0.74-0.88)	0.77 (0.73-0.82)	0.55 (0.32-0.97)
Violent crime (suspicion†)	16 069	0.87 (0.78-0.96)	0.74 (0.68-0.79)	0.43 (0.26-0.72)

Data are n or hazard ratio (95% CI). \*Less severe crime were those that did not lead to custodial sentences. †Suspicion were crimes that led to an arrest and preliminary investigation.

**Tableau 23 : Rapport des risques instantanés de types de crimes en fonction du traitement prescrit (Fazel et al. 2014) (110)**

### 2.2.1.2.3 Trouble de la personnalité antisociale

Une comorbidité d'un trouble mental grave, notamment la schizophrénie, avec une personnalité pathologique, principalement de type antisociale, est souvent retrouvée chez les auteurs de violence ou d'homicide (92).

Dans l'étude d'Eronen et al. en 1996 (19), la personnalité antisociale multiplierait le risque de commettre un homicide par 10 chez les hommes.

Hodgins et al. (111), en 1999, retrouvent que, 64 % des patients schizophrènes condamnés pour un acte violent présentaient un trouble de la personnalité antisociale ; ils n'étaient que 21 % dans le groupe des schizophrènes non condamnés.

En 2012, Mc Gregor et al. (112), suggèrent dans une méta-analyse que le facteur de la déviance sociale dans l'échelle de psychopathie (PCL-R) est davantage associé à la violence chez les schizophrènes que le facteur interpersonnel/affectif.

Ils retrouvent également une association entre un haut score à la PCL-R et un comportement violent chez les individus schizophrènes.

Ce score pourrait être un meilleur critère prédictif de violence que la comorbidité d'abus des substances.

#### 2.2.1.3 Facteurs contextuels

Le risque de comportements violents s'avère être majoré par différents facteurs stressants tels que les ruptures affectives, les situations conflictuelles, le chômage, des conditions de vie difficiles et le fait d'avoir été victime de violence dans l'année (92).

En 1996, Senninger et Fontaa (113) ont étudié le contexte de vie de patients schizophrènes auteurs d'homicide l'année précédant le passage à l'acte criminel.

Ils ont retrouvé que le nombre d'événements de vie stressants était environ trois fois supérieur chez les patients schizophrènes criminels que chez les non criminels.

Elbogen et al. en 2009 (62), retrouvent, chez les auteurs de passages à l'acte violent présentant une maladie mentale, un environnement de violence.

## 2.2.2 Facteurs spécifiques à la schizophrénie

Après avoir vu l'importance qu'ont les facteurs généraux sur la dangerosité chez les personnes souffrant de troubles mentaux et notamment chez les schizophrènes ; il paraît important de se pencher sur les éléments plus spécifiques de cette pathologie.

Les « *types* » de schizophrénies et les facteurs cliniques semblent eux aussi jouer un rôle dans le risque de violence.

### 2.2.2.1 Types de schizophrénies et établissement de profils de schizophrènes violents

Les données de la littérature ont montré l'importance de prendre en compte le sous-type de schizophrénie dans l'évaluation du risque de violence et notamment la forme paranoïde qui présente le risque de violence le plus élevé.

Erb et al. (23), en 2001, retrouvent 65,5 % de schizophrènes paranoïdes auteurs d'homicide

Joyal et al. (114), en 2004, retrouvent 78 % de schizophrènes paranoïdes chez 58 patients auteurs d'homicide ou de tentative d'homicide.

Richard-Devantoy et al. (31), en 2009, à partir d'une population de 210 meurtriers, ont mis en évidence une proportion de 6,7 % de schizophrènes.

Deux tiers de ces individus présentaient une forme paranoïde.

En 2005, Le Bihan et Bénézech (93) retrouvent chez 12 meurtriers récidivistes, 50 % de schizophrénie paranoïde contre 17 % de trouble délirant persistant et 8 % de trouble schizo-affectif.

Cependant, Fazel et al. en 2009 (63), rappellent que la dangerosité liée au type de schizophrénie est bien moins élevée que celle associée à un abus de substances ou à un trouble de la personnalité de type antisociale.

Tengström, Hodgins et Kulggren en 2001 (115), ont défini deux profils types de schizophrènes violents, à partir de la chronologie d'apparition des actes délinquants et de la maladie mentale.

Cette étude a été réalisée en Suède, auprès de 272 individus souffrant de schizophrénie et auteurs de comportements violents.

Les early-starters, dont la délinquance débute avant l'apparition de la maladie, sont caractérisés par la présence d'un trouble de la personnalité de type antisociale antérieur au début de la maladie, par un meilleur niveau de fonctionnement social, par une exposition plus précoce aux toxiques, par une plus grande tendance à la rupture des soins et par un risque plus marqué de récurrence de violence grave.

Les late-starters, dont les actes délictueux débutent après la majorité et, la plupart du temps, secondairement à l'apparition des troubles psychiatriques, seraient fréquemment en difficulté avec l'alcool, leur fonctionnement social serait moins bon, leur victime serait plus fréquemment des proches ou des parents, et leur violence plus accessible aux traitements.

Dans cette étude, 27 % de la population était représentée par des early-starters et 73 % par des late-starters.

Une étude, réalisée par Laajasalo et al. et publiée en 2005 (116), s'est attachée à comparer les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de 109 finlandais atteints de schizophrénie et auteurs d'un homicide entre 1983 et 2002 ; cela, en utilisant le modèle des early-starters et des late-starters.

Sur les 109 patients schizophrènes auteurs d'homicide, 25 % étaient des early-starters et 75 % des late-starters.

Les early-starters étaient, significativement, plus jeunes au moment de l'homicide, 30 ans, en comparaison avec les late-starters, 38 ans.

Les victimes des late-starters avaient significativement plus souvent un lien affectif avec l'auteur.

Le moyen létal différait entre les deux groupes ; la strangulation des victimes avec un objet était plus fréquente chez les early-starters.

Aucune différence significative concernant un acharnement post mortem sur la victime, n'était retrouvée entre les deux groupes.

Les early-starters avaient davantage d'antécédent de prise en charge psychosociale et de placement institutionnel dans l'enfance.

Ils avaient également, dans leur grande majorité, un antécédent de trouble des conduites dans l'enfance (90 % contre 10 % chez les late-starters).

Ils étaient également plus jeunes lors de leur premier contact avec la psychiatrie, 17 ans, contre 24 ans pour les late-starters.

Ils présentaient significativement davantage de trouble grave de la personnalité et de trouble de l'usage des substances, associés à la schizophrénie que les late-starters.

54% des late-starters n'avaient jamais commis d'agression avant l'homicide.

L'équipe Canadienne de Dumais et al. (117) a également publié sur le sujet en 2011, proposant 4 profils de schizophrènes violents ayant commis des faits de violence grave.

Cette typologie est établit en fonction des comorbidités addictives et du niveau d'impulsivité, mesurés à partir d'outils actuariels (la Psychopathie Checklist-Revised de Hare) et de jugement clinique structuré (le Historical, Clinical, Risk Management – 20 de Webster).

- Le profil 1 est caractérisé par un bas niveau d'abus de substance et d'impulsivité. Ce type de patient présente avant tout des difficultés dans l'adhésion à la prise en charge et au traitement médicamenteux. Il réalise, dans la majorité des cas, des actes antisociaux mineurs.
- Le profil 2 présente un haut niveau de violence sévère et d'abus de substances. Il est identifié comme le profil le plus à risque, agissant avec une violence de type instrumentale (selon la typologie de REIS) voir prédatrice.

- Le profil 3 a un haut niveau d'impulsivité et une comorbidité neurologique (notamment des antécédents de traumatismes crâniens) est souvent retrouvée.
- Le profil 4 ne présente pas les troubles comorbides liés à la violence, tels que l'abus de substance ou les violences antérieures. Il ne présente pas de haut niveau d'impulsivité. Le passage à l'acte semble en lien direct avec l'intensité de la symptomatologie délirante.

En 2014, Hodgins et al. (118) identifient trois phénotypes distincts de schizophrènes auteurs de violences :

- les personnes présentant dans l'enfance un trouble des conduites et des comportements antisociaux, violentes avant l'établissement du diagnostic de schizophrénie ; les auteurs émettent l'hypothèse d'une vulnérabilité génétique, induisant un développement cérébral particulier pour ce profil de patients (98),
- les individus sans passé de troubles comportementaux qui initient des passages à l'acte violent dès l'introduction de la schizophrénie.

Les modifications neuronales seraient en lien avec la pathologie ainsi que l'impact éventuel de substance chez les patients ayant une comorbidité de trouble de l'usage d'alcool ou de drogues,

- enfin, les personnes qui après de nombreuses années d'expression de la maladie, commettent pour la première fois un acte particulièrement violent.

Chez ces patients, Hodgins et al. supposent une altération corticale en lien avec l'évolution de la maladie et l'usage au long cours des traitements antipsychotiques.

Pour rappel, les différences structurelles intracérébrales chez les schizophrènes par rapport aux sujets ne présentant pas cette pathologie sont multiples.

Selon une méta-analyse de 15 études, conduite en 2005 par Honéa et al. (119), les patients schizophrènes présentaient des déficits de densité de substance grise et de substance blanche au sein d'au moins 50 régions cérébrales.

Les régions les plus souvent identifiées comme déficitaires étaient le gyrus temporal supérieur gauche et le lobe temporal médian gauche.

Nous pouvons noter que l'atteinte du système limbique est fréquente chez les patients schizophrènes, elle induit chez l'individu une tonalité affective accrue et il n'est pas rare de constater un sentiment d'hostilité, teinté d'agressivité et de violence (120).

Simpson et al. en 2015 (121) ont conduit une étude auprès de 232 patients médico-légaux.

Ils identifient dans le groupe des late-starters (qui constitue les deux tiers de la population de l'étude) un sous-groupe, les late late starters, qui sont passés à l'acte plus de 10 ans après l'émergence de leur maladie.

Il est retrouvé pour ce sous-groupe, une apparition de la maladie à un âge plus avancé que pour les early-starters ou les autres late-starters.

Ils étaient également plus souvent insérés socio professionnellement, plus souvent mariés et la victime se trouvait être plus fréquemment l'épouse que pour les early-starters ou pour les autres late-starters.

#### 2.2.2.2 Facteurs cliniques

##### 2.2.2.2.1 Symptômes psychotiques positifs

Les idées délirantes de persécution, d'impression de menace imminente, le syndrome d'influence, les idées de grandeur et les idées mégalomaniaques sont classiquement décrits comme associés à un risque de violence plus important (63, 92).

Foley et al dans leur étude publiée en 2005 (79) constatent que chez les patients ayant un diagnostic de schizophrénie, les comportements violents dans la semaine suivant l'admission étaient davantage associés à une symptomatologie psychotique élevée (haut score à la PANSS : Positive And Negative Syndrome Scale) qu'à un antécédent de comportements violents en pré-admission.

Swanson et al. en 2008 (96), ont réalisé une étude auprès de 1 445 patients atteints de schizophrénie, afin d'évaluer le rôle du trouble des conduites dans l'enfance dans les comportements violents ultérieurs.

Ils ont pu mettre en évidence que l'intensité des symptômes psychotiques positifs était associée au risque de violence, mais seulement chez les individus qui n'avaient pas d'antécédent de trouble des conduites.

Ils concluent sur l'importance d'une approche thérapeutique différente en fonction du profil clinique du patient.

Certaines études, (comme celle réalisée par Fazel et al. en 2010 (34) sur 47 patients schizophrènes auteurs d'homicides en Suède) n'ont pas retrouvé d'association entre la présence d'un délire ou d'hallucinations dans les 6 mois suivant la sortie de l'hôpital et le risque de commettre un homicide.

Van Dongen et al. (122), en 2012, retrouvent que la participation affective du délire, l'anxiété et la détresse qui en découlent sont susceptibles de contribuer à la commission de faits de violence.

Il semble important de préciser que les études concernant les actes de violence sont principalement rétrospectives.

Les manifestations cliniques sont alors principalement rapportées par le patient, plus ou moins interprétées par les experts et donc soumises à des biais d'information non négligeables.

Par conséquent l'interprétation de ces résultats se devra d'être prudente.

#### 2.2.2.2 Symptomatologie dépressive

De nombreux auteurs s'accordent à dire qu'une forte composante dépressive est fréquemment présente dans la période précédant l'acte violent chez les schizophrènes.

D'après Crocker et al. en 2005 (123) et Hodgins et al. en 2003 (124), le risque de passage à l'acte violent est plus important quand les symptômes positifs sont associés à une symptomatologie dépressive ; cela indépendamment du comportement antisocial et de l'abus de substances (92).

Swanson et al. en 2006 (61), ont évalué la violence auprès de 1 410 schizophrènes.

Les auteurs ont retrouvé une association entre symptômes dépressifs et violences majeures.

#### 2.2.2.3 La durée de psychose non traitée

L'étude de Verma et al. en 2005 (80) rapporte que les patients auteurs d'agression avaient, de manière significative, une plus longue durée de psychose non traitée (DUP) que ceux n'ayant pas réalisé d'agression.

Elle était de 24.2 à 50.4 mois pour les auteurs de violence, contre 18.2 mois pour les sujets non violents.

A l'inverse, Foley et al. en 2007 (82) n'ont pas retrouvé d'association entre une longue durée de psychose non traitée et la violence.

Elle était de 30.8 mois pour les sujets non violents et de 13 mois pour les sujets violents.

La durée de psychose non traitée (DUP) était au contraire associée à l'intensité des symptômes négatifs.

Harris et al. en 2010 (83), ne retrouvent pas de différence significative entre les durées de psychose non traitée des personnes présentant un premier épisode psychotique, auteurs d'agression et ceux, non violents.

Il n'est pas non plus retrouvé de différence en comparant les auteurs de violences sévères et « *moins* » sévères.

Dans la méta-analyse de Large et Nielssen en 2010 (84) étudiant les faits de violence au cours d'un premier épisode psychotique, il est retrouvé chez les auteurs d'actes violents une plus longue durée de psychose non traitée.

Winsper et al. en 2013 (125), réalisent à partir de la cohorte anglo-saxonne EDEN, une étude longitudinale multicentrique portant sur 670 patients présentant un premier épisode psychotique.

Dans l'analyse multivariée, les auteurs notent que la DUP était associée directement à l'intensité des symptômes psychotiques positifs mais indirectement aux comportements violents.

En revanche, pour les patients qui présentent un niveau de délinquance élevé, il est retrouvé une plus longue DUP.

L'impact d'une longue durée de psychose non traitée reste controversé quant à son effet direct sur l'augmentation du risque de violence.

Certains auteurs y voient plutôt un effet indirect, du fait de la pérennisation de symptômes psychotiques positifs et d'un allongement de la période la plus à risque de passage à l'acte violent chez le schizophrène, celle du premier épisode psychotique.

En 2013, Witt K, Van Dorn R et Fazel S (126) ont publié une méta-analyse réalisée à partir de 110 études, dont l'objectif était d'éclaircir l'impact des différents facteurs de risque dans une population de patients présentant un trouble psychotique.

Sur les 45 533 individus, 87.8 % avaient un diagnostic de schizophrénie, 0.4 % un trouble de l'humeur et 11.8 % un autre trouble psychotique.

Le facteur statique le plus important était un antécédent de criminalité.

Les facteurs dynamiques ayant le plus d'impact étaient :

- un comportement hostile,
- une consommation récente de substance y compris l'alcool,
- une absence d'adhésion à la prise en charge psychothérapeutique et au traitement médicamenteux,
- un faible niveau de contrôle des impulsions.
- 

Les principaux facteurs de risque de violence chez les personnes présentant une pathologie psychiatrique sont aujourd'hui bien identifiés.

Cependant leurs intrications dans le passage à l'acte violent chez un individu, demeurent complexes.

Dans un article publié en 2013, Steinert et Whittington (127) proposent deux modèles synthétiques, rapportant les dispositions individuelles dans lesquelles peuvent se retrouver l'agresseur souffrant de troubles mentaux et les situations rencontrées, susceptibles de catalyser ou inhiber le passage à l'acte.

Les dispositions individuelles comprennent :

- les critères biologiques ; le genre masculin, le jeune âge adulte, une modification structurelle du cortex préfrontal, une diminution de la disponibilité de la sérotonine en préfrontal, une vulnérabilité génétique,
- les critères neurocognitifs et psychologiques : des traits de personnalité antisociale ou une psychopathie caractérisée, une impulsivité, un abus de substance, une altération de la « théorie de l'esprit », des symptômes psychotiques positifs,
- les critères sociaux environnementaux : une précarité, des antécédents de victimation, un isolement social.

Les situations spécifiques des passages à l'acte violent comprennent :

- l'état cognitif et affectif ; état confusionnel, détermination criminelle, anxiété, colère, hostilité. Sans oublier le rôle d'une intoxication aiguë à une ou plusieurs substances et d'une productivité délirante, hallucinatoire,
- les expériences subjectives ; un sentiment de frustration, de provocation, de menace imminente,
- les facteurs inhibiteurs du passage à l'acte ; l'observance du traitement, la peur des répercussions légales, une possibilité de résolution de conflit, l'empathie, un haut niveau plasmatique d'hormones inhibant les comportements agressifs ( en particulier l'ocytocine),
- les facteurs facilitateurs du passage à l'acte : une arme de disponibilité, un soutien par des pairs, une victime vulnérable, un haut niveau de testostérone plasmatique.

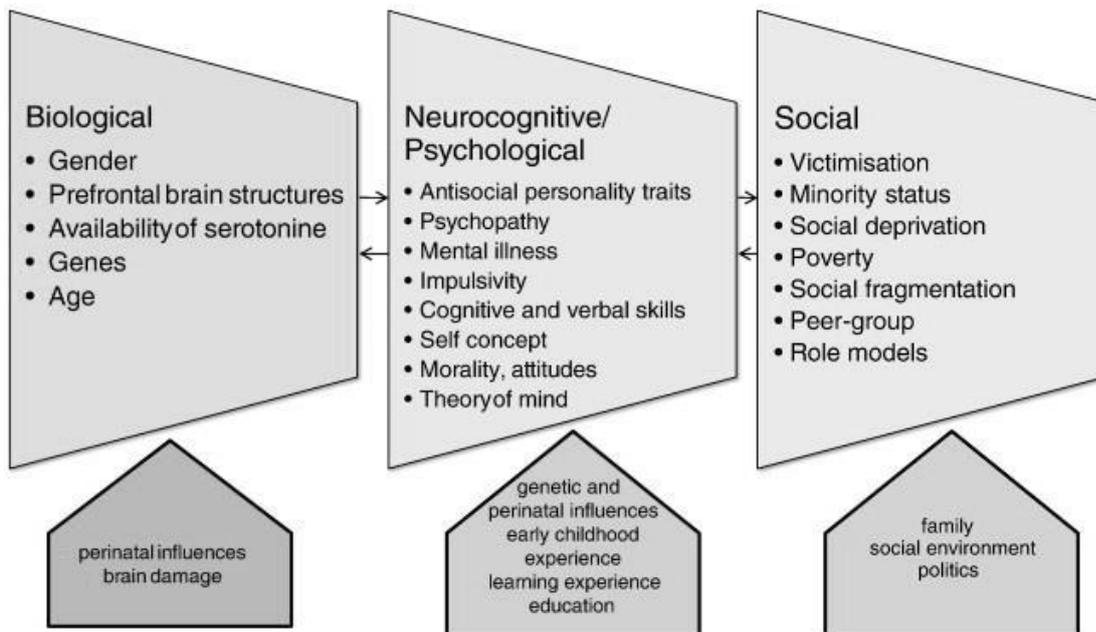


Figure 4 : Modèle bio-psycho-social de la violence, dispositions individuelles (Steinert et Whittington 2013) (127).

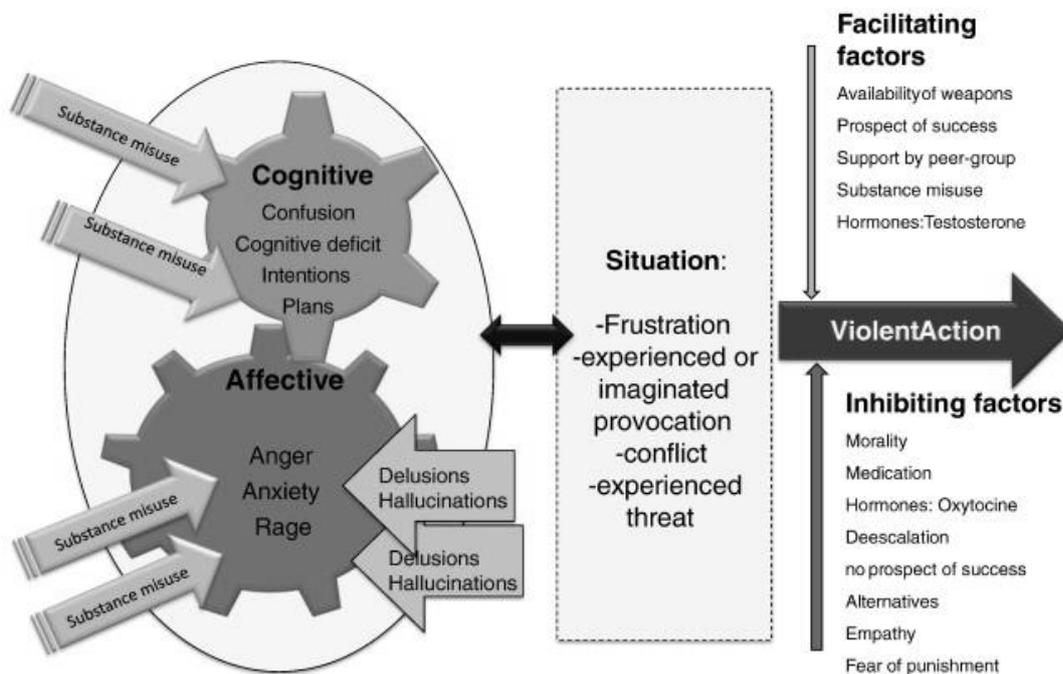


Figure 5 : Modèle Bio-psycho-social de la violence, les situations spécifiques des passages à l'acte violent (Steinert et Whittington 2013) (127)

## 2.3 Risque de violence et potentiel homicidaire : outils d'évaluation de la dangerosité et du risque d'homicide.

Le contexte politique et sociétal moderne au sein des pays développés et démocratiques a fait naître, peu à peu, en raison de sa préoccupation sécuritaire grandissante, différents modèles d'évaluation de dangerosité.

A ce jour, cinq générations de modèles d'évaluation du risque de violence peuvent être repérés au niveau international.

Dans un premier temps, nous nous attacherons à décrire succinctement ces principaux modèles en nous attardant sur un outil de jugement clinique structuré selon son auteur, le HCR-20 (*Historical, Clinical, Risk Management-20*).

Cet outil d'évaluation est utilisé notamment à l'institut Philippe Pinel de Montréal, auprès d'une population de patients qui nous intéresse tout particulièrement, à savoir des sujets souffrant de troubles psychotiques et ayant commis des crimes violents pour lesquels ils n'ont pas été responsabilisés pour cause de troubles mentaux.

Dans un second temps, nous évoquerons quelques spécificités quant à l'évaluation du risque homicidaire à travers principalement un modèle d'évaluation proposé par Richard-Devantoy dans son travail de recherche (128).

### 2.3.1 L'évaluation du risque de violence :

#### 2.3.1.1 Première génération, l'évaluation dite « professionnelle » ou clinique :

Avant les années 1970, l'évaluation clinique ne s'appuyait que sur l'expérience, le savoir, l'habileté et l'intuition du clinicien.

Quel que soit le statut de l'évaluateur (psychiatre, psychologue,...), celui-ci va établir son jugement clinique à partir d'un entretien non structuré au cours duquel il tentera d'identifier les facteurs associés au risque de violence.

Il pourra également s'aider d'épreuves projectives telles que le Rorschach.

Alors que ce type d'évaluation dit, de première génération, est communément retrouvé notamment dans l'activité expertale pénale, les pays anglo-saxons l'ont délaissé dans les années 1970-1980, au profit des outils actuariels, indépendants de la subjectivité de l'évaluateur.

En 1981, en se basant sur plusieurs études de cohorte, Monahan a avancé que les cliniciens allaient jusqu'à priver de liberté trois fois plus de sujets que ceux qui allaient finalement récidiver (129).

Ce même auteur allait même jusqu'à évoquer que l'évaluation clinique non structurée ne s'avérait pas plus précise que le simple fait du hasard (130).

#### 2.3.1.2 Seconde génération, l'évaluation actuarielle à prédominance de facteurs statiques :

Cette approche objectiviste qui apparaît dans les années 1980 part du principe que toute réalité est un phénomène observable, mesurable et vérifiable.

Inspirés des sciences mathématiques et statistiques, ces outils conduisent à l'identification de groupes à risque de récidive et attribuent à un individu un score plus au moins haut en fonction de son potentiel de dangerosité estimé.

L'utilisation des échelles actuarielles à facteurs statiques a tendance à favoriser le maintien en détention des personnes pour lesquelles les caractéristiques historiques sont conséquentes et ne peuvent être modifiables dans le temps (les violences commises ou subies, la séparation parentale précoce par exemple).

Les facteurs modifiables (dits dynamiques) par la prise en charge thérapeutique et éducative ne sont pas représentés dans ces échelles.

Nous citerons ici principalement deux outils, à savoir, la Psychopathie Checklist-Revised (PCL-R) et la Violence Risk Appraisal Guide (VRAG).

### **Psychopathie Checklist-Revised (PCL-R) : (131)**

Cet instrument de mesure révisé en 1991, prend en compte, non seulement les comportements antisociaux, mais également les traits de personnalité considérés comme spécifiques à l'établissement du diagnostic de psychopathie.

Mokros et al. (132) ont, en 2011, montré l'intérêt de plutôt différencier les facteurs de la PCL selon 4 entités, à savoir : les traits interpersonnels, affectifs, le mode de vie et les comportements antisociaux.

Cette échelle vise, en plus de faciliter le repérage des éléments cliniques constitutifs du diagnostic, à quantifier son intensité par un score.

Certains indicateurs tels que, l'absence d'empathie, l'indifférence froide, la dimension égocentrique et l'existence de comportements impulsifs seront considérés comme inquiétants en matière de pronostic (133).

Elle est constituée de 20 items, cotés de 0 à 2 (0 = absent, 1 = présent de façon peu prononcée et 2 = nettement présent).

Son score varie de 0 à 40 avec un seuil de psychopathie allant de 25 en Europe, à 30 aux Etats-Unis d'Amérique.

Les études internationales retrouvent une forte corrélation entre, le score à cette échelle et le risque de récurrence violente ou de récurrence d'infractions chez les sujets souffrant de troubles mentaux (134).

Rappelons également que Mc Gregor et al. (112), suggèrent dans une méta-analyse que les comportements antisociaux dans la PCL-R sont davantage associés à la violence chez les schizophrènes que les facteurs interpersonnel/affectif.

Ils retrouvent également une association entre un haut score à la PCL-R et un comportement violent chez les individus schizophrènes.

Les auteurs vont même jusqu'à dire que cette échelle serait un meilleur critère prédictif de violence que la comorbidité addictive.

À noter que cette échelle est intégrée dans la VRAG et la HCR-20 que nous détaillerons ci-après.

1. Loquacité et charme superficiel
2. Surestimation de soi
3. Besoin de stimulation et tendance à s'ennuyer
4. Tendance au mensonge pathologique
5. Duperie et manipulation
6. Absence de remords et de culpabilité
7. Affect superficiel
8. Insensibilité et manque d'empathie
9. Tendance au parasitisme
10. Faible maîtrise de soi
11. Promiscuité sexuelle
12. Apparition précoce de problèmes de comportements
13. Incapacité de planifier à long terme et de façon réaliste
14. Impulsivité
15. Irresponsabilité
16. Incapacité à assumer la responsabilité de ses faits et gestes
17. Nombreuses cohabitations de courte durée
18. Délinquance juvénile
19. Violation des conditions de mise en liberté conditionnelle
20. Diversité des types de délits commis par ces sujets

**Tableau 24 : Psychopathie suivant la Psychopathie Check List révisée (PCL-R) (133)**

## **La Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)**

La VRAG a été élaborée par Harris, Rice et Quinsey, à partir d'une population de patients hospitalisés dans un hôpital médico-légal de haute sécurité.

Cette échelle comporte une succession de 12 items. Lors de la cotation, les réponses aux 12 items sont combinées selon une pondération prédéterminée pour aboutir à un score total du risque de violence à 10 ans, de 0 % à 100 %. (135).

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

Selon leurs auteurs, cette échelle montre une certaine efficacité à prédire le risque de violence chez des patients médico-légaux (136).

Même si en revanche cet outil ne permet pas de supposer le type de violence à risque d'être commis.

Pham et al., retrouvent dans leur étude, corrélée au score de la VRAG, une bonne prédiction des récidives violentes (137).

Il faut noter que pour des patients sans antécédent de violence, cette échelle ne présente que peu d'intérêt (138).

1. Psychopathie (score PCL-R)
2. Inadaptation scolaire élémentaire
3. Trouble de la personnalité
4. Âge au moment du délit
5. Séparation de l'un ou l'autre de ses parents avant 16ans
6. Manquement antérieur à une libération sur parole
7. Histoire de délits non violents
8. N'a jamais été marié(e)
9. Schizophrénie
10. Blessure la plus sérieuse infligée à une victime
11. Histoire d'abus d'alcool
12. Victime du délit actuel est une femme

**Tableau 25 : Items de la Violence Risk Appraisal Guide (VRAG), Quinsey, 1998 (135)**

### 2.3.1.3 Troisième génération, inclusion des facteurs dynamiques dans les évaluations actuarielles:

Dans ce type d'évaluation, l'évaluation du risque se fait alors à partir de lignes directrices qui synthétisent des connaissances scientifiques actualisées.

Le recueil des informations se doit d'être le plus exhaustif possible, soutenu par le caractère structuré de l'instrument de mesure.

La rédaction des conclusions doit se faire en prenant en compte des éléments mis en évidence lors de l'examen systématique, mais, chose importante, l'évaluateur reste seul juge de l'interprétation et de l'évaluation finale du niveau de risque de violence (133).

Malgré une base d'évaluation se voulant résolument objective, l'approche demeure subjectiviste, basée sur le jugement de l'évaluateur et liée à la prévision des risques de violence pour un individu en particulier (139).

Nous avons choisi de présenter, la HCR-20 (*Historical Clinical Risk-20*), échelle élaborée par Webster en 1995.

Cet instrument est composé de 20 facteurs empiriquement associés aux comportements violents, répartis en trois catégories :

- les facteurs chronologiques liés à l'histoire du patient,
- les facteurs cliniques décrivant l'évolution actuelle du patient,
- les facteurs de gestion du risque correspondant au futur projeté du patient.

Les deux dernières catégories sont donc constituées de facteurs dynamiques et nous permettent aisément de comprendre l'utilité de s'intéresser à ces facteurs qui vont tenir compte des changements et progrès effectués par le patient.

Alors que les outils actuariels statiques verraient chez ces individus un risque de violence constant, l'approche dynamique permet de nuancer ce risque.

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 telle la psychopathie, et leur combinaison à d'autres facteurs peut entraîner un risque plus important de violence.

Dans son utilisation clinique, l'auteur suggère de ne pas se cantonner à l'établissement d'un score dont l'interprétation peut s'avérer périlleuse (en effet un même score peut revêtir des significations différentes) ; mais plutôt chercher à documenter et faire préciser chaque facteur pour un sujet donné.

L'approche quantitative ne peut trouver sa place que dans la recherche clinique.

Selon Webster, le clinicien utilisant le HCR-20 devrait posséder de solides compétences telles qu'une formation universitaire de second cycle, une formation spécialisée ou au minimum une expérience pratique acquise sous supervision (139).

<b>Facteurs historiques (score de 0 à 20)</b>	<b>Facteurs cliniques (score de 0 à 10)</b>	<b>Facteurs de gestion du risque (score de 0 à 10)</b>
Violence antérieure	Introspection difficile	Plan irréalisable
Premier acte de violence commis durant la jeunesse	Attitudes négatives	Exposition à des facteurs déstabilisants
Instabilité des relations intimes	Symptômes actifs de maladie mentale grave	Manque de soutien personnel
Problèmes d'emploi	Impulsivité	Inobservation des mesures curatives
Problèmes de toxicomanie	Résistance au traitement	Stress
Maladie mentale grave		
Psychopathie		
Inadaptation durant la jeunesse		
Troubles de la personnalité		
Échecs antérieurs de la surveillance (probation)		

Cotation de chacun des items : 0= item absent, 1=item présent de façon partielle et 2=item présent.

**Tableau 26 : Historical Clinical Risk - 20 (HCR 20) (133)**

Cette échelle a été étudiée à de nombreuses reprises et montre des résultats nuancés suivant les études.

Douglas et Webster (140) retrouvent tout comme Claix et Pham (141) une corrélation significative entre le HCR-20 et La PCL-R.

Claix et Pham (141) n'ont pas mis en évidence de corrélation significative entre le risque de commettre un homicide et le score à l'HCR-20 et même, au contraire, une corrélation négative entre les scores HCR-20 et l'homicide quand il s'agit d'un homicide dit psychotique ou d'un homicide réactionnel.

Cette corrélation est retrouvée tout de même positive dans ces deux études pour les vols, les coups et blessures et les vols aggravés.

Il nous paraît important de rappeler que les outils d'évaluation du risque de violence ont été élaborés et étudiés à partir de populations de sujets spécifiques, à savoir des personnes aux antécédents légaux ou des patients auteurs de passages à l'acte médico-légaux. L'interprétation des résultats ne peut donc pas être transposable à la population générale.

Les trois outils d'évaluation du risque de violence présentés ci-dessus ont notamment été étudiés quant à leurs valeurs prédictives dans une méta-analyse de 68 études réalisée par Singh et al. (142).

Ce travail retrouve une qualité discriminante moyenne avec une aire sous la courbe de 0.66 pour la PCL-R, de 0.74 pour la VRAG et de 0.70 pour la HCR-20.

Outil d'évaluation	Taille de l'échantillon	Nombre d'échantillons	Médiane de l'aire sous la courbe	Intervalle interquartile
PCL-R	2645	10	0,66	0,54-0,68
HCR-20	1320	8	0,70	0,64-0,76
VRAG	2445	10	0,74	0,74-0,81

**Tableau 27 : Médiane de l'aire sous la courbe de différents outils d'évaluation (Singh et al. 2011) (142)**

#### 2.3.1.4 Quatrième génération, les modèles RBR et des « good lives » :

Le modèle R-B-R (Risque-Besoin-Réceptivité) va se développer à partir de l'hypothèse de J.Bonta et D.A.Andrews qui est que le crime s'appuie sur l'apprentissage social du comportement criminel. Les processus cognitifs à l'œuvre dans le comportement criminel peuvent être retravaillés, quand des relations de qualité, fondées sur le respect et la collaboration, sont établies entre l'officier de probation ou le personnel correctionnel et le probationnaire.

Ce modèle, qui est constitué d'instruments d'évaluation des facteurs de risque et de protection ainsi que de « programmes cognitivocomportementaux » se fonde sur trois principes :

- le principe de risque avec la nécessité d'adapter le niveau de prise en charge au risque de récidive. Si le risque est élevé, la prise en charge doit par conséquent être intensive.
- Le principe des besoins, avec l'importance pour l'officier de probation d'évaluer les facteurs criminogènes (facteurs de risque dynamique, directement liés au comportement criminel) et de les travailler avec le probationnaire.
- Le principe de réceptivité, qui fait référence au fait que les interventions fondées sur des stratégies cognitives de l'apprentissage social sont les plus efficaces pour enseigner de nouveaux comportements, quel que soit le type de comportement. Ces stratégies cognitives respectent le principe de la relation (établir une alliance de collaboration respectueuse) et le principe de structuration (contribue à orienter le changement en direction de comportements « prosociaux » grâce à des interventions pertinentes utilisant l'apprentissage par l'observation, le renforcement et entre autres la résolution de problèmes).

Alors que le modèle R-B-R essuyait des critiques notamment sur le fait qu'il cherchait avant tout à protéger la société plus qu'à apporter une aide au

probationnaire, un autre modèle s'est développé, les « good lives » où la réhabilitation du délinquant est conditionnée par l'amélioration du bien-être du probationnaire.

T.Ward, R.Mann et T.Gannon avancent que l'objectif de travail correctionnel est donc de promouvoir ce bien être, en mettant l'accent sur les aspects protecteurs et les capacités positives du probationnaire qu'il convient de renforcer tels que : les liens familiaux, la vie de couple, les responsabilités individuelles...Ce renforcement ne pourrait alors tendre que vers une réduction du risque de récidive (129)

#### 2.3.1.5 Cinquième génération, le modèle de la désistance :

Il s'agit d'un modèle principalement étudié dans les pays anglo-saxons, notamment par des auteurs tels que F.McNeill, S.Maruna et C.Trotter.

Le terme désistance est un anglicisme signifiant le moment où l'individu va de lui-même « cesser sa carrière » de délinquant.

Ce modèle se détacherait des précédents en ayant pour principe fondamental que l'arrêt de la délinquance n'est pas lié à l'activité directe des professionnels mais à des facteurs propres au délinquant dans son quotidien (relations affectives, arrêt d'usage de substances, insertion professionnelle,...). Ces facteurs protecteurs amenant l'individu à potentiellement « abandonner » ses comportements criminels.

Tous les auteurs insistent alors sur l'importance de l'établissement des relations positives et empathiques avec le probationnaire (129).

#### 2.3.2 Méthode d'évaluation du risque d'homicide :

Dans un article publié en 2010, Richard-Devantoy et al. (143) reprennent les travaux de Lorrettu sur la dynamique de l'homicide du schizophrène qui, d'après l'auteur, s'appréhende de manière diachronique en quatre étapes successives.

La première étape naît d'une situation dangereuse pour laquelle le sujet va être amené à en rechercher l'origine dans sa seconde étape.

Cela va le conduire dans une troisième étape, à rechercher des solutions face à cette situation de danger, qui par manque de résultats perçus, le rendent à la quatrième étape, solution terminale qu'est le passage à l'acte meurtrier.

Première étape : <b>Situation dangereuse</b>	Deuxième étape : <b>Recherche de causes</b>	Troisième étape : <b>Recherche de solutions</b>	Quatrième étape : <b>L'homicide</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Accumulation de frustrations, d'échecs,</li> <li>➤ Altération des rapports interpersonnels,</li> <li>➤ Menace de l'intégrité physique et psychique,</li> <li>➤ Impasse, angoisses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le monde extérieur, source de danger,</li> <li>➤ Ou, pluralisation des origines du danger.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Éloignement de la situation de danger (fugues, voyage, tentative de suicide),</li> <li>➤ Affrontement à la situation de danger par des demandes d'aide d'autrui (hôpitaux psychiatriques, police, justice),</li> <li>➤ Mécanisme d'annulation de la situation de danger : modalité idéative psychotique (contenus délirants d'invulnérabilité ou d'omnipotence).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tentative inadéquate de résolution de la situation dangereuse</li> </ul>

Tableau 28: Modélisation du passage à l'acte du schizophrène (Richard-Devantoy et al.) (142)

Dans son travail de recherche, Richard-Devantoy (128) propose que l'évaluation du potentiel homicidaire passe par le repérage de plusieurs facteurs.

D'abord, le repérage des facteurs de risque de violence :

- le jeune âge (trente ans),
- le sexe masculin,
- le milieu socioculturel (l'isolement socio-affectif),
- les antécédents personnels et familiaux de violence et/ou judiciaires,

- les antécédents psychiatriques personnels (schizophrénie, trouble délirant paranoïaque, trouble de l'humeur, personnalité antisociale, abus ou dépendance à l'alcool ou aux toxiques),
- les comorbidités (alcool et maladie mentale grave, alcool, personnalité psychopathe et schizophrénie, alcool et trouble de la personnalité, dépression et schizophrénie).

Puis, l'évaluation de l'urgence :

- l'imminence du passage à l'acte,
- les antécédents de violences commises et exploration des idéations homicidaires ; la recherche des événements de violence passés anciens ou récents (moins de 6 à 8 semaines), le type de manifestations violentes (idées, fantasmes, menaces, violences), la cible (personnes, animaux ou objets), les conséquences pour la victime, le lieu et le temps d'élaboration (acte impulsif ou prémédité),
- les idées immédiates de violence ou d'homicide ; où, quand et comment.

Puis, le temps de l'évaluation clinique dite « *classique* » :

- la symptomatologie (psychotique, thymique, suicidaire,...),
- les éléments psychodynamiques (acting out, mécanisme de défense, capacité d'élaboration),
- les facteurs neuropsychologiques (capacités cognitives, rigidité cognitive, empathie, impulsivité,...),
- la compliance aux soins.

Puis, l'utilisation des échelles d'évaluation, avec une approche actuarielle et clinique structurée :

- Historical Clinical Risk-20 (HCR-20),
- Psychopathie Check List révisée (PCL-R),
- Violence Risk Appraisal Guide (VRAG),
- Homicidal Behavior Survey

Puis l'évaluation du danger, avec l'analyse de la létalité du moyen :

- les modalités du scénario de l'homicide,
- la véracité des intentions du sujets potentiellement agresseur
- un moyen létal accessible.

Cette approche clinique se rapproche, selon l'auteur, du modèle de celui de l'évaluation du potentiel suicidaire, et ce, par le fait que : « *De la même manière que dans la crise suicidaire, la crise homicidaire serait la cristallisation progressive d'idéations homicidaires en un point de résolution d'une impasse cognitive* ».

En effet, Richard-Devantoy relève dans la littérature, des similitudes entre les comportements auto ou hétéroagressifs au plan clinique, psychopathologique, biologique et neuropsychologique. Nous pouvons noter qu'en association aux échelles d'évaluation du risque de violence, Richard-Devantoy propose d'y associer un auto-questionnaire développé par Asnis (144).

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 ?

**Tableau 29 : Homicidal behaviors survey, version française proposée par Richard-Devantoy (128).**

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature des échelles ou d'autres questionnaires amenant à questionner spécifiquement le risque d'homicide chez un individu.

En effet, l'homicide étant un évènement rare, difficile à prédire, se prêtant difficilement à des études prospectives, l'évaluation du risque de commettre un homicide est plus communément étudiée par l'évaluation du risque de violence.

Dans son ouvrage sur la conduite de l'entretien psychiatrique, Shea (145) accorde une partie à l'exploration des idées de suicide et d'homicide.

Ce dernier évoque une triade de la létalité qui peut avertir le clinicien d'un potentiel de violence, à savoir :

- la consultation suit de peu un acte de violence grave,
- la personne manifeste un des types de processus psychotique susceptible de précipiter une conduite violente (des hallucinations impérieuses, une emprise étrangère, une hyperreligiosité),
- l'entretien révèle que le patient a l'intention de commettre un acte de violence.

Shea propose dans la conduite de son entretien, comme pour celui de l'évaluation des idées suicidaires, une évaluation chronologique des idéations de violence :

- explorer les évènements présents,
- rechercher les évènements récents de violence (dans les 6 à 8 semaines précédant la consultation),
- mettre en lumière les évènements de violences passés,
- conclure par l'évaluation des idées immédiates de violence ou d'homicide.

Enfin, pour cet auteur, les principaux facteurs de limitation rencontrés dans l'évaluation du clinicien sont sa propre habileté, sa persévérance et sa sensibilité.

Dans un article publié en 2006, Senon et al. (146) élaborent une conduite à tenir quant à l'organisation des soins psychiatriques des malades mentaux dits dangereux, cela sous la forme de recommandations de bonne pratique clinique et thérapeutique qui sont retranscrites dans le tableau ci-dessous.

1. Travailler en référence à une clinique médico-légale précise et évaluée longitudinalement dans sa dimension de dangerosité :
  - clinique paranoïde : idées de persécution, d'influence ou 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 « pseudoneurologique » : dimension institutionnelle de la violence
  - clinique déficitaire ou négative marquée par des troubles cognitifs rendant plus difficile l'insertion et la réhabilitation : troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire autobiographique
2. Prendre en compte spécifiquement la consommation d'alcool, de cannabis ou de toute autre drogue : prise en charge associée avec une équipe d'addictologie ?
3. Ne pas oublier que quand il y a eu violence avant ou pendant une admission précédente, le patient a un risque majoré de dangerosité pour l'admission suivante : toujours consulter un dossier médical précisément tenu à jour sur tous les critères de dangerosité et l'analyse clinique des facteurs ayant contribué à l'accès violent.
4. Chez tout patient sortant de l'hôpital et ayant présenté des troubles graves, planifier le suivi ambulatoire de façon rapprochée sur une période de 20 semaines : cette période de 20 semaines est cruciale dans toutes les études internationales sur la violence des malades mentaux.
5. Utiliser des outils d'évaluation longitudinale du risque de violence.
6. Devant tout schizophrène difficile, élargir l'évaluation à un groupe de pairs et ne pas laisser seul un jeune praticien ou une équipe isolée.

**Tableau 30 : Recommandations cliniques en psychiatrie médico-légale. Senon et al. 2006 (146)**

Pour conclure cette partie sur l'évaluation du risque de violence et homicide, il est important de rappeler que le climat politique et sociétal est de plus en plus sécuritaire.

L'évolution des politiques pénales n'a de cesse de se focaliser sur la question de la dangerosité et de la récurrence d'actes violents.

L'utilisation d'outils d'évaluation du risque de violence génère de nombreux conflits idéologiques et débats parmi les cliniciens et experts.

Au-delà de ces outils, caricaturalement montrés du doigt, l'évaluation de la dangerosité interroge l'usage qui en est fait par le praticien. Ce dernier doit être conscient de leurs intérêts, leurs limites et être formé à leur utilisation.

Les données recueillies doivent pouvoir être restituées dans une approche globale du sujet autorisant une analyse compréhensive des dynamiques de risque (147).

### **3. Étude des caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques de patients schizophrènes auteurs d’homicides en fonction de leur relation aux victimes**

#### **3.1 Contexte de l’étude et objectif de la recherche :**

Il n'existe dans la littérature que peu d'études comparatives s'intéressant au profil clinique et criminologique d'auteurs d'homicide en fonction de leur niveau de connaissance de la victime.

L'objectif de l'étude est de :

- décrire les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques de patients hommes atteints de schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs, auteurs d'un ou plusieurs homicides, hospitalisés en Unité pour Malades Difficiles,
- et de comparer les caractéristiques des patients dont les victimes sont des personnes inconnues, à celles des patients dont les victimes sont connues extrafamiliales ou intrafamiliales.

Nous émettons l'hypothèse que les patients souffrant de ces pathologies, auteurs d'homicides à victimes inconnues ont des caractéristiques différentes des patients dont les victimes sont extrafamiliales connues et intrafamiliales.

L'identification d'éventuels profils cliniques et criminologiques spécifiques en fonction du niveau de relation à la victime pourrait apporter des éléments supplémentaires de compréhension des passages à l'acte meurtrier.

Précisons que nous utiliserons les abréviations suivantes pour le reste du texte :

- Victime extrafamiliale inconnue (EF inconnue),
- Victime extrafamiliale connue (EF connue),
- Victime intrafamiliale (IF).

## 3.2 Méthode :

### 3.2.1 Schéma de l'étude et population concernée :

Ce travail de recherche consiste en une étude rétrospective, descriptive et comparative.

Etaient inclus, tous les individus auteurs d'homicides et souffrant de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif, hospitalisés au sein de l'Unité pour Malades Difficiles (UMD) de Cadillac-sur-Garonne entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 1<sup>er</sup> novembre 2014.

Cette structure de soins ouverte en 1963 fait partie des quatre unités pour malades difficiles les plus anciennes sur le territoire français.

Elle bénéficie d'une capacité d'accueil de 86 patients de sexe masculin hospitalisés sous le régime de soins sans consentement sur décision du Représentant de l'Etat (SDRE) ou sur décision judiciaire dans les suites d'une irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

Etaient exclus de l'étude les patients qui présentaient un trouble bipolaire de l'humeur ou un autre trouble psychotique que la schizophrénie ou le trouble schizo-affectif ; tels que, les troubles délirants persistants, les troubles psychotiques aigus et transitoires, les troubles délirants induits.

Les auteurs de récurrence d'homicide ou les homicides à victimes multiples « mixtes » intra et extra-familiales ont également été exclus.

Trois groupes ont été constitués en fonction de leur niveau de connaissance avec la victime :

- Groupe 1 : victime EF inconnue, considérée comme telle lorsqu'elle était connue de l'auteur depuis moins de 24 heures,
- Groupe 2 : victime EF connue, n'ayant pas de lien de parenté avec l'auteur,
- Groupe 3 : victime IF, ayant un lien de parenté avec l'auteur.

Le recueil de données s'est effectué à partir des informations recueillies dans les dossiers d'hospitalisation des patients présents et les archives.

L'ensemble des dossiers médicaux comprenant les expertises psychiatriques pénales ordonnées à la suite des faits d'homicide, les rapports d'autopsie médico-légale, les procès-verbaux ainsi que les éventuelles décisions d'irresponsabilité pénale présents dans les dossiers des patients ont été étudiés.

L'outil d'évaluation utilisé dans ce travail est une grille de lecture établie à partir des données de la littérature concernant les facteurs associés au risque de violence chez les personnes souffrant de schizophrénie.

Cette grille de lecture est organisée en plusieurs parties distinctes, décrites ci-dessous.

### **Les données sociodémographiques du patient :**

Ont été retenues les caractéristiques socio-professionnelles et la situation familiale de l'individu au moment du passage à l'acte homicide. À savoir :

- le type de domicile,
- le niveau scolaire,
- le statut professionnel,
- le statut marital,
- l'existence d'une paternité.

### **Les évènements de vie :**

- une séparation parentale précoce,
- un décès parental précoce,
- des antécédents de carences affectives,
- des violences intrafamiliales,
- un placement judiciaire ou social infantile,
- ou des antécédents de violences physiques et/ou sexuelles subies.

### **Les antécédents légaux :**

- des infractions antérieures sans acte de violence,
- des infractions antérieures avec acte de violence.

### **Le diagnostic psychiatrique principal et ses caractéristiques :**

- le diagnostic principal (selon les critères de la CIM 10) rapporté dans les dossiers médicaux et expertises psychiatriques pénales,
- la durée estimée de la maladie et la durée de psychose non traitée supposée,
- les antécédents d'hospitalisations en services de soins psychiatriques,
- la prise d'un traitement antipsychotique vie entière (à l'exception d'un traitement neuroleptique sédatif),
- la prise d'un traitement antipsychotique au moment des faits,
- un contact avec les soins psychiatriques moins d'un mois avant l'homicide.

**Les comorbidités médicales, psychiatriques :** (diagnostics établis selon les critères de la CIM-10)

- les antécédents médicaux ; essentiellement des pathologies neurologiques telles qu'une épilepsie, des antécédents de traumatisme crânien,
- un retard mental,
- un trouble des conduites,
- un trouble déficit de l'attention et hyperactivité,
- un trouble de la personnalité dyssociale,
- l'abus ou la dépendance envers une ou plusieurs substances : alcool, cannabis, opiacés, cocaïne et autres psychostimulants,
- les antécédents de crises suicidaires et de tentatives de suicides.

**Les éléments cliniques pertinents au moment des faits d'homicide :**

- l'âge du patient au moment des faits,
- l'existence de symptômes psychotiques positifs, la présence d'idées délirantes et leur thématique, d'injonction hallucinatoire, d'un persécuteur désigné,
- la prédominance de symptômes négatifs,
- une participation thymique,
- la prise d'une substance toxique au moment des faits.

**Les caractéristiques criminologiques de l'homicide :**

- le lieu de l'homicide,
- le modus operandi comprenant le moyen léthal utilisé, le port habituel d'une arme, l'existence d'une préméditation et d'une violence excessive sur la victime,
- le caractère émotionnel ou instrumental du passage à l'acte selon la typologie de REIS,
- le sexe et l'âge de la victime ainsi que la présence de victimes multiples,
- le comportement immédiat au décours de l'homicide.

**Les conséquences pénales**

### 3.2.2 Analyses statistiques :

Dans un premier temps, les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques ont été décrites par leurs effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives et par leur moyenne, minimum, maximum, écart-type pour les variables quantitatives.

Quand les données étaient très dispersées, nous avons préféré la médiane à la moyenne.

Dans un second temps, des comparaisons entre les trois groupes ont été réalisées.

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel EXCEL et les analyses statistiques réalisées avec le logiciel SAS® (version n° 9.3).

Les comparaisons des variables qualitatives ont été effectuées à l'aide d'un test de Khi 2 après vérification que les effectifs théoriques étaient supérieurs à 5.

Dans le cas contraire, nous avons utilisé le test exact de Fisher.

Les comparaisons des variables quantitatives ont été réalisées à l'aide d'une Anova.

Les tests réalisés étaient bilatéraux et le seuil de significativité statistique retenu a été un p inférieur ou égal à 0,05.

Nous avons ensuite choisi de procéder à une comparaison des groupes deux à deux pour l'ensemble des variables retrouvant une différence significative intergroupe.

La multiplicité des tests a été contrôlée à l'aide de procédure adaptative qui contrôle le False Discovery Rate (FDR) avec un seuil de 0.05 (148).

### 3.3 Résultats :

Un total de 121 patients auteurs d'homicides, hospitalisés au sein de l'Unité pour Malades Difficiles entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 1<sup>er</sup> novembre 2014 ont été retrouvés.

21 patients ne présentaient pas de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif et ont été exclus :

- 3 avaient un diagnostic de trouble envahissant du développement,
- 11 avaient un trouble grave de la personnalité sans pathologie de l'axe I associé,
- 4 avaient un trouble délirant persistant,
- 2 avaient un trouble affectif bipolaire,
- 1 avait un trouble de la personnalité et du comportement, dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébral.

6 patients ont été exclus car ayant commis une récurrence d'homicide, notamment sur différents types de victimes.

Enfin pour 4 patients les dossiers médicaux ne contenaient pas suffisamment d'informations pour les inclure dans l'étude.

Ont finalement été inclus 90 patients.

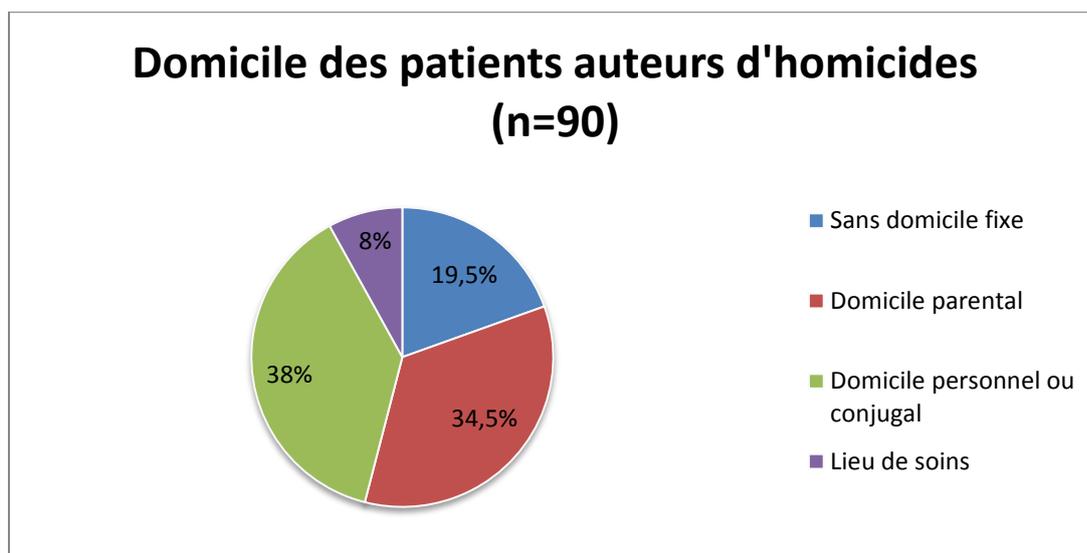
### 3.3.1 Résultats descriptifs de la population de l'étude :

#### 3.3.1.1 Les données sociodémographiques :

##### **Le domicile**

La grande majorité des auteurs (n=63, soit 72.4%) avait un logement au moment des faits et près de la moitié d'entre eux (n=30, soit 47.6%) vivait au domicile parental.

8% (n=7) étaient hospitalisés tandis qu'une proportion non négligeable (19.5%) était sans domicile fixe.



##### **La situation familiale :**

Ils sont pour 92.2% (n=83) d'entre eux, célibataires ou séparés et 81% (n=73) n'ont jamais eu d'enfant.

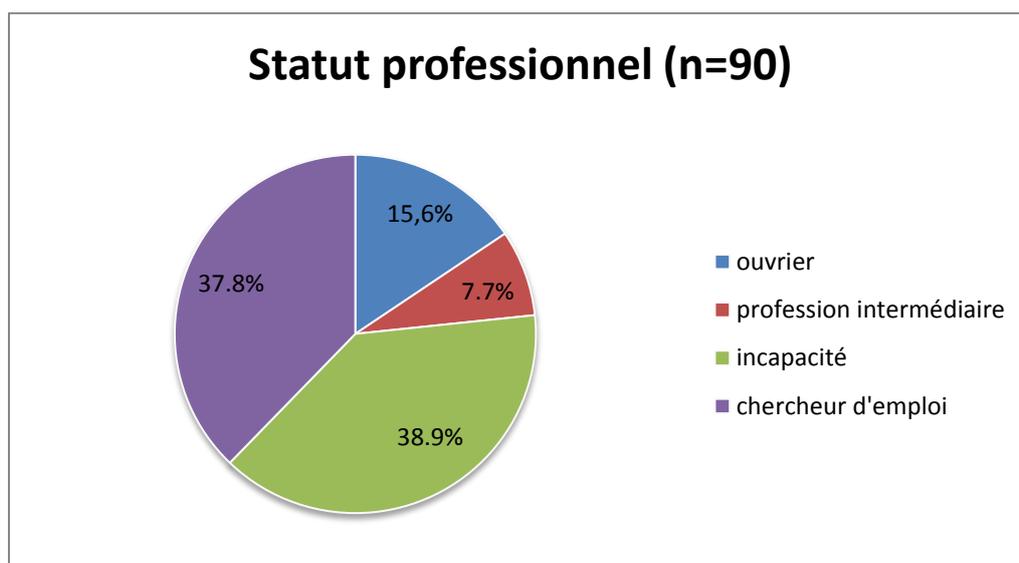
### Le cursus scolaire et le statut professionnel :

Le niveau scolaire est globalement moyen, voire faible : 19.1% de la population de l'étude se sont arrêtés au primaire, 73% ont suivi une scolarité jusqu'au secondaire, et seulement 7.9% ont accédé aux études universitaires.

Sur le plan professionnel, ils sont pour 76.7% d'entre eux, sans activité salariale.

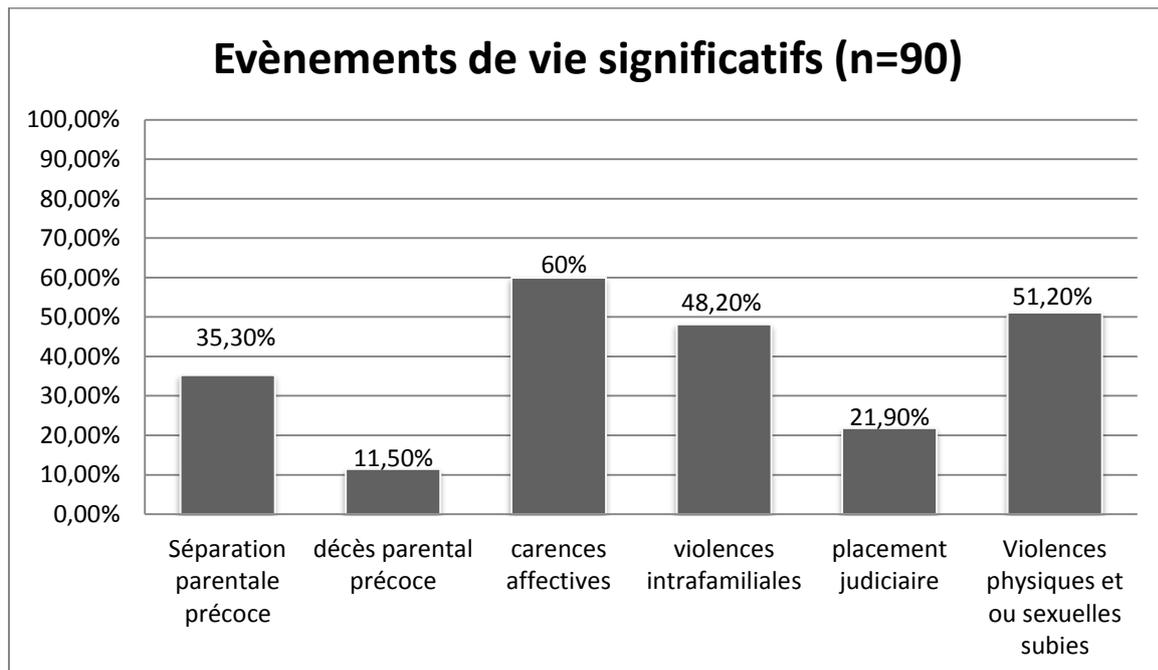
Sur ces personnes sans activité, 49.2% sont considérés comme demandeurs d'emplois et 50.8% ont une mesure d'incapacité (telle une allocation adulte handicapé)

Les ouvriers constituent la classe professionnelle la plus représentée avec 66.7% de la population active.



### 3.3.1.2 Les évènements de vie :

Comme nous pourrions le voir sur le graphique ci-après, les auteurs d'homicide souffrant d'une schizophrénie ou d'un trouble schizo-affectif ne sont pas épargnés par des évènements de vie significatifs, susceptibles de fragiliser le développement psychique d'un individu.



### 3.3.1.3 Les antécédents légaux :

#### Les infractions sans violence :

51.2% des patients inclus dans l'étude ont des antécédents d'infractions commises, sans acte de violence physique envers les personnes (vols, incendies, dégradations de biens public ou privés).

### **Les violences commises :**

La majorité des patients (n=61, soit 68,5%) a déjà commis, avant l'homicide, des faits de violence physique envers autrui.

Il s'agit de coups et blessures la plupart du temps (n=58, soit 95%) et plus rarement des tentatives d'homicide (n=2, soit 3,2%) ou des agressions sexuelles (n=1, soit 1,8%).

#### **3.3.1.4 Le diagnostic psychiatrique principal et ses caractéristiques:**

##### **Le diagnostic principal :**

Dans notre population d'étude, 94,5% (n=85) ont un diagnostic de schizophrénie et 5,5% (n=5) un diagnostic de trouble schizo-affectif.

##### **La durée estimée de maladie :**

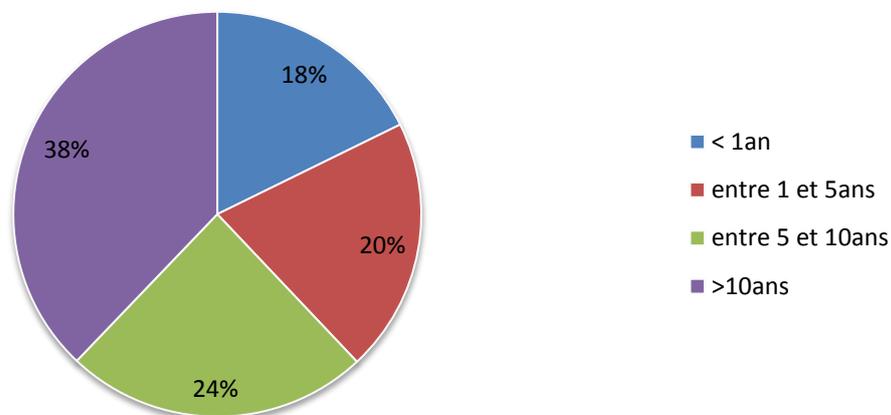
La durée de maladie au moment des faits d'homicide, est estimée en moyenne à 104 mois, soit 8,6 ans avec un écart-type de 102 mois, soit 8,5 ans et des extrêmes allant de moins d'un mois à 40 ans.

En raison d'une dispersion importante des données nous préférons à la moyenne, la médiane qui est de 78 mois soit 6,5 ans.

Nous pouvons constater que la majorité des patients ont une durée de maladie qui est supérieure à 5 ans (62%).

De plus, les personnes qui ont une schizophrénie évoluant depuis plus de 10 ans sont les plus représentées dans cette étude (38%).

### Durée de la maladie au moment des faits d'homicide (n=90)



#### **La durée de psychose non traitée supposée :**

Concernant cette variable nous retrouvons en moyenne 31 mois, soit 2.6 ans de durée de psychose non traitée, avec un écart-type de 55 mois et des extrêmes allant de moins d'un mois à près de 30ans.

Cela est cependant à prendre avec grande réserve, en raison du nombre de données manquantes (n=39 soit plus de 43% de l'échantillon).

De plus, en raison également d'une dispersion importante des données nous préférons à la moyenne, la médiane qui est de 10 mois.

#### **Les antécédents d'hospitalisations et la prise d'un traitement antipsychotique :**

La majorité des auteurs d'homicide(s) de cette étude, soit 67,8% (n=61) avait bénéficié d'un traitement antipsychotique au moins une fois dans leur vie avant les faits.

La même proportion avait déjà été également hospitalisée en service de psychiatrie.

### 3.3.1.5 Les comorbidités médicales et psychiatriques :

#### **Les troubles neurologiques :**

Certaines affections neurologiques sont susceptibles d'induire des troubles graves du comportement.

Comme nous l'avons vu précédemment dans la revue de la littérature, les épilepsies temporales et les antécédents de traumatismes crâniens peuvent contribuer à la réalisation de passages à l'acte violent.

Dans cette étude, il est retrouvé des antécédents d'épilepsie (toutes étiologies confondues mais nécessitant un traitement antiépileptique au long cours) chez 4,5% (n=4) des patients inclus.

Des antécédents de traumatisme crânien sont rapportés chez 15,9% (n=14) des patients inclus.

À noter que cet antécédent n'est que rarement rapporté dans les dossiers médicaux et, par conséquent, possiblement sous-évalué.

#### **Le retard mental :**

L'établissement d'un diagnostic de retard mental est peu fréquent dans la population étudiée.

Il concerne 3,3% (n=3) des patients.

Il s'agissait d'un retard mental léger selon les critères de la CIM-10.

Le quotient intellectuel n'est cependant pas toujours retrouvé dans les dossiers.

#### **Le trouble des conduites :**

Des éléments en faveur d'un trouble des conduites dans l'enfance sont retrouvés dans les documents médicaux et expertises pénales de 16,1% (n=14) des auteurs d'homicide(s).

Chez seulement un des patients ayant un diagnostic de trouble des conduites, il n'est pas retrouvé de développement de trouble de la personnalité dyssociale à l'âge adulte.

### **Le trouble déficit de l'attention et hyperactivité :**

Il est mentionné pour deux patients (soit 2,3%), un diagnostic de trouble du déficit de l'attention et hyperactivité dans l'enfance.

Il n'était pas précisé, cependant, si le trouble se pérennisait à l'âge adulte.

### **Le trouble de la personnalité dyssociale :**

Ce trouble grave de la personnalité est retrouvé pour 44,4% (n=40) des patients de l'étude.

Chez ces derniers, 32,5% (n=13) avaient un diagnostic de trouble des conduites dans l'enfance.

### **Les abus ou dépendance à des substances :**

Les troubles de l'usage des substances sont majoritairement rapportés dans les dossiers médicaux ou les expertises pénales sous la forme d'abus de substance.

Les éléments cliniques en faveur d'une dépendance, selon les critères de la CIM-10, ne sont qu'exceptionnellement retrouvés dans les écrits.

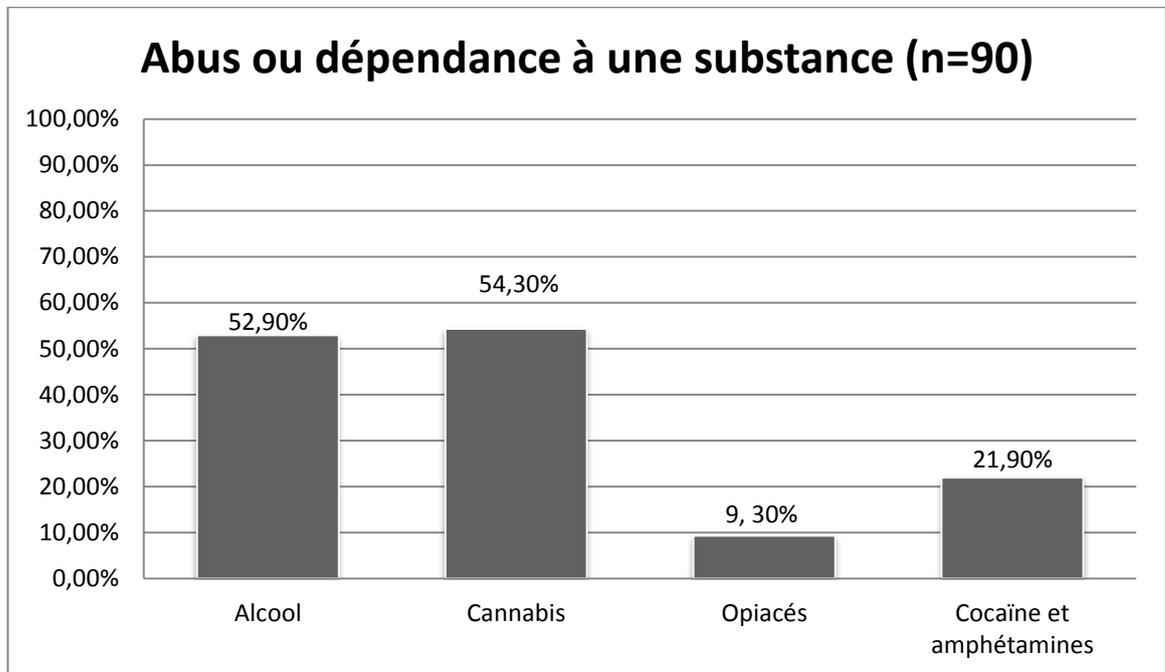
La majorité des études internationales, comme nous l'avons vu préalablement, utilise également le critère d'abus de substance.

Dans cette étude, l'abus concerne, toutes substances confondues, 66.3% des auteurs d'homicides.

38,8% (n=35) des sujets présentaient cette comorbidité pour au moins deux substances.

Nous avons rapporté ci-dessous leur proportion en fonction du type de substance.

Notons que l'abus ou la dépendance à l'alcool (n=45, soit 52,9%) et au cannabis (n=44, soit 54,3%) sont les plus retrouvés comme en population générale.



### **Les antécédents suicidaires :**

La comorbidité suicidaire est particulièrement représentée dans cette étude.

Pas moins de 42,7% des patients (n=35) ont été considérés en crise suicidaire au moins une fois dans leur vie avant le passage à l'acte meurtrier.

26,8% (n=22) des sujets ont commis au moins une tentative de suicide avant le meurtre.

Si l'on ne s'intéresse qu'aux sujets schizophrènes, 45,4% ont été considérés en crise suicidaire au moins une fois dans leur vie et 24,6% des schizophrènes avaient déjà tenté de se suicider.

Sur les 5 auteurs d'homicide(s) souffrant de trouble schizo-affectif, 3 avaient des antécédents de crise suicidaire et tous ont réalisé au moins une tentative de suicide.

### 3.3.1.6 Les éléments cliniques retrouvés au moment des faits d'homicide :

#### L'âge de l'auteur au moment des faits :

L'auteur d'homicide a dans cette étude en moyenne 30,6 ans, avec un écart-type de 9,7 ans, et, pour les extrêmes, des âges allant de 16 ans à 61 ans.

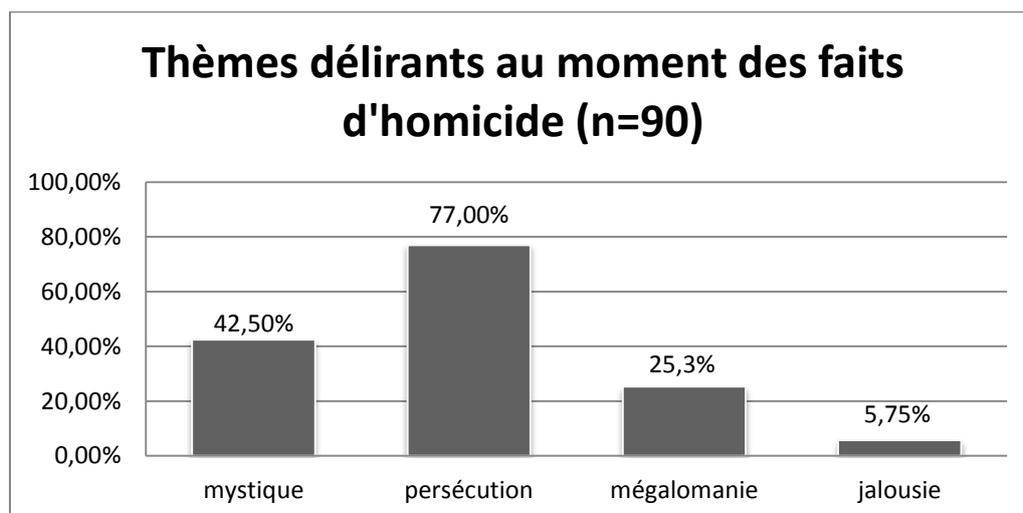
#### Les caractéristiques des symptômes psychotiques positifs :

Des idées délirantes au moment du passage à l'acte sont rapportées pour 93,2% des patients (n=83).

La thématique de persécution est de loin la plus représentée (n=67, soit 77%).

Dans près de la moitié des cas (n=39, soit 44,8%), les patients avaient des idées délirantes comportant plusieurs thèmes.

69,2% (n=54) font état d'injonctions hallucinatoires hétéro-agressives au moment de l'homicide et 26,5% (n=22) rapportaient comme persécuteur désigné la victime.



### **La présence de symptômes négatifs :**

Nous avons retenu dans les dossiers médicaux et expertises pénales, les patients qui présentaient des symptômes négatifs dominant le tableau clinique.

À savoir, les troubles de la volition, une importante diminution de l'expression émotionnelle, un repli, une raréfaction des interactions sociales et des activités intellectuelles.

Cette présentation clinique était retrouvée chez 21,8% (n=19) des patients de l'étude.

### **La participation thymique :**

Les éléments thymiques les plus souvent décrits étaient des symptômes du registre maniaque pour 26,2% (n=22) des cas.

Seulement 3,6% (n=3) des patients rapportaient des symptômes dépressifs avant le passage à l'acte.

Chez 4,8 % (n=4) des personnes, il était retrouvé l'association de symptômes dépressifs et maniaques.

Chez ces derniers, la description clinique était en faveur d'un épisode dépressif à caractéristiques mixtes selon les critères du DSM 5.

Les éléments de mixité étaient principalement : une tachypsychie, une réduction du besoin de sommeil et une humeur élevée ou expansive.

Pour les 5 patients ayant un diagnostic de trouble schizo-affectif, 4 présentaient des symptômes maniaques et un seul des symptômes compatibles avec un diagnostic d'épisode dépressif à caractéristiques mixtes.

### **L'accès aux soins récent et la prise d'un traitement au moment des faits :**

25,9% (n=22) des patients avaient eu un contact avec le dispositif de soins psychiatriques, que ce soit dans le cadre de consultations ou d'hospitalisations dans le mois précédant le passage à l'acte meurtrier.

Une minorité des patients (n=14, soit 16,1%) prenait un traitement antipsychotique dans les jours précédant les faits.

4 patients, dont un souffrant de trouble schizo-affectif, prenaient un traitement thymorégulateur peu de temps avant l'homicide, non associé à un traitement antipsychotique.

L'association d'un traitement antipsychotique et thymorégulateur n'était retrouvée que chez un patient souffrant de schizophrénie.

Enfin, un patient présentant un diagnostic de schizophrénie bénéficiait d'un traitement antidépresseur associé à un traitement thymorégulateur au moment des faits.

### **La prise d'une substance au moment des faits :**

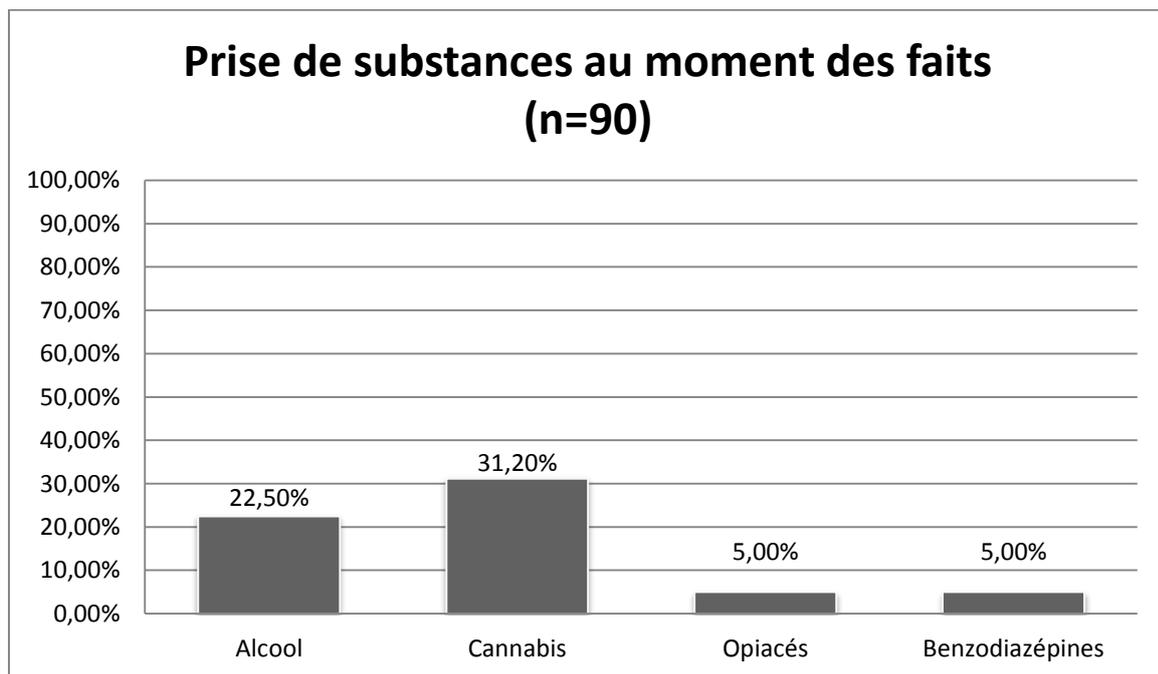
47,5% (n=38) des patients avaient consommé au moins une substance au moment des faits.

Le cannabis était la substance la plus souvent retrouvée (n=25, soit 31,2%), devant l'alcool et les autres substances.

À noter que 5% (n=4) des meurtriers étaient sous l'effet de benzodiazépines à haute posologie non prescrites médicalement (par exemple une dose supérieure à 40mg de Diazépam).

La prise était rapportée comme volontaire, dans une recherche d'effet anxiolytique ou hypnotique ; sauf dans une situation où l'auteur rapportait une recherche d'effet « *ébrio* ».

Nous pouvons supposer cependant, le potentiel désinhibiteur de ce type de substance dans le passage à l'acte.



### 3.3.1.7 Les caractéristiques criminologiques de l'homicide :

#### Le lieu de l'homicide :

Le meurtre se déroule majoritairement dans un lieu privé (n=57, soit 64,8%).

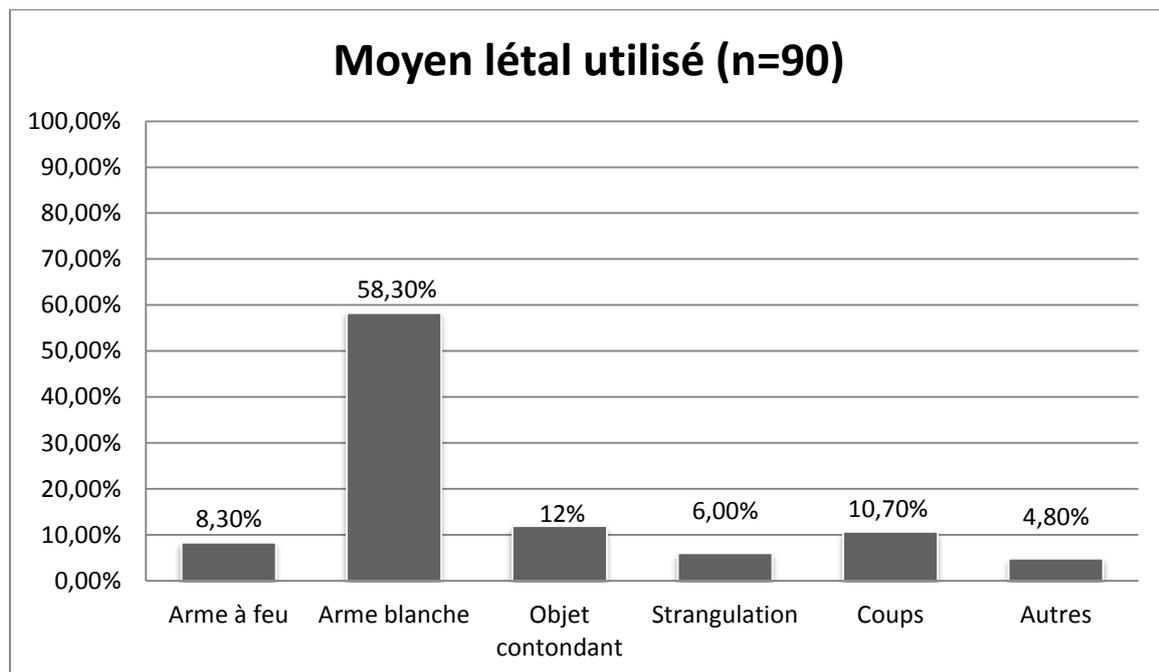
La plupart du temps, il s'agit du domicile de la victime ou de l'agresseur.

Dans 29,5% (n=26) des situations, il a lieu sur la voie publique et dans 5,7% (n=5) dans un lieu de soins.

### Le mode opératoire :

Le moyen léthal le plus fréquent est l'arme blanche (n=49, soit 58,3%), suivi de l'usage d'un objet contondant (n=10, soit 11,9%), de coups (n=9, soit 10,7%), d'une arme à feu (n=7, soit 8,3%) et de la strangulation (n=5, soit 6%).

Dans les autres moyens létaux (4.8%), nous avons inscrit les actes incendiaires et les auteurs d'accidents « *volontaires* » sur la voie publique.



Pour 38,5% (n=32) des auteurs d'homicide(s), l'arme était la majorité du temps en leur possession. Ce comportement était sous-tendu par l'existence d'une intense activité délirante avec un vécu permanent de sentiment de menace ou d'hostilité de la part d'autrui. En cas de recours à une arme habituellement en possession de l'agresseur, il s'agissait, pour 87,5% d'entre eux, d'une arme blanche (couteau) et pour 12,5%, d'une arme à feu.

Le passage à l'acte est rapporté comme prémédité dans 32.1% des situations.

Il est en revanche le plus souvent très difficile de connaître la durée de cette préméditation.

### **Typologie de REIS et violence excessive du passage à l'acte :**

Dans notre population d'étude, constituée de personnes souffrant de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif en phase symptomatique, dans la quasi-totalité des passages à l'acte (97.7%, soit n=86) la violence peut être qualifiée, sans grande surprise, de violence émotionnelle.

La violence instrumentale n'intervient alors que dans 4 situations, avec pour mobile principal, le vol.

La violence excessive du passage à l'acte est également caractéristique de l'homicide pathologique et du haut niveau émotionnel du passage à l'acte.

Dans 57.3% des cas d'homicides, une violence intense ou un acharnement post-mortem sont retrouvés.

### **Le profil des victimes d'homicide :**

L'âge de la victime n'a pu être renseigné que pour 19 cas d'homicides.

La moyenne d'âge, bien que peu informative au vu du nombre de données manquantes, est bien plus âgée que celle de l'auteur, soit 50,5 ans, avec un écart type de 23 ans et des extrêmes allant de 3 à 86 ans.

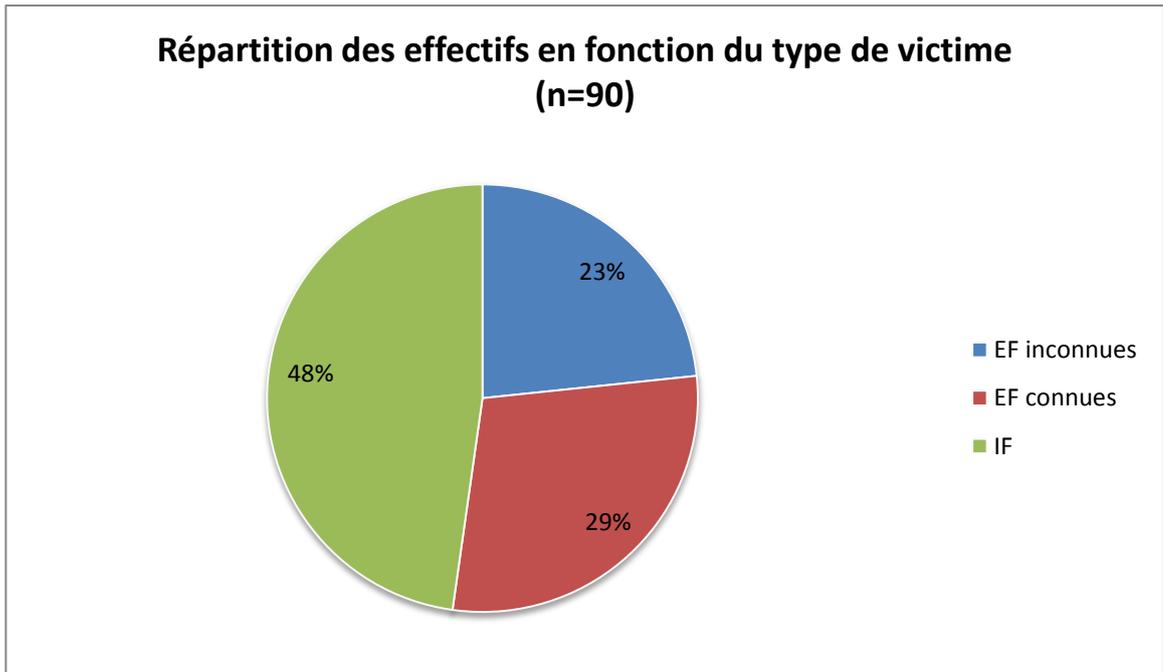
Il s'agit d'un homme dans 53,9% des cas, d'une femme dans 37,1% des cas et d'un homicide à victimes multiples, hommes et femmes, dans 9% des cas.

Dans la moitié des cas, les homicides à victimes mixtes étaient des doubles parricides.

Seulement un auteur est passé à l'acte sur des victimes mineures, à savoir ses propres enfants, âgés de moins de 6 ans.

Le niveau de relation entre l'agresseur et la victime était le suivant :

- 21 homicides sur victimes EF inconnues, soit 23%
- 26 homicides sur victimes EF connues, soit 29%
- 43 homicides sur victimes IF, soit 48%



### **Le comportement immédiat au décours de l'homicide.**

Dans les suites du passage à l'acte meurtrier, 54,8% (n=45) des auteurs vont fuir le lieu du crime, 40,2% (n=33) vont rester sur les lieux, retrouvés prostrés à proximité de la victime ou après avoir appelé eux-mêmes les secours et 4,9% (n=4) vont commettre une tentative de suicide.

#### **3.3.1.8 les conséquences pénales :**

Sur l'ensemble de la population de l'étude, ils seront 80% (n=72) à bénéficier d'une irresponsabilité pénale (selon l'article 64 du Code pénal de 1810 ou l'article 122-1 alinéa 1 du nouveau Code pénal).

Parmi les 20% de patients responsabilisés, 5 (27,7%) vont bénéficier d'une atténuation de responsabilité (selon l'article 122-1 alinéa 2 du Code pénal).

### 3.3.2 Résultats comparatifs en fonction du niveau de relation à la victime :

#### 3.3.2.1 Les données sociodémographiques

	Homicide extrafamilial victime inconnue (n=21)	Homicide extrafamilial victime connue (n=26)	Homicide intrafamilial (n=43)	P value
<b>Domicile :</b>				
SDF	10(50%)	3(12,5%)	4(9,3%)	<b>&lt;0.001*</b>
Parental	6(30%)	4(16,7%)	20(46,5%)	<b>0.04*</b>
Personnel/conjugal	4(20%)	12(50%)	17(39,5%)	0.12
Lieu de soins	0(0%)	5(20,8%)	2(4,7%)	<b>0.02*</b>
Célibataire	21(100%)	26(100%)	36(83,7%)	<b>0.01*</b>
Enfant(s)	2(10%)	6(23,1%)	9(20,9%)	0.60
<b>Scolarité :</b>				
Primaire	4(19,1%)	6(23,1%)	7(16,7%)	0.81
Secondaire	15(71,4%)	17(65,4%)	33(78,6%)	0.48
Universitaire	2(9,5%)	3(11,5%)	2(4,7%)	0.57
<b>Profession :</b>				
Sans emploi	12(57,1%)	6(23,1%)	16(37,2%)	0.06
Incapacité	4(19%)	11(42,3%)	20(46,5%)	0.09
Ouvrier	3(14,3%)	7(26,9%)	4(9,3%)	0.14
Emploi intermédiaire	2(9,6%)	2(7,7%)	3(7%)	0.94

Tableau 31 : Données sociodémographiques des hommes schizophrènes ou souffrant d'un trouble schizo-affectif, auteurs d'homicide à victimes EF inconnues, EF connues et victimes IF.

## Le domicile

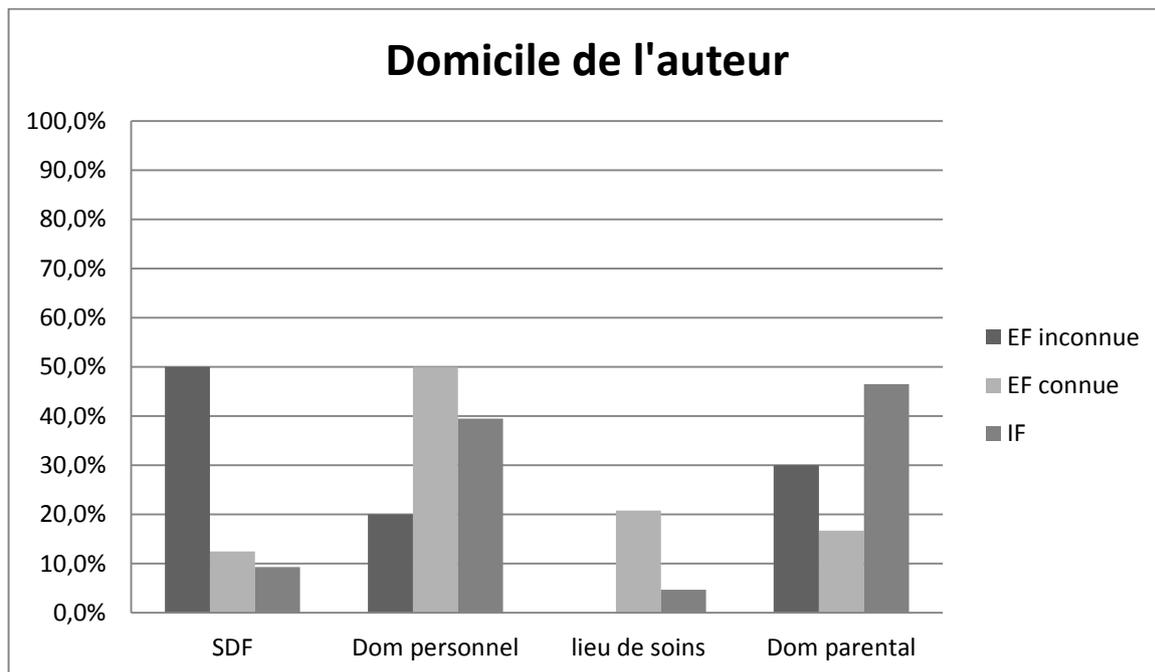
Il est retrouvé une différence significative intergroupe concernant :

- le fait d'être sans domicile fixe (Test exact de Fisher,  $p < 0.001$ )
- être au sein du domicile parental (Test exact de Fisher,  $p = 0.04$ )
- être hospitalisé (Test exact de Fisher,  $p = 0.02$ )

Les analyses comparatives des groupes deux à deux, retrouvent que les hommes auteurs d'un homicide sur victime EF inconnue étaient plus souvent sans domicile fixe (50%), que les auteurs d'un homicide sur victime EF connue (12.5%), (Test exact de Fisher,  $p = 0.006$ ).

Et de même en comparaison aux auteurs à victime IF (9.3%), (Test exact de Fisher,  $p < 0.001$ ).

Les auteurs d'homicide sur victime IF se trouvaient majoritairement hébergés au sein du domicile parental (46.5%).



### La situation familiale :

Concernant le statut marital, les auteurs d'homicide sur victime IF étaient significativement moins souvent célibataires ou séparés que les auteurs d'homicide sur victime EF connue ou inconnue (83,7% vs 100% ; test exact de Fisher,  $p=0.039$ ).

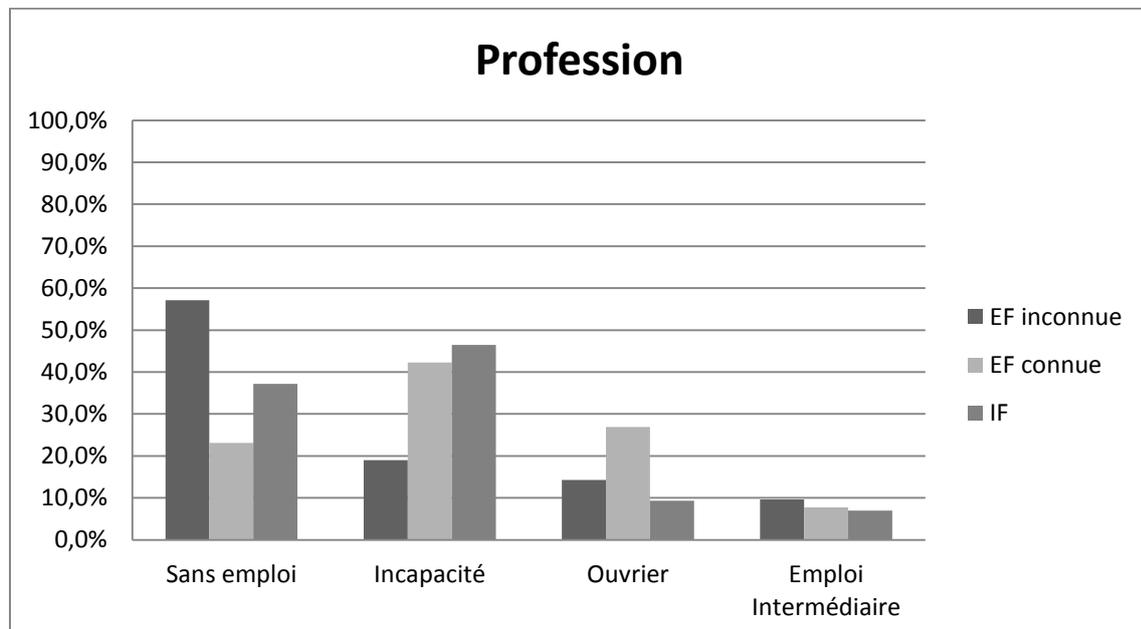
En revanche, il n'était retrouvé qu'une tendance statistique chez les auteurs d'homicides sur victimes EF inconnues à être moins souvent père que dans les deux autres groupes (10% vs 23,1% et 20,9%).

### Cursus scolaire et statut professionnel :

Concernant le parcours scolaire, il n'était pas retrouvé de différence significative entre les trois groupes.

Plus des deux tiers des patients s'étaient arrêtés durant le secondaire.

En revanche, sur le plan professionnel, même si cela ne ressort pas de manière significative, les auteurs d'homicide sur victime EF inconnue étaient plus souvent sans emploi et moins dans une situation d'incapacité que les auteurs d'homicide sur victime EF connue extrafamiliale et IF.



### 3.2.2.2 Les évènements de vie :

	Homicide extrafamilial victime inconnue (n=21)	Homicide extrafamilial victime connue (n=26)	Homicide intrafamilial (n=43)	P value
Violences physiques ou sexuelles subies	16(76,2%)	11(52,4%)	15(37,5%)	<b>0.01*</b>
Séparation parentale précoce	6(30%)	7(30,4%)	17(40,5%)	0.61
Décès parental précoce	4(19,1%)	3(12,5%)	3(7,1%)	0.34
Carences affectives et éducatives	13(61,9%)	17(77,3%)	21(50%)	0.10
Témoin de violences intrafamiliales	11(52,4%)	10(47,6%)	19(46,3%)	0.90
Placements judiciaires	4(19,1%)	3(13%)	12(27,9%)	0.35

Tableau 32 : Evènements de vie significatifs des auteurs d'homicides sur victimes extrafamiliales inconnues, connues et intrafamiliales

En ce qui concerne la majorité des évènements de vie significatifs excepté les antécédents de violences physiques ou sexuelles subies par l'auteur des faits, il n'est pas retrouvé de différence significative entre les trois groupes.

Les violences physiques ou sexuelles subies sont majoritairement retrouvées auprès des auteurs d'homicide à victime EF inconnue (76.2%). Ils sont de manière significative plus souvent victime de ces violences que les auteurs à victime IF (Chi-2 ; p=0.004).

### 3.2.2.3 Les antécédents légaux :

	Homicide extrafamilial victime inconnue (n=21)	Homicide extrafamilial victime connue (n=26)	Homicide intrafamilial (n=43)	P value
Infraction sans violence	14(70%)	12(50%)	18(42,9%)	0.13
Violence antérieure	16(76,2%)	19(73,1%)	26(61,9%)	0.43

Tableau 33 : Antécédents légaux des auteurs d'homicides sur victimes extrafamiliales inconnues, connues et intrafamiliales

Il n'est pas retrouvé de différence significative intergroupe concernant les antécédents légaux des auteurs d'homicide en fonction du type de victime.

Nous pouvons cependant mentionner que les meurtriers à victime EF inconnue ont proportionnellement davantage d'antécédents d'infractions non violentes (70%) et de violences commises (76,2%) que les meurtriers à victime IF et à moindre mesure ceux à victime EF connue.

Nous retrouvons d'ailleurs une différence significative dans l'analyse deux à deux entre le groupe EF inconnue et IF, pour les infractions sans violence (Khi-2 ; p=0.045).

#### 3.2.2.4 Le diagnostic psychiatrique principal et ses caractéristiques:

	Homicide extrafamilial victime inconnue (n=21)	Homicide extrafamilial victime connue (n=26)	Homicide intrafamilial (n=43)	P value
<b>Diagnostic principal :</b>				
Trouble schizo-affectif	0(0)	1(3.9)	4(9.3)	0.28
Schizophrénie	21(100)	25(96,1)	39(90.7)	0.28
<b>Antécédents d'hospitalisations</b>	13(61,9%)	19(73,1%)	29(67,4%)	0.71
<b>Antécédents de traitement antipsychotique</b>	13(61,9%)	19(73,1%)	29(67,4%)	0.71
<b>Durée de la maladie (médiane en mois)</b>	48	84	108	0.13

Tableau 34 : Diagnostic psychiatrique principal et ses caractéristiques chez les auteurs d'homicides sur victimes extrafamiliales inconnues, connues et intrafamiliales

#### Le diagnostic principal :

Il n'est pas retrouvé de différence significative intergroupe en ce qui concerne la proportion de personnes souffrant de trouble schizo-affectif ou de schizophrénie.

Nous pouvons simplement mentionner que les auteurs d'homicide(s) sur victime EF inconnue étaient exclusivement schizophrènes.

### **Les antécédents d'hospitalisations et la prise d'un traitement antipsychotique :**

La majorité des patients, quel que soit leur niveau de relation à la victime, avaient déjà bénéficié, au moins une fois, de prises en charge psychiatriques par le biais d'hospitalisations en service de santé mentale et/ou de la prise d'un traitement antipsychotique.

Les analyses statistiques n'ont pu établir de différence significative entre les trois groupes (khi-2, p=0.71).

### **La durée estimée de maladie:**

Nous pouvons constater, malgré l'absence de résultat significatif (Anova , p=0.13), une médiane de durée de maladie près de deux fois moins importante chez les auteurs d'homicide sur victime inconnue (4 ans) que chez les auteurs à victime extrafamiliale connue (7 ans) ou intrafamiliale (9 ans).

A noter que la médiane a été préférée à la moyenne en raison d'une importante dispersion des données recueillies dans l'ensemble des groupes.

	Médiane	Minimum	1 <sup>er</sup> quartile	3 <sup>ème</sup> quartile	Maximum
Homicide extrafamilial victime inconnue (n=21)	48	1	11	90	252
Homicide extrafamilial victime connue (n=26)	84	2	36	192	396
Homicide intrafamilial (n=43)	108	1	24	136	480

**Tableau 35 : Durée estimée de la maladie des auteurs d'homicides sur victimes extrafamiliales inconnues, connues et intrafamiliales**

### **La durée de psychose non traitée supposée :**

Les résultats concernant la durée de psychose non traitée sont, comme pour la durée de maladie, très dispersés avec des écarts-types très importants.

Nous présentons, notamment pour cette raison, la médiane pour chacun des groupes.

Nous retrouvons une médiane de 10 mois pour la durée de psychose non traitée des auteurs d'homicide sur victime EF inconnue, de 30 mois pour les auteurs d'homicide sur victime EF connue et de 4 mois pour les auteurs d'homicide sur victime IF.

De plus, il est important de noter que nous n'avons pu identifier une DUP que pour 51 patients sur la totalité de la population de l'étude (n=90).

### 3.2.2.5 Les comorbidités médicales et psychiatriques :

	Homicide extrafamilial victime inconnue (n=21)	Homicide extrafamilial victime connue (n=26)	Homicide intrafamilial (n=43)	P value
Traumatisme crânien	2(10%)	4(16%)	8(18,6%)	0.69
Epilepsie	0(0%)	2(8%)	2(4,7%)	0.67
Retard mental	0(0%)	2(7,7%)	1(2,3%)	0.43
Trouble des conduites	5(25%)	3(12,5%)	6(14%)	0.48
TDAH	1(5%)	0(0%)	1(2,4%)	0.48
Personnalité dyssociale	15(71,4%)	12(46,2%)	13(30,2%)	<b>0.007*</b>
<b>Trouble de l'usage :</b>				
Alcool	12(60%)	12(50%)	21(51,2%)	0.76
Cannabis	15(75%)	10(47,6%)	19(47,5%)	0.10
Opiacés	1(4,8%)	3(12,5%)	4(9,8%)	0.72
Cocaïne et autres psychostimulants	7(35%)	4(19,1%)	7(17,1%)	0.30
Antécédents suicidaires	7(33,3%)	12(54,5%)	16(41%)	0.35

Tableau 36 : Comorbidités des auteurs d'homicides sur victimes extrafamiliales inconnues, connues et intrafamiliales

### Les troubles neurologiques :

Il n'est pas retrouvé entre les trois groupes de différence significative en ce qui concerne les pathologies comitiales ou les antécédents de traumatismes crâniens.

Nous pouvons simplement noter que ces comorbidités neurologiques sont moins fréquentes chez les auteurs d'homicide à victime EF inconnue.

### **Le retard mental :**

Aucun des meurtriers à victime EF inconnue n'avait un retard mental diagnostiqué avant les faits.

Cette pathologie n'était retrouvée que de manière anecdotique dans les deux autres groupes.

### **Le trouble des conduites :**

Des éléments en faveur d'un trouble des conduites dans l'enfance étaient plus souvent retrouvés chez les auteurs d'homicides à victime EF inconnue (n=5, soit 25%).

Il n'existe cependant pas de différence significative intergroupe concernant cette variable (Khi-2, p=0.48).

### **Le trouble déficit de l'attention et hyperactivité :**

Nous n'avons pas mis non plus en évidence de différence intergroupe en ce qui concerne la comorbidité d'un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (Test exact de Fisher, p=0.48).

### **Le trouble de la personnalité dyssociale :**

Le trouble grave de la personnalité de type dyssocial est majoritairement retrouvé chez les schizophrènes auteurs d'homicide sur victime EF inconnue (n=15, soit 71,4%).

Ce trouble de personnalité est retrouvé dans de moindres proportions chez les auteurs à victime EF connue et IF (respectivement : n=12, soit 46,2% et n=13, soit 30,2%).

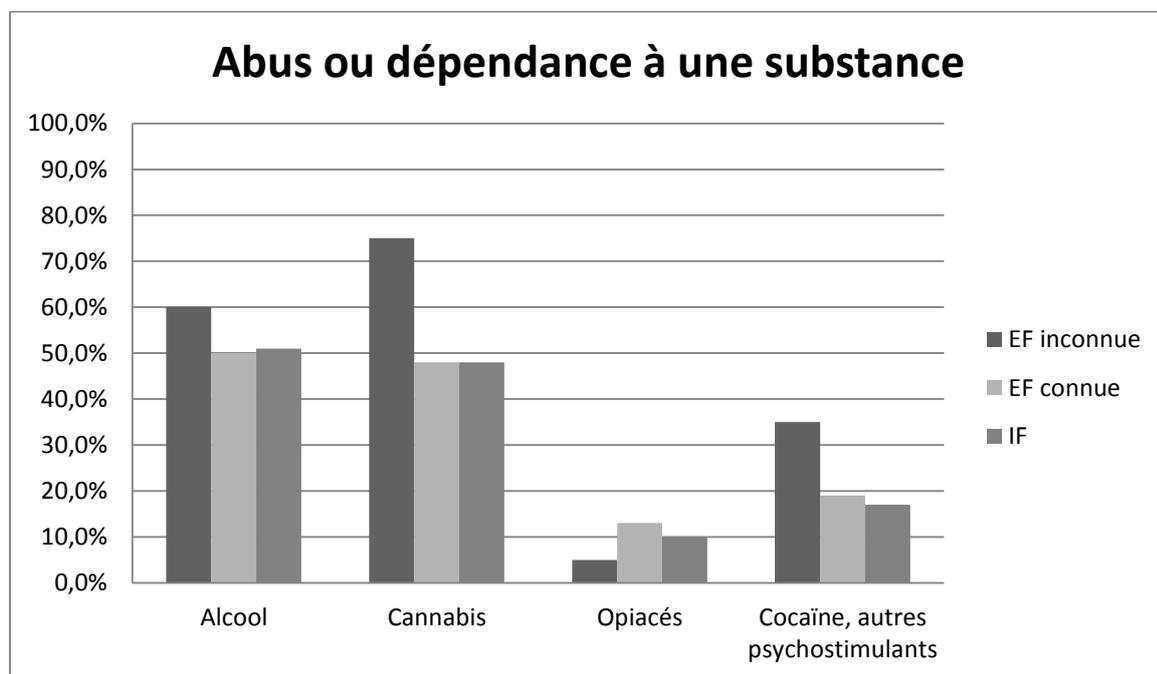
Les meurtriers à victime EF inconnue ont, de manière significative, plus souvent un trouble de la personnalité dyssociale que les meurtriers à victime intrafamiliale (Khi-2, p=0.002).

### **L'abus ou la dépendance à des substances :**

Les auteurs d'homicide(s) à victime EF inconnue ont une tendance statistique à avoir plus souvent un trouble de l'usage d'alcool, de cannabis ou de psychostimulants comorbide à leur pathologie schizophrénique que les auteurs sur victime EF connue ou IF.

En effet, l'abus ou dépendance à l'alcool concerne 60% des hommes schizophrènes meurtriers sur victime EF inconnue.

L'abus ou dépendance au cannabis est rapporté pour 75% d'entre eux et l'abus ou dépendance à la cocaïne ou autres psychostimulants pour 35%.



### **Les antécédents suicidaires :**

Dans les trois groupes, la comorbidité suicidaire est particulièrement importante et nous ne retrouvons pas de différence statistique intergroupe ( $\chi^2$ ,  $p=0.35$ ). Les meurtriers à victime EF inconnue ont cependant moins tendance à avoir des antécédents de crises suicidaires et de tentatives de suicide ( $n=7$ , soit 33,3%), que les auteurs à victime EF connue ( $n=12$ , soit 54,5%) et les auteurs à victime IF ( $n=16$ , soit 41%).

3.2.2.6 Les éléments cliniques retrouvés au moment des faits  
d'homicide :

	Homicide extrafamilial victime inconnue (n=21)	Homicide extrafamilial victime connue (n=26)	Homicide intrafamilial (n=43)	P value
<b>Age lors de l'homicide :</b> moyenne ± écart-type (min-max)	26,6 ± 7,3 (18-46)	32,1 ± 10,2 (16-60)	31,6 ± 9,9 (18-61)	0.11
<b>Présence d'idées délirantes</b>	18(85,7%)	24(96%)	41(95,4%)	0.40
<b>Thèmes des idées délirantes :</b>				
- mystique	10(47,6%)	5(20%)	21(48,8%)	<b>0.04*</b>
- persécution	13(61,9%)	23(92%)	33(76,7%)	<b>0.05*</b>
- mégalomanie	4(19,1%)	4(16%)	14(32,6%)	0.24
- jalousie	0(0%)	2(8%)	3(7%)	0.59
<b>Idées délirantes à thématiques polymorphes</b>	8(38,1%)	8(32%)	23(53,5%)	0.18
<b>Injonctions hallucinatoires</b>	13(68,4%)	15(75%)	26(66,7%)	0.80
<b>Persécuteur désigné</b>	0(0%)	4(18,2%)	18(45%)	<b>&lt;0.001*</b>
<b>Symptômes négatifs majoritaires</b>	0(0%)	8(32%)	11(26,8%)	<b>0.01*</b>
<b>Humeur :</b>				
- maniaque	5(23,8%)	6(26,1%)	11(27,5%)	0.95
- dépressive	1(4,8%)	1(4,4%)	1(2,5%)	0.87
- mixte	0(0%)	0(0%)	4(10%)	0.09
<b>Traitement lors des faits</b>				
- Antipsychotique	2(9,5%)	6(24%)	6(14,6%)	0.38
- Thymorégulateur	0(0%)	1(4%)	3(7,3%)	0.80
<b>Contact avec les soins psychiatriques &lt;1mois</b>	2(9,5%)	8(33,3%)	12(30%)	0.13
<b>Consommation d'au moins une substance lors des faits</b>	13(65%)	10(47,6%)	15(38,5%)	0.15
<b>Type de substance lors des faits</b>				
- Alcool	8(40%)	3(14,3%)	7(18%)	0.12
- Cannabis	10(50%)	7(33,3%)	8(20,5%)	0.06
- Opiacés	0(0%)	2(9,5%)	2(5,1%)	0.46
- Cocaïne et autres psychostimulants	0(0%)	0(0%)	0(0%)	
- Benzodiazépines	2(10%)	1(4,8%)	1(2,6%)	0.46

**Tableau 37 : Caractéristiques cliniques des auteurs d'homicide sur victime inconnue, extrafamiliale connue et intrafamiliale**

### **L'âge de l'auteur au moment des faits :**

Les auteurs d'homicide sur victime EF inconnue sont en moyenne plus jeunes (26,6 ans) lors des faits que ceux tuant une personne EF connue (32,1 ans) ou une personne IF (31,6 ans).

L'analyse statistique par Anova ne retrouve cependant pas de différence significative intergroupe ( $p=0,11$ ).

### **Les caractéristiques des symptômes psychotiques positifs :**

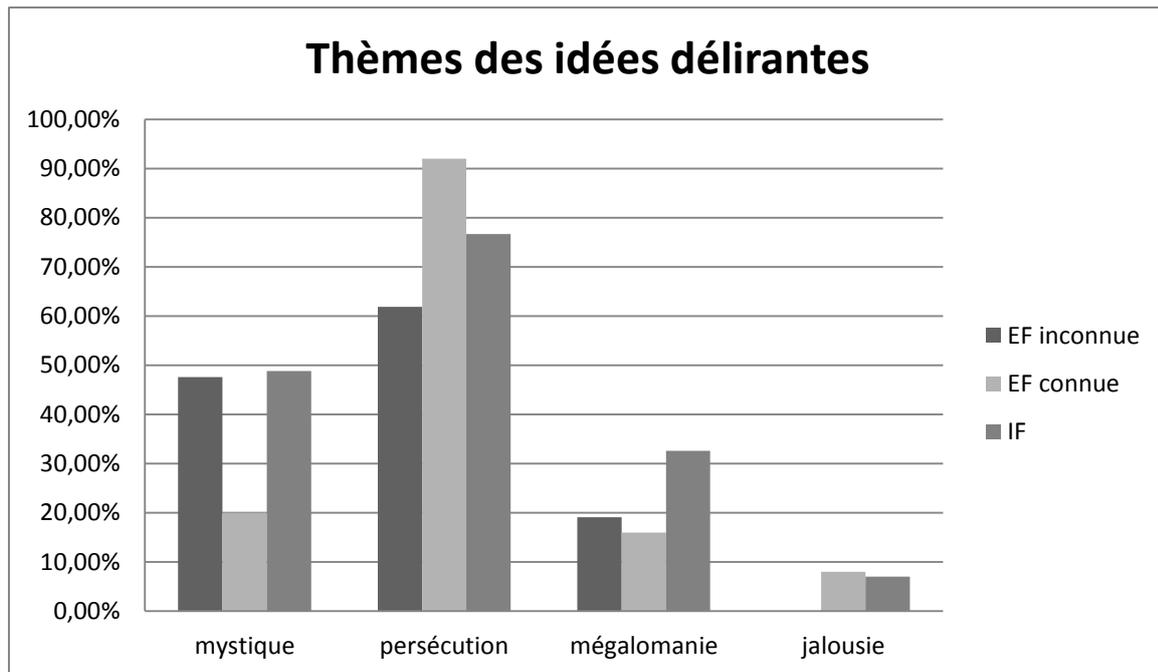
La grande majorité des patients de l'étude présentait des idées délirantes au moment des faits.

Les auteurs d'homicide sur victime EF inconnue présentaient, moins fréquemment, ces symptômes psychotiques positifs que les autres types d'auteurs (85,7% vs 96% et 95,4%).

La thématique délirante la plus retrouvée était la persécution, il était retrouvé une différence significative entre les auteurs à victime EF connue et EF inconnue ( $\chi^2$ ,  $p=0.013$ ).

Cette thématique était moins représentée chez les meurtriers à victime EF inconnue ( $n=13$ , soit 61,9%) que chez ceux à victime EF connue ( $n=23$ , soit 92%) et chez ceux à victimes IF ( $n=33$ , soit 76,7%).

Une différence significative était également observée en ce qui concerne la thématique mystique qui était retrouvée significativement moins présente chez les auteurs à victime EF connue en comparaison aux auteurs à victime IF ( $\chi^2$ ,  $p=0.018$ ).



Un polymorphisme des thématiques délirantes était principalement observé chez les auteurs à victime IF (n=23, soit 53,5%).

Ces mêmes auteurs avaient également, de manière significative, plus souvent une victime spécifiquement identifiée comme persécutrice désignée que les auteurs à victime inconnue (Khi-2,  $p < 0.001$ ).

Sur les 18 homicides intrafamiliaux où la victime se trouvait être la persécutrice désignée, les liens de parenté retrouvés par fréquence d'apparition étaient :

- la mère (n=7 ; 38,8%),
- le père (n=6 ; 33,3%),
- l'épouse (n=2 ; 11,1%),
- le couple parental (n=1 ; 5,6%),
- le beau-frère (n=1 ; 5,6%),
- la grand-mère (n=1 ; 5,6%).

### **La présence de symptômes négatifs :**

Il n'était retrouvé chez aucun des auteurs à victime EF inconnue, une description clinique, dans les expertises pénales, en faveur d'une symptomatologie psychotique négative prédominante au moment des faits.

Il est donc retrouvé une différence significative en comparaison aux auteurs à victime EF connue (n=8, soit 32% ; Khi-2, p=0.005) et aux auteurs à victime IF (n=11, soit 26,8% ; Khi-2, p=0.011).

### **La participation thymique :**

La symptomatologie thymique la plus représentée au moment des faits dans les trois groupes d'auteurs d'homicide était du registre maniaque.

Allant de 23,8% en cas de victime EF inconnue à 27,5% pour les auteurs à victime IF.

L'ensemble des patients chez qui il était rapporté une clinique thymique mixte étaient les auteurs d'homicide à victime IF (n=4, soit 10%).

À noter la présence anecdotique des symptômes dépressifs chez les meurtriers quel que soit le type de victime.

### **L'accès aux soins récent et la prise d'un traitement au moment des faits :**

Nous avons remarqué que les schizophrènes meurtriers sur victime EF inconnue avaient une tendance statistique à avoir moins eu accès à des soins psychiatriques dans le mois précédant les faits.

Seulement deux d'entre eux (soit 9,5%) avaient bénéficié d'une prise en charge sous la forme de consultations psychiatriques de suivi ou d'hospitalisation complète, alors qu'ils étaient près d'un tiers chez les auteurs à victime EF connue (n=8, soit 33,3%) et IF (n=12, soit 30%).

La même tendance était retrouvée en ce qui concerne l'observance d'un traitement antipsychotique au moment des faits, qui concernait 9,5% (n=2) des meurtriers à victime EF inconnue, 24% (n=6) des meurtriers à victime EF connue et 14,6% (n=6) des meurtriers à victime IF.

### La prise d'une substance au moment des faits :

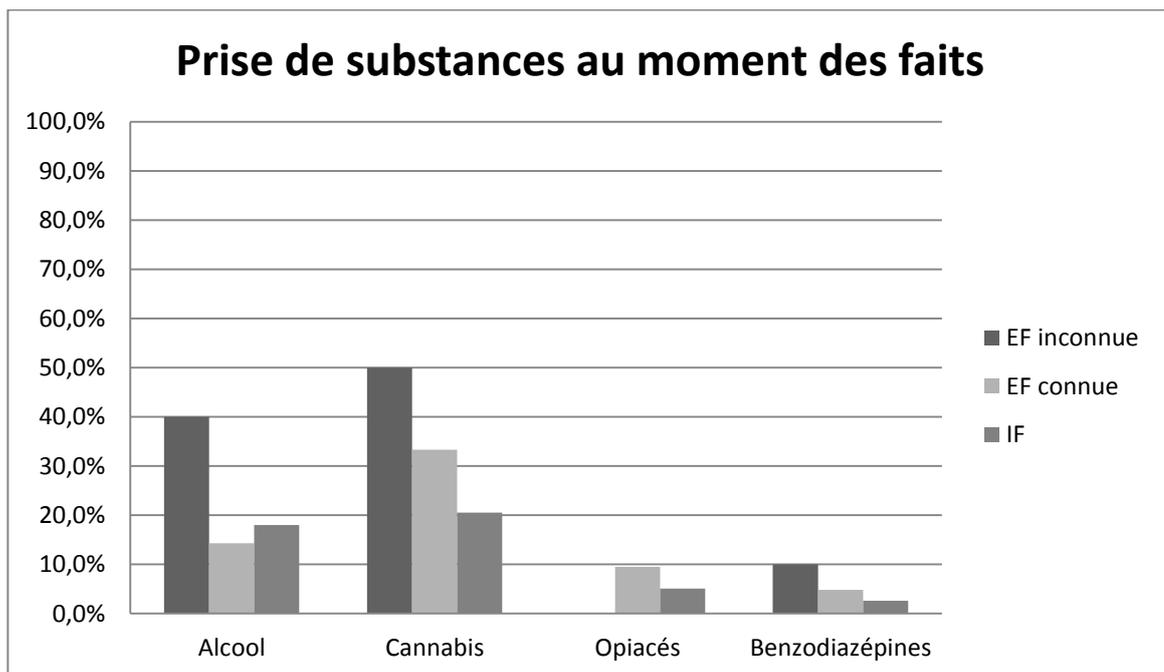
Les auteurs d'homicide à victime EF inconnue étaient les personnes qui étaient le plus fréquemment sous l'effet d'une substance au moment des faits.

Ils étaient 65% (n=13) contre 47,6% (n=10) pour les auteurs à victime EF connue et 38,5% (n=15) pour les auteurs à victime IF.

Mis à part pour les opiacés, les auteurs à victime EF inconnue étaient, lors des faits, plus souvent sous l'emprise de l'alcool, du cannabis ou de benzodiazépines à haute posologie que les auteurs d'homicide des deux autres groupes.

Cependant, nous n'avons pas pu identifier de différence significative intergroupe.

Une taille de population d'étude plus importante aurait possiblement mis en évidence une différence statistique.



### 3.2.2.7 Les caractéristiques criminologiques de l'homicide :

	Homicide extrafamilial victime inconnue (n=21)	Homicide extrafamilial victime connue (n=26)	Homicide intrafamilial (n=43)	P value
<b>Lieu de l'homicide :</b>				
Lieu Privé	6(28,6%)	10(41,7%)	41(95,3%)	<b>&lt;0.001*</b>
Voie publique	14(66,7%)	10(41,7%)	2(4,7%)	<b>&lt;0.001*</b>
Lieu de soins	1(4,7%)	4(16,6%)	0(0%)	<b>0.02*</b>
<b>Arme :</b>				
Arme à feu	1(4,8%)	2(8,6%)	4(10%)	0.88
Arme blanche	12(57,1%)	11(47,8%)	26(65%)	0.41
Objet contondant	2(9,5)	4(17,4%)	4(10%)	0.63
strangulation	0(0%)	1(4,2%)	4(10%)	0.43
coups	4(19,1%)	3(13%)	2(5%)	0.22
Autre (incendie, AVP)	2(9,5%)	2(8,7%)	0(0%)	0.15
Arme habituellement en possession de l'agresseur	13(61,9%)	7(30,4%)	12(30,8%)	<b>0.03*</b>
Préméditation	3(14,3%)	5(21,7%)	19(47,5%)	<b>0.01*</b>
<b>Typologie de Reis :</b>				
- Violence émotionnelle	19(90,5%)	24(100%)	43(100%)	0.054
- Violence instrumentale	2(9,5%)	0(0%)	0(0%)	0.054
Violence excessive	9(42,9%)	11(52,4%)	27(67,5%)	0.15
Victime masculine	15(71,4%)	19(76%)	14(32,6%)	<b>&lt;0.001*</b>
Victimes multiples	1(4,8%)	1(3,9%)	10(23,3%)	<b>0.03*</b>
Age de la victime moyenne ± écart-type (min-max)	52,6 ± 16,2(24-80)	Non renseigné	48,6 ± 28,7(3-86)	0.71
<b>Comportement post homicide :</b>				
- Reste sur les lieux	4(19%)	8(38,1%)	21(52,5%)	<b>0.04*</b>
- Tentative de suicide	1(4,8%)	0(0%)	3(7,5%)	0.43
- fuite	16(76,2%)	13(61,9%)	16(40%)	<b>0.02*</b>

Tableau 38: Caractéristiques criminologiques des auteurs d'homicide sur victime inconnue, extrafamiliale connue et intrafamiliale

## Le lieu de l'homicide :

Il était retrouvé une différence significative intergroupe en ce qui concerne le lieu de l'homicide, que ce soit un lieu privé ou sur la voie publique (Test exact de Fisher,  $p < 0.001$ ).

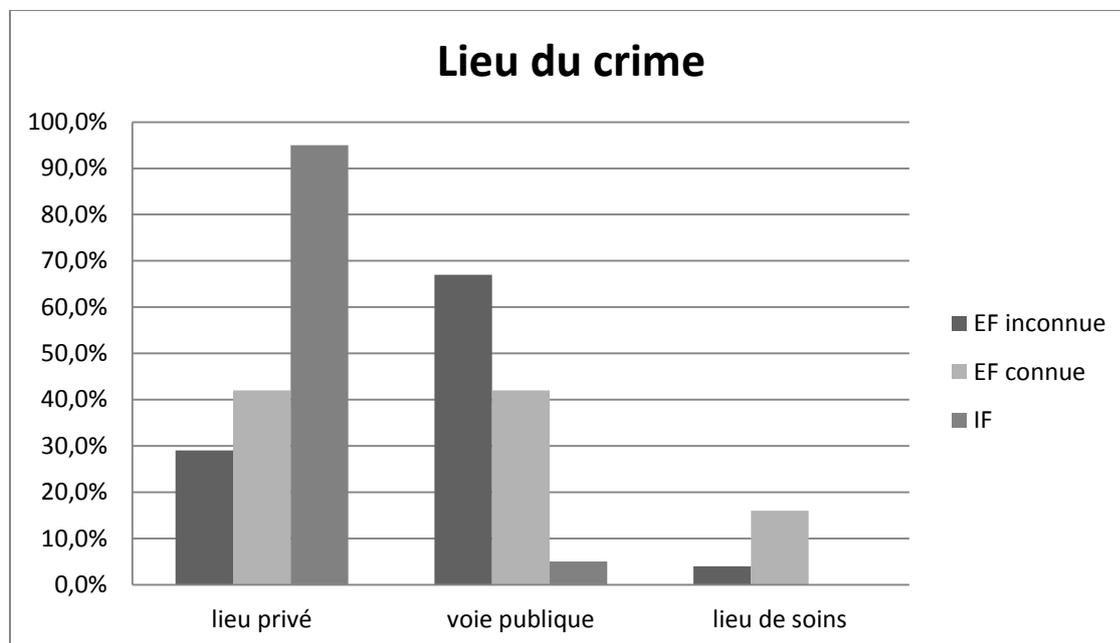
Les homicides sur victime IF sont, de manière significative, plus souvent commis dans un lieu privé que les homicides à victime EF inconnue (Test exact de Fisher,  $p < 0.001$ ).

Pour les homicides IF, il s'agit, la plupart du temps, du domicile de la victime et/ou de l'auteur.

Les homicides sur victime EF inconnue surviennent significativement plus souvent sur la voie publique que les homicides IF (Test exact de Fisher,  $p < 0.001$ ).

Les homicides sur victime EF connue surviennent, indifféremment dans un lieu privé ou public.

Sans la moindre surprise, les homicides à victime EF connue se déroulent, de manière significative, plus souvent dans un lieu de soins que les homicides à victime IF (Test exact de Fisher,  $p = 0.01$ ).

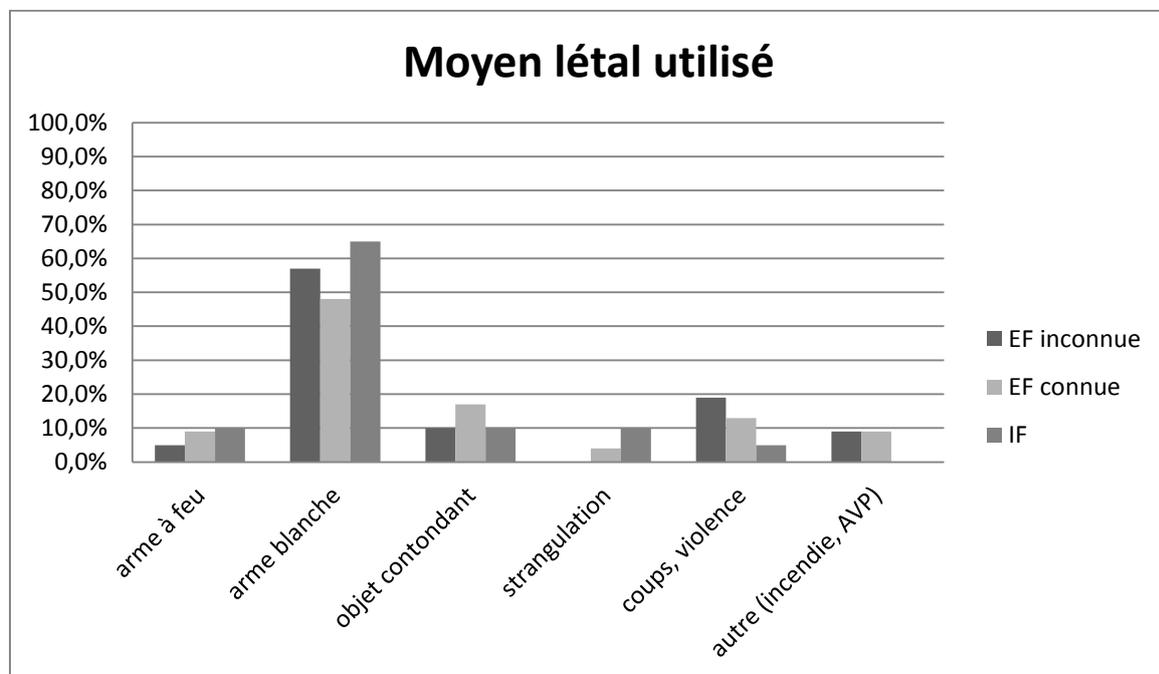


## Le mode opératoire :

Il n'a pas pu être mis en évidence de différence significative intergroupe en fonction de l'arme utilisée pour commettre le crime.

L'arme blanche est de manière unanime le moyen légal le plus retrouvé avec une discrète prédominance dans les homicides IF avec 65% (n=26) contre 57,1% (n=12) dans les homicides à victime EF inconnue et 47,8% (n=11) dans les homicides à victime EF connue.

Nous pouvons noter que la strangulation était plus fréquente dans les homicides IF alors que la mort causée par la violence de coups sans objet était majoritairement retrouvée dans les homicides à victime EF inconnue du meurtrier.



Il s'agissait de manière significative plus souvent d'une arme appartenant déjà à l'agresseur pour les homicides à victime EF inconnue que les auteurs à victime EF connue ou IF (Khi-2,  $p=0,03$ ).

En effet, le moyen légal était habituellement en possession du meurtrier pour 61,9% des homicides sur victime EF inconnue, 30,4% des homicides sur victime EF connue et 30,8% des homicides à victime IF.

En revanche, l'acte était plus souvent prémédité dans les homicides à victime IF (n=19, soit 47,5%) que dans les homicides à victime EF connue (n=5, soit 21,7%) ou EF inconnue (n=3, soit 14,3%).

Il est d'ailleurs retrouvé une différence significative pour cette variable entre les auteurs à victime EF inconnue et ceux à victime IF (khi-2,  $p < 0.001$ ).

### **Typologie de Reiss et violence excessive du passage à l'acte :**

La totalité des homicides sur victime EF connue ou IF pouvaient être qualifiés selon la typologie de Reiss de violence émotionnelle.

La violence instrumentale était uniquement représentée (bien que peu, n=2 ; 9,5%) chez les auteurs d'homicide(s) à victime EF inconnue.

Nous ne retrouvons pas cependant de différence significative entre les auteurs à victime EF inconnue et EF connue ou IF en ce qui concerne cette catégorisation de la violence (Test exact de Fisher,  $p = 0.054$ ).

Une violence excessive ou un acharnement sur la victime avaient une tendance statistique à se retrouver plus fréquemment chez les auteurs à victime IF (N=27, soit 67,5%) que chez les auteurs à victime EF connue (n=11, soit 52,4%) ou EF inconnue (n=9, soit 42,9%).

### **Le profil des victimes d'homicide :**

Les victimes extrafamiliales étaient significativement plus souvent de sexe masculin que les victimes intrafamiliales (Test exact de Fisher,  $p < 0.001$ ).

Les hommes représentaient 71,4% (n=15) des victimes EF inconnues, 76% (n=19) des victimes EF connues et seulement 32,6% (n=14) des victimes IF.

Les victimes étaient également plus souvent multiples dans les cas d'homicides IF (Test exact de Fisher,  $p = 0.03$ ).

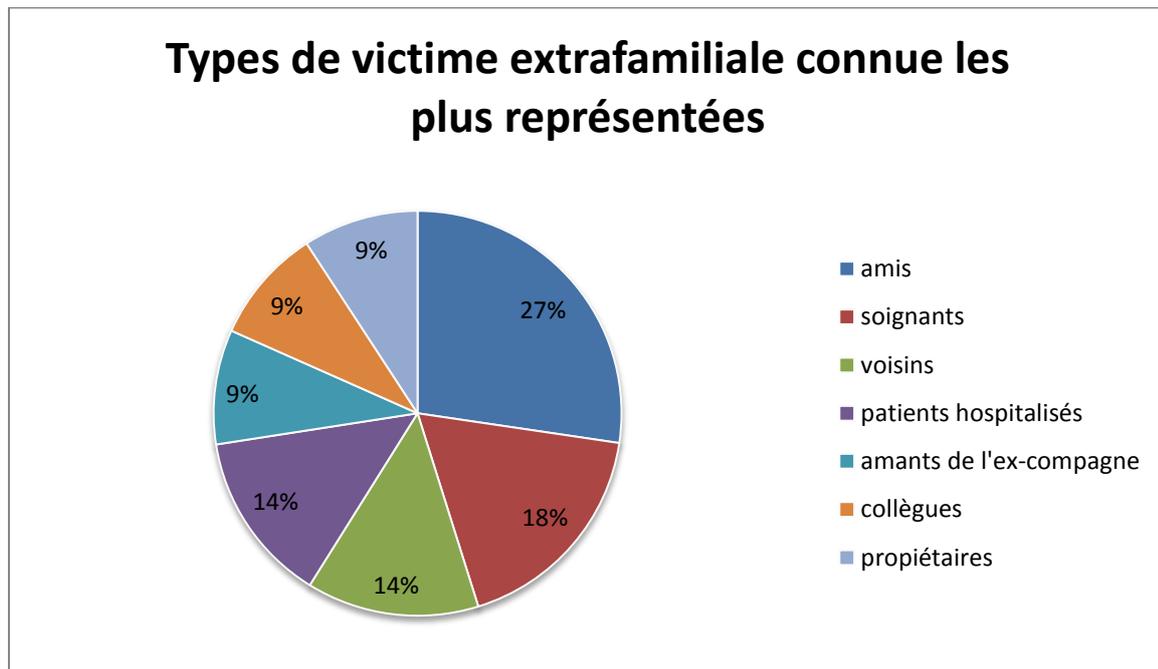
Dans cette étude, les types d'homicides intrafamiliaux les plus représentés étaient les matricides (n=11), suivis des patricides (n=10), des uxoricides (n=9), des doubles parricides (n=4), des homicides sur un frère (n=4), des aviolicides (n=3) dont un double aviolicide (meurtre des grands-parents), d'un sororicide (homicide d'une sœur) ou d'un triple filicide (meurtre de son enfant).

Type de victime	Nombre	Pourcentage
Matricide	11	26%
Patricide	10	23%
Uxoricide	9	21%
Double parricide	4	10%
Fratricide	4	9%
Avolicide	3	7%
Sororicide	1	2%
Filicide	1	2%

Tableau 39 : Types de victime intrafamiliale les plus représentés

Les victimes connues extrafamiliales étaient réparties de manière moins spécifique.

Dans les statuts de victimes les plus fréquents nous retrouvions : les amis (n=6), les soignants (n=4), les voisins (n=3), les patients hospitalisés dans le même service (n=3), les amants ou nouveau partenaire de l'ex-compagne (n=2), les collègues de travail (n=2), les propriétaires (n=2) et, dans des cas isolés, un médecin, une tenancière de café, une prostituée.



Quant aux victimes EF inconnues, elles étaient dans 42,8% des cas (n=9) des passants et dans 28,5% (n=6) des cas, des personnes qui exerçaient un service

dans le cadre de leur profession (représentant des forces de l'ordre, personnel soignant ou médical, prêtre, pompiste).

Certaines étaient des personnes considérées comme vulnérables de par leur âge (homme de 80 ans) ou leur grande précarité (sans domicile fixe) ; nous notons également une première rencontre amoureuse homosexuelle.

La moyenne d'âge de la victime n'a pu être établie que chez les auteurs d'homicide à victime EF inconnue (52,6 ans) et à victime intrafamiliale (48,6 ans) et cela, en raison de données manquantes.

Nous ne retrouvons pas chez les victimes catégorisées en fonction de leur niveau de relation au meurtrier, de différence significative en matière de moyenne d'âge.

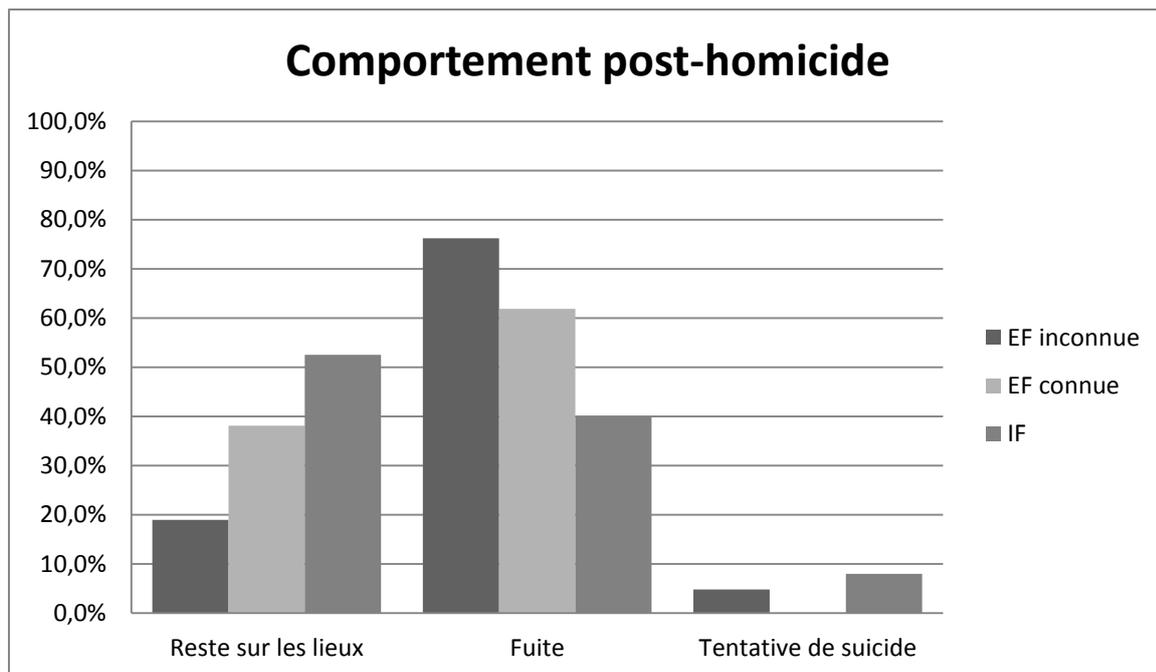
### **Le comportement immédiat au décours de l'homicide :**

Il était retrouvé en ce qui concerne le comportement du meurtrier dans les suites immédiates des faits, une différence significative intergroupe pour la fuite immédiate des lieux par l'agresseur (Test exact de Fisher,  $p=0.02$ ) ainsi que le fait de rester sur les lieux (Test exact de Fisher,  $p=0.04$ ).

Les auteurs d'homicide à victime IF vont, de manière significative, plus souvent rester sur les lieux du crime que les auteurs d'homicide à victime EF inconnue (Test exact de Fisher,  $p=0.01$ ).

À contrario, les auteurs d'homicide à victime EF inconnue prendront, significativement, plus souvent la fuite au décours immédiat du crime que les auteurs à victime IF (Test exact de Fisher,  $p=0.01$ ).

Les tentatives de suicide après les faits concernent, pour la plupart, les auteurs d'homicides IF (3 des 4 tentatives de suicide post-homicide enregistrées).



#### 3.2.2.8 Les conséquences pénales :

	Homicide extrafamilial victime inconnue (n=21)	Homicide extrafamilial victime connue (n=26)	Homicide intrafamilial (n=43)	P value
<b>Responsabilité pénale :</b>				
<b>Irresponsabilité (122-1 alinéa 1)</b>	15(71,4%)	21(80,8%)	36(83,7%)	0.51
<b>Responsabilisé :</b>	6(28,6%)	7(19,2%)	7(16,3%)	0.43
- <b>Responsabilisé (sans altération du discernement)</b>	6(28,6%)	3(11,5%)	4(9,3%)	0.11
- <b>Responsabilisé (122-1 alinéa 2)</b>	0(0%)	2(7,7%)	3(7%)	0.44

Tableau 40: Conséquences pénales des auteurs d'homicide sur victime inconnue, extrafamiliale connue et intrafamiliale

Malgré l'absence de différence significative retrouvée entre les trois groupes, il semble important de mentionner que les auteurs d'homicide sur victime EF inconnue étaient plus souvent reconnus responsables de leurs actes dans 28,6% des cas, contre 19,2% pour les auteurs à victime EF connue et 16,3% pour les auteurs à victime IF.

Aucun des meurtriers à victime EF inconnue n'a été considéré comme ayant une altération du discernement selon l'article 122-1 alinéa 2 du Code pénal.

Deux auteurs sur victime EF connue extrafamiliale (7,7%) et trois auteurs sur victime IF (7%) en ont bénéficié.

### 3.4 Discussion :

#### 3.4.1 Caractéristiques des auteurs d'homicide, atteints d'une schizophrénie ou d'un trouble schizo-affectif :

##### 3.4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques : des patients majoritairement isolés, mal insérés sur le plan socio-professionnel et parfois en situation de précarité.

Bien que la majorité des auteurs d'homicides bénéficiait d'un logement familial ou personnel (72,5%), 19,5% se trouvaient sans domicile fixe au moment des faits.

Cette proportion de sans-abris est supérieure à celle retrouvée dans certaines études.

Swanson et al. (61) dans leur étude conduite en 2006 chez des schizophrènes auteurs de violences retrouvent, pour 77,6% d'entre eux, un logement stable tandis que 3,8% étaient sans domicile fixe.

Par ailleurs, ils sont majoritairement célibataires (92,2%) et sans enfant (81%).

Dans la littérature, les proportions sont moins importantes mais restent sensiblement plus élevées qu'en population générale.

Fazel et al. (34) retrouvent 64,5% de schizophrènes célibataires tandis que Erb et al. (23) en rapportent 79%.

Dans l'étude de Richard-Devantoy et al. (46) 78,6% des schizophrènes n'ont pas d'enfant.

Sur le plan scolaire, la population de l'étude présente un niveau éducatif plus important que celui rapporté dans la littérature.

Ainsi, 19,1% s'arrêteront en primaire et 73% au secondaire dans l'étude alors que Erb et al. (23) notent une scolarité secondaire pour seulement 44,8% des meurtriers schizophrènes.

On observe que seulement 23,3% des patients inclus dans l'étude appartiennent à la population active au moment des faits, proportion essentiellement représentée par des ouvriers (66,7% de la population exerçant un travail et 15,6% de la population totale de l'étude).

37,8% des personnes sur l'ensemble de l'échantillon sont en demande d'emploi et 38,9% en situation de handicap ou d'incapacité.

Ces résultats suivent la tendance des dernières études publiées s'intéressant aux personnes schizophrènes auteurs d'homicide(s).

Fazel et al. (34) retrouvent 66,7% d'inactifs dans leur population d'étude.

La proportion de travailleurs manuels dans l'étude de Erb et al. (23) est de 17,2% pour la cohorte de 1992 à 1996 et de 30,6% pour la cohorte de 1955-1964.

#### 3.4.1.2 Une histoire développementale marquée par des évènements de vie significatifs.

Dans ce travail, il est retrouvé des antécédents de violences physiques ou sexuelles subies par 51,2% des meurtriers.

De même, 48,2% ont été témoins de violences intrafamiliales, près de 22% ont été placés en foyer ou famille d'accueil à un moment de leur enfance et des carences affectives étaient suspectées pour 60% d'entre eux.

Richard-Devantoy et al (46) retrouvent chez 57,1% des schizophrènes auteurs d'homicide(s), des évènements de vie significatifs.

Swanson et al. (61) rapportent des antécédents de violences physiques subies pour 28,1% des auteurs et 30% ont subi des violences sexuelles.

### 3.4.1.3 Des antécédents d'actes délinquants avec ou sans Violence(s) pour la majorité des auteurs d'homicides.

Erb et al (23) retrouvent des antécédents d'infractions sans violence chez 24,1% des schizophrènes auteurs d'homicide(s) et des antécédents de violences, quelle que soit l'intensité, chez 65,5% des sujets.

Pour notre population d'étude, les antécédents légaux sont également très présents, puisque 51,2% des auteurs avaient déjà commis des infractions sans violence et 68,5% avaient commis des actes de violence avant le meurtre.

### 3.4.1.4 Les caractéristiques de la maladie :

#### **Des homicides majoritairement à distance de l'émergence de la schizophrénie :**

En fonction des études, la durée de la maladie est inconstante.

Meehan et al. (28) retrouvent, chez plus de la moitié des schizophrènes meurtriers (56%), une maladie évoluant depuis moins de 12 mois.

A contrario, pour Erb et al. (23), la maladie évolue depuis moins d'un an chez seulement 3,4 à 15,8% des sujets alors que 47,8 à 62,1% ont une schizophrénie qui évolue depuis plus de 5 ans.

Fazel et al. (34) notent également dans leur population d'étude de schizophrènes auteurs d'homicide, une durée de maladie supérieure à un an pour 94,7% d'entre eux.

Nous retrouvons dans notre travail, une médiane de durée de maladie de 6,5 ans, avec, pour 62% de la population, une durée de maladie de plus de 5 ans.

Les personnes étant dans leur première année de la maladie ne représentent que 18% des patients.

La population de personnes schizophrènes ou ayant un trouble schizo-affectif dans cette étude ont donc majoritairement commis le passage à l'acte meurtrier alors que la maladie évoluait depuis plusieurs années.

### **Une longue durée de psychose non traitée, mais, difficilement interprétable :**

La moyenne de durée de psychose non traitée (DUP) est de 31 mois dans cette étude, cependant, les résultats restent peu interprétables en raison du nombre conséquent de données manquantes (43%) et de la dispersion des données avec une médiane très différente (soit de 10 mois).

Dans la littérature s'intéressant aux facteurs de risques de violence, cette variable fait l'objet de résultats contradictoires.

Verma et al. (80) retrouvent une très longue durée de psychose non traitée entre 24,2 et 50,4 mois.

En revanche, Foley et al (82) notent une DUP de 13 mois bien moins conséquente que chez les sujets non violents (30,8 mois).

La seule étude à notre connaissance s'étant intéressée à la DUP dans les faits d'homicide retrouve une moyenne de plus de 43 mois (35).

### **Un passé de soins psychiatriques le plus souvent :**

Nous retrouvons pour 67,8% des sujets schizophrènes ou souffrant d'un trouble schizo-affectif, au moins un antécédent d'hospitalisation en service de psychiatrie.

Le même nombre de patients avait déjà pris au moins une fois dans sa vie, avant les faits d'homicide, un traitement antipsychotique.

Il nous semble important de relever que malgré le fait que 82% de la population d'étude soit malade depuis plus d'un an, seulement les deux tiers de cette population totale avait bénéficié, à un moment, d'une prise en charge psychiatrique hospitalière et/ou prescription d'un neuroleptique anti-productif.

La littérature internationale retrouve également pour la majorité des schizophrènes auteurs d'homicide des antécédents de soins psychiatriques.

Erb et al. (23) notent des antécédents d'hospitalisations pour 60 à 69% des auteurs.

Meehan et al. (28) identifient chez 72% des meurtriers schizophrènes un contact avec les soins psychiatriques au moins une fois dans leur vie avant le passage à l'acte.

### 3.4.1.5 Les comorbidités psychiatriques, addictologiques et neurologiques :

#### **Les troubles neurologiques :**

L'antécédent neurologique le plus fréquent dans notre travail est le traumatisme crânien.

En effet ils concernent près de 16% de la population d'étude.

Nielssen et al. (35) mettent en évidence également ces antécédents chez 17 à 26% des personnes souffrant de psychose et auteurs d'homicide(s).

#### **Le retard mental :**

Dans l'étude de Erb et al. (23), 74,3 à 79,3% des patients avaient une intelligence rapportée comme normale.

Nous retrouvons un retard mental léger chez 3,3% des schizophrènes meurtriers.

Ces résultats sont cependant à prendre avec réserve en raison d'un diagnostic supposé dans les expertises pénales ou les dossiers médicaux de manière le plus souvent empirique, sans test psychométrique retrouvé.

#### **Le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité :**

Des éléments en faveur d'un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) sont retrouvés chez 2,3% des patients de l'étude.

Ce diagnostic est donc moins retrouvé en comparaison aux récentes études de prévalence conduites en France chez les enfants de 6 à 12 ans en population générale, retrouvant une prévalence de 3.5% à 5.6% (149).

Nous pouvons supposer cependant une faible sensibilité quant à la détection de cette pathologie dans la population de l'étude.

Nous avançons pour raisons qu'il s'agit d'une pathologie longtemps sous diagnostiquée et que les expertises pénales ou les entretiens médicaux sont bien souvent dépendant des dires du patient voire de son entourage et donc soumis aux biais d'information et notamment au biais de rappel.

Il semble important de mentionner que des études assez récentes retrouvent une augmentation du risque de développer une pathologie psychotique, et notamment une schizophrénie, quand on présente un TDAH dans l'enfance.

Dalsgaard et al. en 2014 (150), retrouvent un risque plus important de présenter une schizophrénie à l'âge adulte chez les personnes ayant un TDAH dans l'enfance, en comparaison à la population générale (RR=4,3 ; IC 95% [1.9-8.57]).

Rho et al. en 2015 (151) notent des antécédents de prise en charge pour TDAH dans l'enfance chez 15% des sujets qui présentaient un premier épisode psychotique.

Ces patients avaient plus souvent un trouble des conduites comorbide, un début de maladie, tout trouble psychotique confondu, plus précoce et une moindre réponse aux traitements antipsychotiques lors du premier épisode psychotique (mesurée par la PANSS).

### **Le trouble des conduites dans l'enfance et le trouble de la personnalité dyssociale :**

D'après les travaux du groupe d'experts réunis par l'Inserm en 2005 dans le cadre de la procédure d'expertise collective concernant le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent (152), il ressort que : « *la très grande majorité des adultes présentant une personnalité antisociale ont des antécédents de trouble des conduites. Réciproquement, environ la moitié des jeunes présentant un trouble des conduites développe un trouble de la personnalité antisociale à l'âge adulte. Le risque d'évolution vers une personnalité antisociale serait plus élevé chez les jeunes présentant un trouble des conduites comorbide avec l'usage de substances psychoactives à l'adolescence et à l'âge adulte* ».

Quand le trouble des conduites est de survenue précoce (avant la dixième année), le pronostic est plus péjoratif, avec un risque élevé d'évolution vers une personnalité antisociale à l'âge adulte.

Les formes de trouble des conduites à début précoce seraient également les plus agressives, principalement masculines et avec une fréquente comorbidité de trouble de déficit de l'attention/hyperactivité.

Swanson et al. (61) retrouvent des antécédents de trouble des conduites chez 49,6% de schizophrènes auteurs de violences.

Nielssen et al. (35) rapportent ce diagnostic chez 18 à 34% des sujets de leur population d'étude souffrant de troubles psychotiques.

Hodgins et al. (111) notent, pour 64% des patients schizophrènes condamnés pour un acte violent, un trouble de la personnalité antisociale comorbide.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude portant sur le continuum trouble des conduites et personnalité antisociale chez les sujets souffrant de schizophrénie et auteurs de violences.

Dans notre étude, un trouble des conduites apparaissant dans l'enfance était retrouvé dans 16,1% des cas.

Seulement un patient qui avait un diagnostic de trouble des conduites n'avait pas de trouble de la personnalité dyssociale à l'âge adulte.

Nous pouvons alors supposer que ces personnes schizophrènes auteurs d'homicides avaient un trouble des conduites à début précoce, de forme plus agressive, de pronostic péjoratif et donc plus à risque de développer un trouble de personnalité dyssociale à leur majorité.

À noter qu'aucun des patients qui présentaient un trouble des conduites n'avaient un TDAH comorbide.

Cela peut notamment être expliqué par une faible taille d'échantillon.

Par ailleurs, 44,4% des patients de l'étude présentaient, à l'âge adulte, des conduites antisociales répétées en faveur d'un diagnostic de trouble de personnalité dyssociale.

Seulement le tiers de ces individus avait un trouble des conduites dans l'enfance.

Cette faible proportion de trouble des conduites dans notre étude, en comparaison aux données de la littérature, peut être en partie expliquée par des biais d'information et de mesures (expert-dépendant).

### **L'abus ou la dépendance à des substances :**

Il est noté, chez deux tiers (66,3%) de la population de l'étude, au moins un abus ou une dépendance à une substance et, pour 38,8%, un abus ou dépendance pour au moins deux substances.

Pour plus de la moitié des auteurs d'homicides, les substances concernées sont l'alcool (52,9%) et le cannabis (54,3%).

Le trouble de l'usage des substances reste, dans cette étude, la comorbidité la plus fréquente devant le trouble de personnalité dyssoziale.

Dans la littérature, nous avons également vu qu'il s'agissait de l'un des facteurs de risque associé à la violence, les plus importants.

Swanson et al. (61) notent chez les sujets schizophrènes auteurs de violences, un abus ou dépendance à une substance dans 53,7% des cas.

Fazel et al. (34) observent un abus d'alcool ou de drogue chez 75% des schizophrènes auteurs d'homicide.

Une autre étude des mêmes auteurs (63), retrouvait un risque de violence chez les schizophrènes multiplié par trois quand ils présentaient cette comorbidité.

### **Les antécédents suicidaires:**

La comorbidité suicidaire est importante dans la population d'étude, puisque 42,7% des sujets ont été en crise suicidaire au moins une fois dans leur vie avant le meurtre et, 26,8%, ont déjà tenté de se suicider.

On note chez 26,8% des schizophrènes auteurs d'homicide(s) des antécédents de tentatives de suicides.

Sur les 5 sujets qui présentaient un trouble schizo-affectif, 3 ont déjà été en crise suicidaire et tous ont tenté de se suicider.

Nous n'avons retrouvé que peu d'études s'intéressant aux antécédents suicidaires des auteurs d'homicide et notamment, chez les meurtriers schizophrènes.

Valevski et al. (43) relèvent des antécédents de tentatives de suicide chez 18,2% des schizophrènes auteurs d'homicide.

À noter que la population d'étude était plus réduite (n=33).

#### 3.4.1.6 Les éléments cliniques retrouvés au moment des faits d'homicide :

Dans notre étude, l'auteur au moment des faits avait en moyenne 30,6 ans.

La quasi-totalité présentait une intense activité psychotique positive, caractérisée notamment par :

- des idées délirantes (chez 93,2% des sujets), à thématique de persécution (77%) et mystique (42,5%) essentiellement,
- des injonctions hallucinatoires hétéro-agressives (69,2%).

Dans 26,5% des cas, ces productions délirantes identifiaient la victime comme étant le persécuteur désigné.

Pour leur part, les symptômes négatifs dominaient le tableau clinique chez peu d'auteurs (25,9%).

La symptomatologie maniaque, participation thymique la plus retrouvée, était rapportée chez 26,2% des meurtriers.

Il est important de mentionner que seulement 25,9% des auteurs d'homicide avaient eu un contact avec les services de soins psychiatriques dans le mois précédant les faits, et 16,1%, bénéficiaient d'un traitement antipsychotique.

Près de la moitié des sujets de l'étude étaient sous l'effet d'une substance au moment des faits (47,5%).

Il s'agissait principalement du cannabis (31,2%), suivi de l'alcool (22,5%).

L'ensemble des données cliniques rapportées ci-dessus sont en accord avec les données de la littérature, excepté que bien souvent, la substance la plus souvent représentée, est l'alcool (28, 31, 40).

Une symptomatologie psychotique positive intense (23, 30, 31, 35), une alliance thérapeutique fragile, une absence de traitement antipsychotique (92, 102, 105) et le fait d'être sous l'emprise d'une substance (23, 27, 28,30, 31, 35- 37) sont autant d'éléments catalyseurs d'un passage à l'acte meurtrier chez le patient schizophrène.

#### 3.4.1.7 Les caractéristiques criminologiques de l'homicide :

Le lieu du crime est privé dans 64,8% des homicides de notre étude.

Richard-Devantoy retrouve la même tendance avec 69,7% de crimes commis dans une habitation privée (31).

Nous verrons cependant dans l'analyse comparative que ce lieu reste très dépendant du niveau de relation entre la victime et l'agresseur.

Nous retrouvons 58,3% d'homicides commis à l'arme blanche.

Il s'agit du moyen létal le plus fréquent, tout comme dans les études précédemment publiées (28, 30, 31, 35, 48).

Cela, malgré des études conduites en Australie, aux Etats-Unis et au Canada, où la législation vis-à-vis des armes est bien plus permissive que dans l'Union Européenne.

Dans 87,5% des situations, l'arme blanche utilisée pour commettre le crime était dans le quotidien du futur agresseur quasiment en permanence sur lui.

Cela peut être un indice plus qu'explicite de la conviction délirante de l'auteur que sa vie était menacée.

De plus, d'autres éléments tels que la prédominance d'une violence émotionnelle selon la typologie de Reis (97,7% des cas), un acharnement sur la victime (57,3% des cas) et rester sur les lieux du crime (40,2%) sont révélateurs du caractère pathologique du passage à l'acte.

Dans la littérature, la violence excessive lors des homicides était retrouvée dans de moindre proportion dans les études (4,9 à 12%), et ce, quel que soit le diagnostic psychiatrique (31, 47).

Cependant l'étude de Nielssen et al., n'incluant que des personnes souffrant de trouble psychotique, rapportent une violence excessive dans 29 à 45% des cas (35).

Dans notre étude, les victimes sont majoritairement de sexe masculin (53,9%).

Meehan et al. retrouvent également 60% d'hommes victimes d'homicides, commis par des schizophrènes (28).

De manière générale, qu'un auteur d'homicide soit indemne ou pas d'une maladie mentale, l'ensemble des études retrouvent une proportion plus importante de victime connue de l'auteur (dans deux tiers à quatre cinquièmes des situations) et cela quel que soit le pays ou l'époque (153).

Dans notre travail, les victimes sont principalement connues de l'agresseur.

Ainsi, 48% des victimes font partie de la famille de l'agresseur, 29% des victimes sont connues mais ne font pas partie de la famille et 23% sont inconnues de l'auteur.

Erb et al. (23) retrouvent des proportions similaires chez les auteurs d'homicides schizophrènes.

À savoir, 53% de victimes intrafamiliales, 24% de victimes extrafamiliales connues et 23% de victimes inconnues.

#### 3.4.1.8 Les conséquences pénales : des auteurs majoritairement irresponsabilisés

Dans notre travail, 80% des auteurs vont bénéficier d'une irresponsabilité pénale.

Chez les sujets responsabilisés de leurs actes, 27,7% auront une atténuation de responsabilité selon *l'article 122-1 alinéa 2* du Code pénal.

Les conséquences pénales pour les schizophrènes auteurs d'homicides suivent globalement la même tendance dans les études internationales.

52 à 64,3% des meurtriers (28, 29, 31) vont bénéficier d'une irresponsabilité pénale.

Cette proportion plus importante de sujets irresponsabilisés pénalement dans notre étude, peut être expliquée simplement par un biais de sélection.

En effet, l'ensemble des patients inclus ont été hospitalisés, à un moment de leur vie après les faits d'homicides, au sein de l'Unité pour Malades Difficiles de Cadillac.

Il y a donc plus de chance d'avoir, au sein de ce pôle, des personnes qui ont bénéficié d'une irresponsabilité pénale avec mise en place de soins sur décision du représentant de l'état que de personnes responsabilisées.

Cette première partie de la discussion nous a permis de confronter notre population d'étude à celles d'études internationales, déjà publiées, portant sur l'homicide et les troubles psychotiques, que sont, la schizophrénie et le trouble schizo-affectif.

Nous pouvons constater que les patients inclus (90 auteurs d'homicide(s) souffrant de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif), présentent de grandes similitudes avec les populations des précédentes études, que ce soit en matière de données sociodémographiques, cliniques ou psychiatriques.

Nous supposons alors que l'étude comparative réalisée et discutée ci-après, a été conduite auprès d'une population plutôt représentative de celle décrite dans la littérature.

### 3.4.2 Comparaison de ces auteurs d'homicide en fonction du niveau de relation à la victime

À notre connaissance, une seule étude dans la littérature internationale, réalisée par Nielssen et al. (35), compare, chez des sujets souffrant de troubles psychotiques, les auteurs à victime EF inconnue et IF.

Ahn et al. (154) ont réalisé une étude comparant les auteurs de parricide et d'homicide d'un inconnu.

Les autres études retrouvées sont des études descriptives, voire des études de cas.

Deux études comparent des auteurs d'homicide en fonction de leur niveau de relation à la victime, mais chez des sujets ne présentant pas nécessairement de maladie mentale pour l'étude de Shaw, ou quelle que soit leur pathologie, pour celle de Baxter.

Les résultats des études de Shaw et al. (40) et de Baxter et al. (155) sont, par conséquent, difficilement superposables et généralisables à ceux d'une population spécifique, constituée uniquement de personnes souffrant de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif.

#### 3.4.2.1 Données sociodémographiques

##### **Des auteurs d'homicide à victime inconnue plus souvent en situation de précarité**

Le domicile des auteurs d'homicide à victime EF inconnue est significativement différent de celui des auteurs à victime connue, que cette dernière fasse partie ou non de la famille.

Ils sont plus souvent sans domicile fixe (50% vs 9,3% et 12,5%) et moins fréquemment dans un établissement de soins ou possédant un domicile personnel ou conjugal, à la différence des patients des deux autres groupes.

Nielssen et al. (35) retrouvent également de manière significative davantage de sans abri chez les patients souffrant de troubles psychotiques, auteurs d'homicide sur victime inconnue que ceux sur victime IF (17% vs 0% ;  $p=0.01$ )

### **Des auteurs à victime EF inconnue plus souvent célibataires et sans enfant**

Les auteurs à victime EF connue ou EF inconnue étaient significativement plus souvent célibataires au moment des faits que les auteurs d'homicide IF.

Les auteurs à victime EF inconnue avaient moins souvent d'enfant que les auteurs à victime EF connue.

Dans l'étude de Nielssen et al. (35), les auteurs d'homicide(s) à victime inconnue ont une tendance statistique à être moins souvent mariés que les auteurs d'homicide intrafamilial (29% vs 43%)

L'étude de Shaw et al. (40) comparant les auteurs d'homicide(s) à victime inconnue et connue, qu'ils présentent une pathologie mentale ou non, retrouvait de manière significative, davantage de célibataires chez les auteurs à victime inconnue (75% vs 56%,  $p<0.001$ ).

### **Un parcours scolaire moyen pour l'ensemble des auteurs et une absence d'activité professionnelle sans mesure d'incapacité pour les auteurs à victime inconnue**

Alors qu'il n'est retrouvé aucune différence intergroupe en matière de parcours scolaire, les auteurs à victime EF inconnue avaient davantage tendance à être sans emploi que les auteurs à victimes EF connue et IF (57,1% vs 23,1% et 37,2%).

En revanche, ils bénéficiaient moins souvent de mesure d'incapacité que les deux autres groupes (29% vs 42,3% et 46,5%).

Nous pouvons supposer que ces meurtriers à victime EF inconnue sont plus souvent marginalisés, isolés et ayant moins accès aux aides sociales que les autres patients.

Mais aussi, sont-ils peut-être moins altérés sur le plan cognitif, ceci, expliquant l'absence de mesure d'incapacité pour 81% des patients.

Dans la littérature, il n'est pas retrouvé de différence significative entre les patients psychotiques auteurs d'homicide sur victime inconnue et intrafamiliale, que ce soit, dans le nombre d'années d'éducation (10,5 à 10,7 ans) ou le statut professionnel (sans profession dans 79% des cas) (35).

#### 3.4.2.2 Des violences subies plus fréquentes chez les auteurs à victime EF inconnue :

Ces patients sont en effet significativement plus souvent victimes d'agressions physiques ou sexuelles que les auteurs à victime IF (76,2% vs 37,5%).

Ils avaient également tendance à avoir été plus souvent témoins de violences dans l'enfance.

À contrario, les auteurs d'homicide IF rapportaient davantage d'évènements venant mettre à mal l'intégrité de la cellule familiale.

Nous retrouvons notamment, davantage de placement en famille d'accueil ou en foyer et plus de séparation parentale précoce.

Pour Nielssen et al. (35), il n'y avait pas de différence significative entre les meurtriers à victime inconnue et intrafamiliale, en ce qui concerne les antécédents d'agressions sexuelles subies dans l'enfance (OR=1.17 ; IC 95% [0.38-3.60]).

### 3.4.2.3 Des antécédents légaux conséquents, quel que soit le niveau de relation à la victime :

Les auteurs à victime EF inconnue, comme nous pouvions nous y attendre, avaient plus souvent des antécédents légaux que ceux à victime IF.

L'écart était plus important pour les infractions sans violence que les faits de violence.

Il nous semble important de relever que les auteurs à victime IF ont tout de même très fréquemment commis des violences sur des personnes avant le passage à l'acte meurtrier.

Cela reste cependant non significatif dans notre étude tout comme dans celle de Nielssen et al. (35).

### 3.4.2.4 Une durée de maladie schizophrénique moins longue et des antécédents de soins psychiatriques un peu moins fréquents chez les auteurs à victime inconnue :

La médiane de la durée de maladie est retrouvée près de deux fois moins longue chez les auteurs à victime EF inconnue que chez les auteurs à victime EF connue ou IF (4 ans vs 7 ans et 9 ans). Cependant, en raison d'une dispersion trop importante des données, il n'est pas retrouvé de différence significative.

Ces meurtriers à victime EF inconnue présentent aussi légèrement moins souvent d'antécédents d'hospitalisation ou de prise de traitement antipsychotique.

Cette différence peut simplement être induite par le fait qu'ils ont moins de chance d'avoir recours à des soins psychiatriques, étant donné que leur schizophrénie évolue depuis moins longtemps.

Dans la littérature, pour Nielssen et al. (35), les résultats n'étaient pas non plus significatifs pour la durée de maladie, ni pour les antécédents d'hospitalisations, bien que les auteurs d'homicide à victime inconnue aient été moins souvent hospitalisés que les auteurs d'homicide à victime intrafamiliale (38% vs 45%).

Shaw et al. (40) observaient une différence significative entre les auteurs d'homicide sur victime connue ou inconnue, qu'ils aient ou non un trouble psychiatrique.

Les auteurs à victime connue avaient davantage d'antécédents de contact avec les services de soins psychiatriques (24% vs 16%, Khi-2,  $p=0.006$ ).

Cependant, nous savons que les sujets schizophrènes tuent plus souvent une personne qui leur est familière ou, du moins, connue et ont, également, plus de chance d'avoir un suivi psychiatrique, que les autres sujets inclus dans l'étude.

Par conséquent, il est fort probable que la proportion de personnes souffrant de schizophrénie dans les deux groupes ne soit pas équivalente et donc impacte sur le caractère significatif des résultats.

#### 3.4.2.5 Les comorbidités ; le trouble de la personnalité dyssociale principale comorbidité psychiatrique intervenant chez les auteurs d'homicide à victime EF inconnue :

Dans notre travail, les meurtriers à victime EF inconnue présentent davantage de comorbidités où les conduites violentes sont communément rapportées.

Ils ont en effet une tendance statistique à présenter plus souvent un trouble des conduites dans l'enfance, un trouble de l'usage d'alcool, de cannabis ou de substances psychostimulantes que les meurtriers à victime IF ou EF connue.

Également ils présentent, de manière significative, plus souvent un trouble de la personnalité dyssociale que les meurtriers à victime IF.

À contrario, ils ont tendance à avoir moins souvent des antécédents suicidaires que les auteurs d'homicide à victime connue EF ou IF.

Nous supposons qu'avec une population d'étude plus conséquente, le trouble des conduites comorbide aurait pu ressortir de manière significative.

Dans l'étude de Nielssen et al.(35), les troubles des conduites dans l'enfance et des conduites antisociales répétées à l'âge adulte sont significativement plus souvent retrouvés chez les auteurs d'homicide à victime inconnue que les auteurs à victime intrafamiliale.

### 3.4.2.6 Les éléments cliniques retrouvés au moment des faits d'homicide :

#### **Des éléments délirants de persécution encore plus souvent présents chez les auteurs à victime connue extra ou intrafamiliale :**

Nielssen et al. (35) ne retrouvent pas de différence significative en ce qui concerne la symptomatologie psychotique positive des auteurs.

Nous ne trouvons également qu'une discrète tendance pour les auteurs à victime connue à présenter davantage d'idées délirantes que les auteurs à victime inconnue ; d'autant plus quand elles sont colorées d'un vécu de persécution.

La victime est deux fois plus souvent le persécuteur désigné quand il s'agit d'une personne de la famille, que d'une personne connue, mais ne faisant pas partie de la cellule familiale.

#### **Des auteurs à victime inconnue plus jeunes et ayant une symptomatologie psychotique négative moins au-devant du tableau clinique :**

Les auteurs à victime EF inconnue ont tendance à être plus jeunes au moment des faits que les auteurs à victime EF connue et IF, et cela, de plus de 5 ans.

Cependant les données restent dispersées.

L'absence de significativité peut être induite par la taille de l'échantillon et donc, un manque de puissance.

En revanche, comme dans l'étude de Nielssen et al. (35), la prédominance de la clinique psychotique négative est significativement plus fréquente chez les auteurs à victime connue, que chez les auteurs à victime inconnue (26,8% et 32% vs 0%,  $p < 0.001$ ).

Le repli, l'isolement au domicile, les troubles de la volition, la raréfaction des interactions sociales contribuent, chez les patients à la clinique principalement « déficitaire », à placer l'entourage familial en première ligne des personnes les plus à risque de subir des violences.

### **Une prise de substance lors des faits plus fréquente et une alliance thérapeutique encore moins efficace, chez les auteurs à victime EF inconnue :**

Dans notre travail, les meurtriers à victime EF inconnue étaient plus souvent sous l'emprise d'une substance au moment des faits que les auteurs à victime IF ou EF connue (65% vs 38,5% et 47,6%).

Par ailleurs, ils étaient avant le meurtre, moins en contact avec les services de soins psychiatriques et moins observant d'un traitement antipsychotique, que les patients des deux autres groupes.

Dans l'étude de Nielssen et al (35), ces variables suivent les mêmes tendances, même si, comme dans notre étude, il n'est pas retrouvé de différence significative.

Shaw et al. (40) retrouvent, chez les auteurs d'homicide à victime inconnue qu'ils soient ou non atteints d'un trouble mental, significativement plus d'usage d'alcool et de drogues au moment du passage à l'acte, que chez les auteurs à victime connue.

#### **3.4.2.7. Les caractéristiques criminologiques de l'homicide**

### **Un lieu d'homicide distinct en fonction du type de victime :**

Nielssen et al.(35) notent que les homicides intrafamiliaux se déroulent plus souvent dans un lieu privé, notamment le domicile ou le lieu de travail de la victime, que les homicides sur victime inconnue (19% vs 48% ; OR=0.26 IC95%[0.10-0.67]).

Baxter et al. (155) retrouvent, quels que soient les antécédents psychiatriques du meurtrier, dans 94% des cas le domicile de la victime comme lieu de parricide et dans 31,4%, quand il s'agit d'un homicide d'une personne inconnue.

Rappelons que cette étude a inclus des meurtriers quelle que soit leur pathologie mentale.

Dans notre étude, les auteurs à victime IF commettent 95,3% des homicides au sein d'un logement privé, alors que la majorité des homicides à victime EF inconnue se déroulent sur la voie publique (66,7%).

Les meurtres se sont rarement déroulés dans les établissements de soins et pour 80% d'entre eux, ils ont été commis par un patient hospitalisé.

Le passage à l'acte s'est déroulé à chaque fois, plus de 24h après l'admission, ce qui, par contre, ne va pas dans le sens des résultats de Nielssen et al. ; pour ce dernier, la majorité des passages à l'acte violent surviennent dans les heures qui suivent l'admission en prison ou en service de psychiatrie (35).

### **L'acte prémédité, spécificité de l'homicide intrafamilial :**

Le passage à l'acte pouvait être qualifié deux fois plus souvent d'assassinat dans les homicides intrafamiliaux que dans les homicides à victime EF connue.

Comme nous pouvions nous y attendre, la préméditation du meurtre de victime EF inconnue (connue de l'auteur depuis moins de 24heures) n'est que rarement suspectée (14,3%).

### **Pas de moyen léthal spécifique en fonction du niveau de relation à la victime ; mais cette arme est le plus souvent en possession des auteurs d'homicide à victime EF inconnue:**

Shaw et al. (40) constatent davantage l'utilisation d'une arme blanche (Khi-2,  $p=0.01$ ) ou de la strangulation (khi-2,  $p<0.001$ ), dans les homicides de personnes connues de l'auteur qu'inconnues de ce dernier, et moins fréquemment de meurtre par coups (khi-2,  $p <0.001$ ).

En revanche, Baxter et al. (155) ne relèvent pas de différence significative quant à l'arme utilisée entre les meurtres de victime inconnue et les parricides.

Il s'agissait d'un objet tranchant dans 48.4 à 52% des cas.

Nielssen et al. (35) ne notent pas non plus de différence significative en fonction du type de victime, l'utilisation d'un couteau ou d'une arme à feu est retrouvée dans 43 à 55% des cas.

Malgré l'absence de différence significative constatée dans notre étude, l'arme blanche, la strangulation et l'arme à feu étaient plus souvent retrouvées, dans les homicides IF, que dans les homicides de victime EF inconnue ; au contraire, les coups étaient plus souvent retrouvés dans les homicides à victime EF inconnue.

### **Une violence émotionnelle et un acharnement sur la victime d'autant plus fréquents que la victime est connue du meurtrier :**

Une grande majorité des homicides rapportés dans notre travail peuvent être considérés comme relevant d'une violence émotionnelle selon la typologie de Reis et ceci, quel que soit le degré de relation entre l'agresseur et sa victime.

Il est cependant important de constater que seuls les homicides à victime EF inconnue font appel à une violence instrumentale, visant avant tout, l'obtention d'un bénéfice pécuniaire.

Les auteurs d'homicide à victime connue, d'autant plus quand il s'agit d'une personne de la famille, commettront des passages à l'acte d'une rare violence.

Il sera plus souvent constaté chez leur(s) victime(s) des lésions multiples en faveur de l'usage d'une violence excessive à forte participation émotionnelle, voire d'un acharnement post-mortem.

Dans la littérature, les auteurs à victime intrafamiliale ont tendance à user plus souvent d'une force excessive lors du passage à l'acte, que les auteurs à victime inconnue (45% vs 29%) (35).

### **Une victime masculine et le plus souvent unique, dans les homicides de personnes inconnues :**

Nielssen et al. (35) retrouvent deux fois plus de victime de sexe masculin dans les homicides d'inconnus que dans les homicides intrafamiliaux (OR=3.60 ; IC 95 % , [1.46-8.85]).

Ils ne notent pas en revanche de différence en ce qui concerne l'âge de la victime, qui était en moyenne de 36,7 ans dans les homicides d'inconnus et de 42,6 ans, dans les homicides intrafamiliaux.

Baxter et al. (155) notent, eux aussi, davantage de victime homme dans les homicides d'inconnus (56%) que dans les parricides (41,8%).

Dans l'étude de Shaw et al. (40), les victimes inconnues de l'auteur sont également plus souvent des hommes (khi-2,  $p < 0.001$ ) et, quel que soit le groupe, plus des deux tiers sont des victimes de plus de 30 ans.

Nous constatons également significativement plus souvent de victime masculine dans les homicides à victime EF inconnue, mais également, dans ceux à victime EF connue, par rapport aux homicides à victime IF (khi-2,  $p < 0.001$ ).

La moyenne d'âge des victimes va de 48,6 ans à 52,6 ans respectivement dans les homicides d'inconnus et les homicides intrafamiliaux.

Elle s'avère bien plus âgée que la moyenne de l'agresseur qui va de 26,6 ans à 32,1 ans.

Il faut cependant rapporter une grande réserve quant à l'interprétation de ces résultats en raison du peu de données disponibles pour cette variable (57,2% de données manquantes pour les auteurs à victime inconnue et 76,7% pour les auteurs à victime intrafamiliale).

Nous retrouvons plus fréquemment dans les homicides intrafamiliaux plusieurs victimes pour un même lieu et instant, par rapport aux homicides extrafamiliaux connus et inconnus, pour lesquels les victimes multiples sont anecdotiques.

Le double parricide reste le plus fréquent des homicides multiples, représentant 40% des homicides multiples intrafamiliaux.

### **Un comportement post-homicide différent en fonction du niveau de la relation à la victime :**

Les trois quarts des auteurs d'homicide à victime EF inconnue fuiront les lieux du crime alors que 40% le feront dans les homicides IF.

Dans ce dernier type d'homicide, la majorité, 52,5%, resteront sur les lieux, pour beaucoup dans un état de prostration ou d'indifférence, certains ayant eux-mêmes appelé les secours ou les forces de l'ordre.

Nous supposons que ce comportement dans les suites de l'homicide est favorisé par une prédominance de la symptomatologie psychotique négative chez les auteurs d'homicides IF, par rapport aux auteurs d'homicide à victime EF inconnue.

Cependant, cela ne peut être le seul facteur explicatif car, malgré la même proportion de clinique négative chez les auteurs d'homicide à victime EF connue et IF, les premiers fuient le lieu du meurtre dans 61,9% des situations.

Le second élément explicatif du comportement post-homicide des meurtriers à victime IF, est la dimension affective qui l'attache à la victime.

Ce groupe est d'ailleurs celui où la proportion de tentative de suicide au décours immédiat de l'homicide est la plus élevée.

À notre connaissance, à ce jour, aucune publication n'étudie le comportement post-homicide en fonction du niveau de relation entre l'agresseur et la victime.

#### 3.4.2.8. Des conséquences pénales peu variables en fonction du degré de connaissance de la victime :

Nielsens et al. (35) ne retrouvent pas de différence significative entre les auteurs d'homicide à victime inconnue et ceux à victime intrafamiliale, en ce qui concerne la responsabilité pénale.

Cette responsabilité est entière pour 5 à 7% des auteurs.

Nous ne retrouvons pas non plus de différence inter-groupe pour cette donnée.

Cependant, nous pouvons mentionner que les auteurs à victime EF inconnue avaient plus tendance à être responsabilisés que les auteurs à victime EF connue ou IF.

Et sur ceux responsabilisés pénalement, aucun n'avait bénéficié d'une altération du discernement selon l'*article 122-1 alinéa 2* du Code pénal.

### 3.4.3 Synthèse de la recherche :

Nous pouvons tout d'abord mentionner que notre population d'étude, constituée de sujets schizophrènes ou souffrant d'un trouble schizo-affectif auteurs d'homicide, présente des caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques, pour la plupart, comparables aux données de la littérature.

À notre connaissance, une seule étude comparative en fonction du niveau de relation entre la victime et son agresseur souffrant de trouble psychotique a été réalisée à ce jour.

Cette étude, menée par Nielssen et al. (35) et publiée en 2011, comparait les auteurs d'homicide sur victime inconnue ou intrafamiliale.

Elle omettait alors les meurtriers sur victime connue mais ne faisant pas partie de la famille, qui constituent pourtant une proportion au moins aussi importante que les auteurs à victime inconnue dans notre travail.

Notre étude a permis à nouveau d'établir les profils des auteurs d'homicide sur victime EF inconnue et victime IF, mais également de nous renseigner sur les caractéristiques des auteurs à victime EF connue, afin de savoir en quoi ils se distinguent ou se rapprochent des deux autres profils.

Ainsi, les patients schizophrènes auteurs d'homicide sur victime EF inconnue se différencient sur plusieurs points des auteurs à victime IF :

- ils sont en situation de plus grande précarité ; le plus souvent sans domicile fixe,
- le plus souvent célibataires,
- ils ont subi encore plus de violences physiques ou sexuelles dans l'enfance ou à l'âge adulte,
- ils ont plus souvent un trouble de la personnalité dyssoziale comorbide à leur pathologie psychotique,

- la symptomatologie psychotique négative domine moins souvent le tableau clinique,
- l'homicide se déroule davantage sur la voie publique,
- le passage à l'acte n'est que très rarement prémédité,
- l'auteur dispose bien plus souvent d'une arme portée habituellement sur lui,
- la victime est plus souvent unique et de sexe masculin,
- l'auteur va fuir plus fréquemment les lieux du crime.

Même si cela n'est pas retrouvé de manière significative dans notre étude, les auteurs d'homicide à victime EF inconnue auront également tendance à :

- être plus souvent sans emploi, sans pour autant bénéficier de mesure d'incapacité,
- avoir commis davantage d'infractions sans acte de violence et à avoir un peu plus souvent d'antécédents de violences commises,
- être plus jeune lors des faits et avoir une maladie schizophrénique évoluant depuis moins longtemps,
- avoir plus souvent une comorbidité addictive, notamment au cannabis et moins d'antécédents suicidaires,
- être moins souvent observant d'un traitement antipsychotique lors des faits ou avoir été dernièrement en contact avec les services de soins psychiatriques,
- être plus souvent sous l'effet de l'alcool et du cannabis lors du meurtre,
- commettre plus fréquemment un passage à l'acte s'illustrant par une violence instrumentale et moins souvent utiliser une violence excessive ou un acharnement post mortem sur la victime.

Nous avons pu constater que les auteurs d'homicide à victime extrafamiliale connue présentent des caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques se rapprochant plus souvent de celles des auteurs à victime intrafamiliale que des auteurs à victime extrafamiliale inconnue.

Notons les points suivants ; l'auteur d'homicide à victime EF connue :

- dispose la plupart du temps d'un logement,

- bénéficie le plus souvent d'une mesure d'incapacité professionnelle,
- a moins d'antécédents d'infractions sans violence commise que les meurtriers à victime inconnue,
- a autant de comorbidités médicales telles que l'épilepsie, les traumatismes crâniens et le retard mental, que les auteurs d'homicide intrafamilial,
- a également moins souvent d'antécédents de trouble des conduites, de trouble de la personnalité dyssoziale, de trouble de l'usage d'alcool et de cannabis comorbide que les auteurs à victime inconnue,
- a également tendance à avoir une plus longue durée de maladie et un âge plus avancé lors des faits que les auteurs à victime inconnue,
- concernant sa maladie schizophrénique, il présente aussi souvent que les auteurs à victime intrafamiliale, une symptomatologie négative prédominante,
- l'alliance thérapeutique est, comme pour les auteurs à victime intrafamiliale, discrètement supérieure à celle des auteurs à victime extrafamiliale,
- il est moins souvent retrouvé chez lui, tout comme chez les auteurs à victime intrafamiliale, d'usage d'alcool ou de cannabis au moment des faits,
- il disposera d'une arme portée habituellement sur lui autant que les auteurs à victime intrafamiliale.

Les auteurs à victime EF connue se rapprochent du profil des auteurs à victime EF inconnue sur quelques caractéristiques essentiellement criminologiques.

En effet, les victimes sont principalement uniques, de sexe masculin et le comportement post-homicide sera le plus souvent, la fuite des lieux du crime.

Notons également que les auteurs à victime EF connue ou EF inconnue poursuivent un peu plus souvent un cursus universitaire que les auteurs d'homicide à victime IF.

Par ailleurs, nous pourrions remarquer que pour certaines variables, bien que non significatives, ce profil peut présenter quelques spécificités :

- il s'agit de la population la plus souvent active sur le plan professionnel,
- le lieu de l'homicide se situe de manière indifférente dans un lieu public ou privé,

- il s'agit du groupe où les antécédents suicidaires sont les plus rapportés.

De façon assez caricaturale, les schizophrènes auteurs d'homicide à victime inconnue sont des sujets moins bien insérés socio-professionnellement, présentant le plus souvent un passé légal conséquent, des comorbidités addictives et un trouble de la personnalité dyssociale.

Nous pouvons alors imaginer que la prévention du passage à l'acte chez ces individus ne passerait pas uniquement par le dépistage de la phase prodromique de la schizophrénie et la mise en place au plus tôt d'un traitement antipsychotique, mais également, par l'identification des facteurs de risques extrinsèques et une prise en charge globale incluant un accompagnement addictologique, psychothérapeutique et social.

Pour autant, ces passages à l'acte meurtrier, rares, mais d'une gravité sans égale, ne semblent pas tous évitables en raison notamment de la composante imprévisible de certains comportements violents surtout chez les individus marginalisés et n'ayant pas un recours facile aux dispositifs de soins.

Par ailleurs, même si l'essentiel de la prévention des passages à l'acte, chez les auteurs d'homicide sur une victime IF ou EF connue, doit se concentrer sur la mise en place précoce des soins spécifiques de la maladie schizophrénique, il paraît difficile de se détacher de la prise en charge des comorbidités et des facteurs environnementaux ; éléments qui, rappelons-le, demeurent très fréquents même chez ces auteurs.

Il semble important de ne pas oublier qu'une personne qui présente une schizophrénie évoluant depuis de nombreuses années et chez qui les symptômes psychotiques négatifs prédominent le tableau clinique, reste à risque de passage à l'acte violent grave, d'autant plus quand il existe des antécédents de violences subies et agies, une maladie addictive ou encore quand l'activité délirante est focalisée sur un persécuteur désigné.

## **Biais et limites de la recherche :**

Cette étude présente des biais et limites qu'il sera important de prendre en compte afin de nuancer l'interprétation des résultats.

Tout d'abord, il s'agit d'une étude unicentrique, ce qui peut constituer un biais de sélection ; car, même si cette population est susceptible d'être comparable aux populations hospitalisées dans les autres UMD de France, il est possible que les auteurs d'homicide hospitalisés dans des services de psychiatrie ordinaires et les auteurs d'homicide incarcérés aient des profils cliniques différents.

Cependant, la plupart de ces patients souffrant de schizophrénie et auteurs d'homicide sont probablement orientés en UMD.

Ce travail a consisté en une étude rétrospective, notamment sur dossiers médicaux et expertises pénales qui, malgré leur caractère le plus souvent détaillé, ne peut se substituer à un examen clinique systématisé pour l'ensemble des sujets inclus.

On y trouve alors un biais d'information non négligeable.

Mentionnons cependant que l'homicide est un événement rare, lié à beaucoup de déterminants.

Il se prête alors difficilement à des études prospectives, si ce n'est des cohortes de naissances.

Il faut également mentionner que les cliniciens et experts n'étaient pas les mêmes pour l'ensemble des patients.

Nous pouvons ainsi y voir un biais de mesure, car l'appréciation clinique diagnostique et les repères nosographiques demeurent variables en fonction des psychiatres.

Nous pensons notamment aux troubles de la personnalité, aux addictions ainsi qu'aux troubles des conduites et aux troubles du déficit de l'attention/hyperactivité, dont les diagnostics ont pu être posés par excès ou, au contraire, omis par l'évaluateur.

Notre population d'étude reste limitée (n=90), retrouvant des groupes de petite taille (21 auteurs d'homicide à victime EF inconnue, 26 auteurs à victime EF connue et 43 auteurs à victime IF).

Ainsi, cette faible taille d'échantillon impacte notamment la puissance de l'étude.

De plus, on pourra évoquer la disparité numérique des 3 groupes constitués.

Cela, est cependant représentatif de la proportion des différents types d'homicides dans la littérature.

Des groupes de taille homogène auraient impliqué un biais de sélection supplémentaire.

Il serait important de pouvoir s'assurer du caractère indépendant des variables retrouvées comme significatives entre les groupes de cette étude.

Cela notamment, par la réalisation d'analyses statistiques multivariées à partir d'une population d'étude de plus grande ampleur.

Enfin, nous n'avons retrouvé qu'une seule étude dans la littérature internationale, comparant les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques de personnes psychotiques en fonction de leur niveau de relation à la victime.

Il s'agit d'une étude également conduite sur une taille d'échantillon réduite (n=84) et qui n'évoque pas le profil des auteurs d'homicide à victime EF connue.

Afin d'étayer la discussion, nous nous sommes référés également à des articles dont la problématique était souvent plus générale, prenant en compte les auteurs d'homicide, avec tous types de maladie mentale voire aucune.

La confrontation de nos résultats à ceux de ces études, bien que nous l'ayons mentionnée à plusieurs reprises, est à prendre avec précaution, car les sujets souffrant de schizophrénie présentent, nous l'avons vu, des caractéristiques criminologiques bien spécifiques.

## **Conclusion**

L'homicide est un évènement particulièrement dramatique, mais rare, d'autant plus quand celui-ci est perpétré par une personne souffrant de troubles mentaux et notamment d'une schizophrénie.

Cependant, les nombreuses études internationales ayant publié sur le sujet, ont désormais bien mis en évidence que les patients souffrant de schizophrénie étaient davantage susceptibles de commettre un passage à l'acte violent, voire homicide, que la population générale.

De nombreux facteurs associés au risque de violence sont aujourd'hui bien identifiés, qu'ils soient environnementaux, contextuels, spécifiques à la maladie schizophrénique ou encore à ses comorbidités.

Nous retiendrons notamment un milieu socio-économique défavorisé, des antécédents de violences subies et agies, la cooccurrence d'une maladie addictive ou d'un trouble de la personnalité de type antisociale et enfin une schizophrénie en phase processuelle, difficilement prise en charge, notamment de part une alliance thérapeutique fragile et un faible niveau d'insight.

L'homicide commis par un patient souffrant de schizophrénie a pour victime, le plus souvent, une personne connue et principalement une personne de la famille.

Les homicides sur victime inconnue sont bien plus rares et peu d'études à ce jour ont été publiées sur le sujet.

Devant l'existence d'une multiplicité des facteurs de risque entrant en jeu dans la dynamique de l'homicide, l'identification de particularités cliniques en fonction du type de victime, pourrait contribuer à un repérage plus aisé des patients à risque de passage à l'acte, et ceci, afin d'optimiser la prévention des faits de violence.

Dans notre travail de recherche, nous avons pu identifier certaines spécificités biographiques, cliniques et criminologiques de patients schizophrènes auteurs d'homicide, en fonction de leur degré de relation à la victime.

Les auteurs à victime extrafamiliale inconnue tendent à se distinguer des auteurs à victime intrafamiliale ou à victime extrafamiliale connue, sur différentes caractéristiques.

Ils présentent une précarité socio-professionnelle et un isolement affectif plus conséquent.

Les patients sont plus jeunes lors des faits et ils ont une schizophrénie moins souvent déficitaire.

Leur histoire développementale est bien souvent marquée par des violences subies où dont ils ont été les témoins.

Nous notons également davantage de trouble de la personnalité antisociale et un peu plus de trouble de l'usage des substances comorbides.

Les passages à l'acte violent de ces patients restent, sans doute, les plus difficiles à anticiper de par, notamment, de l'absence le plus souvent d'un cadre familial ou relationnel étayant, susceptible d'interpeller les services de soins et de participer au renforcement d'une alliance thérapeutique.

Ils semblent également les plus difficiles à prendre en charge et donc probablement, les plus à risque de récurrence, de par la place conséquente que prennent les facteurs environnementaux (notamment sociaux) et les comorbidités psychiatriques et addictologiques.

Cette prise en charge ne peut d'ailleurs s'envisager que de manière vigilante, rapprochée et coordonnée par une équipe pluridisciplinaire et expérimentée (psychiatrique et psycho-sociale).

Pour ce qui est du repérage et de la prise en charge spécifique de la schizophrénie, ils doivent être possiblement les plus précoces, avec mise en place d'un traitement antipsychotique adapté voire avec une association de traitements antipsychotiques, dans les schizophrénies dites résistantes.

Le suivi ambulatoire doit être rapproché et le plus régulier possible, afin de favoriser l'alliance thérapeutique et de rechercher tout signe en faveur d'une rechute de la maladie.

La recherche d'idées délirantes de persécution, d'injonctions hallucinatoires hétéro ou auto-agressives, d'un vécu d'hostilité ou l'identification d'un persécuteur désigné s'avère indispensable, d'autant plus chez un patient présentant des antécédents de violences commises.

Il est important de mentionner que la prise en charge de patients schizophrènes auteurs de violences, voire d'homicide, ne peut se cantonner à la recherche du risque d'un passage à l'acte hétéro-agressif et à la limitation de ce risque.

En effet, nous avons vu que ces patients, avant d'être agresseurs, ont bien souvent des antécédents de victimation voire des troubles psychotraumatiques complexes et présentent une vulnérabilité quant au risque de se retrouver à nouveau victime de violences.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier que ces patients sont les premières victimes de leur violence ; en effet, ils sont particulièrement à risque de passage à l'acte auto-agressif, qu'il s'agisse de mutilations graves ou de tentative de passage à l'acte suicidaire.

La prise en charge thérapeutique ne doit pas occulter un accompagnement en victimologie, s'il a lieu d'être, et offrir une conduite thérapeutique rassurante et contenante, visant à prévenir les faits d'auto agressivité.



## Table des illustrations

### Liste des figures :

<b>Figure 1</b> : Probabilité de commettre des violences en fonction des facteurs de risques isolés ou cumulés (Elbogen et Johnson 2009) (62) .....	71
<b>Figure 2</b> : Risque de violence chez les personnes souffrant de schizophrénie ou de psychose non-schizophrénique en fonction du genre (Méta-analyse Fazel et al. 2009) (64) .....	72
<b>Figure 3</b> : Risque de récurrence de violence chez les personnes souffrant de troubles psychotiques comparé aux personnes ayant d'autres troubles psychiatriques (Méta-analyse Fazel et Yu, 2009) (65).....	73
<b>Figure 4</b> : Modèle bio-psycho-social de la violence, dispositions individuelles .....	107
<b>Figure 5</b> : Modèle Bio-psycho-social de la violence, les situations spécifiques des passages à l'acte violent (Steinert et Whittington 2013) (127).....	107

### Liste des tableaux :

<b>Tableau 1</b> : Classification des homicides par style et type (RESSLER et al., 1988) 18	
<b>Tableau 2</b> : deux profils de tueur, selon RESSLER et al.....	20
<b>Tableau 3</b> : Classification des meurtriers pathologiques en deux catégories extrêmes (8) .....	21
<b>Tableau 4</b> : Classification et caractères distinctifs des violences physiques multiples .....	22
<b>Tableau 5</b> : Psychiatrie et classification des homicides du FBI (BÉNÉZECH 1996) 25	
<b>Tableau 6</b> : Classification des homicides pathologiques (BÉNÉZECH, 1996) .....	26
<b>Tableau 7</b> : Classification des motivations criminelles selon J. PINATEL (9).....	27
<b>Tableau 8</b> : Classification des homicides, d'après RESSLER et al. 1993 .....	30
<b>Tableau 9</b> : Description des différents homicides selon RESSLER et al. 1993.....	31
<b>Tableau 10</b> : clinique psychiatrique apparaissant dans la classification de RESSLER et al. 1993.....	32
<b>Tableau 11</b> : Classification des victimes en fonction de la nature des relations victime/agresseur .....	35
<b>Tableau 12</b> : Risque de commettre un homicide chez les personnes schizophrènes en Finlande de 1980 à 1991 (Eronen et al. 1996) (20) .....	37
<b>Tableau 13</b> : Nombre total d'homicides commis par des patients schizophrènes (méta-analyse Large et al. 2009) (32) .....	43
<b>Tableau 14</b> : Etudes rapportant les homicides commis par des personnes psychotiques sur des personnes inconnues (Nielsen et al. 2011) (35) .....	45
<b>Tableau 15</b> : Synthèse des études concernant la prévalence des troubles mentaux chez les auteurs d'homicide .....	52
<b>Tableau 16</b> : Associations entre les antécédents criminels et le risque de crime violent chez l'homme schizophrène (Witt, Lichtenstein et Fazel, 2015) (75) .....	78
<b>Tableau 17</b> : Associations entre les antécédents criminels et le risque de crime violent chez la femme schizophrène (Witt, Lichtenstein et Fazel, 2015) (75) .....	78

<b>Tableau 18</b> : Risque de violence chez les personnes présentant une schizophrénie et une comorbidité d'abus de substance (Méta-analyse de FAZEL et al. 2009) (64)	89
<b>Tableau 19</b> : association entre le type de traitement et les comportements violents sur un an (Swanson et al. 2004)(105)	91
<b>Tableau 20</b> : Probabilité d'apparition de comportements violents en fonction du type d'antipsychotique et de la durée de compliance aux traitements (Swanson et al. 2004) (105)	92
<b>Tableau 21</b> : Différences en fonction du type d'agressions commises par les patients traités par clozapine, olanzapine et halopéridol (Krakowski et al. 2006) (106)	92
<b>Tableau 22</b> : Diminution des agressions commises en fonction des modifications des fonctions cognitives chez les patients traités par clozapine, olanzapine et halopéridol (Krakowski et al. 2008) (107)	93
<b>Tableau 23</b> : Rapport des risques instantanés de types de crimes en fonction du traitement prescrit (Fazel et al. 2014) (110)	95
<b>Tableau 24</b> : Psychopathie suivant la Psychopathie Check List révisée (PCL-R) (133)	111
<b>Tableau 25</b> : Items de la Violence Risk Appraisal Guide (VRAG), Quinsey, 1998 (135)	112
<b>Tableau 26</b> : Historical Clinical Risk - 20 (HCR 20) (133)	114
<b>Tableau 27</b> : Médiane de l'aire sous la courbe de différents outils d'évaluation (Singh et al. 2011) (142)	115
<b>Tableau 28</b> : Modélisation du passage à l'acte du schizophrène (Richard-Devantoy et al.) (142)	118
<b>Tableau 29</b> : Homicidal behaviors survey, version française proposée par Richard-Devantoy (128)	120
<b>Tableau 30</b> : Recommandations cliniques en psychiatrie médico-légale. Senon et al. 2006 (146)	122
<b>Tableau 31</b> : Données sociodémographiques des hommes schizophrènes ou souffrant d'un trouble schizo-affectif, auteurs d'homicide à victimes EF inconnues, EF connues et victimes IF	146
<b>Tableau 32</b> : Evénements de vie significatifs des auteurs d'homicides sur victimes extrafamiliales inconnues, connues et intrafamiliales	149
<b>Tableau 33</b> : Antécédents légaux des auteurs d'homicides sur victimes extrafamiliales inconnues, connues et intrafamiliales	149
<b>Tableau 34</b> : Diagnostic psychiatrique principal et ses caractéristiques chez les auteurs d'homicides sur victimes extrafamiliales inconnues, connues et intrafamiliales	150
<b>Tableau 35</b> : Durée estimée de la maladie des auteurs d'homicides sur victimes extrafamiliales inconnues, connues et intrafamiliales	151
<b>Tableau 36</b> : Comorbidités des auteurs d'homicides sur victimes extrafamiliales inconnues, connues et intrafamiliales	152
<b>Tableau 37</b> : Caractéristiques cliniques des auteurs d'homicide sur victime inconnue, extrafamiliale connue et intrafamiliale	155
<b>Tableau 38</b> : Caractéristiques criminologiques des auteurs d'homicide sur victime inconnue, extrafamiliale connue et intrafamiliale	160
<b>Tableau 39</b> : Types de victime intrafamiliale les plus représentés	164

## Bibliographie

1. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Etymologie, [en ligne]. <http://www.cnrtl.fr/etymologie/homicide>
2. Dictionnaire de Français, LAROUSSE. Définition, [en ligne]. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/homicide/40228>
3. Code pénal, [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr>
4. 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>.
5. Barbier G, Demontès C, Lecerf J-R, Michel J-P. Rapport d'information n°434. Sénat, session ordinaire ; 2009-2010. Consultable sur : <http://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4341.pdf>
6. Manzanera C. L'application en France de l'article 122-1 du Code Pénal et ses conséquences. Dans : Senon JL, Jonas C, Voyer M. Psychiatrie légale et criminologie clinique. Elsevier Masson ; 2013. p. 131-134.
7. Michel J-P. Rapport n°216. Proposition de loi relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits ; 2011. Consultable sur : <http://www.senat.fr/rap/l10-216/l10-216.html>
8. Bénézech M. - Classification des homicides volontaires et psychiatrie. Ann Médico-Psychol. 1996 ; 154 : 161-173.
9. Cochez F. - Psychiatrie et classifications des homicides. [Thèse médecine], Université Victor Segalen Bordeaux 2, 1999
10. McCulloch M, Bailey J, Robinson C. (1995). Mentally disordered attackers and killers: toward a taxonomy. Journal of forensic psychiatry, 6(1), 41-46.
11. Morisson W. (1973). Criminal homicide and the death penalty in Canada: time for re-assessment and new directions : toward a typology of homicide. Canadian journal of criminology and corrections; 15; 367-396.
12. 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.
13. Cusson M, Beaulieu N, Cusson F. - Les homicides. Dans : Le Blanc M., Cusson M. - Traité de Criminologie Empirique. Montréal, 4<sup>ème</sup> édition, PUM ; 282-331.
14. Bénézech M. Violences et homicides extrafamiliaux. Dans : Senon JL, Jonas C, Voyer M. Psychiatrie légale et criminologie clinique. Elsevier Masson ; 2013. p. 407-412.
15. Barbera Pera S, Daillet A. Homicide par des malades mentaux : analyse clinique et criminologique. Encéphale. 2005 ; 31 : 539-549.
16. Gillies H. Homicide in the West of Scotland. Br J Psychiatry. 1976 Feb;128:105-27.
17. Marzuk PM, Tardiff K, Hirsch CS. The epidemiology of murder-suicide. JAMA. 1992 Jun 17;267(23):3179-83.
18. L'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales, Les faits constatés d'homicides « hors tentative » enregistrés par la police et la gendarmerie de 1996 à 2013, [en ligne].
19. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. Arch Gen Psychiatry. 1996 Jun;53(6):497-501.
20. Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. Schizophr Bull. 1996;22(1):83-9.
21. Tiihonen J, Hakola P, Eronen M, Vartiainen H, Ryyänen OP. Risk of homicidal behavior among discharged forensic psychiatric patients. Forensic Sci Int. 1996 May 31;79(2):123-9.
22. Shaw J, Appleby L, Amos T, McDonnell 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.
23. Erb M, Hodgins S, Freese R, Müller-Isberner R, Jöckel D. Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect. Crim Behav Ment Health. 2001;11(1):6-26.

24. 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 Aug;110(2):98–107.
25. Fazel S, Grann M. Psychiatric Morbidity Among Homicide Offenders : A Swedish Population Study. *Am J Psychiatry.* 2004 ; 161 : 2129–2131.
26. Putkonen A., Kotilainen I, Joyal C, Tihonen 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.
27. Koh KGWW, Gwee KP, Chan YH. Psychiatric aspects of homicide in Singapore: a five-year review (1997 - 2001). *Singapore Med J.* 2006 Apr;47(4):297–304.
28. Meehan J, Flynn S, Hunt IM, Robinson J, Bickley H, Parsons R, et al. Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales. *Psychiatr Serv.* 2006 Nov;57(11):1648–51.
29. Simpson AIF, Skipworth J, McKenna B, Moskowitz A, Barry-Walsh J. Mentally abnormal homicide in New Zealand as defined by legal and clinical criteria: a national study. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006 Sep;40(9):804–9.
30. Nielssen OB, Westmore BD, Large MMB, Hayes RA. Homicide during psychotic illness in New South Wales between 1993 and 2002. *Med J Aust.* 2007 Mar 19;186(6):301–4.
31. Richard-Devantoy S, Gohier B, Chocard AS, Duflot JP, Lhuillier JP, Garre JB. Caractérisation sociodémographique, clinique et criminologique d'une population de 210 meurtriers. *Ann Médico-Psychol Rev Psychiatr.* 2009 ; 167(8) : 568-575.
32. Large M, Smith G, Nielssen OB. 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.
33. Nielssen OB, 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.
34. Fazel S, Buxrud P, Ruchkin V, Grann M. Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses: a national case-control study. *Schizophr Res.* 2010 Nov;123(2-3):263–9.
35. Nielssen O, Bourget D, Laajasalo T, Liem M, Labelle A, Häkkänen-Nyholm H, et al. Homicide of strangers by people with a psychotic illness. *Schizophr Bull.* 2011 May;37(3):572–9.
36. Bennett DJ, Ogloff JRP, Mullen PE, Thomas SDM, Wallace C, Short T. Schizophrenia disorders, substance abuse and prior offending in a sequential series of 435 homicides. *Acta Psychiatr Scand.* 2011 Sep;124(3):226–33.
37. Golenkov A, Large M, Nielssen O. A 30-year study of homicide recidivism and schizophrenia. *Crim Behav Ment Health.* 2013 Dec;23(5):347–55.
38. Richard-Devantoy S, Orsat M, Dumais A, Turecki G, Jollant F. Neurocognitive vulnerability: suicidal and homicidal behaviours in patients with schizophrenia. *Can J Psychiatry.* 2014 Jan;59(1):18–25.
39. Goldner, Elliot M., Lorena Hsu, Paul Waraich, and Julian M. Somers. "Prevalence and Incidence Studies of Schizophrenic Disorders: A Systematic Review of the Literature." *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie* 47, no. 9 (November 2002): 833–43.
40. Shaw J, Amos T, Hunt IM, Flynn S, Turnbull P, Kapur N, et al. Mental illness in people who kill strangers: longitudinal study and national clinical survey. *BMJ.* 2004 Mar 27;328(7442):734–7.
41. Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S, Ruschena D, Browne C. Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *Br J Psychiatry.* 1998 Jun;172:477–84.
42. Vielma M, Vincente B, Hayes GD, Larkin EP, Jenner FA. Mentally abnormal homicide--a review of a special hospital male population. *Med Sci Law.* 1993 Jan;33(1):47–54.
43. Valevski A, Averbuch I, Radwan M, Gur S, Spivak B, Modai I, et al. Homicide by schizophrenic patients in Israel. *Eur Psychiatry.* 1999 Apr;14(2):89–92.
44. Richard-Devantoy S, Bouyer-Richard A, Jollant F, Mondoloni A, Voyer M, Senon JL. Homicide, schizophrénie et abus de substances : des liaisons dangereuses ? *Rev Epidémiologie Santé Publique.* 2013 ; 61(4) : 339-350.
45. Golenkov A, Tsymbalova A, Large M, Nielssen O. An international perspective on homicide and schizophrenia: a study from Chuvashia. *Schizophr Res.* 2011 Sep;131(1-3):258–9.
46. Richard-Devantoy S, Duflot JP, Chocard AS, Lhuillier JP, Garre JB, Senon JL. 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.
47. Dolan M, Parry J. A survey of male homicide cases resident in an English special hospital. *Med Sci Law.* 1996 Jul;36(3):249–58.
  48. Richard-Devantoy S, Chocard A-S, Bouyer-Richard A-I, Dufлот J-P, Lhuillier J-P, Gohier B, et al. [Homicide and psychosis: criminological particularities of schizophrenics, paranoiacs and melancholic. A review of 27 expertises]. *Encephale.* 2008 Sep;34(4):322–9.
  49. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet.* 2002 Feb 16;359(9306):545–50.
  50. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry.* 2006;6:33.
  51. Duthe G, Hazard A, Kenzey A, Pan Ke Shon J-L. n° 462 - Décembre 2009 - Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. 2009. Consultable sur: [http://mediatheque.lecrips.net/index.php?lvl=bulletin\\_display&id=17889](http://mediatheque.lecrips.net/index.php?lvl=bulletin_display&id=17889)
  52. 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>
  53. 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>
  54. Bourgeois M., Bénézech M. Dangerosité criminologique, psychopathologique et comorbidité psychiatrique. *Ann. Med Psychol.* 2001; 159:475-486.
  55. Ipsos Public Affairs. Les français et leur santé mentale : comment améliorer la prévention, [en ligne]. <http://www.ipsos.fr/ipsos-public-affairs/actualites/2014-06-12-francais-et-leur-sante-mentale-comment-ameliorer-prevention>
  56. 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
  57. Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry.* 1990 Sep;157:345–50.
  58. Stueve A, Link BG. Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatr Q.* 1997;68(4):327–42.
  59. Wallace C, Mullen PE, 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 Apr;161(4):716–27.
  60. Dubreucq JL, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Médico-Psychologiques Revue Psychiatrie.* 2005 ; 163(10) : 852-865.
  61. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 2006 May;63(5):490–9.
  62. 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
  63. Fazel S, Långström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA.* 2009 May 20;301(19):2016–23.
  64. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2009 Aug;6(8):e1000120.
  65. Fazel S, Yu R. Psychotic disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2011 Jul;37(4):800–10.
  66. Yee NYL, Large MM, Kemp RI, Nielssen OB. Severe non-lethal violence during psychotic illness. *Aust N Z J Psychiatry.* 2011 Jun;45(6):466–72.
  67. Volavka J. Violence in Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Psychiatr Danub.* 2013 ; 25(1) : 24-33
  68. Hodgins S. Mental Disorder, Intellectual Deficiency, and Crime Evidence From a Birth Cohort. *Arch Gen Psychiatry.* 1992 ; 49(6) : 476-483.

69. Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M. Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Jun;53(6):489–96.
70. Tiihonen J, Isohanni M, Räsänen 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 Jun;154(6):840–5.
71. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 May;57(5):494–500.
72. Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Oct;57(10):979–86.
73. Eriksson A, Romelsjö A, Stenbacka M, Tengström A. Early risk factors for criminal offending in schizophrenia: a 35-year longitudinal cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011 Sep;46(9):925–32.
74. Fazel S, Wolf A, Palm C, Lichtenstein P. Violent crime, suicide, and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders: a 38-year total population study in Sweden. *Lancet Psychiatry*. 2014 Jun;1(1):44–54.
75. Witt K, Lichtenstein P, Fazel S. Improving risk assessment in schizophrenia: epidemiological investigation of criminal history factors. *Br J Psychiatry*. 2015 May;206(5):424–30.
76. Steinert T, Wiebe C, Gebhardt RP. Aggressive behavior against self and others among first-admission patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 1999 Jan;50(1):85–90.
77. Milton J, Amin S, Singh SP, Harrison G, Jones P, Croudace T, et al. Aggressive incidents in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry*. 2001 May; 178:433–40.
78. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 May;55(5):393–401.
79. Foley SR, Kelly BD, Clarke M, McTigue O, Gervin M, Kamali M, et al. Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2005 Jan 1;72(2-3):161–8.
80. Verma S, Poon LY, Subramaniam M, Chong S-A. Aggression in Asian patients with first-episode psychosis. *Int J Soc Psychiatry*. 2005 Dec;51(4):365–71.
81. Dean K, Walsh E, Morgan C, Demjaha A, Dazzan P, Morgan K, et al. Aggressive behaviour at first contact with services: findings from the AESOP First Episode Psychosis Study. *Psychol Med*. 2007 Apr;37(4):547–57.
82. Foley SR, Browne S, Clarke M, Kinsella A, Larkin C, O'Callaghan E. Is violence at presentation by patients with first-episode psychosis associated with duration of untreated psychosis? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007 Aug;42(8):606–10.
83. Harris AWF, Large MM, Redoblado-Hodge A, Nielssen O, Anderson J, Brennan J. Clinical and cognitive associations with aggression in the first episode of psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010 Jan;44(1):85–93.
84. Large MM, Nielssen O. Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*. 2011 Feb;125(2-3):209–20.
85. Nielssen OB, Yee NL, Millard MM, Large MM. Comparison of first-episode and previously treated persons with psychosis found NGMI for a violent offense. *Psychiatr Serv*. 2011 Jul;62(7):759–64.
86. Winsper C, Ganapathy R, Marwaha S, Large M, Birchwood M, Singh SP. A systematic review and meta-regression analysis of aggression during the first episode of psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2013 Dec;128(6):413–21.
87. Coid JW, Ullrich S, Kallis C, Keers R, Barker D, Cowden F, et al. The relationship between delusions and violence: findings from the East London first episode psychosis study. *JAMA Psychiatry*. 2013 May;70(5):465–71.
88. Langeveld J, Bjørkly S, Auestad B, Barder H, Evensen J, Ten Velden Hegelstad W, et al. Treatment and violent behavior in persons with first episode psychosis during a 10-year prospective follow-up study. *Schizophr Res*. 2014 Jul;156(2-3):272–6.
89. Senon JL, Manzanera C, Humeau M., Gotzamanis L. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires? *Inf Psychiatr*. 2006 ; 82 : 645-652.
90. 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 pour le diplôme de docteur en médecine], Université de Poitiers ; 2008.

91. Newhill CE, Mulvey EP, Lidz CW. Characteristics of violence in the community by female patients seen in a psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv.* 1995 Aug;46(8):785–9.
92. Vacheron MN, 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. P. 135-148. [en ligne].[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/dangerosite\\_psychiatrique\\_-\\_textes\\_des\\_experts\\_-\\_v3mel.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/dangerosite_psychiatrique_-_textes_des_experts_-_v3mel.pdf).
93. Le Bihan P, Bénézech M. La récurrence dans l'homicide pathologique. Étude descriptive et analytique de douze observations. *Ann Médico-Psychol.* 2005 ; 163(8) : 642-655.
94. Swanson JW, Swartz MS, Essock SM, Osher FC, Wagner HR, Goodman LA, et al. The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *Am J Public Health.* 2002 Sep;92(9):1523–31.
95. 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.
96. Swanson JW, Van Dorn RA, Swartz MS, Smith A, Elbogen EB, Monahan J. Alternative pathways to violence in persons with schizophrenia: the role of childhood antisocial behavior problems. *Law Hum Behav.* 2008 Jun;32(3):228–40.
97. Hodgnis 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.
98. Schiffer B, Leygraf N, Müller BW, Scherbaum N, Forsting M, Wiltfang J, et al. Structural brain alterations associated with schizophrenia preceded by conduct disorder: a common and distinct subtype of schizophrenia? *Schizophr Bull.* 2013 Sep;39(5):1115–28.
99. Krakowski MI, Convit A, Jaeger J, Lin S, Volavka J. Neurological impairment in violent schizophrenic inpatients. *Am J Psychiatry.* 1989 Jul;146(7):849–53.
100. Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, Noffsinger SG, Resnick PJ, Camlin-Shingler K. Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2004 Sep;161(9):1712–4
101. Marleau JD, Millaud F, Auclair N. A comparison of parricide and attempted parricide: a study of 39 psychotic adults. *Inter J Law Psychiatry* 2003, 26:269-279.
102. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry.* 1998 Feb;155(2):226–31.
103. Citrome L, Volavka J, Czobor P, Sheitman B, Lindenmayer JP, McEvoy J, et al. Effects of clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol on hostility among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2001 Nov;52(11):1510–4.
104. Citrome L, Casey DE, Daniel DG, Wozniak P, Kochan LD, Tracy KA. Adjunctive divalproex and hostility among patients with schizophrenia receiving olanzapine or risperidone. *Psychiatr Serv.* 2004 Mar;55(3):290–4.
105. Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB. Effectiveness of atypical antipsychotic medications in reducing violent behavior among persons with schizophrenia in community-based treatment. *Schizophr Bull.* 2004;30(1):3–20.
106. Krakowski MI, Czobor P, Citrome L, Bark N, Cooper TB. Atypical antipsychotic agents in the treatment of violent patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2006 Jun;63(6):622–9.
107. Krakowski MI, Czobor P, Nolan KA. Atypical antipsychotics, neurocognitive deficits, and aggression in schizophrenic patients. *J Clin Psychopharmacol.* 2008 Oct;28(5):485–93.
108. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Volavka J, Monahan J, Stroup TS, et al. Comparison of antipsychotic medication effects on reducing violence in people with schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2008 Jul;193(1):37–43.
109. Volavka J, Czobor P, Derks EM, Bitter I, Libiger J, Kahn RS, et al. Efficacy of antipsychotic drugs against hostility in the European First-Episode Schizophrenia Trial (EUFEST). *J Clin Psychiatry.* 2011 Jul;72(7):955–61.
110. Fazel S, Zetterqvist J, Larsson H, Långström N, Lichtenstein P. Antipsychotics, mood stabilisers, and risk of violent crime. *Lancet.* 2014 Sep 27;384(9949):1206–14.

111. 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
112. McGregor K, Castle D, Dolan M. Schizophrenia spectrum disorders, substance misuse, and the four-facet model of psychopathy: the relationship to violence. *Schizophr Res*. 2012 Apr;136(1-3):116–21.
113. Senninger JL, Fontaa V. Les événements de vie stressants et la criminalité des schizophrènes. *Encéphale*. 1996 ; sp III : 49-52.
114. Joyal CC, Putkonen P, Paavola P et al. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med* 2004, 34:433-42.
115. Tengström A, Hodgins S, Kullgren G. Men with schizophrenia who behave violently: the usefulness of an early- versus late-start offender typology. *Schizophr Bull*. 2001;27(2):205–18.
116. Laajasalo T, Hakkanen H. Offence and Offender Characteristics among Two Groups of Finnish Homicide Offenders with Schizophrenia: Comparison of Early- and Late-Start Offenders. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2005: 41–59.
117. Dumais A, Potvin S, Joyal C, Allaire J-F, Stip E, Lesage A, et al. Schizophrenia and serious violence: a clinical-profile analysis incorporating impulsivity and substance-use disorders. *Schizophr Res*. 2011 Aug;130(1-3):234–7.
118. Hodgins S, Piatosa MJ, Schiffer B. Violence among people with schizophrenia: phenotypes and neurobiology. *Curr Top Behav Neurosci*. 2014;17:329–68.
119. Honea R, Crow TJ, Passingham D, Mackay CE. Regional deficits in brain volume in schizophrenia: a meta-analysis of voxel-based morphometry studies. *Am J Psychiatry*. 2005 Dec;162(12):2233–45.
120. Barbalat G, Franck N. Imagerie cérébrale et schizophrénie. *EMC - Psychiatrie*. 2012 Jul;9(3):1–12.
121. Simpson AI, Grimbois T, Chan C, Penney SR. Developmental typologies of serious mental illness and violence: Evidence from a forensic psychiatric setting. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015 May 21;
122. Van Dongen JDM, Buck NML, van Marle HJC. The role of ideational distress in the relation between persecutory ideations and reactive aggression. *Crim Behav Ment Health*. 2012 Dec;22(5):350–9.
123. Crocker AG, Mueser KT, Drake RE, Clark RE, McHugo GJ, Ackerson TH, Alterman AI. Antisocial personality, psychopathy, and violence in persons with dual disorders. *Crim. Justice Behav* 2005; 32, 452–476
124. Hodgins S, Hiscoke UL and Freese R. The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. *Behav Sci Law* 2003; 21, 523–546.
125. Winsper C, Singh SP, Marwaha S, Amos T, Lester H, Everard L, et al. Pathways to violent behavior during first-episode psychosis: a report from the UK National EDEN Study. *JAMA Psychiatry*. 2013 Dec;70(12):1287–93.
126. Witt K, van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS ONE*. 2013;8(2):e55942
127. Steinert T, Whittington R. A bio-psycho-social model of violence related to mental health problems. *Int J Law Psychiatry*. 2013 Apr;36(2):168–75.
128. Richard-Devantoy S. - Homicide et maladie mentale : Données épidémiologiques, particularités cliniques et criminologiques, axes de prévention [Thèse Médecine]. Université d'Angers ; 2007
129. Senon J-L, Voyer M, Davignon G. Evaluation de la dangerosité : données historiques et contextuelles. Dans : Senon JL, Jonas C, Voyer M. *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier Masson ; 2013. p. 349-353.
130. Monahan J. - The prediction of violent behavior : toward a second generation of theory and policy. *Am J Psychiatry*. 1984 ; 141(1) : 10-15
131. Hare R. - *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Multi-Heal Systems, 1991.
132. Mokros A, Neumann CS, Stadtland C, Osterheider M, Nedopil N, Hare RD. Assessing measurement invariance of PCL-R assessments from file reviews of North American and German offenders. *Int J Law Psychiatry*. 2011 Feb;34(1):56–63.

133. Gravier B, Lustenberger Y. L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2005 Oct;163(8):668–80
134. Coté G., Hodgins S., Pham T.H. Psychopathie et comportements violents Psychopathie : théories et recherches Lille: Septentrion (2000). p. 75-95.)
135. Voyer M, Millaud F, Dubreucq J-L, Senon J-L. Clinique et prédiction de la violence en psychiatrie. *EMC - Psychiatrie*. 2012 Oct;9(4):1–12
136. Harris GT, Rice ME, Cormier CA. Prospective replication of the Violence Risk Appraisal Guide in predicting violent recidivism among forensic patients. *Law Hum Behav*. 2002 Aug;26(4):377–94.
137. Pham T-H, Ducro C, Marghem B, Reveillere 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.
138. Doyle M, Dolan M. Predicting community violence from patients discharged from mental health services. *Br J Psychiatry*. 2006 Dec;189:520–6.
139. Lafleur V, Auclair N, Léveillé S, Millaud Frédéric. L'utilisation des instruments d'évaluation du risque de violence. Dans : Senon JL, Jonas C, Voyer M. *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier Masson ; 2013. p. 355-360.
140. Douglas K-S, Webster C-D. The HCR-20 violence risk assessment scheme : concurrent validity in a sample of incarcerated offenders. *Crim Just Behav* 1999 ; 26 : 3-19.
141. Claix A, Pham T-H.. Evaluation of the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme in a Belgian Forensic population. *L'Encéphale*. 2004 ; 30(5) : 447-453.
142. Singh JP, 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 Apr;31(3):499–513.
143. Richard-Devantoy S, Voyer M, B.Gohier, Garré JB, Senon J-L. La crise homicide: pendant de la crise suicidaire? Particularités chez le sujet schizophrène. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*. 2010 Jan;168(1):62.
144. Asnis GM, Kaplan ML, van Praag HM, et al. Homicidal behaviors among psychiatric outpatients. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:127-32.
145. Shea S. Exploration des idées de suicide et d'homicide (435-505). Dans : SHEA S. *La conduite de l'entretien psychiatrique*. Paris, ELSEVIER ; 2005.
146. Senon J-L, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? *L'information psychiatrique*. 2006;82(8):645.
147. Moulin V, Gravier B. L'évaluation de la dangerosité : questionnement éthique. Dans : Senon JL, Jonas C, Voyer M. *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier Masson ; 2013. p. 361-367.
148. Benjamini Y, HOCHBERG Y. Controlling the False Discovery Rate: a practical and powerful approach to multiple testing. *Journal of the Royal Statistical Society*. 1995; Vol.57, No.1:289-300.
149. Lecendreux M, Konofal E, Faraone SV. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and associated features among children in France. *J Atten Disord*. 2011 Aug;15(6):516–24.)
150. Dalsgaard S, Mortensen PB, Frydenberg M, Maibing CM, Nordentoft M, Thomsen PH. Association between Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in childhood and schizophrenia later in adulthood. *Eur Psychiatry*. 2014 May;29(4):259–63.
151. Rho A, Traicu A, Lepage M, Iyer SN, Malla A, Joober R. Clinical and functional implications of a history of childhood ADHD in first-episode psychosis. *Schizophr Res*. 2015 Jul;165(2-3):128–33.
152. Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Expertise Collective INSERM ; 2015. Consultable sur <http://www.inserm.fr/content/download/7154/55249/file/troubles+des+conduites.pdf>
153. Mucchielli L. Les homicides. Dans : Mucchielli L., Robert Ph. *Crime et sécurité : l'état des savoirs*. La Découverte, 2002 ; p.148-157.
154. Ahn B-H, Kim J-H, Oh S, Choi SS, Ahn SH, Kim SB. Clinical features of parricide in patients with schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2012 Jul;46(7):621–9)
155. Baxter H, Duggan C, Larkin E, Cordess C, Page K. Mentally disordered parricide and stranger killers admitted to high-security care: 1. A descriptive comparison. *Journal of Forensic Psychiatry*. 2001 Sep;12(2):287–99

## Résumé

L'homicide commis par une personne atteinte de schizophrénie est un événement rare. La proportion est estimée entre 5 et 11% des homicides dans la plupart des études. Cette thèse porte sur les caractéristiques de ces auteurs d'homicide en fonction de leur niveau de relation à la victime, faisant l'objet de très peu de recherches à ce jour. Une première partie envisage une revue de la littérature sur l'homicide et ses classifications, ses spécificités dans la schizophrénie, les facteurs associés au risque de violence et ses méthodes d'évaluation. La deuxième partie consiste en une étude descriptive réalisée à l'Unité pour Malades Difficiles de Cadillac en Gironde, comparant les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques de 90 patients atteints de schizophrénie et auteurs d'homicides, en fonction de leur relation à la victime, intrafamiliale (n=43), extrafamiliale connue (n=26) ou inconnue (n=21). L'âge moyen au moment des faits était de 36 ans, la médiane pour la durée de la maladie étant de 6,5 ans. Les patients avaient pour la plupart déjà séjourné en psychiatrie ou reçu un traitement antipsychotique (67%). La majorité avaient des symptômes psychotiques positifs avec délire, notamment de persécution (77%), et injonctions hallucinatoires (69%), près de la moitié des sujets étant sous l'effet d'une substance au moment des faits. En comparaison avec les patients ayant commis des crimes intrafamiliaux, les auteurs d'homicide impliquant une personne inconnue étaient plus souvent célibataires, en situation de précarité et sans domicile fixe. Un diagnostic de personnalité dyssociale était plus fréquemment associé, de même que les antécédents de violences physiques ou sexuelles subies, d'infractions sans violences et la possession habituelle d'une arme. Le crime avait plus fréquemment lieu sur la voie publique, sous l'emprise d'une ou plusieurs substances, la victime étant plus souvent masculine avec une fuite de l'auteur au décours immédiat des faits. Les crimes intrafamiliaux étaient plus souvent prémédités, prenant pour victime un persécuteur désigné.

**Mots-clés** : Homicide, violence, schizophrénie, malades mentaux, victime extrafamiliale, victime intrafamiliale.