



HAL
open science

Homicide et troubles mentaux graves : étude comparative entre sujets souffrant de trouble délirant et de schizophrénie

Marlène Juillard

► **To cite this version:**

Marlène Juillard. Homicide et troubles mentaux graves : étude comparative entre sujets souffrant de trouble délirant et de schizophrénie. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01653718

HAL Id: dumas-01653718

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01653718v1>

Submitted on 1 Dec 2017

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

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

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

UFR DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2017

Thèse n° 3073

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 11 Juillet 2017 par

Marlène JUILLARD

Née le 31 Mars 1989 à Talence (33)

**HOMICIDE ET TROUBLES MENTAUX GRAVES : ÉTUDE
COMPARATIVE ENTRE SUJETS SOUFFRANT DE
TROUBLE DÉLIRANT ET DE SCHIZOPHRÉNIE**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Patrick LE BIHAN

Jury

Madame le Professeur Hélène VERDOUX, Présidente

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD, Juge

Madame le Professeur Marie TOURNIER, Juge

Madame le Docteur Laurence MÉRIGLIER, Juge

Madame le Docteur Clélia QUILES, Juge

Monsieur le Professeur Jean Louis SENON, Rapporteur

REMERCIEMENTS

À mes parents, que je ne remercierais jamais assez pour leur amour, leur gentillesse, leur soutien de tous les jours et leur confiance. Merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui, et d'avoir cru en moi tout au long de mes études. Je vous dédie ce travail.

À Maman, à qui je dois tout, je ne serais sûrement pas ici sans ton aide, ta compréhension, merci de m'avoir accompagnée et soutenue dans des périodes douloureuses, merci d'être toujours présente lorsque j'en ai besoin, tu restes un exemple pour moi par ta sensibilité, ta générosité, ton courage, ta détermination et ton sens humain.

À Papa, tu m'as transmis ton côté rêveur, solitaire et indépendant, mais aussi ta sensibilité, ton humour et ton amour pour le sport, merci pour tout.

À Gaëlle, ma sœur adorée, que j'admire, qui a toujours cru en moi et qui m'a aidé à avancer, une personne unique dont la force, la franchise, la sensibilité et l'humour ont été et resteront un exemple pour moi. Merci pour tous ces moments partagés, les fous rires, les sorties, les vacances, les concerts, merci pour ton rôle de grande sœur protectrice depuis toujours.

À Aurélien Giroud, mon beau-frère à la barbe bien taillée, merci pour le bonheur que tu apportes à ma sœur, et merci pour ton aide précieuse pour ce travail. À toutes nos sorties nocturnes à base de Long Island Ice Tea, mais aussi à nos vacances et voyages, merci à tous les deux de m'avoir fait découvrir mon pays rêvé.

À mes neveux chéris, Uhaina qui m'a aidée à me relever, Aitor un petit rayon de soleil, on se rend compte à quel point la vie prend un sens lorsque l'on voit ces petits bouts.

À mes grands-parents Suzanne et Marcel, partis trop tôt, j'espère que vous êtes fiers de moi, où que vous soyez, je n'oublierai jamais votre soutien sans faille.

À mes grands-parents Claudine et René, les piliers de la famille dans les Pyrénées, merci pour tout.

À mes cousins et cousines, Audrey, Clément, Morgane, Ludo, Jean, Anaïs, Leslie et Lukas. Merci pour ces inoubliables moments passés avec vous, les fêtes d'Orthez, les anniversaires à rallonge les étés, les repas chez mémé Clo (où il n'y a jamais assez à manger !).

À mes oncles et mes tantes, Lysiane et Guy, Dede et Jean-Claude, Domi et Nadine, Jacques, Véro, Jojo et Didier, merci pour tous ces bons moments passés à vos côtés.

À Philippe, une pensée émue pour un être cher parti trop tôt.

À Didier et Annick, Mathilde et Joël, Éric et Christine, Damien, Nelly, Mina, Pauline, Pierre, Louis, Geoffrey et Amélie pour les instants passés ensemble en Dordogne.

À toute ma famille, pour votre soutien.

À tous mes amis qui m'ont accompagnée pendant mon enfance, le primaire, le collège, le lycée puis la fac, pour nos souvenirs.

À Gaëlle, une amie unique et indispensable, pour tous ces moments inoubliables et des vacances toujours au top à Lacanau, Arcachon ou Édimbourg. Merci d'être là et d'être toi.

À Stéphanie et Camille, pour notre trajet ensemble depuis le lycée jusqu'aux bancs de la fac, pour nos soirées et nos moments partagés, je vous souhaite tout plein de bonheur. Merci d'avoir toujours été présentes pour moi.

À mes Irccadiennes, Marine, Louise, Marie, Agathe et Alice, des personnes uniques que j'estime énormément, merci pour tous ces moments partagés ensembles.

À Marina et Romain, deux rencontres extraordinaires, merci pour ces années à vos côtés.

À mes cointernes de Charles Perrens et Cadillac, Audrey, Elodie, Magali, Kelly, Aurélie, Elorri, Hélène, Ana, Pauline, Claire, Marie, Olivia, de très belles rencontres, restez comme vous êtes.

À toutes les équipes, médicales et paramédicales, de Charles Perrens et de Cadillac.

À tous les médecins avec qui j'ai eu la chance de travailler et qui m'ont tant appris. À Brigitte Aubert Walter, Younes Benotmane, Fabien Gorse et Anne Groussin à la Clinique d'Ornon. À Christelle Donon, Laurence Mériglier, Anne Passemard et Gontran Theillay à Charcot. Au Professeur Marie Tournier et au Docteur Loic Vergnolles à Carreire 3. À Marie Brisebarre et Eléonore Emerit à Carreire 6 (merci pour tout, un stage inoubliable à vos côtés et de belles amitiés). À Patrick Le Bihan, Arnaud De Jésus, Emmanuelle Floris, Dominique Dandelot et Pauline Fabre à l'UMD de Cadillac. À Jean-François Brachet, Noémie Arramon et Aurélie Danglade à la Pomme Bleue. Enfin, à Clélia Quiles, Nadège Simon, Antoine Arrive et Isaac Le Besq aux ECT.

Aux infirmiers et infirmières que j'ai rencontrés durant mes stages, ainsi qu'aux psychologues et autres membres du corps médical à CVO, Charcot, Carreire 3, Carreire 6, au SECOP et aux ECT et à toute l'équipe de la Pomme Bleue.

Et bien sûr, une pensée chaleureuse et émue pour les soignants des pavillons Moreau, Henry Ey et Claude de l'UMD de Cadillac, merci à tous pour votre accueil, votre gentillesse, votre bonne humeur et votre humour mais aussi votre professionnalisme. J'ai passé une année unique et inoubliable à vos côtés, je n'oublierais jamais ces instants avec vous. Ne changez pas. En particulier un grand merci à Lisbeth (mon coup de cœur, houhou, c'est Francis !!), Carole et Didier (ma confidente, merci pour ces vacances avec vous), Nadège (pour ton humour, ton hospitalité et la litière du chat), Christelle, Delphine, Nicolas, Guillaume, Maxime, Houcine, Thibault, Paul, Samuel, Christophe, Aziz, Dom, Dominique, Jean-Luc, Yannick...et Pierre, bien sûr. Extraordinaire rencontre. Merci de me redonner confiance en moi chaque jour. Et merci pour ton soutien pendant l'achèvement de ce travail, sur fond de Summoning, Bathory ou encore This Will Destroy You...Le début, je l'espère, d'une longue chevauchée, parsemée de concerts et d'instant magiques.

À toutes les secrétaires avec qui j'ai travaillé, pour leur gentillesse et leur bienveillance.

À toutes les personnes que j'ai pu croiser pendant mes stages et mes gardes.

À tous les patients.

AU RAPPORTEUR

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte,

Co-directeur du master 2 Professionnel de Criminologie et Victimologie,

Co-directeur du Diplôme Inter Universitaire de Psychiatrie Criminelle et Médico-Légale,

Centre Hospitalier Henri LABORIT, Poitiers.

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail, j'en suis très honorée. Je vous remercie pour la qualité et la clarté de votre enseignement en psychiatrie médico-légale et criminelle. Vos considérables connaissances dans les domaines les plus variés rendent vos interventions particulièrement intéressantes. Veuillez trouver ici le témoignage de tout mon respect, de mon admiration et de ma profonde reconnaissance.

AUX MEMBRES DU JURY

Madame le Docteur Clélia QUILES

Docteur en Médecine, Psychiatre,

Praticien Hospitalier,

Docteur en Sciences Cognitives,

Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte du Professeur Hélène Verdoux,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. J'ai pu apprécier et profiter de tes qualités professionnelles mais aussi de ta gentillesse et de ta disponibilité au cours de mes stages à Carreire. Ta bienveillance et ton sens humain sont pour moi des exemples à suivre. Soit assurée de mon respect et de ma reconnaissance.

Madame le Docteur Laurence MÉRIGLIER

Docteur en Médecine, Psychiatre,

Praticien Hospitalier,

Pôle de Psychiatrie Adulte du Docteur Fabien Gorse,

Centre Hospitalier CADILLAC, Cadillac-sur-Garonne.

Je suis très touchée de te compter parmi les membres de ce jury. J'ai beaucoup appris à ton contact durant ma première année d'internat, où j'ai eu la chance de travailler au sein de ton service et te remercie pour toutes les connaissances que tu m'as apportées ainsi que pour ta bienveillance et ta disponibilité. Tes qualités humaines et ton sens clinique sont restés et resteront un exemple.

Madame le Professeur Marie TOURNIER

Professeur de Psychiatrie,

Praticien Hospitalier,

Docteur en Épidémiologie,

Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte du Professeur Hélène Verdoux,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

C'est pour moi un réel honneur que vous ayez bien voulu juger ce travail de thèse. J'ai eu la chance de bénéficier de la richesse de vos enseignements au cours de mon cursus. Lors du stage effectué au sein de votre pôle, j'ai pu constater vos qualités humaines et l'étendue de vos connaissances scientifiques. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Docteur en Neurosciences,

Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. J'ai eu le privilège de travailler à vos côtés et j'ai ainsi pu constater la précision et la rigueur de votre exercice médical. J'ai eu la chance de bénéficier de la richesse de vos enseignements au cours de mon externat puis de mon internat. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

AU DIRECTEUR DE THÈSE

Monsieur le Docteur Patrick LE BIHAN

Docteur en Médecine, Psychiatre,

Praticien Hospitalier,

Chargé d'enseignement à l'Université de Bordeaux,

Chef de Pôle de Psychiatrie Médico-légale,

Centre Hospitalier CADILLAC, Cadillac-sur-Garonne.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous y avez porté et d'avoir rendu ce travail possible. Je tiens aussi à vous remercier chaleureusement pour la bienveillance dont vous avez fait preuve à mon égard pendant l'année passée au sein de votre pôle, ainsi que par la suite. Votre enthousiasme, votre écoute, votre rigueur, vos conseils toujours avisés et votre disponibilité ont été d'une aide précieuse. Votre expérience a été riche d'enseignement. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

AU PRÉSIDENT DU JURY

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Professeur de Psychiatrie,

Praticien Hospitalier,

Docteur en Épidémiologie,

Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte,

Coordonnatrice du D.E.S de Psychiatrie,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. J'ai eu la chance de bénéficier de la richesse de vos enseignements au cours de mon externat puis de mon internat. Au cours de mon année et demi de stage effectuée au sein de votre pôle, j'ai pu apprécier l'étendue de vos connaissances et de vos qualités humaines. Je tiens tout particulièrement à vous remercier pour la gentillesse et la bienveillance dont vous avez fait preuve à mon égard durant tout mon internat. Je vous suis très reconnaissante de la confiance que vous me témoignez en m'accueillant très prochainement au sein de votre pôle. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

INTRODUCTION.....	11
PARTIE 1 : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	13
1. TROUBLE DÉLIRANT : DÉFINITION ET HISTORIQUE.....	13
1.1. Étymologie.....	13
1.2. Historique.....	13
1.3. Évolution de la paranoïa : de Kraepelin au DSM-I et au DSM-5.....	15
1.4. Description clinique.....	17
2. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE PATIENTS HOSPITALISÉS SOUFFRANT DE TROUBLE DÉLIRANT.....	19
2.1. Prévalence du trouble délirant parmi les patients hospitalisés.....	19
2.2. Données sociodémographiques.....	20
2.3. Évènements de vie et particularités personnelles.....	22
2.4. Données médicales.....	22
2.5. Données comparatives entre trouble délirant et schizophrénie.....	24
3. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ACTUALISÉES SUR LE RISQUE DE VIOLENCE DES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLE DÉLIRANT.....	26
3.1. Concept de dangerosité.....	26
3.2. Violence et trouble délirant.....	26
4. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ACTUALISÉES CONCERNANT HOMICIDE ET TROUBLES MENTAUX GRAVES.....	28
4.1. Le concept d'homicide.....	28
4.1.1. Classification selon l'état mental du meurtrier.....	28
4.1.2. Classification selon la victime.....	29
4.1.3. Classification selon les motivations.....	31
4.1.4. Classification selon le niveau d'organisation.....	32
4.2. Homicide et troubles mentaux.....	33
4.3. Homicide et trouble délirant.....	35
4.3.1. Prévalence.....	35
4.3.2. Données sociodémographiques.....	36
4.3.3. Données médicales.....	37
4.3.4. Caractéristiques criminologiques de l'homicide.....	38
4.3.5. Données concernant les victimes.....	38

4.3.6. Données comparatives à des sujets souffrant de schizophrénie auteurs d'homicide.....	38
PARTIE 2 : ÉTUDE PERSONNELLE.....	39
1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE ET OBJECTIFS.....	39
2. MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	39
2.1. Schéma d'étude, population étudiée et site concerné.....	39
2.2. Sélection du groupe de patients souffrant de schizophrénie.....	40
2.3. Inclusion des patients.....	41
2.4. Recueil des données.....	41
2.5. Méthode statistique.....	42
3. RÉSULTATS.....	43
3.1. Données comparatives entre trouble délirant et schizophrénie.....	43
3.1.1. Nombre de patients recrutés.....	43
3.1.2. Caractéristiques sociodémographiques.....	43
3.1.3. Données médicales.....	45
3.1.4. Caractéristiques criminologiques de l'homicide.....	46
3.2. Données spécifiques au trouble délirant en fonction de la relation à la victime.....	49
3.2.1. Nombre de patients recrutés.....	49
3.2.2. Caractéristiques sociodémographiques.....	49
3.2.3. Données médicales.....	51
3.2.4. Caractéristiques criminologiques de l'homicide.....	53
PARTIE 3 : DISCUSSION.....	58
1. SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE PERSONNELLE.....	58
1.1. Principaux résultats.....	58
1.2. Limites méthodologiques.....	62
2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET BILANS.....	63
CONCLUSION.....	70
BIBLIOGRAPHIE.....	71
ANNEXES.....	76
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	81

INTRODUCTION

Le trouble délirant persistant, anciennement dénommé « paranoïa », est relativement rare et concernerait environ 0,03% de la population générale (1,2). Les faits divers commis par des sujets présentant des pathologies mentales sont parfois très médiatisés, ils interrogent sur la dangerosité de ces derniers, inquiètent et ne laissent pas indifférents. On se souvient d'Anders Behring Breivik, l'auteur des attaques du 22 Juillet 2011 en Norvège, faisant 77 morts et 151 blessés. L'hôpital de Cadillac, en Gironde, a également connu une histoire tragique. Un soir du 4 Octobre 1982, un patient souffrant de trouble délirant, hospitalisé à l'Unité pour Malades Difficiles (UMD) de Cadillac-sur-Garonne des années auparavant est en effet revenu pour se venger des personnes responsables de son hospitalisation et de ses tourments. Il a ainsi tué un médecin et un infirmier, blessant cinq autres personnes dont une gravement avant de se suicider. L'hôpital Gérard Marchant à Toulouse porte également le nom d'un médecin tué par un patient atteint de trouble délirant.

Le trouble délirant a une réputation classique de dangerosité, mais cette question fait peu l'objet de recherches empiriques. Pourtant, selon Henry Ey, « *les problèmes médico-légaux des psychoses paranoïaques sont peut-être les plus importants qui soient* » (3). On a l'idée que les patients souffrant de trouble délirant commettent des passages à l'acte planifiés, prémédités, se réalisant de manière organisée avec un self control considérable, à la différence de l'homicide du sujet souffrant de schizophrénie, qui se veut volontiers désorganisé, impulsif, avec un acharnement excessif sur la victime. Mais ces idées reflètent-elles la réalité clinique ? De nombreuses études internationales se sont intéressées aux actes de violence et d'homicide commis par des personnes souffrant de schizophrénie. En revanche, très peu de travaux se sont attachés à décrire le profil clinique et criminologique de sujets atteints de trouble délirant et auteurs d'homicide.

Ce travail s'intéresse aux homicides chez des patients présentant un trouble délirant persistant. Nous avons cherché à répondre à plusieurs questions : quelles sont les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques de patients souffrant de trouble délirant et auteurs d'homicide ? Ces caractéristiques diffèrent-elles selon que la victime est intra ou extrafamiliale ? Y-a-t-il des différences significatives concernant les caractéristiques cliniques, criminologiques et le mode opératoire entre ces sujets et ceux souffrant de schizophrénie ?

Pour répondre à ces interrogations, nous avons mené une revue de la littérature qui s'attache, dans un premier temps, à décrire cliniquement des populations de patients souffrant de trouble délirant hospitalisés en service de psychiatrie. Nous nous sommes aussi posé la question du risque de violence chez ces patients. Enfin, pour conclure cette revue de la littérature, étaient abordées les données actuelles concernant les homicides et les troubles mentaux graves, en insistant sur le trouble délirant.

Au terme de cette revue de la littérature, et en raison du manque crucial de travaux portant sur notre sujet d'intérêt, nous avons mené notre propre étude. Ainsi, quarante-six dossiers de patients souffrant de trouble délirant, auteurs d'homicide et hospitalisés à l'UMD de Cadillac-sur-Garonne entre Janvier 1963 et Novembre 2014 ont été étudiés. Dans un premier temps, ils ont été comparés aux dossiers de quatre-vingts patients souffrant de schizophrénie, auteurs d'homicides et hospitalisés au sein de la même UMD, travail issu d'une thèse précédemment publiée (4). Dans un second temps, nous nous sommes intéressée à la comparaison des caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques des sujets atteints de trouble délirant, selon que la victime est intra ou extrafamiliale. La troisième et dernière partie de ce travail se compose d'une synthèse de notre étude et d'une discussion autour de ses principaux résultats. Enfin, des propositions y sont formulées, afin notamment de poursuivre les recherches cliniques sur ce sujet trop peu étudié.

PARTIE 1 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. TROUBLE DÉLIRANT : DÉFINITION ET HISTORIQUE

1.1. Étymologie

En grec classique, παράνοια signifie couramment « folie ». Le mot est à rapprocher de παρανοέω, « je suis fou », et peut se décomposer en un préfixe, παρά, voulant dire « à côté de », « le long de », et un radical, νοέω, signifiant « je pense », « je comprends » (5, 6). Le latin médical emprunte παράνοια au grec, l'écrivant paranoïa, en le prenant à son tour au sens très général de « folie », équivalent de *dementia*, *amentia*, *furor* et *delirium* (6).

1.2. Historique

Le mot paranoïa semble attesté pour la première fois dans une langue vivante, en allemand, à partir de 1772. Il prend place un peu plus tard, en 1818, dans un livre de Johann Christian August Heinroth, un éminent représentant de l'école psychique allemande, publié à Leipzig, chez Vogel (6). Au début du XIXe siècle, la psychiatrie romantique tendait à opposer, dans la folie, les troubles de l'affectivité, appelés manie et mélancolie, et les troubles de l'intelligence, désignés par les termes alors substituables de « *paranoïa* » et de « *Verrücktheit* » (6). Vers le milieu du siècle, Wilhelm Griesinger dénomme paranoïa un délire qui succède secondairement à la manie ou à la mélancolie, se caractérisant par des représentations intellectuelles de persécution et de grandeur, comportant ou non des hallucinations, et s'achevant par la démence. En 1863, Ludwig Snell en isole une forme primitive, qui commence par elle-même, sans succéder ni à la manie ni à la mélancolie, et la nomme « *primare Wahnsinn* » (6). En 1868, son élève Wilhelm Sander publie avec la bénédiction de son maître un article qui officialise l'existence de la « *primare Verrücktheit* » (trouble primaire de l'intellect), signant une nouvelle ère nosographique dans le monde germanophone (6). En 1879, Richard von Krafft-Ebing spécialise le terme de paranoïa pour les délires systématisés et codifie une paranoïa primaire, originaire ou tardive, et une paranoïa secondaire (7). Il accorde la plus extrême importance aux délires de persécution, qu'il considère comme particulièrement fréquents, difficiles à reconnaître et dangereux. Pendant ce temps, Kahlbaum propose de renoncer tout à fait au terme de « *Verrücktheit* », au profit de celui de paranoïa, et en décrit une forme aiguë. Le pas décisif s'opère entre 1881 et 1883, dans l'œuvre de Mendel. Ce dernier oppose les locutions de « *paranoïa hallucinatoria* » et de « *paranoïa combinatoria* », pour séparer des aspects délirants où prédominent les expériences xénopathiques, d'autres, où c'est le raisonnement qui est atteint (8). Rapidement, la première locution tombera en désuétude. La seconde perdra son épithète, et le terme de paranoïa

servira à résumer des troubles mentaux sans phénomène hallucinatoire, sans déficit intellectuel, avec un excès de fonctionnement d'une raison déviée et produisant des représentations cohérentes, pouvant former des récits plausibles (8). L'œuvre de Kraepelin, entre la sixième (1899) et la huitième (1915) édition de son « *Lehrbuch der Psychiatrie* », représente un moment clé dans l'histoire de la paranoïa, en reprenant le travail de Mendel et en proposant une délimitation plus rigoureuse du champ propre à la paranoïa (6). Seuls les délires sans hallucinations seront désormais considérés par Kraepelin comme des délires paranoïaques, dont il oppose deux types, la paranoïa et le délire de revendication. Quand aux formes hallucinatoires et fantastiques, il les qualifie de paranoïdes et les range parmi les cas de démence précoce. Cet auteur, qui va marquer profondément la nosographie psychiatrique, isole ainsi soigneusement la paranoïa de la démence précoce, à tel point qu'au cours des éditions successives de son traité cette entité prend une place de plus en plus limitée pour ne plus définir que des délires bien systématisés, sans aucune « atteinte dementielle », et surtout interprétatifs (7). Il s'agit, écrit-il, du « *développement insidieux, sous la dépendance de causes internes et selon une évolution continue, d'un système délirant durable et impossible à ébranler, qui s'instaure avec une conservation complète de la clarté et de l'ordre de la pensée, de la volonté et de l'action* ». Plus tard, les travaux d'Ernst Kretschmer, en 1927, tendront à isoler une organisation de la personnalité, le tempérament sensitif, susceptible d'une décompensation, souvent réactionnelle, le délire de relation des sensitifs, ordinairement abrégé en paranoïa sensitive (6).

En France, la paranoïa trouvait son origine dans certaines formes de « mélancolies » ou délires partiels de Philippe Pinel, et se situait dans le cadre des « monomanies » créé par Jean Etienne Esquirol pour bien distinguer la mélancolie, ou lypémanie (délire triste), des délires monomaniaques dont la monomanie de persécution était une des formes les plus fréquentes (6, 8). En 1834, François Leuret insiste le premier sur la distinction entre les délirants « incohérents » et les « arrangeurs » dont le délire se systématisait et s'organise d'une manière logique (8). Charles Lasègue, en 1852, dans son œuvre « *Du délire des persécutions* », réinvente la clinique française, portant un coup à la doctrine des monomanies et donnant la description princeps du délire des persécutions, lequel sera longtemps désigné sous le nom de maladie de Lasègue (8). Trélat en 1861 emploie le terme de « folie lucide » et Séglas, en 1887, évoque les « délires de persécution à interprétations délirantes » (8). À la même époque, Valentin Magnan introduit la notion de délire chronique à évolution systématique en l'opposant aux délires mal construits des dégénérés. Il le caractérise par la succession de quatre périodes : incubation, persécution, ambition et démence, laissant place à de nombreux débats à la Société médico-psychologique de Paris dans les années suivant la parution de son ouvrage (8). Ses élèves, Paul Sérieux et Joseph Capgras, attachent leur nom à la forme de délire la plus typique : le délire d'interprétation, ou « folie raisonnante » (1909), délire construit sur la base d'interprétations délirantes, avec hallucinations rares, conservation de la lucidité et extension

progressive sans démence terminale (6). Ces deux auteurs apportent également leur contribution au Traité d'Emile Sergent, ouvrage de référence, paru en 1926. Gaëtan Gatian de Clérambault distingue rigoureusement le délire d'interprétation des psychoses passionnelles (8). Ces dernières surviennent chez des sujets émotifs, le début en est précisément daté et le développement s'opère en secteur et non en réseau. Il y range, à côté du délire de revendication ou de préjudice, le délire de jalousie et l'érotomanie (8). Avec l'ouvrage classique de Genil-Perrin en 1926, l'accent se trouve davantage mis sur le caractère inné et définitif des traits de personnalité, que sur la transmission héréditaire. Pour cet auteur, la constitution paranoïaque associe quatre composantes fondamentales qui sont l'orgueil, la méfiance, la fausseté du jugement et l'inadaptabilité sociale, auxquelles sont souvent associées l'hypertrophie du moi, la rigidité et la susceptibilité (6). C'est la paranoïa de combat, à quoi l'on opposera un peu plus tard la paranoïa sensitive, marquée par la rétention douloureuse et non résolue des affects, les remords conscients, les scrupules, l'hyperesthésie morale et le ressentiment (6).

1.3. Évolution de la paranoïa : de Kraepelin au DSM-I et au DSM-5

Kraepelin démontre l'importance de distinguer paranoïa et forme paranoïde (de la démence précoce) (7). Si les délires paranoïde et paranoïaque ont en commun la persécution, c'est dans le niveau d'élaboration du délire ou dans « l'affaiblissement mental » qu'il voit résider des indicateurs diagnostiques différentiels. Dans la démence précoce, le délire paranoïde s'installerait sous forme « d'idées subites », « extravagantes », incohérentes », « souvent régies par diverses hallucinations sensorielles ». Le délire paranoïaque au contraire se grefferait sur des bases qui ont « une existence réelle » mais dont le sujet déforme l'interprétation (7, 9). Bleuler a ensuite influencé la pensée clinique en inscrivant le trouble délirant paranoïaque en tant que forme de schizophrénie (7). Deux courants divergents ont ainsi émergé dans la nosologie des troubles psychotiques : l'un étendant la perspective de Bleuler en intégrant les psychoses paranoïaques au groupe des schizophrénies, l'autre comme extension de la vision de Kraepelin avec une paranoïa considérée indépendamment de la démence précoce et où « *le délire « bizarre » est absent, il est organisé en un système logique et cohérent, les troubles de la pensée sont absents et la détérioration de la pensée systématiquement absente. Cette affection ne s'orientera généralement pas vers une « démence précoce »* »(9).

Après la mort de Kraepelin, Koller continue à reconnaître la paranoïa comme représentation d'une forme de schizophrénie. Ce point de vue a continué à être populaire dans la communauté psychiatrique, pendant plusieurs décennies, ce dont attestent les deux premiers opus du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), dans l'immédiat après-guerre. Winokur, en 1977, a redécrit la paranoïa sous le terme de « delusional disorder » ou trouble délirant, en basant

ses découvertes sur la définition de Kraepelin (10). Il définit les caractéristiques du trouble délirant, à savoir un délire non bizarre en l'absence d'hallucinations. En 1987, le trouble délirant a été introduit dans le DSM-III-R et continue à y être présent dans les éditions suivantes (11). Il apparaît sous le terme de « persistant delusional disorder », ou trouble délirant persistant, dans la dixième édition de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) (2). Récemment, le DSM-5 a retiré l'exigence d'un délire non bizarre dans sa définition du trouble délirant (7, 12). Nous assistons à une exclusion progressive du terme de la paranoïa au sein de la nosographie psychiatrique, puisque ce dernier a disparu des classifications internationales actuelles et que les troubles de la personnalité paranoïaque ont manqué d'être supprimés du nouveau modèle DSM-5 du fait d'un manque d'études (7). Le tableau 1 résume les principales évolutions du terme paranoïa et des critères diagnostiques à partir du DSM-III (13).

Tableau 1 : **Évolution du terme paranoïa et des critères diagnostiques à travers les DSM récents**

DSM	DSM-III, 1980	DSM-III-R, 1987	DSM-IV, 1994 DSM-IV-TR, 2002	DSM-5, 2013
Terminologie	Paranoïa	Troubles délirants (paranoïaques)	Troubles délirants	Spectre schizophrénique et autres troubles psychotiques (trouble délirant)
Durée	6 mois	1 mois		
Délire	Délire non bizarre			-
Hallucinations	Pas d'hallucinations	Si présentes, ne sont pas au premier plan	Absentes, exceptées hallucinations tactiles/olfactives si reliées au thème délirant	Si présentes, ne sont pas au premier plan et sont en rapport avec le thème du délire
Symptomatologie négative	Pas d'émoussement affectif/émotions inappropriées		Pas de symptomatologie négative	
Discours désorganisé	Pas d'incohérence ou de relâchement des associations		Pas de discours désorganisé	
Épisodes thymiques	Syndrome dépressif ou maniaque non présent, se développe après la symptomatologie psychotique ou est de durée brève par rapport à la durée des symptômes psychotiques		Si des épisodes thymiques surviennent en même temps que des idées délirantes, la durée totale de ces épisodes thymiques est relativement brève par rapport à la durée totale des périodes délirantes	
Comportement anormal	Comportement approprié au contenu délirant	En dehors de l'impact de l'idée (des idées) délirante(s) ou de ses (leurs) ramifications, il n'y a pas d'altération marquée du fonctionnement ni de singularités ou de bizarreries manifestes du comportement		
Idées délirantes	Persécution	Erotomaniaques, mégalomaniaques, jalousie, persécution, somatiques	Erotomaniaques, mégalomaniaques, jalousie, persécution, somatiques, mixtes, non spécifiées	

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

1.4. Description clinique

Le trouble délirant est caractérisé dans le DSM-5 comme « la présence d'une ou plusieurs idées délirantes qui persistent pendant au moins un mois » (12). Le terme de troubles délirants est aussi utilisé dans la CIM-10 dans un sens très proche de celui-ci. Il s'agit d'états délirants chroniques, de mécanisme principalement interprétatif et intuitif et systématisés (2). Les hallucinations restent généralement au second plan, mais sont plus fréquentes que ne le pensaient Sérieux et Capgras. La systématisation du délire leur confère un caractère extrêmement cohérent qui, associé à la conviction absolue et inébranlable du patient, peuvent entraîner l'adhésion de tiers. Ils se développent plus volontiers chez des patients présentant un trouble de personnalité prémorbide de type paranoïaque dont les principaux traits sont représentés par l'hypertrophie du moi, la fausseté du jugement, la méfiance, la psychorigidité et l'orgueil (14). De nombreux auteurs, parmi lesquels Munro, Serretti ou encore Winokur, reconnaissent l'hétérogénéité symptomatique des troubles délirants (15, 16, 17). De ce fait, le DSM-IV et le DSM-5 classifient ce trouble en fonction de sept sous types d'idées délirantes (type érotomanie, grandiose, jaloux, de persécution, somatique, mixte et non spécifié) (1,12). Cependant il est toujours habituel, en pratique clinique et malgré les classifications actuelles internationales, d'identifier au sein des troubles délirants les délires passionnels, les délires d'interprétation et les délires de relation des sensitifs de Kretschmer.

Les délires passionnels comprennent l'érotomanie, les délires de jalousie et les délires de revendication (8, 18). Ils ont été regroupés et qualifiés de passionnels du fait de la nature des sentiments et des thèmes qui les inspirent. Ces troubles ont en commun d'être des états délirants chroniques débutant généralement brusquement par une interprétation ou par une intuition délirante. Ils peuvent secondairement s'enrichir de nombreuses interprétations délirantes et comportent en général une forte participation affective pouvant être à l'origine de passages à l'acte. Les délires passionnels ont une construction dite « en secteur » car ils ne s'étendent pas à l'ensemble de la vie psychique, affective ou relationnelle du sujet et les idées délirantes restent centrées sur l'objet et la thématique quasi unique du délire (18). L'érotomanie, ou l'illusion délirante d'être aimé, a été identifiée par Clérambault en 1921 et toucherait plus fréquemment les femmes, dont l'objet tiendrait souvent une position sociale élevée (médecin, avocat, célébrité, prêtre autrefois) (8). L'évolution de ce trouble se ferait en trois phases successives d'espoir, de dépit puis de rancune, au cours desquelles (et en particulier pour les deux derniers stades), des actes auto et hétéroagressifs seraient à craindre. Le délire de jalousie toucherait plus volontiers les hommes d'âge mûr, et présenterait une comorbidité considérable avec le trouble lié à l'usage d'alcool, ce dernier favorisant d'éventuels passages à l'acte du fait de son effet désinhibiteur. Enfin le délire de revendication est caractérisé par le besoin prévalent et la volonté irréductible de faire triompher une demande que la

société se refuse à satisfaire. Le patient a la conviction inébranlable de détenir la vérité. S'en rapprochent les délires de filiation et de parenté célèbre méconnue, les délires mystico-religieux et politiques, les délires d'invention (« inventeurs méconnus », cherchant à obtenir une reconnaissance que la société leur refuse), ou encore les quérulents processifs, multipliant les procédures judiciaires. Enfin, les « idéalistes passionnés » et les délires à expression corporelle (délire hypocondriaque de préjudice) rentrent également dans cette catégorie (8).

Le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras peut s'installer de manière progressive et insidieuse ou plus brutalement, à la suite d'un évènement déclenchant ayant fait l'objet d'une interprétation (6). Survenant plus fréquemment chez des sujets ayant un trouble de la personnalité de type paranoïaque prémorbide, ce délire évolue durant de longues années, parfois des dizaines, chaque évènement rencontré par le patient faisant l'objet d'une interprétation et étant rattaché au système délirant, maintenant une conviction totale de la part du sujet en souffrant. Il se développe en réseau puisqu'il envahit tous les domaines de la vie du sujet (affectif, relationnel, professionnel, familial). La thématique de persécution est la plus souvent rencontrée dans ces cas (8).

Le délire de relation des sensitifs, décrit par Kretschmer en 1919, se développe plus volontiers chez des sujets présentant une personnalité prémorbide de type sensitive, personnalité marquée par un sens élevé des valeurs morales, une haute estime de soi-même, qui conduit à se considérer comme jamais suffisamment reconnu à sa juste valeur, une hyperesthésie relationnelle entraînant une grande vulnérabilité dans les contacts sociaux, une tendance à l'autocritique, à intérioriser douloureusement les échecs et une susceptibilité (6, 8). D'évolution progressive, il se construit à partir d'interprétations délirantes dont les thématiques principalement rencontrées sont celles de persécution, de mépris, de préjudice ou encore d'atteinte aux valeurs morales. Ce délire peut se compliquer d'une symptomatologie dépressive (8).

L'appréhension des troubles délirants ne fait actuellement aucunement l'objet d'un consensus au sein de la communauté scientifique internationale. De nombreux auteurs expriment la grande difficulté à intégrer cette entité dans le modèle classificatoire du DSM, notamment du fait que le trouble délirant est polymorphe et complexe (7). Une des principales conséquences, néfaste tant sur le terrain que dans le domaine de la recherche, est que la prévalence de cette pathologie est certainement sous estimée (7). Quelques études internationales ont cherché à déterminer la proportion de sujets souffrant de paranoïa dans des services hospitaliers et d'en étudier les caractéristiques. Nous avons repris ici les principaux résultats de ces études.

2. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE PATIENTS HOSPITALISÉS SOUFFRANT DE TROUBLE DÉLIRANT

2.1. Prévalence du trouble délirant parmi les patients hospitalisés

La méthodologie des études relatives aux patients hospitalisés souffrant de trouble délirant est présentée dans le tableau 2. Le trouble délirant est relativement rare puisqu'il concernerait environ 0,03% de la population générale et de 1 à 2% des admissions en psychiatrie selon les études (1, 2, 19). De nos jours, respectivement 3,5% et 8,6% des hommes hospitalisés dans les Unités pour Malades Difficiles (UMD) de Cadillac et Villejuif souffrent de trouble délirant. Ces patients représentent jusqu'à un tiers des patients hospitalisés depuis plus de deux ans à l'UMD de Villejuif.

Tableau 2 : Études relatives aux patients hospitalisés souffrant de trouble délirant

Auteurs	Winokur	Yamada et al.	Hsiao et al.	Barbier et al.	Maina et al.
Année	1977	1998	1999	1999	2001
Pays	Etats-Unis	Japon	Taiwan	France	Italie
Type d'étude	Rétrospective				
Lieu de recrutement	Hôpital psychiatrique universitaire de l'Iowa	Département de psychiatrie, Université de Sciences Médicales de Shiga	Centre médical de Chang Gung, Tao-Yuan	Centre Hospitalier de Clermont de l'Oise	Unité de Psychiatrie, Université de Turin
Période de recrutement	1920-1975	1989-1994	1991-1998	1994-1997	2 ans
Outil diagnostique	Non précisé	DSM-III-R	DSM-IV	DSM-IV CIM-10	DSM-IV CIM-10
Échantillon total (N)	21000	4144	10 418	Non précisé	
Trouble délirant (N), prévalence (%)	93 (0,44%)	51 (1,2%)	86 (0,83%)	53	71

Tableau 2 : Études relatives aux patients hospitalisés souffrant de trouble délirant (suite)

Auteurs	Maâlej et al.	Grover et al.	De Portugal et al.	Marneros et al.
Année	2006	2007	2008	2012
Pays	Tunisie	Inde	Espagne	Allemagne
Type d'étude	Rétrospective			
Lieu de recrutement	Centre Hospitalier Universitaire de Sfax	Département de psychiatrie, Institut médical de Chandigarh	Service de Santé Mentale Saint Jean de Dieu, Barcelone	Département de psychiatrie, Université de Halle-Wittenberg
Période de recrutement	Non précisée	1994-2003	2001-2004	1994-2008
Outil diagnostique	DSM-IV	CIM-10	DSM-IV	DSM-IV CIM-10
Échantillon total (N)	Non précisé	18 000	Non précisé	9 969
Trouble délirant (N), prévalence (%)	66	146 (0,81%)	370	43 (0,43%)

CIM : Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes ;
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

2.2. Données sociodémographiques

2.2.1. Sexe et âge

Les données relatives au sexe et à l'âge au moment du premier contact avec les soins psychiatriques sont présentées dans le tableau 3.

La proportion d'hommes parmi l'ensemble des sujets hospitalisés en service de psychiatrie et souffrant de trouble délirant varie de 25,5% à 80,3% (19, 26). L'âge moyen du premier contact avec un service de psychiatrie s'étale de 37,5 ans à 54,7 ans (19, 23). L'ensemble des études s'accorde sur le fait que, lors du premier contact avec les soins psychiatriques, les femmes souffrant de trouble délirant ont un âge supérieur à celui des hommes (19, 20, 21, 23, 24, 26).

Tableau 3 : Données relatives au sexe et à l'âge de patients hospitalisés avec trouble délirant

	Nombre de patients (N)	Hommes N, (%)	Âge moyen (années)
Études			
Yamada et al. (1998)	51	13 (25,5%)	46,8
Maina et al. (2001)	64	22 (34,4%)	44,2
De Portugal et al. (2008)	370	152 (41,1%)	54,7
Grover et al. (2007)	88	39 (44,3%)	41,8
Hsiao et al. (1999)	86	44 (51,2%)	44,8
Marneros et al. (2012)	43	22 (51,2%)	50,6
Barbier et al. (1999)	53	33 (62,3%)	45,4
Winokur (1977)	29	20 (69%)	-
Maâlej et al. (2006)	66	53 (80,3%)	37,5
Total	850	398 (46,9%)	45,7

2.2.2. Niveau d'éducation et statut socioprofessionnel

Andreas Marneros et son équipe ont contribué, avec l'HADES-Study (The Halle Delusional Syndrome Study), à identifier des patients souffrant de trouble délirant et hospitalisés au Département de Psychiatrie de l'Université Martin Luther, à Halle Witterberg en Allemagne, entre 1994 et 2008. Dans leur population de 43 patients, les auteurs retrouvent un niveau d'éducation très faible pour 9,1% des patients, faible pour 36,4% d'entre eux, moyen pour 31,8% et élevé pour 22,7% (20). Maâlej et ses associés, en 2006, étudient une population de 66 patients souffrant de trouble délirant. Concernant le niveau scolaire, 40,9% des sujets ont un niveau primaire, 34,8% un niveau secondaire et 24,2% ont eu accès à des études universitaires. Concernant le statut professionnel, les auteurs retrouvent que 63,6% des patients n'ont pas de qualification professionnelle. Ils notent que 19,7% exercent une activité régulière, 45,5% ont une activité irrégulière et 34,8% sont inactifs. Le niveau socioéconomique apparaît bas pour 68,2% des patients (19). En 2007, Grover et ses collaborateurs identifient 88 patients parmi lesquels 47,7% travaillent comme employés (21). Winokur, en 1977, étudie une population de 29 patients souffrant de trouble délirant. Il constate que 76% d'entre eux ont une vie professionnelle satisfaisante (10). Dans l'étude de Barbier et ses associés portant sur 53 sujets souffrant de trouble délirant, parmi lesquels 33 sont des hommes, 42% ont une activité professionnelle (22).

2.2.3. Statut conjugal

Dans l'étude de Marneros et ses collaborateurs, 54,5% des sujets hommes sont mariés ou vivent en couple, alors que 27,3% sont célibataires, 4,5% séparés et 13,6% divorcés (20). Grover et ses associés retrouvent 70,4% de sujets mariés (21). En 2008, De Portugal et son équipe mènent une étude à Barcelone portant sur 370 sujets souffrant de trouble délirant. Ils mettent en évidence que 48,8% des sujets sont mariés ou vivent en couple, 27,6% sont célibataires, 15,6% sont séparés ou divorcés et 7,9% sont veufs (23). Pour Maina et ses associés, 43,8% des patients sont mariés, 42,2% vivent seul, 9,3% sont séparés et 4,7% sont veufs (24). Maàlej et ses collaborateurs retrouvent une proportion de 21,2% de sujets célibataires dans leur recherche (19). Dans l'étude de Barbier, un isolement affectif est fréquent, se traduisant par le fait que la moitié des hommes vivent seuls (22).

2.3. Évènements de vie et particularités personnelles

2.3.1. Évènements de vie

Selon Marneros et ses collaborateurs, les évènements de vie de type séparation ou décès parental précoce sont présents chez 31,8% des hommes avec trouble délirant (20). De Portugal et ses associés notent dans leur étude une proportion de sujets immigrés de 23,9% (23).

2.3.2. Particularités personnelles

Winokur s'est intéressé au profil des sujets souffrant de trouble délirant. Dans sa recherche, 45% des patients sont qualifiés « d'aigris », 21% de « hautains », 17% sont décrits comme étant difficiles et rigides, et 66% des sujets sont jaloux et suspicieux (10). Dans leur étude, De Portugal et ses collaborateurs ont mis en évidence que 37,3% de leurs sujets sont caractérisés par un comportement agressif et 30,8% par une irritabilité (23).

2.4. Données médicales

2.4.1. Antécédents psychiatriques personnels

Winokur identifie l'existence de menaces suicidaires chez 7% des patients et d'une tentative de suicide chez 14% (10). Marneros et ses associés retrouvent un chiffre similaire, puisque la proportion de sujets ayant des antécédents de tentative de suicide dans leur étude est de 17,6% (20).

2.4.2. Antécédents psychiatriques familiaux

Grover et ses collaborateurs constatent que 35,2% des patients présentent des antécédents familiaux psychiatriques. Dans 17% des cas il s'agit d'un trouble psychotique, dans 9,9% des cas un trouble lié à l'usage de substances, puis viennent les troubles de l'humeur (5,6%) et les troubles anxieux (3,4%) (21).

2.4.3. Symptomatologie psychotique

Les différentes thématiques des idées délirantes présentées par les sujets souffrant de trouble délirant durant leur hospitalisation sont présentées dans le tableau 4. Concernant les mécanismes délirants, ils sont pour la majorité des cas de type interprétatif et intuitif. Hsiao et ses collaborateurs mettent en évidence des hallucinations chez seulement 11,6% des patients (25). Ce chiffre est en accord avec celui retrouvé par De Portugal et ses associés, qui identifient 16% de patients ayant des hallucinations (23).

Tableau 4 : Thématique des idées délirantes de patients souffrant de trouble délirant

	Winokur (1977)	Yamada et al. (1998)	Hsiao et al. (1999)	Maina et al. (2001)	Maâlej et al. (2006)	Grover et al. (2007)	Portugal et al. (2008)	Marneros et al. (2012)
Idées délirantes								
Persécution	83%	51%	70,9%	60%	47%	54,5%	47%	63,6%
Jalousie	48%	13,7%	8,1%	28,6%	21,2%	28,4%	9%	4,5%
Érotomanie	-	2%	1,2%	-	7,6%	-	-	9,1%
Somatiques	10%	27,5%	2,3%	23%	-	30,7%	-	22,7%
Mégalomanie	7%	-	1,2%	-	7,6%	-	-	-
Mixtes	-	-	14%	81,9%	-	-	11%	-
Non spécifiées	-	5,9%	2,1%	6,5%	16,7%	-	-	-

2.4.4. Comorbidités

Grover et ses collaborateurs constatent que 64,8% des patients étudiés présentent une comorbidité. Une symptomatologie dépressive est mise en évidence chez 53,5% des sujets et 3,4% ont un trouble lié à l'usage d'alcool (21). Des chiffres similaires sont retrouvés par Marneros et ses associés, avec 54,5% de patients souffrant de symptômes dépressifs et 5,9% ayant un trouble lié à l'usage de l'alcool (20). Hsiao identifie 43% de patients ayant une symptomatologie dépressive (25)

et de Portugal retrouve un chiffre de 23% (23). Dans l'étude de Winokur, une symptomatologie dépressive est décrite chez 45% des patients et une consommation importante d'alcool chez 3% (10). Barbier et ses associés mettent en évidence que 30% des sujets ont un trouble lié à l'usage de l'alcool, et que 17% auraient présenté une dépression antérieure à l'hospitalisation (22).

Selon de Portugal et son équipe, 42% des patients ont un trouble de la personnalité de type paranoïaque (23). Maâlej et ses associés retrouvent dans leur étude une personnalité paranoïaque prémorbide chez 90,9% des patients (19).

D'après Maina et ses collègues, 31,3% des sujets de leur étude ont une comorbidité de l'axe I au moment où ils sont hospitalisés. Pour 14,1% des patients, il s'agit d'une symptomatologie dépressive. Sur la vie entière, la proportion de comorbidité passe à 71,9%. La moitié des patients auraient déjà présenté un épisode thymique, dont 35,9% une symptomatologie dépressive majeure, 17,2% des troubles anxieux et 4,7% un trouble lié à l'usage de substances (24).

2.5. Données comparatives entre trouble délirant et schizophrénie

Quelques études comparatives entre patients souffrant de schizophrénie et trouble délirant ont été réalisées ces dernières années (27, 28, 29, 30), afin de mieux répondre aux interrogations concernant les relations entre ces deux pathologies. La méthodologie relative à ces études est présentée dans le tableau 5.

Tableau 5 : Études comparatives entre patients souffrant de trouble délirant et de schizophrénie

Auteurs	Marneros et al.	Hui et al.	Munoz Negro et al.	Peralta et al.
Année	2012	2015	2015	2016
Pays	Allemagne	Hong Kong	Espagne	Espagne
Lieu de recrutement	Département de psychiatrie, Université de Halle-Wittenberg	Département de psychiatrie, Université de Hong Kong	Services publics de Santé Mentale d'Andalousie et de Catalogne	Complexe Hospitalier de Navarre
Période de recrutement	1994-2008 1993-1997	2009-2011	Non précisé	1988-1996
Outil diagnostique	DSM-IV, CIM-10	DSM-IV	DSM-IV	DSM-IV
Échantillon (N)	S : 42 TD: 43	S : 157 TD: 72	S : 373 TD: 137	S : 358 TD: 146

CIM : Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes ; DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; S : schizophrénie ; TD : trouble délirant

Dans le cadre de l'HADES-Study, Marneros et ses collaborateurs réalisent en 2012 une étude incluant 43 patients répondant aux critères de la CIM-10 et du DSM-IV pour un trouble délirant et 42 patients souffrant de schizophrénie. Les auteurs retrouvent un âge significativement plus élevé chez

les patients avec trouble délirant, que ce soit au moment du diagnostic (46,9 vs 35,3 ans) ou au moment de l'hospitalisation (51,8 vs 41,1 ans) en comparaison avec les sujets souffrant de schizophrénie (27). Une symptomatologie délirante est présente chez l'ensemble des sujets avec trouble délirant et chez 97,6% des patients avec schizophrénie. Les hallucinations sont plus fréquentes chez les patients souffrant de schizophrénie (92,9% vs 18,6%), ainsi que l'anxiété (52,4% vs 16,3%). Des symptômes négatifs tels qu'une anesthésie affective, une alogie ou encore une apathie sont retrouvés exclusivement chez les patients souffrant de schizophrénie (27). Un total de 33 patients avec trouble délirant et 38 patients avec schizophrénie ont ensuite été suivis au cours de l'étude. Durant ce suivi, les patients atteints de schizophrénie ont présenté plus de ré hospitalisations que les patients avec trouble délirant (78,9% vs 39,4%). Ils ont également été plus souvent traités (89,5% vs 53,8%). Les patients avec trouble délirant avaient un meilleur statut social puisqu'ils étaient plus fréquemment employés (56,3% vs 15,6%), avaient moins accès à une préretraite du fait de leurs troubles mentaux (34,6% vs 68,4%) et conservaient également une meilleure autonomie dans leur vie quotidienne (88,5% vs 60,5%) (27).

En 2015, Hui et ses associés comparent les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de 72 patients avec trouble délirant et 157 patients avec schizophrénie. Ils retrouvent un âge plus tardif de début des troubles chez les patients souffrant de trouble délirant (39,6 vs 35,4 ans). Après appariement sur l'âge, les auteurs constatent des différences significatives concernant le statut marital des patients puisque les sujets avec trouble délirant sont plus fréquemment mariés (52,1% vs 25,4%). Ils sont également 1,5 fois moins hospitalisés que les patients avec schizophrénie (38% vs 56,3%) et présentent plus de comorbidités, notamment concernant les troubles thymiques (8,5% vs 1,4%) (28).

Munoz Negro et ses associés, dans leur étude de 2015, notent également un âge au moment de l'hospitalisation plus élevé chez les patients souffrant de trouble délirant (49,8 vs 35,9 ans). Ces derniers ont plus fréquemment arrêté leur scolarité au niveau primaire par rapport aux patients avec schizophrénie (34,4% vs 18,5%) (29).

En 2016, Peralta et son équipe étudient 358 patients atteints de schizophrénie et 146 patients présentant un trouble délirant. Parmi 52 variables étudiées, 40 diffèrent de manière significative entre les deux groupes diagnostiques (30). En comparaison avec les sujets souffrant de schizophrénie, les sujets avec trouble délirant ont un âge de début des troubles et d'admission plus tardifs, sont plus fréquemment mariés et ont une meilleure insertion sociale avant les troubles (30). Ils présentent également moins d'hospitalisations et ont plus souvent fait état d'un épisode dépressif au cours de leur vie. Les idées délirantes de jalousie et corporelles sont exclusivement retrouvées chez ces patients avec trouble délirant (30).

3. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ACTUALISÉES SUR LE RISQUE DE VIOLENCE DES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLE DÉLIRANT

3.1. Concept de dangerosité

Debuyst cité par Senon définit la dangerosité psychiatrique comme un « *risque de passage à l'acte principalement lié aux troubles de l'adaptation et du comportement symptomatiques d'une maladie psychiatrique* » (31). D'après Bénézech, il s'agit 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* » (32). L'interrogation sur l'association entre dangerosité et troubles psychiatriques est ancienne (33). Cette question est complexe et touche aux fondements même de la psychiatrie et de la prise en charge des malades mentaux. Les travaux des aliénistes au 19^{ème} siècle ont associé « l'aliénation mentale » à la notion de dangerosité. Même si certaines nuances ont pu être apportées durant le 20^{ème} siècle, la dangerosité des malades mentaux a constamment été rapportée dans les ouvrages fondateurs de la clinique psychiatrique (34). Ainsi pendant longtemps pathologie mentale et dangerosité ont été « pratiquement confondues » (33). Les études épidémiologiques menées à partir des années 90 ont permis une vision plus claire du lien entre troubles mentaux et dangerosité, dépassant les conceptions idéologiques et politiques (33). Ces études ont permis d'établir un lien significatif entre dangerosité et troubles mentaux mais, comme le souligne Senon, ces résultats sont à pondérer, aucune de ces études n'étant exempte de biais méthodologiques (34). De plus, ces études se sont principalement intéressées à la schizophrénie, les recherches évaluant le risque de violence chez les patients souffrant de trouble délirant s'avérant beaucoup plus rares, comme présentées ci-dessous.

3.2. Violence et trouble délirant

Tiihonen et ses collaborateurs, en Finlande, en 1997, publient une étude prospective du risque de comportement criminel associé à des troubles mentaux spécifiques dans une cohorte de naissance non sélectionnée (35). Cette étude, s'étendant de 1966 à 1992, comprend 12 058 sujets. Une infraction criminelle est définie comme violente (homicide, agression, vol avec violence, incendie, violences domestiques) ou comme une atteinte contre les biens (vol, fraude, tricherie). L'instrument diagnostique utilisé pour identifier l'existence d'un trouble mental est le DSM-III-R. Au total, neuf hommes souffrant de trouble délirant sont identifiés, parmi lesquels trois (soit 33,3%)

répondent aux critères d'infraction criminelle, un (11,1%) est enregistré pour au moins un crime violent et un (11,1%) pour au moins une infraction contre les biens (35).

En 2006, Maâlej et ses associés étudient 66 patients, dont 80,3% d'hommes, ayant un trouble délirant hospitalisés au Centre Hospitalier Universitaire de Sfax en Tunisie. En comparaison avec un groupe témoin randomisé de patients ayant un autre diagnostic, les auteurs retrouvent chez les sujets présentant un trouble délirant plus d'actes médico-légaux (42,4%), de demandes autres que des soins, d'insatisfaction du traitement initial (95,4%) et enfin une moindre observance (66,7%). Les actes contre les personnes représentent 85,7% des sujets hospitalisés (19).

Barbier et ses collaborateurs, en 1999, étudient les caractéristiques de patients ayant un trouble délirant admis au Centre Hospitalier de Clermont de l'Oise, entre 1994 et 1997. Ils décrivent une population de 53 sujets, comprenant 33 hommes et 20 femmes. L'âge de la première hospitalisation est en moyenne de 39,8 ans pour les hommes et 50,9 ans pour les femmes. Les auteurs mettent en évidence que quasiment la moitié des patients (45%) sont hospitalisés en Hospitalisation d'Office (HO). Le motif d'admission est en premier lieu des troubles du comportement pour 24% des sujets, un passage à l'acte pour 17% d'entre eux et des menaces pour 17% également (22). Trois patients (5,7%) se caractérisent à la première admission par un acte grave, à savoir un homicide et deux tentatives. Les auteurs notent que 21% des hommes et 5% des femmes ont un antécédent d'incarcération (22). Parmi les sept hommes ayant déjà été emprisonnés, trois ont bénéficié de l'article 64 du Code pénal (CP). Il est également retrouvé durant le séjour deux fugues et trois transferts en UMD dont deux pour menaces envers des médecins (22).

Kennedy et ses associés, dans une étude de 1992, s'intéressent à un échantillon de patients ayant un trouble délirant et admis dans une unité psychiatrique sécurisée régionale en Angleterre entre 1982 et 1990. Dans la population de 15 patients, 14 sont des hommes. L'âge moyen lors de l'infraction est de 34,9 ans. Les motifs d'admission sont des coups et blessures pour cinq patients, une tentative d'homicide pour quatre, un homicide pour trois, des menaces pour deux patients et une mise en danger d'autrui pour un patient (36). Les victimes sont à 53% l'épouse ou un proche, et à 47% une connaissance ou un inconnu. Tous les patients (100%) présentent un délire de persécution, 47% un délire de jalousie et 27% des idées délirantes de grandeur. Lors de l'infraction et le mois précédent, l'humeur était évaluée comme étant anormale, envahissante et persistante chez ces patients, caractérisée pour tous par un sentiment de peur et/ou de colère. La peur pouvait se traduire par des changements d'adresse, des déplacements, une claustration au domicile, un port d'arme et/ou une demande de protection de la police (36).

4. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ACTUALISÉES CONCERNANT HOMICIDE ET TROUBLES MENTAUX GRAVES

4.1. Homicide : concept et classification

Le terme homicide vient du latin homicida. Etymologiquement, il se compose de deux racines, homo (homme), et caedere (tuer) (37), et signifie littéralement l'action de tuer volontairement ou non un être humain (38). Dans la majorité des sociétés, quelle qu'en soit la raison, l'acte d'homicide est considéré comme l'un des crimes les plus graves pouvant être commis. En droit pénal français (39), on distingue différents degrés dans l'intention de tuer et on différencie également le meurtre ou homicide volontaire (article L. 221-1 du Code pénal (CP)) de l'assassinat (article L. 221-3 CP), qui correspond à un meurtre avec préméditation. Ils sont respectivement punis de 30 ans de réclusion criminelle et de réclusion criminelle à perpétuité. Certaines qualifications telles que l'infanticide ou le parricide ont disparu dans le nouveau Code pénal, d'autres ont été maintenues comme l'empoisonnement (article L. 221-5 CP), à savoir 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 est le fait de causer, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article L. 121-3 du CP, 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. Par sa définition, le meurtre suppose la réalisation d'un élément matériel (meurtre : acte positif ayant entraîné la mort) et intentionnel (volonté, faits justificatifs, preuve de l'intention) (40).

Il existe de nombreuses classifications de l'homicide dans la littérature criminologique et psychiatrique. Bénézech, en 1996, dans « *Classification des homicides volontaires et psychiatrie* », rapporte les taxonomies basées sur l'observation criminologique des comportements meurtriers, de leur organisation, de leurs motivations et de leurs relations éventuelles avec divers troubles mentaux (41).

4.1.1 Classification selon l'état mental du meurtrier

Dès 1864, Legrand du Saulle classe les auteurs d'homicide en fonction de la nomenclature aliéniste de son époque : folie, délire partiel, érotisme, hystérie, épilepsie, ivrognerie, passion.

En 1973, Morrison répertorie onze types de meurtriers répartis en quatre groupes selon leur comportement criminel (42). Le premier groupe correspond aux « Meurtriers malades mentaux » et intègre les meurtriers psychotiques (souffrant de paranoïa, schizophrénie, psychose maniaco-dépressive), les meurtriers psychopathes (dont le meurtre est gratuit ou associé à un autre crime) et

enfin les agresseurs sexuels violents dont l’homicide résulte d’un comportement violent sous-tendu par des fantasmes sexuels (42).

Leyrie, en 1977, distingue quatre groupes d’auteurs d’homicide. Il identifie les malades mentaux meurtriers (souffrant de trouble psychotique, de trouble de l’humeur, d’épilepsie ou de dépendance à l’alcool), les meurtriers à dimension pathologique sans irresponsabilité manifeste, les meurtriers passionnels et les meurtriers normaux (41).

Bénézech, en 1992, a dégagé schématiquement deux catégories de meurtriers selon le degré d’élaboration du comportement homicide : le criminel psychopathe et le criminel psychotique, en rappelant bien que des intermédiaires existent entre ces deux catégories extrêmes et que la plupart des scènes criminelles « *se situent dans le continuum entre l’organisation et la désorganisation* ».

En 1996, il complétera cette classification et catégorisera les homicides « pathologiques » en huit groupes d’homicides (41), comme présentés dans le tableau 6.

Tableau 6 : Classification des homicides pathologiques selon Bénézech (1996)

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

4.1.2 Classification selon la victime

4.1.2.1 Selon le nombre de victime

En 1993, Ressler classe les homicides par style et par type selon le nombre de victimes, d’évènements et de lieux de crime et selon l’existence d’une période d’accalmie entre les meurtres (41). Le tableau 7 résume cette classification.

Tableau 7 : Classification des homicides selon Ressler (1993)

Homicide	Unique	Double	Triple	De masse	De bordée	En série
Nombre de victimes	1	2	3	≥4	≥2	≥3
Nombre d'évènements	1	1	1	1	1	≥3
Nombre de lieux	1	1	1	1	≥2	≥3
Intervalle libre	-	-	-	-	Non	Oui

4.1.2.2 Selon la relation agresseur/victime

Gillies, en 1976, s'intéresse aux victimes d'homicide (43). Dans sa classification, deux catégories indiquent la nature de la victime (meurtre d'enfant), et la nature de la relation à la victime (matricide, parricide, fratricide et uxoricide).

En 1992, dans une classification sur l'homicide-suicide, Marzuk et ses collaborateurs (44) prennent eux aussi en compte les relations entre le meurtrier et sa victime, comme indiqué dans le tableau 8.

Tableau 8 : Classification des homicides selon la relation meurtrier/victime

Relation meurtrier/victime	Victimes
Maritale/amoureuse	Epoux, relation amoureuse
Familiale	Mère, père, enfant (<16 ans), autre membre adulte
Extrafamiliale	Amis, voisins, inconnus

Cormier, en 1971, distingue les meurtres spécifiques (famille), semi-spécifiques (amis et relations) et non spécifiques (inconnus).

Bénézech classe les victimes en différents types (41) comme le montre le tableau 9.

Tableau 9 : Classification des victimes selon la relation meurtrier/victime

Victime spécifique		Victime aléatoire	
<i>Connue</i>	<i>Sélectionnée</i>	<i>D'opportunité</i>	<i>Accidentelle</i>
Antérieurement connue de son meurtrier (parent, voisin, proche, ami, relation personnelle ou professionnelle)	Inconnue mais choisie et ciblée après surveillance ou recherche	Inconnue et rencontrée par hasard mais ciblée sur le lieu du crime	Inconnue et purement situationnelle (passant, badaud ou témoin)

4.1.3 Classification selon les motivations

Pinatel, en 1960, établit une classification des meurtres selon le mobile du crime. Il distingue quatre grands types de crime : primitif, utilitaire (pour se libérer d'une situation spécifique), pseudo-justicier (sans motivation économique évidente) et organisé (45).

En 1964, Merland aborde l'homicide sur le plan motivationnel et le classe en sept groupes : les crimes utilitaires (pour des motifs d'intérêt, au cours de vols ou d'agressions), les crimes lors de disputes ou de rixes, les crimes passionnels, les crimes par saturation, les meurtres par esprit de clan ou de famille, les crimes politiques, et les homicides pathologiques (45).

Son élève, Fiorentini, réalise en 1979 une étude dans laquelle il reprend cette classification en la complétant et identifie ainsi (46) :

- Les meurtres lors de bagarres, rixes ou disputes (22 %) quels que soient la cause et le lien entre les protagonistes,
- Les homicides par mécanisme pathologique (11,5 %) relevant de l'irresponsabilité pénale,
- Les 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...,
- Les meurtres associés au vol (9,5 %), soit intentionnels, soit « accidents de parcours » du voleur,
- Les homicides politiques (8 %) motivés par un idéal en période de crise politique le plus souvent,
- Les meurtres à comportement passionnel (6 %) animés d'un désir de représailles (haine, vengeance),
- Les meurtres objectivement vides de motivation, sans mécanismes pathologiques (6 %),
- Les rixes d'ivrognes (6 %),
- Les règlements de compte (5 %) des criminels professionnels,
- Les questions d'intérêt (4,5 %),
- Les crimes de révolte, de défoulement ou de saturation (2,4 %) surtout retrouvés lors d'homicides commis par des femmes,
- Autres (cas de légitime défense, homicides à contenu sexuel) (1,5 %).

En 1993, Cusson et ses collaborateurs établissent les motivations d'homicide les plus fréquentes (47). Ils retrouvent ainsi les homicides associés à un autre délit (30%, homicides commis durant l'accomplissement d'un autre délit), les homicides familiaux et passionnels (25%, impliquant des individus ayant un lien familial, amoureux ou matrimonial), les homicides querelleurs et

vindictifs (25%, homicides entre individus au cours d'une bagarre ou par vengeance) et les règlements de compte (20%, homicides résultant d'un conflit engendré par des activités criminelles).

La classification du FBI est rapportée comme étant la classification par mobile la plus complète et la plus précise, comme le souligne Bénézech (48). Elle différencie les homicides par entreprise criminelle, le meurtre par motif personnel, l'homicide sexuel et l'homicide par motif de groupe.

La typologie de Reis est différente des précédentes et permet de classer l'homicide selon le type de violence en différenciant violence affective nommée « émotionnelle » et violence prédatrice nommée « instrumentale ». La violence émotionnelle est motivée, en premier lieu, par des émotions, comme la colère, la rage, la tristesse, la vengeance, la jalousie ou encore la peur. La violence instrumentale se justifie, elle, par une motivation rationnelle (éliminer un témoin gênant ou une personne qui s'opposait à une exigence). Elle a comme objectif principal, l'obtention d'un bénéfice (biens, autorité ou contact sexuel,...). Il faut cependant noter qu'il s'agit d'une approche subjective et bien qu'il existe souvent une dominante du type de violence, les motivations émotionnelles ou instrumentales peuvent être présentes simultanément.

4.1.4 Classification selon le niveau d'organisation

Merland, en 1964, distingue quatre types d'homicides pathologiques selon le comportement criminologique du meurtrier : les meurtres réflexes ou automatiques (inconscients, absurdes, irréfléchis), les crimes délirants (caractérisés par une idée délirante parasite biaisant le raisonnement du sujet), les crimes impulsifs (soudains, sauvages, avec parfois acharnement), et les meurtres commis en état d'ivresse (45).

En 1988, Ressler et ses associés, dans leurs travaux pour l'unité des sciences du comportement de l'Académie du FBI, ont élaboré deux profils de tueurs selon leur comportement organisé ou désorganisé.

Il faut également citer l'importance de la préméditation de l'acte. Mc Culloch et ses collaborateurs, en 1995, ont différencié les violences physiques répétitives potentiellement meurtrières en attaques préméditées et non préméditées (49).

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

4.2. Homicide et troubles mentaux

Depuis les années 1990, de multiples études internationales (50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63) ont cherché à déterminer la proportion d'individus souffrant de maladie mentale grave auteurs d'homicide. La majorité de ces études portant sur l'homicide chez les personnes souffrant de troubles mentaux s'intéresse essentiellement aux troubles psychotiques, et principalement à la schizophrénie. Les études les plus importantes depuis les années 1990 sont présentées dans le tableau 10.

Ces études retrouvent une faible prévalence de patients souffrant de schizophrénie chez les auteurs d'homicides mais une surreprésentation de la schizophrénie chez les meurtriers en comparaison avec la population générale, puisque cette pathologie est diagnostiquée chez 4,4 à 10% des auteurs d'homicides (53, 56, 57, 58, 59, 60, 63). Indépendamment de la prise d'alcool ou de drogues, qui surdéterminent le risque de violence homicide, la schizophrénie s'accompagne d'un risque d'homicide plus important que la population générale, de 6 à 16 fois selon les études (50, 51, 52, 54, 55, 62).

Un trouble de l'humeur est présent chez 1,4 à 11% des meurtriers suivant les études (50, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59).

Les troubles de la personnalité sont présents chez 7,1 à 35,7% des auteurs d'homicides (50, 53, 54, 56, 58, 61, 63) et le diagnostic de trouble lié à l'usage d'alcool et/ou de substances est porté chez 13 à 39,2% des auteurs d'homicides selon les études (50, 54, 56, 57, 58, 61, 63).

L'opinion publique en Europe et aux Etats-Unis a encore une vision « stigmatisante » de la pathologie mentale » (33, 34). Cette vision « stigmatisante » de la maladie mentale a été renforcée ces dernières années par des crimes fortement médiatisés commis par « des malades mentaux reconnus en tant que tels » ou par « des crimes tellement horribles que l'opinion publique ne pouvait que les assimiler au crime d'un malade mental » (34). Ainsi la forte médiatisation de la violence participe à l'entretien des peurs sociétales (tel le sentiment d'insécurité et la peur du crime) et à la stigmatisation des patients (64).

Tableau 10 : Études évaluant la proportion de troubles mentaux parmi les auteurs d'homicides

Auteurs	Eronen et al.	Eronen et al.	Wallace et al.	Shaw et al.	Erb et al.	Fazel et al.	Schanda et al.
Année	1996	1996	1998	1999	2001	2004	2004
Pays	Finlande	Finlande	Australie	Angleterre Pays de Galles	Allemagne	Suède	Autriche
Type d'étude	Prospective			Rétrospective			
Période	1984-1991	1980-1991	1993-1995	1996-1997	1992-1996	1988-2001	1975-1999
Définition de l'infraction	Meurtre, homicide involontaire				Homicide, tentative d'homicide		Meurtre, homicide involontaire
Outil diagnostic	DSM-III, DSM-III-R	DSM-III, DSM-III-R	CIM-9	Non précisé	DSM-III-R	CIM-9, DSM-IV, CIM-10	DSM-IV
Échantillon (N)	693	1423	168	718	290	2005	1087
Schizophrénie	6,2%	6,5%	7,2%	6%	10%	8,9%	5,3%
OR pour schizophrénie	x 8 (H) x 6,5 (F)	x 10 (x 17 si abus alcool)	x 10,1 (x 28,8 si abus toxiques)	-	x 16,6	-	x 8,8 (x 20 si abus alcool)
Trouble délirant	2,5%	-	1,3%	-	-	-	0,42%
Troubles de l'humeur	4,5%	-	2,6%	11%	-	2,5%	1,4%
Troubles de la personnalité	34,4% (H) 35,7% (F)	-	-	9%	14%	11,3%	-
Trouble lié à l'usage de substances	39,2% (H) 32,1% (F)	-	-	-	37,9% (alcool) 14,3% (toxiques)	19,7%	-

Tableau 10 : Études évaluant la proportion de troubles mentaux parmi les auteurs d'homicides
(suite)

Auteurs	Koh et al.	Meehan et al.	Richard Devantoy et al.	Large et al.	Golenkov et al.	Bennett et al.	Golenkov et al.
Année	2006	2006	2009	2009	2011	2011	2016
Pays	Singapour	Angleterre Pays de Galles	France	Australie	Russie	Australie	Russie
Type d'étude	Rétrospective			Méta analyse	Rétrospective		
Période	1997-2001	1996-1999	1975-2005		1999-2008	1997-2005	1981-2010
Définition de l'infraction	Meurtre, tentative d'homicide	Meurtre, homicide involontaire	Homicide volontaire		Meurtre, homicide involontaire		
Outil diagnostic	DSM-IV, CIM-10	CIM-10	DSM-IV		CIM-10	CIM-10	CIM-10
Échantillon (N)	110	1594	210	16 460	1185	435	3414
Schizophrénie	6,4%	5%	6,7%	6,5%	5,1%	8,7%	4,4%
OR pour schizophrénie	-	-	-	-	-	x 13	-
Trouble délirant	1,8%	-	3,8%	-	-	-	-
Troubles de l'humeur	9,1%	7%	7,1	-	-	-	-
Troubles de la personnalité	-	9%	-	-	22,1%	-	7,1%
Trouble lié à l'usage de substances	25,4%	13%	-	-	28,4% (alcool)	-	15,9 %

CIM : Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes ; DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; F : femmes ; H : hommes

4.3. Homicide et trouble délirant

4.3.1 Prévalence

En plus des études mentionnées au chapitre précédent, d'autres données plus anciennes relatives à la prévalence du trouble délirant parmi les auteurs d'homicides existent (65, 66, 67, 68), dont la méthodologie est présentée dans le tableau 11.

La prévalence du trouble délirant parmi l'ensemble des auteurs d'homicide paraît faible. Elle varie de 0,4 à 6% selon les études et les pays (46, 51, 55, 57, 66, 68, 71).

Schanda et ses collaborateurs, en 2004, ont mené une étude en Autriche sur des auteurs d'homicide ayant bénéficié d'une décision d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux majeurs, sur une période s'étendant de 1975 à 1999. Sur une population de 1087 sujets, dont 88,4%

d'hommes, la prévalence de patients souffrant de trouble délirant est de 0,42%, soit 4 sujets (55). Les auteurs retrouvent une probabilité augmentée de commettre un homicide pour les hommes (OR=5,98 [IC95% : 1,91-16,51]).

Dans les études évaluant l'odds ratio pour le risque d'homicide chez les hommes souffrant d'un trouble délirant, celui-ci apparaît multiplié par 1,3 à 6 par rapport à la population générale (71).

Tableau 11 : Études évaluant la proportion de trouble délirant parmi les auteurs d'homicides

Auteurs	Wong et al.	Fiorentini	Petursson et al.	Noreik et al.	Gillies	Gottlieb et al.
Année	1973	1979	1981	1993	1976	1987
Pays	Hong-Kong	France	Islande	Norvège	Grande-Bretagne	Danemark
Type d'étude	Rétrospective					
Période d'inclusion	1961-1971	1935-1977	1990-1979	1980-1989	1953-1974	1959-1983
Définition de l'infraction	Homicide	Assassinat, homicide volontaire, tentatives	Meurtre, homicide involontaire	Homicide, tentatives	Homicide	Homicide
Outil diagnostique	Non précisé		CIM-9	Non précisé	CIM-8	Non précisé
Échantillon total (N)	621	689	47	493	400	251
Trouble délirant (N), prévalence (%)	5 (0,8%)	41 (6%)	1 (2,1%)	12 (2,4%)	2 (0,5%)	4 (1,9%)

CIM : Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes

4.3.2 Données sociodémographiques

4.3.2.1 Âge

Bénézech et Addad, en 1982, étudient la population de tous les patients psychotiques auteurs d'homicide reconnus irresponsables pénalement et admis dans les quatre UMD françaises entre 1977 et 1981. Parmi 101 patients meurtriers hommes, ils dénombrent 20% de sujets souffrant de trouble délirant. L'âge moyen est de 48 ans lors des faits, plus élevé que pour l'ensemble des patients, dont la moyenne d'âge est de 35 ans (69).

En 2005, une recherche est réalisée par Barbera Pera et Daillet dans un établissement de défense sociale de Tournai. La population étudiée concerne 99 auteurs d'homicide ou de tentative d'homicide hospitalisés dans cet établissement entre 1998 et 2000. Il s'agit d'une population

exclusivement masculine, et cinq groupes diagnostiques ont pu être établis : sujets souffrant de schizophrénie (n=38), sujets souffrant de schizophrénie avec trouble de la personnalité du cluster B (n=11), trouble de la personnalité du cluster B sans psychose (n=26), groupe hétéroclite (n=14) et trouble délirant (n=12). Concernant les sujets appartenant au groupe trouble délirant, à savoir 12 hommes, il est retrouvé un âge significativement plus élevé lors des faits, de 47,06 ans \pm 18,02 ans (70).

Richard Devantoy et ses collaborateurs, en 2008, mènent une étude de dossiers d'expertise d'auteurs d'homicide dans la région d'Angers entre 1975 et 2005. Sur une population de 268 auteurs d'homicide, 9 sujets souffrent de trouble délirant (8 hommes et une femme), soit 3,35% de la population (71). L'âge moyen au moment des faits est de 50,1 ans (33 à 72 ans).

4.3.2.2 Statut conjugal et socioprofessionnel

Dans l'étude de Richard Devantoy, 66% des sujets sont mariés et 77% sont pères de famille. Au moment des faits, 54% d'entre eux sont sans emploi (71).

4.3.3 Données médicales

4.3.3.1 Antécédents psychiatriques et comorbidités

Dans leur étude, Barbera Pera et Daillet retrouvent une faible comorbidité avec les problèmes de substances, à savoir de 20% (70). Richard Devantoy note que l'abus ou la dépendance à l'alcool concerne 5 sujets de son étude, soit 55%. Il constate également que sa population de patients souffrant de trouble délirant et auteurs d'homicide ne présente pas d'antécédent psychiatrique ni judiciaire (71).

4.3.3.2 Symptomatologie au moment des faits

Toujours dans l'étude de Richard Devantoy, trois sujets présentent un délire d'interprétation, trois autres un délire de jalousie et les trois derniers un délire de revendication lors des faits. La persécution est retrouvée chez 77% des patients, la jalousie chez 40% puis vient le sentiment de préjudice. Les motivations comprennent une réaction de légitime défense, une angoisse persécutive (parfois associée à un état confuso onirique, le sujet se sentant menacé et en danger de mort), et enfin la jalousie et la vengeance (71).

4.3.4 Caractéristiques criminologiques de l'homicide

Richard Devantoy retrouve pour chaque homicide, un agresseur unique et un caractère strictement émotionnel de l'acte. Le lieu de l'homicide est le domicile de la victime (44%), plus rarement de l'agresseur (11%) ou bien l'extérieur (44%). Le moyen léthal est une arme à feu dans 56% des cas, des coups dans 33% des cas et une arme blanche dans 11% des cas. La consommation d'alcool lors des faits concerne 33% des auteurs d'homicide. Une tentative de suicide au décours des faits s'avère rare (22%). Des conduites de réparation sont notées dans 44% des cas (71). Barbera Pera et Daillet relèvent également un caractère exclusivement émotionnel de l'acte homicide commis par des sujets souffrant de trouble délirant, surtout motivé par la colère, la rage, la tristesse, la vengeance, la jalousie ou la peur et pas de violence instrumentale (70).

4.3.5 Données concernant les victimes

Dans la population des 21 auteurs d'homicides de Bénézech et Addad, les victimes sont un membre de la famille, un voisin ou une connaissance dans quinze cas. Il s'agit d'un inconnu ou autre dans six cas (69). Richard Devantoy retrouve des victimes plutôt connues ou accidentelles (71). Les victimes sont toutes dans l'entourage proche, en premier lieu des connaissances (deux voisins, deux amis, un amant de la femme), puis viennent les conjoints (3 femmes et un homme), et enfin les parents (un père et une mère).

4.3.6 Données comparatives entre patients souffrant de trouble délirant et de schizophrénie auteurs d'homicide

Dans une étude de 2004, Le Bihan et Bénézech se sont intéressés au degré d'organisation du crime de parricide pathologique. Cette étude descriptive porte sur 42 hommes auteurs de parricide et hospitalisés à l'Unité pour Malades Difficiles de Cadillac-sur-Garonne entre 1963 et 2003. Un diagnostic de trouble délirant persistant est retrouvé chez 14,3% des patients. Les auteurs ont comparé le mode opératoire des patients souffrant de schizophrénie (n=35) et de trouble délirant (n=6). Il n'y a pas de différences majeures dans le degré d'organisation générale de ces deux catégories diagnostiques de parricides, sinon que les sujets souffrant de schizophrénie semblent davantage capables de préméditer leur acte, de dissimuler l'homicide et de quitter les lieux sans se dénoncer. Il est à noter que l'âge moyen du passage à l'acte des sujets souffrant de paranoïa (46,8 ans) est significativement plus élevé que celui des sujets souffrant de schizophrénie (27 ans) (72).

PARTIE 2 : ÉTUDE PERSONNELLE

1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE ET OBJECTIFS

Le trouble délirant a une réputation classique de dangerosité, mais cette question fait l'objet de peu d'études, du fait de sa relative rareté, du fait que le terme « paranoïa » ne soit pas utilisé dans les classifications internationales actuelles, et du fait que le trouble délirant n'apparait pas de façon spécifique mais est le plus souvent couplé à la schizophrénie, notamment dans la littérature anglo-saxonne. Il n'existe donc que très peu d'études s'intéressant au profil clinique et criminologique d'auteurs d'homicide souffrant de trouble délirant, et peu voire pas d'études comparant les caractéristiques de sujets souffrant de schizophrénie et de trouble délirant auteurs d'homicide. L'hypothèse de travail est qu'il existe des différences dans le mode opératoire et les caractéristiques criminologiques de l'homicide entre les sujets souffrant de schizophrénie et de trouble délirant, auteurs d'homicide. Dans le cadre de ce travail, nous avons défini différents objectifs :

- Objectif principal : comparer les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques de patients hommes, auteurs d'homicide, souffrant de schizophrénie et de trouble délirant et hospitalisés en UMD,
- Objectif secondaire : comparer les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques des sujets présentant un trouble délirant, selon que la victime est intra ou extrafamiliale.

2. MATÉRIELS ET MÉTHODE

2.1. Schéma d'étude, population étudiée et site concerné

Ce travail de recherche consiste en une étude rétrospective, descriptive et comparative, portant sur l'ensemble des patients souffrant de trouble délirant et de schizophrénie, auteurs d'homicide et hospitalisés au sein de l'UMD de Cadillac-sur-Garonne entre le 1^{er} Janvier 1963 et le 1^{er} Novembre 2014.

L'UMD de Cadillac-sur-Garonne est une structure de soins, ouverte en 1963, faisant partie des quatre UMD les plus anciennes parmi les dix existantes actuellement sur le territoire français. Située à 40 km au sud de Bordeaux, elle peut prendre en charge 86 patients de sexe masculin, provenant de la France entière (Départements et Régions d'Outre-mer inclus) et hospitalisés sous le régime de soins sans consentement sur décision du Représentant de l'État (SDRE) ou sur décision judiciaire dans

les suites d'une irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. L'UMD de Cadillac-sur-Garonne se répartit sur cinq pavillons :

- Quatre unités de soins pouvant accueillir jusqu'à 19 patients chacune,
- Une unité plus spécialisée et plus contenante prenant en charge 10 patients présentant principalement des troubles du développement tels des troubles du spectre de l'autisme.

Une Unité de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP), accueillant une population mixte, est également présente dans l'enceinte permettant la prise en charge de patients présentant un état aigu de leur pathologie et nécessitant une prise en charge contenante et des soins rapprochés. Enfin, un pôle d'ergothérapie dynamique complète de façon créative la prise en charge des patients. Cet ensemble de structures fait désormais partie, depuis 2016, du pôle de Psychiatrie Médico-Légale (PPML) qui s'est complété la même année d'une Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée (UHSA), pouvant accueillir 40 patients détenus.

2.2. Sélection du groupe de patients souffrant de schizophrénie

L'échantillon de patients souffrant de schizophrénie est issu du travail de thèse du Docteur Jean-Baptiste Valiente-Moro, datant de 2015. Ce travail avait pour objectif de décrire les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques de patients hommes atteints de schizophrénie, auteurs d'un ou plusieurs homicides, hospitalisés à l'UMD de Cadillac-sur-Garonne. Ce travail de recherche consistait en une étude rétrospective, descriptive et comparative. Étaient inclus, tous les individus auteurs d'homicides et souffrant de schizophrénie (selon les critères du DSM-IV et/ou de la CIM-10), hospitalisés au sein de l'UMD de Cadillac-sur-Garonne entre le 1^{er} Janvier 2000 et le 1^{er} Novembre 2014. Étaient exclus de ce travail les patients présentant un trouble psychotique autre que la schizophrénie, ainsi que les auteurs de tentative d'homicide seulement. Le recueil des données a été effectué à partir des informations contenues dans les dossiers d'hospitalisation des patients présents et les archives. L'outil d'évaluation utilisé a été une fiche de recueil de données comprenant les caractéristiques sociodémographiques du patient, les évènements de vie, les données médicales ainsi que les caractéristiques criminologiques de l'homicide. Un total de 85 patients souffrant de schizophrénie a été inclus dans ce travail. Les données manquantes étant importantes pour cinq patients, nous avons exclus ces sujets et retenus dans notre travail un total de 80 patients.

2.3. Inclusion des patients souffrant de trouble délirant

Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion pour les patients souffrant de trouble délirant sont les suivants :

- Pathologie : trouble délirant (selon les critères du DSM-IV et/ou de la CIM-10),
- Homicide : un ou plusieurs homicides,
- Hospitalisation sur l'UMD de Cadillac-sur-Garonne,
- Période d'inclusion : de Janvier 1963 à Novembre 2014.

Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion pour les patients souffrant de trouble délirant sont les suivants :

- Auteurs de tentative d'homicide seulement,
- Sujets ayant commis un homicide pour lequel ils ont été responsabilisés, puis qui ont manifesté des troubles a posteriori, et dont l'homicide ne paraît donc pas en lien avec la pathologie présente lors de leur hospitalisation à l'UMD.

2.4. Recueil des données

2.4.1. Identification des cas

L'investigateur a eu accès au registre des patients hospitalisés depuis l'ouverture de l'UMD de Cadillac-sur-Garonne pour sélectionner les patients souffrant de trouble délirant. Ce registre, sous forme papier, renseigne les dates d'entrée et de sortie du patient, ainsi que son diagnostic. Les patients ayant un diagnostic de trouble délirant (selon les critères définis précédemment) ont donc dans un premier temps été répertoriés. Dans un second temps, un travail de recherche et de sélection des dossiers aux archives de l'UMD a été effectué par l'investigateur. Seuls les dossiers faisant état d'un passage à l'acte homicide ont été retenus. Les critères d'inclusion étaient ensuite confirmés ou infirmés lors de la lecture des dossiers. Le même travail avait été précédemment effectué pour les sujets souffrant de schizophrénie par le Docteur Jean-Baptiste Valiente-Moro, en 2015. Nous avons donc repris ses données. Le comité d'éthique de l'établissement a été informé de cette recherche et n'a pas émis d'avis défavorable à ce travail.

2.4.2. Évaluation

Le recueil des données relatives aux sujets avec trouble délirant a ensuite été effectué à partir des informations contenues dans les dossiers recueillis aux archives, ainsi que dans les dossiers d'hospitalisation des patients présents. 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, les coupures de presse, les observations médicales et infirmières ainsi que les éventuelles décisions d'irresponsabilité pénale ont été étudiés. Un travail similaire avait été réalisé par le Docteur Jean-Baptiste Valiente-Moro pour les sujets atteints de schizophrénie.

L'outil d'évaluation utilisé dans ce travail est une fiche de recueil de données établie à partir de l'étude de la littérature sur la dangerosité et les homicides commis par des individus souffrant de troubles mentaux, notamment les facteurs associés au risque de violence de ces patients. Cette fiche de recueil de données est organisée en plusieurs parties distinctes et est commune aux patients souffrant de trouble délirant et de schizophrénie, à l'exception des particularités comportementales personnelles et des données relatives au comportement préalable existant entre l'agresseur et la victime, spécifiques aux sujets souffrant de trouble délirant. Elle mentionne les caractéristiques sociodémographiques et les événements de vie, les données médicales ainsi que les caractéristiques criminologiques de l'homicide (voir annexes).

2.5. Méthode statistique

Les données relatives aux patients présentant un trouble délirant et une schizophrénie ont été saisies de manière strictement anonymisée dans un tableur EXCEL et analysées avec le logiciel STATA® 11. Du fait du caractère exploratoire de l'étude, les analyses descriptives ont été prioritaires. Concernant les analyses statistiques, les caractéristiques de l'homicide ont été comparées entre les deux groupes diagnostiques (trouble délirant et schizophrénie) par des analyses univariées (test de χ^2) avec le logiciel STATA® 11. Des regroupements de catégories ont été effectués pour les variables ayant plus de 3 niveaux : 1) lieu : domicile vs. autre ; 2) type d'arme : arme à feu vs. arme blanche vs. autre moyen létal ; 3) comportement immédiat : reste sur les lieux vs. quitte les lieux vs. tentative de suicide.

La première étape de notre étude consistait en une comparaison des caractéristiques cliniques et criminologiques de patients souffrant de trouble délirant et de schizophrénie. Dans un second temps, nous nous sommes intéressée plus spécifiquement aux patients avec trouble délirant, en effectuant une analyse descriptive détaillée afin de caractériser leur profil sociodémographique, clinique et criminologique, notamment en fonction de leur relation à la victime.

3. RÉSULTATS

3.1. Données comparatives entre trouble délirant et schizophrénie

3.1.1. Nombre de patients recrutés

Sur une durée totale de cinquante ans, cinquante-trois patients auteurs d’homicide et souffrant de trouble délirant lors des faits ont été retrouvés. Quatre patients ont été exclus car ayant décompensé une pathologie délirante bien après l’homicide, en prison, et ayant donc été hospitalisés à l’Unité pour Malades Difficiles plusieurs années après le passage à l’acte, pour lequel ils avaient été responsabilisés et dont le mobile n’apparaît pas en lien avec la pathologie retrouvée en hospitalisation. Pour trois patients, les dossiers médicaux ne contenaient pas suffisamment d’informations pour les inclure dans l’étude. Quarante six patients avec trouble délirant ont donc été inclus. Le Docteur Jean-Baptiste Valiente-Moro retrouvait dans sa thèse une population de 85 sujets auteurs d’homicide et souffrant de schizophrénie. Après avoir exclus cinq patients pour lesquels les dossiers médicaux ne comprenaient pas suffisamment d’informations, un total de 80 patients a été inclus.

3.1.2. Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques ainsi que les événements de vie et les données judiciaires sont présentées dans le tableau 12.

Tableau 12 : **Caractéristiques sociodémographiques/événements de vie et données judiciaires**

	Trouble déliquant N=46 (%)	Schizophrénie N=80 (%)
Caractéristiques sociodémographiques		
Niveau scolaire		
Pas de scolarité	4 (8,7)	0 (0)
Niveau primaire	19 (41,3)	16 (20,5)
Niveau secondaire	20 (43,5)	56 (71,8)
Etudes supérieures	3 (6,5)	6 (7,7)
Statut socioprofessionnel		
Sans emploi	14 (30,4)	31 (39,2)
Incapacité	6 (13)	28 (35,4)
Ouvrier	11 (23,9)	13 (16,5)
Profession intermédiaire	5 (10,9)	5 (6,3)
Artisan	3 (6,5)	0 (0)
Agriculteur	3 (6,5)	0 (0)
Retraite	4 (8,7)	0 (0)
Autre	0 (0)	2 (1,6)
Statut conjugal		
Célibataire	23 (50)	72 (91,1)
Marié/En couple	14 (30,4)	7 (8,9)
Séparé/Divorcé	6 (13)	0 (0)
Veuf	3 (6,5)	0 (0)
Parentalité		
Enfants	19 (41,3)	16 (20,3)
Domicile		
Personnel	26 (56,5)	29 (38,2)
Parental	12 (26,1)	25 (32,9)
Sans Domicile Fixe	4 (8,7)	17 (22,4)
Lieu de soins	3 (6,5)	5 (6,6)
Autre (foyer)	1 (2,2)	0 (0)
Evènements de vie		
Séparation parentale précoce	7 (15,2)	26 (34,7)
Décès parental précoce	9 (19,6)	7 (9,1)
Carences affectives	19 (41,3)	44 (58,7)
Violences intrafamiliales	5 (10,9)	34 (46,6)
Placement judiciaire ou social	3 (6,5)	16 (20,8)
Antécédents judiciaires		
Infraction sans acte de violence	12 (26,1)	38 (51,4)
Infraction avec acte de violence	16 (34,8)	51 (66,2)

3.1.3. Données médicales

Les données médicales sont affichées dans le tableau 13.

Au moment de l'homicide, les sujets souffrant de trouble délirant sont en moyenne âgés de 43,2 ans et les patients souffrant de schizophrénie de 30,3 ans. La consommation de toxiques concerne la moitié des sujets avec schizophrénie et 11% des sujets avec trouble délirant. Au moment du passage à l'acte, une grande majorité de patients présentent des idées délirantes de persécution, quelque soit le diagnostic retenu. Les idées délirantes de jalousie concernent un quart des patients atteints de trouble délirant et 6,3% des sujets avec schizophrénie. L'association de plusieurs thématiques délirantes concerne 45,7% des patients souffrant de trouble délirant et 41,3% des patients atteints de schizophrénie. Un mécanisme hallucinatoire est mis en évidence chez 67,1% des sujets avec schizophrénie et chez 17,4% des patients avec trouble délirant. Enfin, une participation thymique est retrouvée chez un quart des patients avec trouble délirant et 31,1% des sujets souffrant de schizophrénie.

Tableau 13 : Données médicales/psychiatriques

	Trouble délirant N=46 (%)	Schizophrénie N=80 (%)
Antécédents psychiatriques personnels		
Durée estimée de maladie (moyenne (mois), écart-type)	138,6 (19,6)	103,8 (12,4)
Hospitalisation	21 (45,7)	53 (66,3)
Tentative de Suicide	9 (19,6)	31 (43,7)
Traitement	24 (53,3)	53 (66,3)
Comorbidités		
Neurologiques		
Epilepsie	2 (4,4)	3 (4)
Traumatisme crânien	5 (10,9)	12 (15,8)
Psychiatriques		
Retard mental	3 (6,5)	3 (3,8)
Trouble des conduites	1 (2,2)	14 (18,4)
Trouble déficit de l'attention avec hyperactivité	0 (0)	2 (2,7)
Trouble de la personnalité dyssociale	2 (4,4)	36 (46,8)
Addictologiques		
Trouble lié à l'usage d'alcool	11 (23,9)	40 (53,3)
Trouble lié à l'usage de cannabis	2 (4,4)	41 (57,8)
Trouble lié à l'usage d'autres substances	4 (8,7)	19 (25,3)

Tableau 13 : Données médicales/psychiatriques (suite)

Éléments cliniques au moment des faits		
Age du patient (moyenne en années, écart-type)	43,2 (1,8)	30,3 (1,2)
Etat de santé du patient		
Traitement	3 (6,7)	14 (18,2)
Contact avec les soins psychiatriques dans le mois	4 (8,7)	17 (22,4)
Toxiques		
	5 (10,9)	37 (52,1)
Alcool	5 (10,9)	17 (23,9)
Cannabis	0 (0)	24 (33,8)
Autres toxiques (opiacés, benzodiazépines)	0 (0)	8 (11,3)
Idées délirantes		
Persécution	44 (95,7)	59 (75,6)
Jalousie	12 (26,1)	5 (6,3)
Mégalomaniaques	3 (6,5)	18 (22,5)
Mystiques	4 (8,7)	33 (41,3)
Thème≥2	21 (45,7)	33 (41,3)
Mécanismes délirants		
Hallucinations, automatisme mental	8 (17,4)	47 (67,1)
Trouble de l'humeur		
	11 (23,9)	23 (31,1)
Dépression	9 (19,6)	2 (2,7)
Manie	2 (4,4)	18 (24,3)
Mixité	0 (0)	3 (4,1)

3.1.4. Caractéristiques criminologiques de l'homicide

Les données relatives aux caractéristiques cliniques de l'homicide sont présentes dans le tableau 14.

3.1.4.1. Type d'homicide, nature et type de victime

Le type d'homicide ($\chi^2=0,4$, degré de liberté (ddl)=1, $p=0,52$), le sexe de la victime ($\chi^2=3,5$, ddl=2, $p=0,17$) ou encore le type de victime (intra ou extrafamiliale) ne diffèrent pas de manière significative entre trouble délirant et schizophrénie.

3.1.4.2. Lieu de l'homicide

Le lieu du passage à l'acte, qu'il soit privé ou autre, ne diffère pas selon les deux pathologies ($\chi^2=0,5$, ddl=1, $p=0,47$).

3.1.4.3. Moyen létal

Les patients souffrant de schizophrénie utilisent plus fréquemment une arme blanche ou d'autres moyens létaux (violences physiques, objet contondant) et les patients présentant un trouble délirant les armes à feu ($\chi^2=36,9$, $ddl=2$, $p=0,0001$). Une association de différents moyens létaux est plus fréquente chez les patients avec trouble délirant ($\chi^2=5,4$, $ddl=1$, $p=0,02$). L'acharnement sur la victime est plus fréquemment rapporté chez les sujets avec schizophrénie ($\chi^2=3,8$, $ddl=1$, $p=0,05$).

3.1.4.4. Contexte de l'homicide

Les patients avec trouble délirant ont plus fréquemment recours à un achat ou un port d'arme en comparaison avec les sujets souffrant de schizophrénie ($\chi^2=9,9$, $ddl=1$, $p=0,002$). La préméditation n'est pas significativement associée au trouble délirant ($\chi^2=3,1$, $ddl=1$, $p=0,08$). L'existence d'un persécuteur désigné est en revanche plus fréquemment rapportée chez les patients avec trouble délirant ($\chi^2=36$, $ddl=1$, $p=0,0001$).

3.1.4.5. Comportement immédiat

Les patients souffrant de trouble délirant font davantage de tentative de suicide au décours immédiat du passage à l'acte ou bien restent sur le lieu du crime, alors que les sujets souffrant de schizophrénie quittent plus fréquemment le lieu de l'homicide ($\chi^2=8$, $ddl=2$, $p=0,018$).

3.1.4.6. Typologie de la violence

Quelle que soit la pathologie présentée par les patients, il n'existe pas de différence statistiquement significative concernant la typologie de la violence puisqu'une violence émotionnelle est mise en évidence chez une grande majorité de patients ($\chi^2=0,3$, $ddl=1$, $p=0,59$). Une violence instrumentale est repérée chez quatre patients sur l'ensemble de l'échantillon.

3.1.4.7. Conséquences pénales

Les conséquences pénales des deux groupes de patients sont comparables ($\chi^2=2,3$, $ddl=2$, $p=0,31$). L'irresponsabilisation pénale concerne une grande majorité des patients. On note que 15% des patients avec schizophrénie et 6,5% des patients avec trouble délirant ont été responsabilisés.

Tableau 14 : Caractéristiques criminologiques de l'homicide

	Trouble déliquant N=46 (%)	Schizophrénie N=80 (%)
Caractéristiques criminologiques de l'homicide		
Type d'homicide		
Simple	39 (84,8)	71 (88,8)
Double	5 (10,9)	8 (10)
Triple	1 (2,2)	1 (1,3)
Quadruple	1 (2,2)	0 (0)
Nature de la victime		
Homme	28 (61)	49 (62)
Femme	20 (43,5)	36 (45,6)
Enfant	2 (4,4)	0 (0)
Type de victime		
Intrafamiliale	21 (45,7)	36 (45)
Extrafamiliale connue	16 (34,8)	26 (32,5)
Extrafamiliale inconnue	9 (19,6)	18 (22,5)
Lieu		
Privé	25 (54,4)	47 (61)
Voie publique	10 (21,7)	26 (33,8)
Hôpital	3 (6,5)	4 (5,2)
Autre	8 (17,4)	0 (0)
Moyen léthal		
Arme à feu	27 (58,7)	6 (8,1)
Arme blanche	14 (30,4)	43 (58,1)
Objet contondant	2 (4,4)	9 (12,2)
Strangulation	2 (4,4)	3 (4,1)
Violences	0 (0)	9 (12,2)
Autre (noyade, précipitation)	1 (2,2)	4 (5,4)
Moyen léthal multiple	5 (10,9)	1 (1,4)
Acharnement sur victime	18 (39,1)	42 (57,5)
Contexte		
Achat/port d'arme	31 (67,4)	28 (37,8)
Préméditation	20 (43,5)	21 (28)
Persécuteur désigné	37 (80,4)	18 (24,3)
Comportement immédiat		
Reste sur les lieux	23 (50)	30 (39,5)
Quitte les lieux, fuite	16 (34,8)	43 (56,6)
Tentative de Suicide au décours immédiat	7 (15,2)	3 (3,9)
Typologie violence		
Emotionnelle	44 (95,7)	76 (97,4)
Instrumentale	2 (4,4)	2 (2,6)
Conséquences pénales		
Irresponsabilisation	42 (91,3)	65 (81,3)
Responsabilité atténuée	1 (2,2)	3 (3,8)
Responsabilisation	3 (6,5)	12 (15)

3.2. Données spécifiques au trouble délirant en fonction de la relation à la victime

3.2.1. Nombre de patients recrutés

Sur les 46 patients souffrant de trouble délirant qui ont été inclus, 21 ont commis un homicide sur une victime intrafamiliale (IF) et 25 sur une victime extrafamiliale (EF), dont 16 sur une victime extrafamiliale connue et 9 sur une victime extrafamiliale inconnue.

3.2.2. Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques des patients souffrant de trouble délirant selon le type de relation à la victime sont présentées dans le tableau 15.

3.2.2.1. Statut conjugal et socioprofessionnel

La moitié des patients sont célibataires, 30,4% sont mariés ou vivent en couple et 41,3% sont pères de famille. Au moment des faits, 30,4% sont sans emploi et 13% en incapacité.

3.2.2.2. Domicile

Plus de la moitié des sujets ont leur propre domicile. Les patients à victime intrafamiliale ayant un domicile personnel correspondent aux patients ayant commis un uxoricide ou un infanticide, et les patients vivant au domicile parental correspondent aux patients ayant commis un parricide ou un fratricide.

3.2.2.3. Evènements de vie

Des antécédents de violences intrafamiliales ou de violences physiques subies concernent 23,8% et 28,6% des patients ayant commis un homicide intrafamilial, dont la majorité sont auteurs d'un parricide. Aucun patient dont la victime est extrafamiliale n'a rapporté de violence intrafamiliale et un patient rapporte avoir subi des violences physiques.

3.2.2.4. Particularités comportementales personnelles

Dans les deux groupes, plus de la moitié des patients ont des particularités comportementales telles qu'une tendance procédurière, une tendance aux conflits et un caractère colérique. Un port d'arme est rencontré chez 63% des patients.

Tableau 15 : **Caractéristiques sociodémographiques/données personnelles de sujets présentant un trouble délirant**

	Victime intrafamiliale N=21 (%)	Victime extrafamiliale N=25 (%)
Caractéristiques sociodémographiques		
Niveau scolaire		
Pas de scolarité	1 (4,8)	3 (12)
Niveau primaire	10 (47,6)	9 (36)
Niveau secondaire	9 (42,9)	11 (44)
Etudes supérieures	1 (4,8)	2 (8)
Statut socioprofessionnel		
Sans emploi	6 (28,6)	8 (32)
Incapacité	1 (4,8)	5 (20)
Ouvrier	7 (33,3)	4 (16)
Profession intermédiaire	2 (9,5)	3 (12)
Artisan	1 (4,8)	2 (8)
Agriculteur	2 (9,5)	1 (4)
Retraite	2 (9,5)	2 (8)
Statut conjugal		
Célibataire	8 (38,1)	15 (60)
Marié	4 (19,1)	1 (4)
En couple	1 (4,8)	3 (12)
Séparé	1 (4,8)	1 (4)
Divorcé	2 (9,5)	1 (4)
Veuf	5 (23,8)	4 (16)
Durée de vie en couple (moyenne en mois, écart-type)	135,1 (36,5)	77,8 (25,3)
Parentalité		
Enfants	11 (52,4)	8 (32)
Domicile		
Personnel	11 (52,4)	15 (60)
Parental	8 (38,1)	4 (16)
Sans Domicile Fixe	1 (4,8)	3 (12)
Lieu de soins	1 (4,8)	2 (8)
Autre (foyer)	0 (0)	1 (4)
Evènements de vie		
Séparation parentale précoce	2 (9,5)	5 (20)
Décès parental précoce	3 (14,3)	6 (24)
Carences affectives	10 (47,6)	9 (36)
Violences intrafamiliales	5 (23,8)	0 (0)
Violences physiques subies	6 (28,6)	1 (4)
Violences sexuelles subies	0 (0)	1 (4)
Placement judiciaire ou social	1 (4,8)	2 (8)
Absence de figure paternelle	7 (33,3)	7 (28)

Tableau 15 : **Caractéristiques sociodémographiques/données personnelles de sujets présentant un trouble délirant (suite)**

Antécédents judiciaires		
Infraction sans acte de violence	5 (23,8)	7 (28)
Infraction avec acte de violence	8 (38,1)	8 (32)
Condamnations	8 (38,1)	9 (36)
Particularités comportementales personnelles		
Procédurier	12 (57,1)	14 (56)
Tendance aux conflits	11 (52,4)	13 (52)
Déménagements itératifs	4 (19,1)	3 (12)
Harcèlement	1 (4,8)	4 (16)
Caractère colérique	12 (57,1)	10 (40)
Conduites à risque	3 (14,3)	4 (16)
Port d'arme	10 (47,6)	19 (76)

3.2.3. Données médicales

Les données médicales et psychiatriques sont présentées dans le tableau 16.

3.2.3.1. Antécédents psychiatriques personnels

Environ la moitié des patients souffrant de trouble délirant ont des antécédents de consultation ou d'hospitalisation et ont déjà reçu un traitement psychiatrique. Les quatre patients à victime intrafamiliale ayant un antécédent d'hospitalisation d'office ou en SPDRE correspondent à quatre patients ayant commis un parricide.

3.2.3.2. Comorbidités

Concernant les comorbidités, les plus fréquentes sont le trouble de personnalité de type paranoïaque, présent chez 67,4% des sujets, et le trouble lié à l'usage d'alcool, retrouvé chez 23,9%.

3.2.3.3. Éléments cliniques au moment des faits

Au moment des faits, 10,9% des patients étaient sous l'emprise de toxique (alcool). Un sentiment de colère était présent chez 69,6% des sujets et une peur intense chez 39,1% d'entre eux. Il est retrouvé que 95,7% des patients présentent des idées délirantes de persécution, un quart des idées délirantes de jalousie et 45,7% ont plusieurs idées délirantes associées. Le mécanisme délirant est principalement interprétatif, la moitié des patients présentent un mécanisme intuitif et moins

d'un quart des hallucinations. L'association de plusieurs mécanismes est fréquente, en particulier concernant l'interprétation et l'intuition.

Une humeur anormale est retrouvée chez 23,9% des patients au moment des faits. 24% des patients dont la victime est extrafamiliale et 14,3% des patients à victime intrafamiliale souffrent de symptômes dépressifs. Une humeur maniaque est retrouvée chez deux patients.

Tableau 16 : **Données médicales/psychiatriques des sujets présentant un trouble délirant**

	Victime intrafamiliale N=21 (%)	Victime extrafamiliale N=25 (%)
Antécédents psychiatriques personnels		
Durée estimée de la maladie (moyenne en mois, écart-type)	168,7 (32,8)	111,6 (21,6)
Hospitalisation	9 (42,9)	12 (48)
Hospitalisation en SPDRE	4 (19,1)	5 (20)
Hospitalisation en SPDT	2 (9,5)	2 (8)
Hospitalisation en UMD	0 (0)	1 (4)
Consultation	10 (47,6)	11 (44)
Tentative de Suicide	4 (19,1)	5 (20)
Traitement	11 (55)	13 (52)
Comorbidités		
Neurologiques		
Epilepsie	2 (9,5)	0 (0)
Traumatisme crânien	4 (19,1)	1 (4)
Psychiatriques		
Retard mental	1 (4,8)	2 (8)
Trouble des conduites	1 (4,8)	0 (0)
Trouble de la personnalité dyssociale	0 (0)	1 (4)
Trouble de la personnalité paranoïaque	13 (61,9)	18 (72)
Addictologiques		
Trouble lié à l'usage d'alcool	7 (33,3)	4 (16)
Trouble lié à l'usage de cannabis	1 (4,8)	1 (4)
Trouble lié à l'usage d'autres substances	0 (0)	4 (16)
Eléments cliniques avant les faits		
Alcoolisation/toxiques	5 (23,8)	4 (16)
Anxiété	10 (47,6)	11 (44)
Symptômes dépressifs	4 (19,1)	7 (28)
Eléments cliniques au moment des faits		
Age du patient (moyenne, écart-type)	43,3 (2,3)	43,2 (2,7)
Etat de santé du patient		
Traitement	1 (4,8)	2 (8)
Contact avec les soins psychiatriques dans le mois	2 (9,5)	2 (8)
Toxiques		
Alcool	3 (14,3)	2 (8)
Autres toxiques (cannabis, opiacés, benzodiazépines)	0 (0)	0 (0)
Emotions		
Angoisse, peur	8 (38,1)	10 (40)
Colère	15 (71,4)	17 (68)

Tableau 16 : **Données médicales/psychiatriques des sujets présentant un trouble délirant (suite)**

Idées délirantes		
Persécution	20 (95,2)	24 (96)
Jalousie	5 (23,8)	7 (28)
Erotomanie	1 (4,8)	3 (12)
Mégalomaniaques	1 (4,8)	2 (8)
Revendication	1 (4,8)	1 (4)
Mystiques	4 (19,1)	0 (0)
Hypochondriaques	1 (4,8)	1 (4)
Politique	0 (0)	1 (4)
Filiation	1 (4,8)	0 (0)
Thème >/= 2	10 (47,6)	11 (44)
Mécanismes délirants		
Interprétatif	20 (95,2)	25 (100)
Intuitif	11 (52,4)	12 (48)
Hallucinatoire, automatisme mental	4 (19,1)	4 (16)
Mécanismes >/= 2	11 (52,4)	11 (44)
Trouble de l'humeur		
Dépression	3 (14,3)	6 (24)
Manie	0 (0)	2 (8)
Mixité	0 (0)	0 (0)

SPDRE = Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État ; SPDT = Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers ; UMD = Unité pour Malades Difficiles

3.2.4. *Caractéristiques criminologiques de l'homicide*

Les caractéristiques criminologiques de l'homicide sont présentées dans le tableau 17.

3.2.4.1. Type d'homicide

La majorité des patients souffrant de trouble délirant a commis un homicide simple. Cinq patients ont commis un double homicide, exclusivement sur des victimes extrafamiliales (gendarmes, voisins, collègues). Un patient a commis un triple homicide, il s'agit d'un triple infanticide et un patient a commis un quadruple homicide, les victimes étant également intrafamiliales, à savoir un oncle, un cousin et deux tantes.

Sur les vingt et une victimes intrafamiliales, on dénombre neuf parricides (cinq patricides et quatre matricides), sept uxoricides, deux fratricides, un infanticide et deux homicides sur victimes intrafamiliales autres (oncles, tantes, cousin).

Les victimes extrafamiliales peuvent être séparées en deux catégories selon qu'elles soient connues ou non. On identifie ainsi seize victimes extrafamiliales connues et neuf victimes extrafamiliales inconnues. Concernant les victimes connues, il s'agit de deux patients, un résident de

foyer, deux voisins, deux amants supposés, deux rivaux, un patron, un prêtre, un médecin, un maire, un sans domicile fixe, un collègue et une jeune fille. Les victimes inconnues comprennent des gendarmes (représentant trois homicides, dont deux doubles), un voisin et cinq inconnus dont un enfant.

3.2.4.2. Intentionnalité avant l'acte

54,3% des patients n'avaient pas l'intention de commettre un homicide et 19,5% avaient envisagé un suicide, qu'il s'associe ou non à un acte homicide. Chez les patients ayant initialement envisagé un homicide suicide, les victimes sont les conjoints, les amants supposés ou des rivaux.

3.2.4.3. Données relatives aux victimes

Concernant les homicides intrafamiliaux, 85,7% des patients entretenaient une relation conflictuelle avec la future victime. Des signes d'alerte telles des menaces, violences et agressions à leur rencontre étaient retrouvées dans 61,9% des cas. Concernant le comportement de la victime, plus d'un quart pouvait faire preuve de provocations ou d'agressivité à l'égard du patient, 15% étaient dans la fuite ou l'évitement et 10% ont porté plainte.

Concernant les homicides extrafamiliaux, la plupart des auteurs n'entretenaient pas de relations avec leur future victime, 56% ne présentaient aucun comportement spécifique envers ces dernières et 16% avaient préalablement menacé ou espionné les victimes. De même, les victimes n'avaient pas de comportement précis vis-à-vis de leur futur agresseur.

3.2.4.4. Lieu de l'homicide

L'homicide a lieu dans un lieu privé dans 81% des cas d'homicides intrafamiliaux et dans 32% des cas d'homicides extrafamiliaux. Les homicides ayant eu lieu sur la voie publique concernent des victimes extrafamiliales inconnues.

3.2.4.5. Moyen léthal

Une arme à feu est utilisée par 68% des patients dont la victime est extrafamiliale et par 47,6% des patients à victime intrafamiliale. Une arme blanche ou d'autres moyens létaux, tels la strangulation ou l'objet contondant concernent 52,3% de patients ayant commis un homicide au sein de la famille et 32% de patients ayant commis un homicide extrafamilial. Un acharnement sur la

victime est retrouvé chez 61,9% des patients ayant commis un homicide intrafamilial et chez 20% pour les homicides extrafamiliaux.

3.2.4.6. Contexte de l'homicide

Un quart des patients avaient repéré le lieu de l'homicide avant de passer à l'acte. Moins de la moitié des homicides étaient prémédités. L'existence d'un persécuteur désigné concerne la majorité des patients, 90,5 % en intrafamilial et 72% en extrafamilial. Parmi ces patients, 65% passent effectivement à l'acte sur le persécuteur désigné alors que 35% des patients commettent un homicide sur une autre victime.

3.2.4.7. Comportement du patient

3.2.4.7.1. Comportement immédiat

La moitié des patients souffrant de trouble délirant reste sur les lieux du crime, 34,8% quittent les lieux et 15,2% font une tentative de suicide. Ils sont 8,7% à mettre en scène le crime et 10,9% à prévenir les secours.

3.2.4.7.2. Comportement à distance

La reconnaissance des faits concerne la grande majorité des patients, 72,1% revendiquent et justifient leurs actes, et 32,7% expriment un soulagement au décours du passage à l'acte.

Tableau 17 : **Caractéristiques criminologiques de l'homicide des sujets présentant un trouble délirant**

	Victime intrafamiliale N=21 (%)	Victime extrafamiliale N=25 (%)
Type d'homicide		
Simple	19 (90,5)	20 (80)
Double	0 (0)	5 (20)
Triple	1 (4,8)	0 (0)
Quadruple	1 (4,8)	0 (0)
Intentionnalité avant l'acte		
Aucune	11 (52,4)	14 (56)
Homicide simple	4 (19,1)	4 (16)
Homicide multiple	1 (4,8)	3 (12)
Homicide suicide	4 (19,1)	3 (12)
Suicide simple	1 (4,8)	1 (4)
Données relatives aux victimes		
Nature de la victime		
Homme	9 (42,9)	17 (68)
Femme	11 (52,4)	7 (28)
Enfant	1 (4,8)	1 (4)
Type de relation avec la victime		
Conflictuelle	18 (85,7)	7 (28)
Aucune	1 (4,8)	9 (36)
Autre	0 (0)	7 (28)
De qualité	2 (9,5)	2 (8)
Comportement préalable agresseur envers victime		
Aucun	4 (19,1)	14 (56)
Menaces, violences, agression	13 (61,9)	4 (16)
Plaintes	1 (4,8)	1 (4)
Dégradations de biens	0 (0)	1 (4)
Espionnage	2 (9,5)	4 (16)
Bon	0 (0)	1 (4)
Comportement préalable victime envers agresseur		
Aucun	9 (42,9)	20 (80)
Provocations	5 (23,8)	1 (4)
Plaintes	2 (9,5)	1 (4)
Fuite, évitement	3 (14,3)	1 (4)
Agressivité	1 (4,8)	1 (4)
Bon	0 (0)	1 (4)
Lieu		
Domicile agresseur	8 (38,1)	5 (20)
Domicile victime	9 (42,9)	3 (12)
Voie publique	2 (9,5)	9 (36)
Hôpital	0 (0)	3 (12)
Lieu de travail victime	0 (0)	1 (4)
Foyer	0 (0)	1 (4)
Autre	2 (9,5)	3 (12)

Tableau 17 : **Caractéristiques criminologiques de l'homicide des sujets présentant un trouble délirant (suite)**

Moyen létal		
Arme à feu	10 (47,6)	17 (68)
Arme blanche	7 (33,3)	7 (28)
Objet contondant	2 (9,5)	0 (0)
Strangulation	2 (9,5)	0 (0)
Autre (noyade, précipitation)	0 (0)	1 (4)
Moyen létal multiple	4 (19,1)	1 (4)
Acharnement sur victime	13 (61,9)	5 (20)
Contexte		
Repérage lieu/victime	5 (23,8)	7 (28)
Achat/port d'arme	11 (52,4)	20 (80)
Préméditation	10 (47,6)	10 (40)
Persécuteur désigné	19 (90,5)	18 (72)
Comportement du patient		
Comportement immédiat		
Reste sur les lieux	8 (38,1)	15 (60)
Mise en scène	4 (19,1)	0 (0)
Quitte les lieux, fuite	8 (38,1)	8 (32)
Prévient les secours	3 (14,3)	2 (8)
Prévient un tiers	2 (9,5)	1 (4)
Autre (dissimulation, dépeçage, brûlure du corps)	2 (9,5)	0 (0)
Tentative de Suicide	5 (23,8)	2 (8)
Comportement à distance		
Reconnaissance des faits	19 (90,5)	23 (92)
Négation des faits	1 (4,8)	1 (4)
Regrets	2 (9,5)	4 (16)
Revendication, justification	16 (76,2)	17 (68)
Culpabilité	2 (9,5)	1 (4)
Soulagement	7 (33,3)	8 (32)
Typologie violence		
Emotionnelle	20 (95,2)	25 (96)
Instrumentale	1 (4,8)	1 (4)
Conséquences pénales		
Irresponsabilisation	19 (90,5)	23 (92)
Responsabilité atténuée	0 (0)	1 (4)
Responsabilisation	2 (9,5)	1 (4)

PARTIE 3 : DISCUSSION

1. SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE PERSONNELLE

1.1. Principaux résultats

1.1.1. Description de l'échantillon

Les patients inclus entre le 1^{er} Janvier 1963 et le 1^{er} Novembre 2014 au sein de l'Unité pour Malades Difficiles de Cadillac-sur-Garonne sont exclusivement masculins, souffrent de trouble délirant et ont commis au moins un homicide. La moitié des patients sont célibataires, 30,4% sont mariés ou vivent en couple et 41,3% sont pères de famille. Plus de la moitié des sujets ont leur propre domicile. Au moment des faits, 30,4% sont sans emploi et 13% en incapacité. Un nombre conséquent de patients fait état d'antécédents judiciaires puisque les infractions sans acte de violence concernent 26,1% des sujets et les infractions avec acte de violence 34,8% d'entre eux. Avant le passage à l'acte homicide, 45,7% des patients ont déjà été hospitalisés en psychiatrie dont 19,6% en Hospitalisation d'Office (SPDRE actuel). Environ 20% ont des antécédents de tentative de suicide. La comorbidité la plus fréquemment retrouvée est le trouble lié à l'usage d'alcool, présent chez 23,9% des patients. Un trouble de la personnalité de type paranoïaque préexistant se rencontre chez 67,4% des patients. Un caractère procédurier est mis en évidence chez 56,5% des patients, une tendance aux conflits chez 52,2% et un caractère colérique chez 47,8%.

1.1.2. Éléments cliniques avant et au moment des faits

Avant les faits, une grande majorité des patients, à savoir 63%, ont en leur possession une arme. Une consommation d'alcool est objectivée chez 19,6% des patients. On note que 45,7% des sujets présentent un état d'anxiété et 23,9% souffrent de symptômes dépressifs. Très peu de patients (8,7%) ont eu un contact avec les soins psychiatriques dans le mois précédant l'acte homicide et seulement trois étaient sous traitement.

Au moment des faits, une consommation d'alcool est présente chez 10,9% des patients et une symptomatologie dépressive chez environ 20% d'entre eux. Une part importante de patients se caractérise par un état émotionnel douloureux puisqu'un sentiment de colère est présent chez 70% des sujets et un sentiment de peur chez 40%. La symptomatologie au moment des faits est principalement représentée par des idées délirantes de persécution, présentes chez 95,7% des patients, puis viennent les idées de jalousie (26,1%), érotomaniaques (8,7%) et mystiques (8,7%). La moitié des patients présentent au moins deux thématiques délirantes associées. Les mécanismes

sont principalement interprétatif et intuitif, les hallucinations n'étant retrouvées que chez 17,4% des patients.

1.1.3. *Caractéristiques criminologiques de l'homicide*

La majorité des patients (84,8%) commettent un homicide simple. Dans 54,3% des cas, les patients n'ont pas l'intention de commettre un homicide et une part non négligeable, à savoir 20%, envisage un homicide suicide ou un suicide simple. La préméditation concerne 43,5% des sujets. La notion d'un persécuteur désigné est présente chez 80,4% des patients. Parmi ces patients, 65% passent effectivement à l'acte sur le persécuteur désigné alors que 35% des patients commettent un homicide sur une autre victime. Plus de la moitié des homicides (54,4%) a lieu au sein d'un domicile privé, qu'il s'agisse du domicile de la victime ou de l'agresseur. On note que 58,7% des patients ont recours à une arme à feu comme moyen léthal principal. Un acharnement sur la victime est constaté chez 39,1% des sujets. Au décours du passage à l'acte, la moitié des patients restent sur les lieux du crime et 15,2% tentent de se suicider. À distance des faits, une grande majorité de patients, à savoir 91,3%, reconnaissent les faits, 72,1% revendiquent et justifient leur acte et 32,7% expriment un soulagement au terme de ce passage à l'acte. Seulement 12,8% expriment des regrets et 6,8% de la culpabilité. La violence est qualifiée d'émotionnelle dans 95,7% des cas. La plupart des patients sont irresponsabilisés à la suite de l'homicide, seulement un patient a une responsabilité atténuée et trois autres sont responsabilisés. Les victimes sont plus fréquemment de sexe masculin (61%) et intrafamiliales (45,7%). Des relations conflictuelles entre agresseur et victime sont souvent retrouvées.

1.1.4. *Profils spécifiques en fonction de la relation à la victime*

Les patients dont la victime est intrafamiliale sont plus fréquemment mariés (19,1% vs 4%), pères de famille (52,4% vs 32%), avec une durée de vie en couple supérieure aux patients dont les victimes sont extrafamiliales, en moyenne de six années. Ils vivent davantage au domicile parental (38,1% vs 16%) et font plus souvent état d'antécédents de violences intrafamiliales (23,8% vs 0%) ou de violences physiques subies (28,6% vs 4%). Concernant les données médicales, ces patients ont une durée de maladie plus longue et ont plus fréquemment une comorbidité de type trouble lié à l'usage de l'alcool (33,3% vs 16%). De plus, une symptomatologie délirante de type mystique est plus fréquemment rencontrée en comparaison aux sujets dont la victime est extrafamiliale. Si l'on s'intéresse aux caractéristiques criminologiques de l'homicide, le crime a le plus souvent lieu dans un endroit privé (81% vs 32%), les patients utilisant davantage comme moyens létaux des armes

blanches, des objets contondants ou la strangulation (52,3% vs 32%). Le recours à des moyens létaux multiples concerne essentiellement cette catégorie de patients (19,1% vs 4%), de même que la mise en scène du crime (19,1% vs 0%). Un acharnement sur la victime est également plus fréquent dans les cas d'homicides intrafamiliaux (61,9% vs 20%), de même que l'existence d'un persécuteur désigné (90,5% vs 72%) ou encore d'une tentative de suicide au décours de l'homicide (23,8% vs 8%). En ce qui concerne les victimes intrafamiliales, elles sont plus souvent féminines (52,4% vs 28%). Des relations conflictuelles avec ces victimes sont très fréquemment rencontrées (85,7% vs 28%), ce dont témoigne le comportement préalable des patients envers ces dernières, comportement à type de menaces, de violence ou encore d'agression (61,9% vs 16%).

Les patients dont la victime est extrafamiliale sont plus souvent célibataires (60% vs 38,1%), en incapacité (20% vs 4,8%) et sans domicile fixe (12% vs 4,8%). Ils ont également plus fréquemment recours à un port d'arme (76% vs 47,6%). Concernant les données médicales, ces patients ont davantage un trouble lié à l'usage d'autres substances (20% vs 4,8%), des symptômes dépressifs (24% vs 14,3%) et des idées délirantes érotomaniaques (12% vs 4,8%). Si l'on s'intéresse aux caractéristiques criminologiques de l'homicide, le crime a plus souvent lieu sur la voie publique (36% vs 9,5%) ou à d'autres endroits (lieu de travail, foyer, hôpital). Les patients ont plus fréquemment recours aux armes à feu (68% vs 47%) et ont tendance à rester sur les lieux du crime après l'homicide (60% vs 38%). En ce qui concerne les victimes extrafamiliales, il s'agit davantage d'hommes (68% vs 42,9%), et les patients n'ont en règle générale aucune relation ou aucun comportement préalable particulier envers leurs victimes. Rappelons que dans neuf cas, les victimes étaient inconnues ce qui explique ces chiffres.

1.1.5. Comparaison entre trouble délirant et schizophrénie

Les sujets souffrant de schizophrénie sont plus souvent célibataires (91,1% vs 50%), sans emploi (39,2% vs 30,4%) ou en incapacité (35,4% vs 13%) et sont moins fréquemment pères de famille (20,3% vs 41,3%) en comparaison avec les patients souffrant de trouble délirant. Ces derniers vivent plus fréquemment dans leur propre domicile (56,5% vs 38,2%) alors que les sujets avec schizophrénie sont davantage Sans Domicile Fixe (22,4% vs 8,7%) ou vivent au domicile parental (33% vs 26,1%). Des événements de vie douloureux sont plus souvent retrouvés chez les sujets atteints de schizophrénie, qu'il s'agisse de violences intrafamiliales (46,6% vs 10,9%) ou de placement judiciaire ou social (20,8% vs 6,5%). Les antécédents judiciaires sont plus fréquemment rencontrés chez les patients avec schizophrénie (66,2% vs 34,8%). Concernant les données médicales, les patients souffrant de trouble délirant ont une durée estimée de maladie supérieure aux patients souffrant de schizophrénie, de trois ans en moyenne. Ils ont également moins d'antécédents d'hospitalisation

(45,7% vs 66,3%), de traitement et de tentative de suicide (19,6% vs 43,7%). Les comorbidités addictologiques, notamment le trouble lié à l'usage de cannabis (57,8% vs 4,4%) ou le trouble lié à l'usage d'alcool (53,3% vs 23,9%), le trouble des conduites dans l'enfance et le trouble de la personnalité dyssociale à l'âge adulte (46,8% vs 4,4%) sont plus fréquemment retrouvés chez les patients souffrant de schizophrénie. Avant les faits criminels, les patients atteints de trouble délirant sont moins souvent traités (6,7% vs 18,2%) et sont moins en contact avec les soins psychiatriques (8,7% vs 22,4%). Une consommation de toxiques est plus fréquemment retrouvée chez les patients avec schizophrénie. Au moment de l'homicide, les sujets souffrant de trouble délirant sont plus âgés que les patients souffrant de schizophrénie (43,2 contre 30,3 ans). La consommation de toxiques concerne la moitié des sujets avec schizophrénie et seulement 11% des sujets atteints de trouble délirant. Au moment du passage à l'acte, une grande majorité de patients présentent des idées délirantes de persécution, quelque soit le diagnostic retenu. Les idées délirantes de jalousie concernent davantage les patients avec trouble délirant et les idées délirantes mégalomaniaques ou mystiques sont plus fréquentes chez les sujets avec schizophrénie. L'association de plusieurs thématiques délirantes est relativement fréquente chez les deux catégories diagnostiques. Un mécanisme hallucinatoire est mis en évidence chez 67,1% des sujets avec schizophrénie contre 17,4% chez les patients avec trouble délirant. Enfin, une participation thymique est retrouvée chez un quart des patients avec trouble délirant et 31,1% des sujets souffrant de schizophrénie. Une humeur maniaque est notée chez 25% de ces derniers et une humeur dépressive chez 20% des patients avec trouble délirant.

1.1.6. Analyses comparatives

Les analyses comparatives concernant les caractéristiques criminologiques de l'homicide entre sujets souffrant de schizophrénie et de trouble délirant retrouvent des résultats statistiquement significatifs. Les patients souffrant de schizophrénie utilisent plus fréquemment les armes blanches ou d'autres moyens létaux (violences physiques, objet contondant) et les patients présentant un trouble délirant les armes à feu ($\chi^2=36,9$, degré de liberté (ddl)=2, $p=0,0001$). Les patients avec trouble délirant ont davantage recours à plusieurs moyens létaux ($\chi^2=5,4$, ddl=1, $p=0,02$). Ces derniers ont plus fréquemment recours à un achat ou un port d'arme en comparaison avec les sujets souffrant de schizophrénie ($\chi^2=9,9$, ddl=1, $p=0,002$). L'existence d'un persécuteur désigné est plus fréquente chez les patients avec trouble délirant ($\chi^2=36$, ddl=1, $p=0,0001$). La notion d'acharnement sur la victime est plus souvent retrouvée chez les patients souffrant de schizophrénie ($\chi^2=3,8$, ddl=1, $p=0,051$). Les patients souffrant de trouble délirant font plus de tentative de suicide au décours immédiat du passage à l'acte ou bien restent davantage sur le lieu du

crime, alors que les sujets souffrant de schizophrénie quittent plus fréquemment le lieu de l'homicide ($\chi^2=8$, ddl=2, $p=0,018$). En ce qui concerne le lieu de l'homicide, la typologie de la violence, les conséquences pénales ou encore la nature et le lien avec les victimes, les analyses n'ont pas montré de différences significatives entre sujets souffrant de schizophrénie et de trouble délirant. Enfin, donnée importante, la notion de préméditation n'est pas spécifique à un trouble en particulier ($\chi^2=3,1$, ddl=1, $p=0,08$). En effet, une préméditation est présente chez 43,5% des sujets avec trouble délirant et chez 28% des patients souffrant de schizophrénie.

1.2. Limites méthodologiques

Le protocole de recherche n'est pas exempt de biais, lesquels sont de trois ordres :

- Un biais de sélection, d'abord. En effet, notre étude a été menée uniquement au sein d'une Unité pour Malades Difficiles, celle de Cadillac. Elle ne prend donc pas en compte les sujets souffrant de trouble délirant ayant commis un homicide et hospitalisés dans une autre Unité pour Malades Difficiles, en service de psychiatrie générale ou encore détenues et n'ayant pas bénéficié d'une décision d'irresponsabilité pénale. Ces personnes détenues souffrant de trouble délirant mais ayant été responsabilisées semblent représenter une part non négligeable des auteurs d'homicide, comme le souligne dans son étude en 2006 Falissard qui retrouve, sur un échantillon de 799 hommes détenus en France, une prévalence du trouble délirant de 5,3%, soit une prévalence bien plus élevée qu'en population générale (73). Ainsi, la généralisation des résultats est limitée, avec une possible sélection d'une population ayant une symptomatologie plus sévère que l'ensemble des patients souffrant de trouble délirant ayant commis un homicide. Il faut noter également que les experts différaient selon les patients ainsi que les psychiatres traitants. Les diagnostics posés peuvent être parfois distincts selon les cliniciens. De même, la période d'inclusion des patients s'étale sur plus de cinquante ans, un biais de mesure dû à l'évolution de la nosographie psychiatrique peut être envisagé. À noter également qu'il peut exister des formes de passages entre schizophrénie et paranoïa (74). Cependant, la relative longue durée de l'hospitalisation et l'observation de l'équipe pluridisciplinaire permettaient par ailleurs de s'assurer de la pathologie et du diagnostic.
- Un biais d'information et de mémorisation, ensuite, de part la nature rétrospective de cette étude. Le recueil des données cliniques a été effectué à partir de dossiers médicaux, d'expertises psychiatriques pénales, d'éventuels rapports d'autopsie médico-légale, de procès verbaux de police ou de gendarmerie disponibles, de coupures de presse ou encore d'ordonnances de non-lieu ou de décisions d'irresponsabilité pénale. Certaines informations

manquant dans les dossiers n'ont donc pas pu être relevées pour l'étude. De plus, il faut souligner la relative difficulté pour les experts psychiatres d'évaluer, dans une période plus ou moins éloignée du passage à l'acte, des symptômes spécifiques, notamment la thymie au moment des faits. La participation du patient pouvait également être limitée lors des expertises et des entretiens médicaux ultérieurs, du fait de difficultés de compréhension concernant certaines questions spécifiques, mais aussi du fait de troubles cognitifs de type mnésique propres aux pathologies psychiatriques, ces facteurs pouvant impacter la qualité des réponses apportées. De plus, les patients n'ayant souvent que peu de conscience de leur trouble, une auto évaluation de leur état psychique au moment des faits d'homicide paraît difficile et peu fiable. Cependant, la plupart des dossiers comportaient des expertises psychiatriques pénales détaillées. Ce biais d'information est également à mettre en lien avec une grande réticence de la part d'une population de sujets souffrant de trouble délirant, sujets pouvant être suspicieux, réticents et procéduriers.

- Enfin, l'absence de prise en compte de la sévérité symptomatologique au moyen d'échelles standardisées expose à un biais de confusion.

2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET BILANS

En préambule, il semble important de préciser qu'à ce jour et à notre connaissance, cette étude constitue la première étude française portant sur l'acte homicide de patients souffrant de trouble délirant, dont l'échantillon est relativement important. De plus, elle constitue une des rares études comparant les données sociodémographiques, cliniques et criminologiques de ces patients à celles de sujets souffrant de schizophrénie.

2.1. Patients avec trouble délirant

Nous avons étudié une population de quarante six sujets souffrant de trouble délirant recrutés sur une période de cinquante ans. L'âge au moment du passage à l'acte est relativement élevé, en moyenne de 43,2 ans, ce qui apparaît cohérent avec les données de la littérature, puisque Barbera Pera et ses collaborateurs retrouvent une moyenne d'âge de 47,1 ans pour leurs douze patients hommes étudiés (70) et Richard Devantoy et ses associés un âge moyen de 50,1 ans pour leurs neuf patients auteurs d'homicide (71).

Concernant les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients souffrant de trouble délirant et auteurs d'homicide, Richard Devantoy et son équipe objectivent que 66% des patients sont mariés au moment des faits, 77% sont pères de famille et 54% n'ont pas d'emploi (71).

Dans notre étude, 30,4% des sujets sont mariés ou vivent en couple, 41,3% sont pères de famille, 30,4% sont sans emploi au moment des faits et 13% sont en incapacité. Concernant le trouble lié à l'usage d'alcool, il est présent chez 23,9% de nos patients alors que Richard Devantoy retrouve cette comorbidité chez la moitié de ses patients (71). Barbera Pera et Daillet, en revanche, retrouvent un chiffre proche du nôtre avec 20% de patients présentant un trouble lié à l'usage de substance (70). Avant les faits, une consommation d'alcool est mise en évidence chez 19,6% des patients de notre étude. Richard Devantoy et ses associés notent une consommation d'alcool chez 33% des patients (71). Selon ces auteurs, la symptomatologie présentée par les patients au moment des faits est principalement représentée par des idées délirantes de persécution (77% des patients), puis de jalousie (40% des patients). Nous retrouvons des idées délirantes de persécution chez 95,7% des patients de notre recherche et des idées de jalousie chez 26,1%.

En ce qui concerne les caractéristiques criminologiques de l'homicide, dans notre étude, plus de la moitié des homicides (54,4%) ont lieu au sein d'un domicile privé, données qui sont en accord avec celles de Richard Devantoy et ses collaborateurs (71) qui identifient que 55% des homicides se déroulent dans un lieu privé (44% au domicile de la victime et 11% au domicile de l'agresseur). Nous notons que 58,7% des patients utilisent à une arme à feu comme moyen létal principal. Ce chiffre est similaire à celui mis en évidence par Richard Devantoy, à savoir l'usage d'une arme à feu dans 56% des cas (71). Au décours du passage à l'acte, 15,2% des patients de notre étude ont tenté de se suicider. Dans l'étude de Richard Devantoy, ce chiffre est de 22%. Cet auteur retrouve pour chaque homicide, un agresseur unique et un caractère strictement émotionnel de l'acte (71). Barbera Pera et Daillet relèvent également un caractère exclusivement émotionnel de l'acte homicide commis par des sujets souffrant de trouble délirant, surtout motivé par la colère, la rage, la tristesse, la vengeance, la jalousie ou la peur (70). Nous retrouvons cette donnée dans notre travail, avec un caractère quasi exclusivement émotionnel du crime, puisque seulement deux patients font état d'une violence instrumentale. Nous avons aussi mis en évidence l'importance d'un état émotionnel pathologique au moment des faits, caractérisé par des sentiments tels que la colère (70%), la haine, la peur (40%) ou encore l'anxiété. Si l'on s'intéresse aux données concernant les victimes, Bénézech et Richard Devantoy mettent en avant, dans leurs études, la proportion élevée de victimes connues, qu'elles soient intra ou extrafamiliales (69, 71). Bénézech retrouve ainsi quinze victimes connues et six victimes inconnues (69). Nous retrouvons cette même proportion dans notre étude avec 37 victimes connues et 9 victimes inconnues.

L'ensemble des données relatives aux patients souffrant de trouble délirant auteurs d'homicide de notre étude apparaissent en accord avec les données de la littérature même si quelques différences peuvent être mises en évidence. Il est important de souligner que très peu d'études se sont intéressées aux homicides commis par des patients souffrant de trouble délirant, et

que les rares travaux sur lesquelles nous nous appuyons concernent seulement un échantillon de neuf et douze patients, ce qui rend les comparaisons peu fiables.

Si l'on s'intéresse aux études de la littérature de patients hospitalisés souffrant de trouble délirant, qui sont plus nombreuses et incluant un nombre plus important de patients, il apparaît que nos résultats sont en accord avec ceux de l'ensemble de ces travaux. Ainsi, dans l'étude de Maâlej et ses associés portant sur 66 patients souffrant de trouble délirant, 40,9% des sujets ont un niveau primaire, 34,8% un niveau secondaire et 24,2% ont eu accès à des études universitaires (19). Dans notre recherche, 41,3% des patients ont un niveau primaire, 43,5% un niveau secondaire et 6,5% ont eu accès à des études supérieures. Concernant le statut conjugal, la grande majorité des études insiste sur la proportion élevée de sujets vivant en couple. Les auteurs retrouvent des proportions de 54,5% (20), 48,8% (23) et 43,8% (24) de patients mariés ou vivant en couple. Dans notre étude, la moitié des patients sont célibataires et 30,4% sont mariés ou vivent en couple, soit un chiffre un peu moins important que celui retrouvé dans la littérature, en sachant que des ruptures sentimentales peuvent être un facteur déclenchant non négligeable de passage à l'acte chez les patients souffrant de trouble délirant, en particulier chez ceux développant des idées délirantes de jalousie ou de persécution, que ce soit à l'encontre de leur ancien conjoint ou de l'amant supposé de ces derniers. Selon Marneros et ses collaborateurs, les événements de vie de type séparation ou décès parental précoce sont décrits chez 31,8% des hommes souffrant de trouble délirant (20). Nous retrouvons 15,2% de patients ayant connu une séparation parentale précoce et 19,6% un décès parental précoce. En ce qui concerne les antécédents personnels psychiatriques, Winokur identifie l'existence d'une tentative de suicide chez 14% des patients étudiés (10) et Marneros et ses associés retrouvent un chiffre similaire, de 17,6% (20). Dans notre étude, 19,6% des patients ont un antécédent de tentative de suicide. L'ensemble des études rapportent une prépondérance des idées délirantes de persécution, présentes chez 47 à 83% des patients. Viennent ensuite les idées délirantes de jalousie, retrouvées chez 4,5 à 48% des patients. Les idées délirantes érotomaniaques sont présentes chez 1,2 à 9,1% des patients (19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26). Dans notre travail, 95,7% des patients souffrent d'idées délirantes de persécution, 26,1% d'idées délirantes de jalousie et 8,7% d'idées délirantes érotomaniaques. Des phénomènes hallucinatoires sont mis en évidence chez relativement peu de patients, à savoir 17,4%, ce qui est en accord avec les données de la littérature puisque Hsiao et ses collaborateurs retrouvent des hallucinations chez seulement 11,6% des patients (25) et De Portugal et ses associés identifient 16% de patients présentant des hallucinations (23). Les études mettent également l'accent sur les comorbidités chez les patients souffrant de trouble délirant, en particulier concernant les épisodes thymiques. Une symptomatologie dépressive actuelle ou passée est ainsi fréquemment mise en évidence et serait présente chez plus de la moitié des patients selon Grover et ses associés (53,5%) ou encore Marneros et ses collaborateurs (54,5), chez 45% des patients selon

Winokur ou encore chez 43% selon Hsiao. Dans notre étude, un quart des patient présentent des symptômes dépressifs avant le passage à l'acte, chiffres se rapprochant de ceux trouvés par De Portugal et ses associés (23%), Maina et ses collaborateurs (14,1%) ou encore Barbier (17%). Il est cependant important de préciser que notre étude ne prend pas en compte les homicides suicides commis par les patients souffrant de trouble délirant, ce qui peut être à l'origine d'une sous représentation des comorbidités thymiques chez les patients avec trouble délirant auteurs d'homicide. De plus, comme nous l'avons précédemment indiqué, une évaluation thymique à distance des faits est relativement délicate, et l'autoévaluation des patients concernant leur humeur au moment des faits probablement peu fiable. Le trouble lié à l'usage d'alcool concerne environ un quart des patients de notre étude, ce qui apparait supérieur aux données dont nous disposons puisque les auteurs retrouvent des chiffres de 3,4% (21), 5,9% (20), 4,7% (24), 3% (10) ou encore 30% (22). Enfin, selon de Portugal et ses collaborateurs, 42% des patients ont un trouble de la personnalité de type paranoïaque (23) et Maâlej et ses associés objectivent dans leur étude une personnalité paranoïaque prémorbide chez 90,9% des patients (19). Dans notre étude, nous trouvons des chiffres intermédiaires avec 67,4% de patients présentant un trouble de la personnalité de type paranoïaque.

2.2. Comparaison entre trouble délirant et schizophrénie

Si l'on s'intéresse à présent aux données comparatives entre patients souffrant de schizophrénie et de trouble délirant, nous retrouvons un âge au moment du passage à l'acte plus élevé chez les sujets avec trouble délirant en comparaison avec les sujets atteints de schizophrénie (43,2 ans contre 30,3 ans). Ce résultat avait déjà été constaté par Le Bihan et Bénézech, dans leur étude sur des parricides pathologique, avec un âge moyen au moment du passage à l'acte de 46,8 ans pour les sujets souffrant de trouble délirant et de 27 ans pour les sujets souffrant de schizophrénie (72). Si l'on considère les études comparant des patients hospitalisés en services traditionnels, souffrant de schizophrénie et de trouble délirant et n'ayant pas commis d'homicide, cette différence d'âge se manifeste également, tant au moment du diagnostic qu'au moment de l'hospitalisation. Marneros et ses collaborateurs retrouvent un âge significativement plus élevé chez les patients avec trouble délirant, au moment du diagnostic (46,9 vs 35,3 ans) et au moment de l'hospitalisation (51,8 vs 41,1 ans) en comparaison avec les sujets souffrant de schizophrénie (27). Il en est de même pour Hui et ses associés (39,6 vs 35,4 ans), Munoz Negro et ses collaborateurs (49,8 vs 35,9 ans) ou encore Peralta et ses associés (28, 29, 30). Selon Marneros et ses collaborateurs (27), les patients avec trouble délirant ont un meilleur statut social puisqu'ils sont plus fréquemment employés (56,3% vs 15,6%). Dans notre travail, 56,5% des sujets avec trouble délirant ont une activité

professionnelle au moment des faits, contre seulement 24,4% des sujets avec schizophrénie. Dans l'étude de Hui et ses associés (28), les sujets avec trouble délirant sont plus fréquemment mariés (52,1% vs 25,4%). Dans notre recherche, il ressort que 30,4% des patients atteints de trouble délirant vivent en couple, contre 8,9% des patients atteints de schizophrénie. Hui [ref](#) trouve également que les patients avec trouble délirant sont moins hospitalisés que les patients avec schizophrénie (38% vs 56,3%). Nous retrouvons des chiffres semblables, avec des antécédents d'hospitalisation pour 45,7% de nos patients atteints de trouble délirant contre 66,3% avec schizophrénie. Selon Marneros [ref](#), les hallucinations sont plus fréquentes chez les patients souffrant de schizophrénie (92,9% vs 18,6%). Dans notre étude, des injonctions hallucinatoires sont mises en évidence chez 67,1% des sujets avec schizophrénie contre seulement 17,4% chez les patients avec trouble délirant. Pour Peralta et ses associés, les idées délirantes de jalousie sont exclusivement retrouvées chez les patients avec trouble délirant (30). Dans notre étude, les idées délirantes de jalousie sont également plus fréquemment retrouvées chez les patients atteints de trouble délirant (26,1% contre seulement 6,3%).

Dans une étude de 2004, Le Bihan et Bénézech se sont intéressés au degré d'organisation de 42 crimes de parricide pathologique. Les auteurs ont comparé le mode opératoire des patients souffrant de schizophrénie (n=35) et de trouble délirant (n=6). Ils retrouvent qu'il n'existe pas de différences majeures dans le degré d'organisation générale de ces deux catégories diagnostiques de parricides, sinon que les sujets souffrant de schizophrénie semblent davantage capables de préméditer leur acte, de dissimuler l'homicide et de quitter les lieux sans se dénoncer (72). Ces résultats, que nous retrouvons également, sont surprenants, dans le sens où l'on pourrait penser que les patients souffrant de schizophrénie sont moins capables d'organiser leur crime que les patients présentant un trouble délirant persistant, avec un délire qui, par définition, se développe classiquement dans la clarté, l'ordre et la logique de la pensée, du vouloir et de l'action. On imagine alors que le passage à l'acte du sujet souffrant de trouble délirant est dans la grande majorité des cas prémédité, parfois mûrement réfléchi depuis de longues années, caractérisé par une violence instrumentale sous tendue par des idées de vengeance, le tout s'effectuant de manière relativement organisée, avec un self control considérable et sans acharnement sur la victime, contrairement au passage à l'acte du sujet souffrant de schizophrénie se voulant volontiers désorganisé, impulsif et avec un acharnement important sur la victime témoignant d'un caractère exclusivement émotionnel de l'acte. Dans notre étude, la préméditation n'est pas significativement associée au trouble délirant, les patients agissant dans 56,5% des cas de manière impulsive et non planifiée. Il est important de noter que même si une notion de préméditation est objectivée chez 43,5% des patients, le passage à l'acte intervient très souvent de manière brutale et inopinée, précipité par un évènement anodin, à la faveur d'une rencontre fortuite avec le persécuteur désigné ou un complice supposé, d'une fausse reconnaissance, d'une interprétation envers un passant, d'un regard présumé moqueur, un air

goguenard ou narquois (74). Le sentiment paranoïaque d'être trompé, offensé ou persécuté peut également conduire à des explosions de rage allant jusqu'à l'homicide (75). L'acharnement sur la victime est plus fréquemment rencontré chez les sujets souffrant de schizophrénie. Nous avons en effet constaté que si la violence excessive concerne 57,5% des sujets avec schizophrénie, elle est également présente chez 39,1% des patients présentant un trouble délirant, s'élevant jusqu'à 62% pour les sujets ayant commis un homicide intrafamilial, notamment un parricide. Selon Zagury, il peut arriver que, dans le feu de l'action, l'auteur soit débordé par le déchaînement pulsionnel, notamment quand il existe un contexte d'excitation psychomotrice ou passionnel (74). Il est également à noter que si la notion d'un persécuteur désigné est présente chez 80,4% des patients, 65% passent effectivement à l'acte sur le persécuteur désigné alors que 35% des patients commettent un homicide sur une autre victime. La cible n'est donc pas toujours celle que le délire laisse entrevoir (74). Dans notre étude, les patients souffrant de trouble délirant font davantage de tentative de suicide au décours immédiat du passage à l'acte ou bien restent davantage sur le lieu du crime, alors que les sujets souffrant de schizophrénie quittent plus fréquemment le lieu de l'homicide. Ce comportement immédiat post-homicide reflète ainsi l'état psychologique des sujets à la suite des faits, les patients avec schizophrénie se trouvant dans un état de désorganisation et tentant de fuir la scène de crime alors que les sujets avec trouble délirant restent sur place, revendiquant leur acte, ou tentant de mettre fin à leur jour, notamment dans les homicides à motivation passionnelle. En ce qui concerne la typologie de la violence, plusieurs études montrent le caractère émotionnel de la violence envers autrui dans la paranoïa, l'importance de la peur et/ou de la colère (36, 70). Dans notre étude, 95,7% des homicides commis par les sujets avec trouble délirant et 97,4% des homicides commis par les patients avec schizophrénie sont caractérisés par une violence émotionnelle. Les motivations des patients avec trouble délirant de notre étude sont en premier lieu des motivations délirantes, mais également passionnelles, ou encore de légitime défense suite à une menace physique ou psychique perçue, un sentiment de colère, de haine, de rage ou encore des idées de vengeance. L'irresponsabilisation pénale concerne une grande majorité des patients. En effet, 15% des patients avec schizophrénie et 6,5% des patients avec trouble délirant ont été responsabilisés. Encore une fois, il semble important de préciser que notre étude n'a pas pris en compte les sujets auteurs d'homicide présentant un trouble délirant et étant incarcérés, ayant donc probablement pour la plupart été responsabilisés. On peut ici citer Zagury, qui note que « la paranoïa peut être méconnue dans un contexte médico-légal, lors de l'expertise, en raison de l'intégrité intellectuelle et de l'adaptation relative, de la non reconnaissance de la pathologie avec dissimulation et réticence, le délire reposant sur une base plausible avec absence habituelle de phénomènes hallucinatoires. Le caractère éventuellement prémédité de l'infraction, le fait que les plus graves d'entre elles ne soient le plus souvent pas considérées comme pathologiques dans le

contexte d'un trouble de la personnalité, entraînent probablement une sous-estimation du rôle de la paranoïa dans les actes de violences envers autrui » (74). Les résultats trouvés par Falissard, à savoir une prévalence du trouble délirant de 5,3% chez les détenus (73), posent également le problème de l'accumulation de personnes présentant une pathologie psychotique dans les établissements pénitentiaires (76), problème souligné de longue date, notamment par Senon et ses collègues, ou encore celui du rôle attendu de l'expertise psychiatrique pénale (77). Il serait judicieux, à l'avenir, de mieux appréhender ce constat, à travers notamment des études s'intéressant aux sujets détenus auteurs d'homicide, présentant un trouble délirant. Il pourrait également être intéressant de comparer les données criminologiques de ces sujets avec ceux de notre étude, afin de voir si il existe des différences au niveau clinique et dans le mode opératoire entre les sujets détenus et nos patients, dont la symptomatologie est probablement plus sévère, les difficultés de dissimulation de leur délire les ayant amené, pour la plupart, à être irresponsabilisés. Enfin, d'autres études sur les patients souffrant de trouble délirant pourraient être menées, dans les différentes Unités pour Malades Difficiles de France, dans l'objectif de mieux caractériser et connaître ces patients et de pouvoir, à terme, développer des stratégies de prévention. L'existence d'un trouble délirant ne permet pas à elle seule de prédire la survenue d'un passage à l'acte, la dangerosité de chaque patient devant être évaluée individuellement, en fonction des facteurs généraux associés au risque de violence (78). Sans que l'on dispose d'études empiriques dans le trouble délirant, on peut concevoir que l'intelligence conservée, une excellente mémoire souvent avec une tendance à la rancune et aux idées de vengeance pouvant persister durant des années, la dimension interprétative et passionnelle, la sthénicité, la tendance à la projection, un délire à thèmes de persécution, de jalousie ou d'érotomanie avec un ou plusieurs persécuteur(s) désigné(s), mais aussi l'angoisse et la conviction délirante absolue notamment d'être en danger, sont des facteurs exposant à un risque de violence plus élevé. Il faut tenir compte de menaces de mort écrites ou verbales évoquant un scénario de passage à l'acte, d'une fascination pour les armes, de la méfiance et de la réticence, d'une participation émotionnelle intense, d'une symptomatologie dépressive, des idées suicidaires. Des facteurs liés à la prise en charge exposent à une augmentation du risque tels que le défaut d'accès aux soins, l'incapacité à demander de l'aide, le déni des troubles et la faiblesse de l'insight, la rupture de suivi, la non observance des traitements, l'insuffisance du suivi après une hospitalisation (78).

CONCLUSION

Ce travail s'est intéressé aux homicides commis par des patients souffrant de troubles mentaux graves à travers une étude détaillée de 46 sujets souffrant de trouble délirant et 80 sujets atteints de schizophrénie, auteurs d'homicide et hospitalisés à l'UMD de Cadillac-sur-Garonne depuis son ouverture, en 1963. La littérature sur ce sujet, et notamment concernant les homicides chez les sujets présentant un trouble délirant, s'est révélée très pauvre en publications françaises et internationales. Cette recherche constitue donc une des rares études internationales portant sur ce sujet trop peu étudié, avec une série conséquente de patients auteurs d'homicide. Nous avons pu établir des profils cliniques et criminologiques spécifiques de sujets atteints de trouble délirant selon que la victime est intra ou extrafamiliale. Notre étude comparative entre patients souffrant de schizophrénie et de trouble délirant auteurs d'homicide, a permis de mettre en évidence des différences significatives concernant le mode opératoire de ces patients, notamment le moyen létal utilisé, l'achat ou le port d'arme préalable à l'acte homicide, la notion de persécuteur désigné, l'acharnement sur la victime et le comportement immédiat au décours du passage à l'acte, en particulier l'existence d'une tentative de suicide. La nature et le type de victime, le lieu de l'homicide, l'existence d'une préméditation, la typologie de la violence ou encore les conséquences pénales ne diffèrent pas de manière significative selon les groupes diagnostiques. Ces résultats ne mettant pas en évidence de différences significatives sont également importants puisqu'ils montrent que les patients souffrant de trouble délirant ne préméditent pas forcément leur acte, et que la violence n'est souvent pas qualifiée d'instrumentale, ce dont témoignent les chiffres élevés d'acharnement sur la victime et l'existence d'un état émotionnel intense (peur, rage, colère, anxiété) chez un nombre important de patients. Des études portant sur les homicides et le trouble délirant, avec de plus grands effectifs et à plus grande échelle, sont nécessaires afin de confirmer les résultats apportés par notre travail, mais également pour mieux connaître cette population de patients permettant, à terme, de suggérer de possibles stratégies de prévention.

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edn, text revision. Washington, DC, 2000.
2. World Health Organization. International Classification of Diseases. 10th edn. Geneva, 1994.
3. Ey H. Leçons du mercredi sur les délires chroniques et les psychoses paranoïaques. Perpignan: Crehey; 2010.
4. Valiente Moro JB. Étude comparative de patients atteints de schizophrénie, auteurs d'homicides impliquant des victimes intrafamiliales, extrafamiliales connues et inconnues [Diplôme d'état de Docteur en Médecine]. [France]: Université de Bordeaux, sous la direction du Dr. Le Bihan; 2015.
5. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Etymologie, en ligne. <http://www.cnrtl.fr/etymologie/paranoia>
6. Lanteri Laura G, Del Pistoia L, Bel Habib H. Paranoïa. EMC, Psychiatrie. 1985;37299:1-24.
7. Prudent C, Evrard R, de Tychev C. La classification de la paranoïa dans la psychiatrie américaine contemporaine : une revue de la littérature. Evol Psychiatr. 2017;82:1-26.
8. Ferreri F. Ferreri M. Paranoïa. EMC, Psychiatrie. 2012:1-16.
9. Kraepelin E. Introduction à la psychiatrie clinique. Paris: Navarin; 1984.
10. Winokur G. Delusional disorder (paranoïa). Compr Psychiat. 1977 Nov-Dec;18:511-21.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd edn, text revision. Washington, DC, 1987.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edn. Washington, DC, 2013.
13. Kendler KS. The Clinical Features of Paranoia in the 20th Century and Their Representation in Diagnostic Criteria From DSM-III Through DSM-5. Schizophrenia Bull. 2017;43:332-43.
14. Le Bihan P, Bénézéch M. Personnalités paranoïaques. EMC, Psychiatrie. 2010:1-11.
15. Munro, A. Paranoia or delusional disorder. In: Delusional Disorder: Paranoia and Related Illnesses. Cambridge: Cambridge University Press; 1999. p. 45-70.
16. Serretti A, Lattuada E, Cusin C, Smeraldi E. Factor analysis of delusional disorder symptomatology. Compr Psychiat. 1999;40:143-7.
17. Winokur G, Morrison J, Clancy J, Crowe R. Iowa 500: the clinical and genetic distinction of hebephrenic and paranoid schizophrenia. J Nerv Ment Dis. 1974;159:12-9.
18. Loo P. les délires passionnels. Rev. Médecine. 1979 Janv 15;3:93-6.

19. Maâlej M, Ben Mahmoud S, Fki H, et al. Approche épidémiologique du trouble délirant, à propos de 66 cas. *Ann Med-Psychol*. 2006 July;164:388-94.
20. Marneros A, Pillmann F, Wustmann T. Gender-related features of persistent delusional disorders. *Eur Arch Psy Clin N*. 2011;261:29-36.
21. Grover S, Biswas P, Avasthi A. Delusional disorder: Study from North India. *Psychiat Clin Neuros*. 2007;61:462-470.
22. Barbier JM, Loas G, Serra G. L'hospitalisation des délirants paranoïaques : à propos de 53 cas. *Ann Med-Psychol*. 1999;157:740-3.
23. De Portugal E, Gonzalez N, Haro JM, Autonell J, Cervilla JA. A descriptive case-register study of delusional disorder. *Eur Psychiat*. 2008;23:125-33.
24. Maina G, Albert U, Badà A, Bogetto F. Occurrence and clinical correlates of psychiatric comorbidity in delusional disorder. *Eur Psychiat*. 2001;16:222-8.
25. Hsiao MC, Liu CY, Yang YY, Yeh EK. Delusional disorder: Retrospective analysis of 86 Chinese outpatients. *Psychiat Clin Neuros*. 1999;53:673-76.
26. Yamada N, Nakajima S, Noguchi T. Age at onset of delusional disorder is dependent on the delusional theme. *Acta Psychiat Scand* 1998;97:122-24.
27. Marneros A, Pillmann F, Wustmann T. Delusional Disorders—Are They Simply Paranoid Schizophrenia? *Schizophrenia Bull*. 2012;38:561-8.
28. Hui CLM, Lee EHM, Chang WC, et al. Delusional disorder and schizophrenia: a comparison of the neurocognitive and clinical characteristics in first-episode patients. *Psychol Med*. 2015;45:3085-95.
29. Munoz Negro JE, Ibanez Casas I, De Portugal E, et al. A dimensional comparison between delusional disorder, schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res*. 2015;169:248-54.
30. Peralta V, Cuesta MJ. Delusional disorder and schizophrenia: a comparative study across multiple domains. *Psychol Med*. 2016;46:2829-39.
31. Senon JL. La dangerosité et son évaluation. Collectif recherche information multidisciplinaire criminologie université Poitiers, 2008. <http://www.senon-online.com>.
32. Bourgeois M, Bénézech M. dangerosité criminologique, psychopathologique et comorbidité psychiatrique. *Ann Med-Psychol*. 2001;159:475-86.
33. Dubreucq JL, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Med-Psychol*. 2005;163:852- 65.
34. Senon JL, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires? *L'information psychiatrique*. 2006;82:645-52.

35. 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 Psychiat*. 1997;154:840-5.
36. Kennedy HG, Kemp LI, Dyer DE. Fear and anger in delusional (paranoid) disorder : the association with violence. *Brit J Psychiat*. 1992;160:488-92.
37. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Etymologie, en ligne. <http://www.cnrtl.fr/etymologie/homicide>.
38. Dictionnaire de Français, LAROUSSE. Définition, en ligne. <http://www.larousse.fr/dictionnaire/français/homicide/40228>.
39. Code pénal, en ligne. <http://www.legifrance.gouv.fr>.
40. Senon JL. La criminalité et son évolution : mythes et réalité à propos de l'homicide. *DU Criminologie*. Poitiers;2007. Consultable sur <http://www.senononline.com/Documentation/telechargement/3cycle/Droit/Psy%20crim/senon%20homicide.pdf>.
41. Bénézech M. Classification des homicides volontaires et psychiatrie. *Ann Med-Psychol*. 1996;154:161-73.
42. Morisson W. Criminal homicide and the death penalty in Canada : time for reassessment and new directions : toward a typology of homicide. *Can J Criminol Corr* ; 15;367-96.
43. Gillies H. Homicide in the West of Scotland. *Brit J Psychiat*. 1976 Feb;128:105-27.
44. Marzuk PM, Tardiff K, Hirsch CS. The epidemiology of murder-suicide. *J Amer Med Assoc*. 1992 Jun 17;267:3179-83.
45. Cochez F. Psychiatrie et classifications des homicides. [Diplôme d'état de Docteur en Médecine]. [France]: Université de Bordeaux; 1999.
46. Fiorentini H. Étude de la récidive dans l'homicide d'après les données de l'expertise mentale. *Bull Soc Psychiatr Marseille et Sud Est Méditerranéen*. 1979;37:239-50.
47. Cusson M, Beaulieu N, Cusson F. Les homicides. Dans : Le Blanc M, Cusson M *Traité de criminologie empirique*. 4^{ème} ed. Montréal: PUM; 2010. p. 282-331.
48. Bénézech M. Violences et homicides extrafamiliaux. Dans : Senon JL, Jonas C, Voyer M. *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier Masson; 2013. p. 407-12.
49. McCulloch M, Bailey J, Robinson C. Mentally disordered attackers and killers :toward a taxonomy. *J Forensic Psychiatr*. 6:41-6.
50. Eronen M, Hakola P. Mental Disorders and Homicidal Behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53:497-501.
51. Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull*. 1996;22:83-9.

52. 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 Psychiat*. 2004;161:716-27.
53. Shaw J, Appleby L, Amos T, et al. Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide : national clinical survey. *BMJ*. 1999;318:1240-4.
54. Erb M, Hodgins S, Freese R, Müller-Isberner R, Jöckel D. Homicide and schizophrenia : maybe treatment does have a preventive effect. *Crim Behav Ment Heal*. 2001;11:6-26.
55. Schanda H, Knecht G, Schreinzer D, Stompe T, Ortweinswoboda G, Waldhoer T. Homicide and major mental disorders: a 25year study. *Acta Psychiat Scand*. 2004;110:98-107.
56. Fazel S, Grann M. Psychiatric Morbidity Among Homicide Offenders: A Swedish Population Study. *Am J Psychiat*. 2004;161:2129-31.
57. Koh K, Gwee K, Chan Y. Psychiatric aspects of homicide in Singapore : a five-year review (1997 - 2001). *Singap Med J*. 2006;47:297-304.
58. Meehan J, Flynn S, Hunt I, et al. Perpetrators of homicide with schizophrenia : a national clinical survey in England and Wales. *Psychiatr Serv*. 2006;57:1648-51.
59. Richard-Devantoy S, Gohier B, Chocard AS, Duflot JP, Lhuillier JP, Garré JB. Caractérisation sociodémographique, clinique et criminologique d'une population de 210 meurtriers. *Ann Med-Psychol*. 2009;167:568-75.
60. Large M, Smith G, Nielssen O. The relationship between the rate of homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate : A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*. 2009;112:123-29.
61. Golenkov A, Tsymbalova A, Large M, Nielssen O. An international perspective on homicide and schizophrenia : A study from Chuvashia. *Schizophr Res*. 2011;131:258-59.
62. Bennett D, Ogloff J, Mullen P, Thomas , Wallace C, Short T. Schizophrenia disorders, substance abuse and prior offending in a sequential series of 435 homicides. *Acta Psychiat Scand*. 2011;124:226-33.
63. Golenkov A, Large M, Nielssen O. A 30-year study of homicide recidivism and schizophrenia. *Crim Behav Ment Heal*. 2013;23:347-55.
64. Senon JL, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. États dangereux, délinquance et santé mentale : représentations, insécurité et peurs sociétales comme sources de la stigmatisation des malades mentaux. *L'information psychiatrique*. 2007;83:655-62.
65. Wong M, Singer K. Abnormal homicide in Hong Kong. *Brit J Psychiat*. 1973;123:295-8.
66. Petursson H, Gudjonsson GH. Psychiatric aspects of homicide. *Acta Psychiat Scand*. 1981;64:363-72.
67. Noreik K, Gravem A. Homicide and insanity. *Tids Skr Norske Laege*. 1993;113:1736-8.
68. Gottlieb P, Gabrielsen G, Kramp P. Psychotic homicide in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiat Scand* . 1987;76:285-92.

69. Bénézech M, Addad M. L'homicide des psychotiques en France. À propos d'une enquête portant sur cinq années (1977-1981). *Ann Med-Psychol.* 1983;141:101-6.
70. Barbera Pera S, Daillet A. Homicide par des malades mentaux : analyse clinique et criminologique. *Encéphale* 2005;31:539-49.
71. Richard-Devantoy S, Chocard AS, Bouyer-Richard AI, et al. Homicide et psychose : particularités criminologiques des schizophrènes, des paranoïaques et des mélancoliques. À propos de 27 expertises. *Encéphale* 2008;34:322-9.
72. Le Bihan P, Bénézech M. Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. A propos de 42 observations. *Ann Med-Psychol.* 2004;162:615-25.
73. Falissard B, Loze JY, Gasquet I, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry.* 2006 Aug 21;6:33.
74. Zagury D, Saint-James G. Le passage à l'acte criminel du paranoïaque. *Perspect Psychiatr.* 1990;21:32-9.
75. Goldstein RL. (1995). Paranoids in the legal system: The litigious paranoid and the paranoid criminal. *Psychiat Clin N Am.* 1995;18:303-15.
76. Senon JL, Manzanera C. Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médico-légaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique? *Ann Med-Psychol.* 2005;163:870-77.
77. Senon JL, Manzanera C. Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. *Ann Med-Psychol.* 2006;163:818-27.
78. 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 135-48.

Annexe 1 : Critères DSM-5 du trouble délirant**Trouble délirant**

Critères diagnostiques

297.1 (F22)

- A. Présence d'une (ou de plusieurs) idées délirantes pendant une durée de 1 mois ou plus.
- B. Le critère A de la schizophrénie n'a jamais été rempli.
N.B. : Si des hallucinations sont présentes, elles ne sont pas prééminentes et elles sont en rapport avec le thème du délire (p. ex. la sensation d'être infesté par des insectes associée à des idées délirantes d'infestation).
- C. En dehors de l'impact de l'idée (des idées) délirante(s) ou de ses (leurs) ramifications, il n'y a pas d'altération marquée du fonctionnement ni de singularités ou de bizarreries manifestes du comportement.
- D. Si des épisodes maniaques ou dépressifs caractérisés sont survenus concomitamment, ils ont été de durée brève comparativement à la durée globale de la période délirante.
- E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale et elle n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental comme l'obsession d'une dysmorphie corporelle ou un trouble obsessionnel-compulsif.

Spécifier le type :

Type érotomaniaque : Ce sous-type s'applique quand le thème central des idées délirantes est qu'une personne est amoureuse du sujet.

Type mégalomaniaque : Ce sous-type s'applique quand le thème central des idées délirantes est la conviction d'avoir un grand talent (mais non reconnu), ou une compréhension profonde des choses ou d'avoir fait des découvertes importantes.

Type de jalousie : Ce sous-type s'applique quand le thème central des idées délirantes de la personne est que le conjoint ou l'être aimé est infidèle.

Type de persécution : Ce sous-type s'applique quand le thème central des idées délirantes consiste en la croyance d'être la cible d'un complot, d'une escroquerie, d'espionnage, d'une filature, d'un empoisonnement, de harcèlement, de calomnies ou d'une obstruction à la poursuite de ses projets à long terme.

Type somatique : Ce sous type s'applique quand le thème central des idées délirantes concerne des fonctions ou des sensations corporelles.

Type mixte : Ce sous type s'applique quand aucun thème délirant ne prédomine.

Type non spécifié : Ce sous type s'applique quand la croyance délirante dominante ne peut pas être clairement identifiée ou quand elle n'est pas décrite dans un des sous-types spécifiques (p. ex. idées délirantes de référence sans persécution prédominante ni idées mégalomaniaques).

Spécifier si :

Avec contenu bizarre : Les idées délirantes sont jugées bizarre si elles sont clairement invraisemblables, non compréhensibles et si elles ne dérivent pas d'expériences de la vie ordinaire (p. ex. croyance qu'un inconnu lui a enlevé des organes internes et les a remplacés par les organes d'autres personnes sans avoir laissé aucune blessure ou cicatrice).

Spécifier si :

Les spécifications suivantes de l'évolution ne peuvent s'appliquer que si au moins une année s'est écoulée depuis la survenue initiale du trouble :

Premier épisode, actuellement en épisode aigu : Première manifestation du trouble remplissant les critères diagnostiques de définition et les critères de durée. Un *épisode aigu* est une période de temps durant laquelle les critères symptomatiques sont remplis.

Premier épisode, actuellement en rémission partielle : Une *rémission partielle* est une période de temps durant laquelle une amélioration après un épisode antérieur se maintient et où les critères diagnostiques du trouble ne sont que partiellement remplis.

Premier épisode, actuellement en rémission complète : Une *rémission complète* est une période de temps après un épisode antérieur durant laquelle aucun symptôme spécifique du trouble n'est présent.

Multiples épisodes, actuellement en épisode aigu

Multiples épisodes, actuellement en rémission partielle

Multiples épisodes, actuellement en rémission complète

Continu : Les symptômes remplissant les critères symptomatiques diagnostiques du trouble sont présents la majorité du temps de la maladie, les périodes de symptômes subliminaux étant très brèves au regard de l'ensemble de l'évolution.

Non spécifié

Spécifier la sévérité actuelle :

La sévérité est cotée par une évaluation quantitative des symptômes psychotiques primaires, dont les idées délirantes, les hallucinations, la désorganisation du discours, les comportements psychomoteurs anormaux et les symptômes négatifs. Chacun de ces symptômes peut être coté pour sa sévérité actuelle (en prenant en compte l'intensité la plus sévère au cours des 7 derniers jours) sur une échelle de 5 points, allant de 0 (absent) à 4 (présent et grave). (Cf. dans le chapitre « Mesures d'évaluation » l'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien).

N.B. : un diagnostic de trouble délirant peut être posé sans utiliser cette spécification de la sévérité.

Annexe 2 : Critères CIM-10 du trouble délirant

F22 Troubles délirants persistants

Ce groupe réunit divers troubles, caractérisés uniquement – ou essentiellement – par la présence d'idées délirantes persistantes et ne pouvant être classés parmi les troubles organiques, schizophréniques ou affectifs. Les troubles délirants persistants sont probablement hétérogènes et n'ont apparemment pas de rapport avec la schizophrénie. La part respective des facteurs génétiques, des caractéristiques de la personnalité et des facteurs de stress psychosociaux dans la survenue de ces troubles est encore incertaine et probablement variable.

F22.0 Trouble délirant

Groupe de troubles caractérisé par la survenue d'une idée délirante unique ou d'un ensemble d'idées délirantes apparentées, habituellement persistantes, durant parfois toute la vie. Le contenu de l'idée ou des idées délirantes est très variable. Il s'agit habituellement d'idées délirantes de persécution, hypocondriaques ou de grandeur, mais il peut s'agir également d'idées délirantes de revendication ou de jalousie ; ailleurs, le sujet est convaincu que son corps est difforme, ou que les autres pensent qu'il sent mauvais ou qu'il est homosexuel. Dans les cas typiques, le trouble délirant ne comporte pas d'autres manifestations psychopathologiques. Il peut toutefois s'accompagner de symptômes dépressifs intermittents, et, dans certains cas, d'hallucinations olfactives ou tactiles. La présence d'hallucinations auditives (voix) manifestes et persistantes, de symptômes schizophréniques tels que des idées délirantes d'influence ou un émoussement net des affects, ou la mise en évidence d'une affection cérébrale, sont incompatibles avec le diagnostic. Toutefois, en particulier chez les sujets âgés, la présence d'hallucinations auditives, survenant de façon irrégulière ou transitoire, ne permet pas d'éliminer ce diagnostic, sauf s'il s'agit d'hallucinations typiquement schizophréniques ou si les hallucinations dominant le tableau clinique. Le trouble survient habituellement à l'âge moyen de la vie, mais il peut débuter plus tôt, en particulier chez les sujets qui sont convaincus d'avoir une malformation. Le contenu de l'idée délirante et le moment de sa survenue sont souvent en rapport avec la situation du sujet (p. ex. idées délirantes de persécution chez des sujets faisant partie d'une minorité culturelle). Les affects, le discours et le comportement sont normaux, tant qu'il ne s'agit pas d'actions et d'attitudes directement en rapport avec une idée délirante ou un système délirant.

Directives pour le diagnostic

La caractéristique essentielle – voire unique – de ce trouble est la présence d'idées délirantes. Elles doivent persister pendant au moins trois mois. Elles doivent être propres au sujet, c.-à.-d. ne pas être partagées par le sous-groupe culturel. Des symptômes dépressifs ou un épisode dépressif authentique (F32) peuvent être présents de façon intermittente, mais les idées délirantes persistent même quand les troubles de l'humeur sont absents. La mise en évidence d'une affection cérébrale, ou la présence d'hallucinations auditives répétées ou d'antécédents de symptômes schizophréniques (p. ex. d'idées délirantes de contrôle ou d'une divulgation de la pensée), sont incompatibles avec le diagnostic.

Inclure : délire sensitif de relation
état paranoïaque
paranoïa
paraphrénie tardive
psychose paranoïaque SAI
sensitiver Beziehungswahn.

Exclure : personnalité paranoïaque (F60.0)
psychose paranoïaque psychogène (F23.3)
réaction paranoïaque (F23.3)
schizophrénie paranoïde (F20.0)

Annexe 3 : Fiche de recueil de données utilisée dans le cadre de l'étude personnelle

1. Caractéristiques sociodémographiques et événements de vie

La première partie de cette fiche de recueil de données a permis de recueillir :

- Les caractéristiques sociodémographiques (niveau scolaire, statut socioprofessionnel, statut conjugal, parentalité, domicile),
- Les événements de vie (séparation ou décès parental précoce, antécédents de carences affectives, violences intrafamiliales, antécédents de violences physiques et/ou sexuelles subies, placement judiciaire ou social infantile, absence de figure paternelle),
- Les antécédents judiciaires (infractions antérieures sans ou avec acte de violence, condamnations),
- Les particularités comportementales personnelles (caractère procédurier, tendance aux conflits, déménagements itératifs, tendance au harcèlement, caractère colérique, conduites à risque, port d'arme).

2. Données médicales

Dans une seconde partie, ont été répertoriées :

- Les antécédents psychiatriques personnels (antécédents de consultation psychiatrique, d'hospitalisation en SPDRE, en SPDT et en UMD, durée estimée de la maladie, antécédents de tentatives de suicide, antécédents de traitement, inobservance au traitement et au suivi psychiatrique),
- Les comorbidités, qu'elles soient neurologiques (épilepsie, traumatisme crânien), psychiatriques (retard mental, trouble des conduites, trouble déficit de l'attention avec hyperactivité, trouble de la personnalité de type dyssociale ou paranoïaque), ou addictologiques (troubles liés à l'usage d'une ou plusieurs substances telles que l'alcool, le cannabis, les opiacés, la cocaïne et autres psychostimulants),
- Les caractéristiques cliniques avant les faits d'homicide (alcoolisation/prise de substances toxiques, anxiété, symptômes dépressifs),
- Les caractéristiques cliniques au moment des faits d'homicide (âge du patient, prise d'un traitement, contact avec les soins psychiatriques, consommation de substances toxiques, état émotionnel, thématique et mécanisme des idées délirantes, trouble de l'humeur).

3. Caractéristiques criminologiques de l'homicide

La troisième partie est relative aux caractéristiques criminologiques de l'homicide, comprenant :

- Le type d'homicide,
- L'intentionnalité avant l'acte,
- Les données relatives aux victimes (nature des victimes, type de relation entre la victime et l'agresseur, comportement préalable de l'agresseur envers la victime et inversement),
- Le lieu de l'homicide,
- Le moyen léthal et l'existence d'un acharnement sur la victime,
- Le contexte de l'homicide (repérage du lieu et/ou de la victime, achat ou port d'une arme, existence d'une préméditation et d'un persécuteur désigné),
- Le comportement immédiat de l'auteur au décours de l'homicide (tentative de suicide, mise en scène, reste sur les lieux, quitte les lieux, appel des secours), ainsi que le comportement à distance des faits,
- Le caractère émotionnel ou instrumental,
- Les conséquences pénales.

Annexe 4 : Article 122-1 du Code Pénal

Modifié par Loi n°2014-896 du 15 août 2014 - art. 17

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 ou 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.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

**Version du Serment d'Hippocrate réactualisée et publiée
dans le Bulletin de l'Ordre National des Médecins (Avril 1996, n° 4)**

RÉSUMÉ

La première partie de ce travail de thèse est une revue de la littérature portant tout d'abord sur les origines du trouble délirant, sa définition, son historique, l'évolution du terme à travers les DSM et la description clinique de cette pathologie. Sont ensuite abordées les caractéristiques générales, à savoir sociodémographiques et cliniques, de patients souffrant de trouble délirant et hospitalisés en service de psychiatrie traditionnel. Ces données sont notamment comparées à celles de patients présentant une schizophrénie. Le concept de dangerosité est également évoqué, à travers la littérature portant sur les données épidémiologiques existantes concernant le risque de violence des patients présentant un trouble délirant. Enfin, le dernier point abordé dans cette revue de la littérature porte sur les liens entre homicide et trouble délirant. Le concept d'homicide y est décliné à travers plusieurs classifications, puis un rappel des données entre homicide et troubles mentaux graves est effectué, avant de s'intéresser de manière plus spécifique aux données entre trouble délirant et homicide.

La deuxième partie de la thèse est consacrée à la réalisation d'une étude personnelle. Les objectifs de cette recherche étaient de comparer les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques de patients hommes, auteurs d'homicide, souffrant de schizophrénie et de trouble délirant et hospitalisés en Unité pour Malades Difficiles (UMD), et de comparer les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques des sujets présentant un trouble délirant, selon que la victime est intra ou extrafamiliale. L'hypothèse de travail posée était qu'il existe des différences dans le mode opératoire et les caractéristiques criminologiques de l'homicide entre ces deux populations diagnostiques. Nous avons donc comparé dans un premier temps les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques de 46 sujets atteints de trouble délirant et de 80 patients souffrant de schizophrénie, auteurs d'homicide et hospitalisés à l'UMD de Cadillac-sur-Garonne. Dans un second temps, une étude plus détaillée s'intéressant aux sujets avec trouble délirant a été réalisée, avec notamment l'établissement de profils spécifiques en fonction de la relation à la victime.

Dans la troisième partie de cette thèse, les résultats sont discutés, et des propositions pour poursuivre ce travail de recherche sont formulées.

Mots clés : trouble délirant, schizophrénie, homicide, mode opératoire, caractéristiques criminologiques

Discipline : Psychiatrie

Université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat 33067 BORDEAUX CEDEX