

# CRIMINOLOGIE ET PSYCHIATRIE

*CRIMINOLOGY AND PSYCHIATRY*

Michel BÉNÉZECH\* et Patrick LE BIHAN\*\*

ARTICLE ORIGINAL  
ORIGINAL ARTICLE

## RÉSUMÉ

Les auteurs passent en revue les données scientifiques concernant les principales relations entre les phénomènes criminels et les troubles mentaux. Ils étudient successivement : la vérité en matière psychocriminelle (vérité du réel, vérité psychologique, vérité du dossier) ; les faux aveux, les fausses accusations et les fausses victimes ; l'intime conviction de l'enquêteur, de l'expert psychiatre et du juge ; la dangerosité et l'agressivité (impulsivité, haine, colère, ivresse) ; les facteurs de risque et la prévision du risque criminel ; les diagnostics psychiatriques (psychoses, troubles de la personnalité et de l'humeur, conduites addictives, etc.) ; les catégories de crimes violents (homicides, agressions sexuelles, incendies volontaires) et de crimes non violents (vols et collectionnisme, escroqueries, menaces anonymes, harcèlement). L'article se termine par des considérations sur la neuro-imagerie de la violence, sur la pratique de l'expertise mentale en France, sur le profilage criminel et sur la gestion des situations de crise. Les auteurs concluent qu'il existe des relations positives certaines entre la violence, le crime et la maladie mentale grave.

## MOTS-CLÉS

Crime, Aveu, Homicide, Agressions sexuelles, Violence, Psychiatrie, Troubles mentaux, Incendie volontaire.

\* Conseiller scientifique de la Gendarmerie Nationale, 266, rue Judaïque, 33000 BORDEAUX, France.

\*\* Chef de pôle, Pôle de psychiatrie médico-légale, Centre hospitalier, 33410 CADILLAC, France.

## SUMMARY

*The authors review scientific data about the main relationships between criminal phenomena and mental disorders. They study successively: the truth in psychocriminal matters (truth of the real, psychological truth, truth of the file); false confessions, false accusations and false victims; the firm conviction of the investigator, the psychiatric expert and the judge; dangerousness and aggressiveness (impulsiveness, hatred, anger, drunkenness); risk factors and anticipation of criminal risk; psychiatric diagnoses (psychoses, personality and mood disorders, addictive behaviours, etc.); categories of violent crime (homicide, sexual assault, arson) and non-violent crimes (theft and collectionism, fraud, anonymous threats, harassment). The article closes with considerations about the neuro-imagery of violence, the practice of mental expert assessment in France, criminal profiling and management of crisis situations. The authors conclude that there are certain positive relations between violence, crime and serious mental illness.*

## KEYWORDS

*Crime, Confession, Homicide, Sexual assault, Violence, Psychiatry, Mental disorders, Arson.*

## 1. INTRODUCTION

Peu de données scientifiques nouvelles sont venues bouleverser ou même modifier sensiblement la psychiatrie criminelle depuis notre article *Criminologie et psychiatrie* publié en 2002 dans l'EMC [1]. C'est plutôt dans l'état d'esprit des chercheurs et des praticiens que les choses ont évolué, depuis une position de principe paralysante, archaïque et strictement psychodynamique vers une approche pragmatique, objective et moderne. L'on passe en effet progressivement du psychiatriquement correct des décennies précédentes (« les malades mentaux ne sont pas plus dangereux que les personnes normales... il n'y a pas davantage de malades mentaux chez les criminels que dans la population générale ») au psychiatriquement correct nouveau en adéquation avec la réalité criminelle (« les malades atteints de troubles mentaux sévères sont statistiquement plus à risque de violence que les personnes normales... il y a un pourcentage plus élevé de malades mentaux graves chez les criminels violents que dans la population générale »). Il est maintenant évident que les expériences adverses de l'enfance et les troubles du développement et

des conduites qui en résultent, les addictions, l'impulsivité pathologique, la dépression, les troubles de la personnalité, les psychoses et les paraphilies sont associés à une plus grande probabilité de comportements violents, sexuels et non sexuels. Le cumul de ces facteurs pathologiques (comorbidité psychiatrique) augmente le risque potentiel, en association avec les facteurs criminogènes relationnels, contextuels et socio-économiques.

Dans cet article, nous privilégierons quelques réflexions théoriques et pratiques concernant les relations entre criminologie et psychiatrie. Le sujet est en effet immense et les références bibliographiques se comptent actuellement par dizaines de milliers. Il n'est plus possible d'étudier et même simplement de survoler la totalité de ces relations, depuis les facteurs de risque antisocial, la psychologie criminelle et les caractéristiques des crimes, jusqu'aux étapes du processus pénal : profilage et analyse comportementale, arrestation et garde à vue, auditions diverses (sincérité, crédibilité), expertises (état mental, responsabilité et dangerosité), privation de liberté (incarcération, hospitalisation), jugement (attrayance, comportement des magistrats), suivi de la peine et réinsertion sociale, récidivisme.



## 2. LA VÉRITÉ EN MATIÈRE PSYCHOCRIMINELLE

### 2.1. La vérité du réel

Même si des caméras de surveillance enregistrent en direct un acte criminel violent, de nombreuses informations continuent à échapper aux observateurs : contexte de l'affaire, circonstances exactes de la rencontre entre l'agresseur et sa victime, mobile précis, préméditation éventuelle, antécédents et état d'esprit de l'auteur, renseignements victimologiques... Des investigations policières complémentaires restent indispensables pour étayer le dossier et éclairer au mieux la justice. En pratique, on ne dispose qu'exceptionnellement d'un tel enregistrement, et c'est donc sur des faits passés (de quelques minutes à plusieurs années), non fixés par l'image, que porte l'enquête judiciaire. Le temps s'écoulant, l'on sait que de nombreuses distorsions de la réalité objective et subjective vont intervenir dans la recherche de la vérité : perte des traces et éléments de preuves, approximations, témoignages incertains, attitude et méthode des enquêteurs, influence des médias sur les personnes concernées. Même la vérité dite scientifique est sujette à interprétation, la fameuse empreinte génétique n'étant pas la vérité en elle-même, à savoir l'identification du vrai coupable, mais simplement une comparaison positive ou négative entre deux indices biologiques.

### 2.2. La vérité psychologique

Que dire alors de la vérité psychologique de l'interrogatoire et du témoignage qui passe à la fois par la parole, communication directe, mais encore par divers circuits indirects, paralinguistiques et corporels. On a prouvé expérimentalement à de nombreuses reprises que le témoin le plus honnête, le plus scrupuleux, peut se tromper en toute bonne foi (facultés de perception de l'événement, degré de participation, émotivité, mémoire et remémoration des faits, relation à l'intervieweur). Alors que croire de celui qui a des choses à dissimuler, du suspect, du coupable ? Le problème de la sincérité, du mensonge, de la réticence, de l'aveu, de la fragilité des dépositions en justice est récurrent en dépit des progrès de la criminologie et de la criminalistique [2]. L'expert psychologue ou psychiatre, ce fameux sachant en sciences humaines qui participe au « service public » de la justice, peut-il en un ou deux entretiens, et parfois plusieurs semaines ou mois après le crime, dire la vérité sur le passé, le présent et le futur de celui qu'il examine, son examen étant fondé sur le doute et le questionnement ? Plus encore que la vérité matérielle, scientifique, la vérité psychologique, celle de la pensée intime, secrète et fluctuante par essence, est sujette à

caution, discussion, méprise, les obstacles et causes d'erreurs étant innombrables. Pour pallier à ces aléas, nous demandons depuis plus de quinze ans une modification importante de la procédure pénale en matière d'évaluation mentale diagnostique et pronostique [3].

### 2.3. La vérité du dossier

Quoi qu'il en soit de la qualité des informations recueillies par l'enquête, on aboutit finalement à un dossier judiciaire présumé complet, en état de permettre le jugement du prévenu (tribunal correctionnel) ou de l'accusé (cour d'assises). La vérité du dossier n'est évidemment que rétrospective, elle n'est pas la vérité du moment où les faits sont survenus, où elle était alors la vérité « vraie ». Le dossier n'est que le recueil imparfait et incomplet des multiples bribes de vérités partielles : vérité de la victime vivante et du suspect, vérité médico-légale, vérité criminalistique, vérité des experts en tous genres, vérité des témoins, vérité des enquêteurs, vérité de l'accusation et de la défense. On se heurte par ailleurs à l'impossibilité d'enfermer la multiplicité du réel et sa complexité dans des documents et formules nécessairement sommaires et conventionnels. Et que dire des actes irrationnels, que dire de ce qui sera la vérité du futur, celle de l'avenir ? La vérité vraie du crime reste d'un point de vue philosophique impossible à fixer sur l'écrit.

### 2.4. La vérité judiciaire

Au vu de ce dossier et des dépositions à l'audience, le juge (professionnel ou occasionnel d'un jury d'assises) va tenter d'approcher la vérité au plus près. Il doit prendre une décision (il est obligé de juger) en dépit de l'écart entre le réel matériel et immatériel (idées, intentions, motivations) des faits et ce qu'il peut en saisir sur le moment. Le magistrat professionnel n'est pas dupe. Il sait par expérience que l'infinie complexité du réel, opposée aux limites des investigations et de notre capacité de compréhension, rend toute décision judiciaire approximative, que ce n'est qu'une « fiction juridique » quasiment incontestable sur le plan légal lorsqu'elle est définitive, mais source de critiques [4]. Au moment du jugement, la présumée vérité sur l'état mental et la dangerosité de l'inculpé/l'accusé qu'apportent les experts dans leurs dépositions est-elle à même d'influencer la nature et la gravité de la décision judiciaire ?

Leurent (2013), s'interrogeant sur cette problématique, estime qu'elle connaît cinq facettes différentes : l'impartialité de l'expert dans la réalisation de sa mission face aux pièces de la procédure et aux déclarations éventuellement contradictoires du suspect ; le déroulement des entretiens d'expertises sans la présence du conseil alors que le passage à l'acte est en cause ; le débat sur l'irresponsabilité ou l'atténuation de responsabilité pour troubles mentaux, la vérité psy-



chiatrice étant polluée par la recherche d'une solution judiciaire acceptable ; l'avis de l'expert sur la crédibilité lorsqu'un trait de personnalité ou une pathologie psychiatrique sont en faveur de la culpabilité ; l'évaluation de la dangerosité psychiatrique ou criminologique ou la recherche exclusive du risque zéro. Cet auteur souligne à son tour que la vérité n'est pas une, mais multiple, protéiforme, subjective, fuyante, évolutive, finalement totalement inaccessible même si l'on tente de s'en rapprocher en l'analysant avec précaution, prudence. Il conclut que « si l'expert psychiatre apporte bien sûr sa pierre au fragile édifice de la vérité judiciaire, celle-ci restera inéluctablement une vérité d'hommes et de femmes, donc susceptibles de se tromper. » [5].

### 3. FACTEURS LIÉS À L'ENQUÊTE ET AU JUGEMENT

#### 3.1. Les faux aveux

S'accuser alors que l'on est et que l'on se sait innocent est un problème qui interroge psychiatres, enquêteurs et juges depuis des décennies [6, 7]. Les auto-dénonciations ne sont pas toutes pathologiques. Il est classique dans la littérature européenne de citer la fausse confession utilitaire, altruiste (« sacrificielle »), par contrainte ou suggestion, émotive, perverse, cette dernière étant à la limite de la pathologie mentale. Pour leur part, Kassin et Wrightsman (1985) identifient trois types de fausses confessions judiciaires : 1) volontaires (attirer l'attention, besoin de notoriété) ; 2) par résignation sous la pression des policiers (faire cesser les menaces, mettre un terme à l'interrogatoire) ; 3) par auto-persuasion au cours de l'interrogatoire (suspect psychologiquement vulnérable face aux méthodes suggestives et manipulatrices des enquêteurs) [8].

Les faux aveux pathologiques sont symptomatiques d'une culpabilité imaginaire ou délirante [9, 10]. Sincères mais erronés, ces auto-accusations sont souvent extra-judiciaires et associées à des troubles suffisamment patents pour qu'aucune procédure ne soit engagée devant des faits inexistant, une expertise mentale levant les derniers doutes. Il existe cependant des cas où les faux aveux morbides ne sont pas identifiés comme tels par les autorités de police ou de justice, surtout si les faits allégués ont une existence réelle (crime commis par un autre) ou sont anciens [11]. Les causes les plus fréquentes de ces fausses confessions pathologiques sont l'alcoolisme chronique ou aigu (ivresse pathologique, delirium subaigu), les diverses dépressions (mélancolie en particulier), les états délirants aigus et chroniques (persécutés auto-accusateurs), le retard mental, les personnalités pathologiques (psychopathiques, histrioniques, obsession-

nelles), la mythomanie fabulante, les états démentiels et confusionnels [12]. Bien entendu, il y a souvent association entre ces troubles mentaux et il n'existe pas toujours de séparation nette entre faux aveux présumés normaux et ceux franchement pathologiques. Ainsi, par exemple, une personne simplement émotive et/ou suggestible reconnaîtra sa culpabilité lors d'une garde à vue face à des enquêteurs en situation d'autorité, un psychopathe fabulateur voudra se rendre intéressant devant un fait divers médiatique, etc.

#### 3.2. Les fausses accusations

Plus rares que les faux aveux, les fausses hétéro-accusations peuvent être volontaires et utilitaires (dénoncer un faux coupable pour échapper à la justice) ou pathologiques. C'est le cas des fausses accusations des délirants passionnels ou persécutés et des hétéro-accusations calomnieuses dans les mythomanies malignes et les hystéries graves (lettres anonymes, dénonciations). Fréquentes surtout chez les femmes et les enfants, ces accusations mensongères sont souvent à forme sexuelle (accusation de viol, de grossesse, d'agressions sexuelles sur enfants en bas âge). L'auto-hétéro-accusation en constitue une variante dans laquelle « le sujet accusateur avoue sa faute et dénonce ses complices ». La fausse allégation d'abus sexuels lors d'une séparation parentale pose le problème de la crédibilité de la parole de l'enfant « contaminé » par le discours et le comportement maternel. La mère peut en effet se persuader, et finalement persuader son enfant, que le malaise de celui-ci est le résultat de mauvaises attitudes du père, avant, pendant ou après ses séjours chez ce dernier. En relation de dépendance à l'adulte, l'enfant est alors victime des stratégies mises en place et tente de se conformer à ce qu'il croit que l'adulte attend de lui [13]. On a pu parler, dans ce contexte de divorce conflictuel, de fausse victime « par procuration » [14].

#### 3.3. Les fausses victimes

Le phénomène de la fausse victime est aussi ancien que celui du faux aveu ou de la fausse accusation. La reconnaissance par la justice du caractère fallacieux de certaines accusations va transformer les plaignants en fausses victimes. Paradoxalement, cette question n'a pas donné lieu à beaucoup d'études scientifiques. Nous inspirant du travail de Luauté et Saladini (2013), on peut classer les pseudo victimes en deux grandes catégories [15] :

- Les fausses victimes immorales qui ont l'intention de tromper volontairement autrui en inventant un scénario propre à susciter la compassion et/ou à mettre en cause un agresseur. Il s'agit ici des simulateurs, escrocs, déséquilibrés, pervers et mythomanes malins décrits par les auteurs classiques, certains de ces menteurs plus ou moins utilitaristes désirant



quelquefois mettre en cause un adversaire en utilisant la possibilité d'une incrimination pénale. Dans celles qui n'impliquent personne, on range les fausses victimes imaginaires d'un état de stress post traumatique, de catastrophes naturelles, de persécutions politiques. Parmi celles qui portent des fausses accusations contre autrui, il faut citer les fausses victimes de crimes et agressions sexuelles, de violence antisémite ou homophobe, d'enlèvement d'enfant.

- Les fausses victimes de bonne foi qui pensent sincèrement avoir été l'objet de mauvais traitements mais qui ont été condamnées pour dénonciation calomnieuse, les faits allégués étant imaginaires, délirants (personnalité ou délire paranoïaques) ou douteux. On classe dans cette catégorie plus actuelle les adultes qui croient avoir subi dans l'enfance divers sévices (inceste, pédophilie) et certains plaignants de harcèlement sexuel ou moral.

Les facteurs en cause dans ce phénomène sont à la fois individuels (intérêt, gloriole, malignité, faux souvenirs induits) et culturels (impacts des médias, société du spectacle, idéologie victimaire, concepts de pénibilité, de souffrance au travail et de harcèlement, diffusion populaire des notions psychiatriques et psychanalytiques) [15].

### 3.4. L'intime conviction et la décision

#### 3.4.1. Considérations générales

Loin d'être un phénomène psychologique réservé à l'activité du magistrat du siège dans ses jugements au tribunal correctionnel et à la cour d'assises, le concept d'intime conviction s'applique à bien d'autres domaines de la vie courante et de l'activité professionnelle en rapport avec la personne humaine. Nous passons notre existence à avoir des convictions intimes dans toutes sortes de domaines privés ou publics. Pour les décideurs concernés, même s'il existe des documents objectifs, il reste une part d'impondérable, d'incertitude qui relève d'une appréciation subjective, intuitive du problème en cause. Cette évaluation, ce jugement personnel se base sur l'intime conviction de celui ou celle qui possède l'autorité pour sélectionner, orienter, arbitrer, trancher, conclure, dire le droit pour le juge.

Les principaux critères généraux sur lesquels repose ce processus de décision qui forge la conviction et la solution qui en résulte sont les suivants : 1) la personne du décideur, son âge, son sexe, son histoire personnelle, ses connaissances, sa position sociale, son expérience et son savoir-faire, ses convictions morales et/ou confessionnelles, ses préjugés et partis pris, ses caractéristiques cognitives et émotionnelles conscientes et inconscientes ; 2) l'impression d'ensemble que donne celui qui comparaît devant le décideur, sa présentation, sa tenue, son attrayance, son

expression orale et corporelle, son état d'esprit ; 3) l'appréciation de la valeur des données objectives, des documents, des pièces matérielles ; 4) le contexte de la décision ; 5) le délai de réflexion dont dispose le décideur pour éclairer son jugement, lever l'incertitude, se déterminer, échapper à l'erreur ; 6) les règles et contraintes de la délibération et de la décision [16].

#### 3.4.2. L'intime conviction de l'expert

Ces éléments généraux, sur lesquels se fonde l'intime conviction de chacun face à un problème humain complexe, se retrouvent bien entendu dans l'exercice de la justice pénale et tout particulièrement dans la mission d'expertise psychiatrique ou psychologique. En sus de la position doctrinale de pensée, du type de formation professionnelle, des connaissances et des problématiques psychologiques du sachant, d'autres biais interviennent dans la pratique expertale. Citons pour mémoire, le silence, le mensonge, la réticence, la dissimulation, la manipulation, la simulation de l'expertisé, facteurs rendant difficile l'appréciation de l'authenticité des déclarations et des symptômes observés du fait de la brièveté des entretiens et de l'absence de procédés techniques objectifs utilisables. Par ailleurs, si l'expert prend connaissance des pièces du dossier avant l'examen, son diagnostic peut en être modifié, spécialement si la procédure elle-même repose sur des éléments erronés ou opposés, comme de faux aveux ou des aveux rétractés. En cas de contre-expertise, la communication du premier rapport peut là encore influencer les experts dans leur « jugement ». Si le même expert a examiné auparavant la victime, garde-t-il l'objectivité suffisante pour expertiser son agresseur ou est-il « victimisé » par porosité ? [5]. A l'exception d'une pathologie évidente confirmée par les antécédents du suspect, on ne peut nier qu'une part d'intime conviction personnelle du praticien, ce que certains appellent le « flair professionnel », entre dans les conclusions de l'expertise mentale. On dit parfois ironiquement que sur dix avis psychiatriques concernant une même personne, sept sont divergents et trois franchement contradictoires.

#### 3.4.3. L'intime conviction du juge

Là encore, des facteurs personnels, dont certains sont irrationnels et inconscients, s'expriment au stade de la construction du jugement avec des niveaux possibles de conflit (cognitif, psychique induit, psychique subjectif) [17]. Par l'exercice du doute méthodique, le magistrat professionnel ou occasionnel doit soupeser en raison et conscience la valeur des propos du prévenu/accusé, de la victime, des experts, des témoins, la valeur des arguments, preuves et indices, la qualité de l'enquête dans le contexte de l'affaire, la personnalité du suspect et son degré de responsabilité et dangerosité. Cette intime conviction, qui résulte théorique-





ment de l'examen sincère « dans le silence et le recueillement » des preuves et de leur concordance, est ainsi une opinion personnelle intuitive, une certitude morale de la culpabilité ou de l'innocence, en particulier dans les affaires difficiles (négaration des faits, absence de preuves scientifiques) ou complexes (pluralité d'auteurs, utilisation de moyens de mort inhabituels).

Le juge pénal, comme le juge civil, doit décider et par ses motifs rendre compréhensible, logique et raisonnable sa décision [18]. Le délibéré étant collectif, des effets de groupe (conformisme, soumission à l'autorité) interviennent de surcroît sur le résultat final d'un jury d'assises [19]. De plus, les travaux des neurosciences révèlent qu'à côté des processus cognitifs rationnels, analytiques et volontaires, les processus émotionnels implicites, non rationnels et involontaires, jouent un rôle central et premier dans la production de la pensée et du jugement moral. Ce n'est qu'après l'exercice des mécanismes émotionnels implicites que le raisonnement explicite prendrait le relais et tendrait à justifier *a posteriori* le produit du traitement émotionnel de l'information. Le chemin de la décision judiciaire passerait ainsi, comme pour toutes les décisions complexes et interactives, entre l'émotion et la raison [20].

## 4. VIOLENCE PHYSIQUE ET TROUBLE MENTAL

### 4.1. Ancienneté du problème

Les relations entre crime et folie étaient déjà connues des sociétés antiques, médiévales et pré-modernes. A titre d'exemples, citons la Bible (I.Samuel, 21, 11-15), Platon (*Lois*, IX, 864), le droit romain de l'époque classique (*Digeste*, 1, 18, 14 ; 9, 2, 5, 2), le droit canonique médiéval (*Clementinarum*, 5, 4, 1), le droit de l'Inquisition en 1376 (*Directorium inquisitorum*) et 1494 (*Repertorium inquisitorum*), le droit coutumier français de la seconde moitié du XIII<sup>e</sup> siècle (*Coutumes du Beauvaisis*, paragraphe 1575), l'ancien droit français (Cour de la Tournelle, arrêt Quignon de 1670) et anglais (William Blackstone, *Commentaries on the laws of England*, 1765-1769, IV, 2, 2). Dans toutes ces législations et jurisprudences, le furieux, l'insensé, le lunatique, l'imbécile ou l'idiot, le dément qui commettaient un crime échappaient à la peine de mort, sentence habituelle pour l'homicide, mais étaient enchaînés et placés par l'autorité en lieu de sûreté jusqu'au recouvrement de leur raison. Les aliénistes et psychiatres des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles consacreront à ces relations de nombreux ouvrages spécialisés. Parmi les classiques, on peut mentionner *La folie devant les tribunaux* de Legrand du Saulle en 1864, *Le crime et la folie* de Maudsley en 1874, *Des homicides*

*commis par les aliénés* de Blanche en 1878, *Psychiatrie médico-légale* de Claude en 1932, *Psychiatrie médico-légale* (1959) et *Anormaux et malades mentaux devant la justice pénale* (1960) de Porot et Bardenat [21].

### 4.2. Etudes épidémiologiques

Les recherches épidémiologiques les plus fiables et les plus valides scientifiquement confirment une association statistique positive entre violence et perturbations mentales [22]. Les preuves se sont ainsi accumulées pour indiquer que les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères ont un risque augmenté de criminalité en général et de criminalité violente en particulier. On trouvera dans l'article *Criminologie et psychiatrie* de l'EMC-Psychiatrie, l'ensemble de ces recherches jusqu'à l'année 2002 [1, 22]. Depuis cette date, d'autres études épidémiologiques ont été publiées. Pour ne pas alourdir le présent article, nous renvoyons simplement à ces travaux récents sans les détailler [23, 24]. On pourra encore consulter le rapport que la Haute Autorité de Santé (2010-2011) a consacré à la dangerosité des personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur. On y trouvera en particulier une synthèse bibliographique sur les recherches épidémiologiques et les facteurs de risque généraux et spécifiques de violence hétéro-agressive [25].

Deux revues critiques de la littérature scientifique concernant les relations entre criminalité violente et maladies mentales sévères doivent être citées ici. La première est celle de Dubreucq *et al.*, (2005) qui conclut que « contrairement à une opinion fréquente dans les milieux psychiatriques, les troubles mentaux graves représentent à eux seuls, sans abus d'alcool ou de drogues, un risque de violence physique envers autrui beaucoup plus élevé que celui de la population générale » [26]. La seconde de Richard-Devantoy *et al.*, (2009) note que « les schizophrènes, les délirants paranoïaques, les sujets souffrant d'un trouble de l'humeur représentent respectivement 3,6 à 10 %, 0,9 à 2 % et 2 à 8 % des auteurs d'homicides. Les maladies mentales graves augmenteraient de manière significative le risque de commettre un homicide, risque multiplié par deux chez les hommes et par six chez les femmes... Toutefois, ce risque est moins important que celui associé à un abus de substances ou à un trouble de la personnalité antisociale : 12 fois plus de risque de commettre un homicide par rapport à la population générale chez l'homme à 52 fois chez la femme en cas d'abus ou de dépendance à l'alcool et entre 10 et 29 fois chez l'homme en cas de trouble de la personnalité. » [27].

Si 80 à 85 % des meurtriers sont indemnes de maladie mentale grave (axe I de l'ancien DSM), il n'en reste pas moins vrai que la grande majorité de ces derniers souffrent d'autres « troubles mentaux » (répertoriés internationalement) pendant leur vie (addictions,



troubles de la personnalité, paraphilies) et/ou la période précédant et accompagnant le passage à l'acte (épisode dépressif ou psychotique bref, état de stress). L'ensemble de ces études suggère donc l'existence d'une relation entre trouble mental sévère et criminalité [25]. Ces mêmes recherches mettent en évidence l'importance de la comorbidité psychiatrique dans le domaine de la dangerosité criminelle : plus le nombre de diagnostics associés augmente chez un même patient, plus le risque de violence s'élève. Ainsi la comorbidité psychiatrique, qu'elle soit catégorielle (diagnostic de trouble mental) ou dimensionnelle (continuum) et comportementale transnosographique (dyscontrôle comportemental et passage à l'acte agressif) élève fortement la probabilité d'actes violents, auto- et hétéro-agressifs (suicides et homicides). Cette association est d'autant plus dangereuse qu'il s'agit d'un homme jeune, addictif, présentant une schizophrénie délirante sur fond de personnalité antisociale [22, 28, 29].

## 5. DANGÉROSITÉ

### 5.1. Considérations générales

Nous en proposons la définition suivante : « *Etat, 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* » [30]. La dangerosité peut se voir dans toutes les pathologies mentales. Elle est évolutive, transitoire ou durable, imminente parfois, fluctuant fréquemment avec le temps et les circonstances. Le risque peut être auto- et/ou hétéroagressif. Le passage à l'acte survient dans un contexte situationnel donné, à un moment particulier, intéressant un sujet et une victime donnés. L'accent est mis actuellement sur l'interaction d'un sujet et d'un environnement, la dangerosité devant être considérée en terme de dynamique de dangerosité particulière [31]. Pour un patient confronté à nouveau à une situation dans laquelle il est passé à l'acte, le risque de récidive est plus élevé.

### 5.2. Dangerosités criminologique et psychiatrique

Une constatation clinique s'impose tout d'abord. Il est peu fréquent qu'aucun élément psychopathologique ne soit retrouvé chez l'auteur d'une infraction violente majeure. Même en l'absence de troubles mentaux évidents et répertoriés selon les classifications internationales, on observera presque toujours un ou plusieurs des éléments suivants cités par les experts : une personnalité mal structurée, fragile, de l'immaturité, de l'égoïsme, une psychorigidité, des tendances obsessionnelles, des sentiments d'infériorité, des

défaillances narcissiques, une sexualité longtemps refoulée, un clivage familial à l'origine d'une mutilation de la vie émotionnelle, un surinvestissement familial et professionnel, une intelligence à la limite inférieure de la normale, etc. La clinique expertale révèle que 90 à 95 % des auteurs d'homicides présentent au minimum lors des faits quelques perturbations mentales, sans oublier que 10 à 15 % en moyenne souffrent de psychoses et/ou de troubles de l'humeur. Dans ces conditions, séparer dangerosités criminologique et psychiatrique en matière de crimes violents est inopérant, artificiel, arbitraire, voire « dangereux » en pratique médico-légale. Les indicateurs généraux de criminalité (sexe masculin, jeune âge, famille brisée ou abusive, échec scolaire, absence de qualification professionnelle et d'emploi, niveau socio-économique bas, célibat, marginalité, fréquentation des délinquants, usage de toxiques, contexte environnemental négatif) s'exercent aussi bien sur les malades mentaux que sur le reste de la population générale. L'évaluation de la dangerosité actuelle et du risque futur que peut présenter un agresseur doit donc porter à la fois sur les éléments relationnels, situationnels, la totalité des facteurs criminogènes connus, mais aussi sur les facteurs de désistance (abandon de la carrière criminelle) et les facteurs de protection (diminution du risque) : éducation normative, empathie, bon contrôle émotionnel, stabilité affective et professionnelle, attitude positive envers l'autorité avec intimidabilité pénale, encadrement familial et social de bonne qualité, prise en charge et traitements adaptés [32].

### 5.3. Quatre expressions de l'agressivité

La colère, la rage, l'impulsivité, l'hostilité, la rivalité, le ressentiment liés à des expériences réelles ou imaginaires d'humiliation et d'agression constituent les fondements, les motivations essentielles des comportements violents. Ces affects sont étroitement solidaires entre eux mais pour des raisons didactiques nous les évoquerons séparément.

#### 5.3.1. L'impulsivité

L'impulsivité est une dimension intéressante en matière de comportement violent dans l'appréciation du risque de récidive. Elle se définit comme une tendance à l'action avant la réflexion, une incapacité à se contrôler, à différer ses besoins, et s'accompagne d'un manque d'anticipation ou d'une mauvaise estimation des conséquences. L'impulsivité est parfois considérée comme un tempérament, lorsque cette dernière notion est comprise comme un trait biologiquement déterminé, un dysfonctionnement sérotoninergique et une vulnérabilité héréditaire étant souvent évoqués. C'est une dimension fréquente dans des entités nosographiques variées : psychoses, troubles bipolaires, personnalité antisociale ou *borderline*, abus de subs-



tances, paraphilies, pathologies cérébrales organiques, troubles des conduites, troubles du contrôle des impulsions, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'enfant ou l'adulte [33, 34].

Expression de l'impulsivité, l'impulsion est définie classiquement comme la tendance impérieuse à l'exécution rapide, irrésistible et irréfléchie d'un acte. Elle présente deux variétés. La première est l'impulsion protopathique ou réflexe qui est incoercible, explosive et aveugle, sans liaison avec les événements extérieurs et indépendante de la conscience. On la rencontre surtout au début des psychoses (stade pré-sémiologique de la schizophrénie), dans les états crépusculaires confusionnels et chez les retardés mentaux graves. La seconde, beaucoup plus importante en pratique, est constituée par le comportement impulsif. Ici, l'activité, en relation avec des événements extérieurs ou intérieurs connus, est consciente dans son déclenchement et son déroulement. On rattache aux impulsions les accès d'agitation et de fureur (delirium tremens, troubles bipolaires, schizophrénie, démence) ainsi que les raptus anxieux qui se produisent lors d'états émotionnels intenses (angoisse, colère, peur). On décrit surtout ces derniers chez les mélancoliques et les délirants passionnels.

### 5.3.2. La haine

Il s'agit d'un sentiment négatif caractérisé par le désir de nuire, de vouloir du mal ou la destruction d'une personne. Schématiquement, on peut discerner la haine ordinaire (« névrotico-normale »), habituellement consciente et parfois entretenue, la haine limite, telle qu'elle émerge des états borderline et des troubles obsessionnels-compulsifs, enfin la haine psychotique qui se manifeste par des fantasmes obsédants destructeurs, mutilateurs et homicides avec risque secondaire de passage à l'acte violent. Élément essentiel du « noyau psychotique », la haine est intimement liée à la colère, la rage, la fureur, l'hostilité, le ressentiment (préjudice). Son repérage et son évaluation (trait-état) chez le psychotique (schizophrénie, trouble délirant) devraient permettre d'affiner la prédiction de la dangerosité. Rappelons que les critères de la personnalité sadique, associés à ceux des personnalités antisociale et schizoïde, sont fréquents chez les meurtriers et les tueurs en série [35].

### 5.3.3. La colère

La colère, cette courte folie, fait partie elle aussi des grands oubliés de la psychiatrie médico-légale où elle joue pourtant un rôle central transnosographique. De la colère froide de l'héboïdophrène à la rage du paranoïaque jaloux, toutes les formes cliniques de colères plus ou moins pathologiques peuvent s'exprimer dans les conduites hétéro-agressives : crises clastiques en milieu familial de l'alcoolique, colère délirante du borderline homicide, colère sexualisée du violeur

dominateur, explosions coléreuses du psychopathe frustré ou du dépressif stressé, attaques de violence possessive et destructrice du narcissique abandonné, trouble explosif intermittent, etc. L'évaluation clinique et par des méthodes scientifiques des états de colère et de la colère comme trait de personnalité nous semble une priorité en matière d'estimation du risque de violence. Précisons que certaines colères peuvent être simulées ou volontairement provoquées dans un but stratégique de défense et d'intimidation [36]. Voies de fait et homicides suivent souvent une situation de dispute et de colère entre personnes apparentées (dramas familiaux) ou non apparentées (dramas par conflit entre inconnus ou ennemis).

### 5.3.4. L'ébriété agressive

Si l'ivresse extatique du délirant mystique est hors de propos ici, il n'en est pas de même des diverses ivresses pathologiques toxiques si communes dans les agressions physiques. Il faut citer en premier la classique et fréquente ivresse alcoolique excito-motrice avec amnésie consécutive, mais aussi les ivresses délirantes, hallucinatoires ou confuses. En dehors de l'ivresse anormale, chacun sait que la simple ébriété, dans une situation particulière de discussion conflictuelle ou de dispute, peut favoriser la violence verbale et physique.

## 6. FACTEURS ET PRÉVISION DU RISQUE

Certaines variables en relation avec la dangerosité pour autrui sont fréquemment mises en évidence dans les travaux portant sur la violence et le risque de réitération [25, 30, 37, 38, 39, 40, 41]. Outre l'âge (15 à 30 ans) et le sexe masculin, nous classerons ici l'ensemble de ces indicateurs pronostiques selon un plan différent plus adapté à l'évaluation d'un individu susceptible de commettre une agression contre autrui ou de récidiver.

### 6.1. Prédicteurs liés à l'enfance du sujet

- troubles périnataux ;
- milieu familial brisé et abusif ;
- antécédents d'adversité, négligences, abus ;
- perte précoce d'un parent, rupture familiale ;
- éducation froide, hostile, permissive ;
- manque de supervision des parents ;
- placements familiaux ou institutionnels ;
- retard mental ;
- maladie somatique grave, hospitalisation ;
- trouble des conduites sévère ;
- trouble oppositionnel avec provocation ;
- trouble déficit de l'attention/hyperactivité ;
- tendances incendiaires, énurésie et cruauté envers les animaux ;
- auto-violences, mutilations, tentatives de suicides ;





- absentéisme et échec scolaires.

## 6.2. Prédictors liés aux antécédents médicaux

- handicap physique visuel, auditif, moteur, sexuel, malformation ;
- accidents corporels multiples ;
- traumatisme crânien.

## 6.3. Prédictors liés aux antécédents criminels

- précocité de la délinquance violente ;
- nombre, type et gravité des infractions ;
- condamnations pour violences physiques ou sexuelles ;
- nombre et durée des incarcérations ;
- non-lieux pour troubles mentaux ;
- minimisation ou déni de la responsabilité.

## 6.4. Prédictors liés à l'état mental

- immaturité psychologique, intellectuelle et morale ;
- mentalisation et verbalisation déficientes ;
- introspection difficile ;
- difficulté à communiquer avec autrui ;
- caractère extraverti avec anxiété ;
- hyperémotivité, instabilité émotionnelle ;
- tendance au mensonge, à la manipulation, au parasitisme ;
- égoïsme, absence de compassion, inaffectivité ;
- fanatisme politique, religieux ;
- fantasmes déviants agressifs, sexuels, incendiaires, sadiques ;
- comportement imprévisible, irrationnel ;
- colère pathologique, hostilité ou ressentiment chroniques ;
- impulsivité pathologique, perte de contrôle ;
- subexcitation ou excitation ;
- conduite addictive, ivresse pathologique, jeu pathologique ;
- paraphilie, sadisme sexuel ;
- dépression sévère, trouble bipolaire ;
- personnalité antisociale, borderline, paranoïaque, sadique ;
- symptômes psychotiques positifs ;
- schizophrénie, paranoïa ;
- délire de persécution, de jalousie ;
- désignation nominale des persécuteurs ;
- hallucinations impératives ;
- exaltation passionnelle ;
- forte adhésion aux idées délirantes ;
- sentiment général d'atmosphère persécutive ;
- forte intensité des symptômes, anxiété majeure.

## 6.5. Prédictors liés au mode de vie et aux attitudes sociales

- célibat ;

- absence de domicile ;
- inadaptation socio-familiale ;
- absence de qualification professionnelle ;
- absence d'emploi régulier ;
- instabilité relationnelle ;
- marginalité, toxicomanie, trafic de drogue, prostitution ;
- port d'arme, accès à des instruments de violence ;
- conduite automobile dangereuse, autres conduites à risques ;
- fréquentation des délinquants, des prostituées ;
- attitude de victime, vécu d'injustice, critique systématique de la société.

## 6.6. Prédictors liés à la situation précriminelle

- situation de crise, de rupture, état de stress ;
- apparition d'un état dépressif ;
- idées de suicide ou d'homicide ;
- abus d'alcool et de stupéfiants ;
- activité et intensité des fantasmes agressifs et sexuel déviants ;
- évolution récente des troubles mentaux ;
- épisode fécond délirant ;
- plan concret d'agression ;
- forte intentionnalité de faire mal.

## 6.7. Prédictors liés à la victime virtuelle

- proximité affective et géographique avec la victime ;
- menaces de mort à l'endroit de la victime ;
- victime hostile, provocatrice, dépendante, imprudente, jeune, de sexe féminin, handicapée, malade mentale, privée de liberté.

## 6.8. Prédictors liés à la prise en charge

- incapacité à demander de l'aide ;
- échec répété des tentatives de réinsertion ;
- absence de projets d'avenir réalistes ;
- attitude négative à l'égard des interventions ;
- manque de référent médical et social ;
- mauvaises relations avec l'entourage personnel et soignant ;
- manque d'adhésion à la prise en charge ;
- absence, refus, inefficacité du traitement psychiatrique ;
- longue durée de psychose non traitée.

## 6.9. Prévision du risque

L'analyse de ces facteurs de dangerosité, de leur association et des facteurs protecteurs peut donner une bonne indication de l'importance du risque statistique théorique de passage à l'acte violent et de récidive. Le reste est affaire d'éléments circonstanciels, situationnels ou tenant à la nature et à l'attitude de la future victime. Les principaux prédictors de récidive



générale ont été résumés par Gendreau *et al.*, (1996) dans une importante méta-analyse. Les facteurs statistiques sont par ordre d'importance décroissante les antécédents criminels, l'âge, les méthodes d'éducation parentale, les antécédents de comportements antisociaux dans l'enfance ou l'adolescence, l'ethnicité, la structure familiale, le sexe masculin, le fonctionnement intellectuel, le statut socio-économique. Les facteurs dynamiques sont l'existence d'une personnalité antisociale, la fréquentation de délinquants, des comportements antisociaux, un conflit interpersonnel, l'absence de réussite sociale, l'abus de substances, la détresse personnelle [42]. Le meilleur indicateur du risque de récidive criminelle reste cependant la précocité, la fréquence et le type des antécédents judiciaires, la probabilité qu'une personne commette des actes de violence étant notablement plus élevée si celle-ci a déjà été violente jeune.

L'estimation de la probabilité de criminalité ultérieure passe maintenant obligatoirement par l'utilisation d'instruments ou de guides permettant au praticien de ne rien oublier d'essentiel et complétant les données objectives et subjectives de l'examen clinique. Malgré l'intérêt évident de ces outils utilisant les paramètres corrélés à la dangerosité et à la récidive, il faut insister sur l'incertitude du pronostic d'un passage à l'acte violent. Les prévisions doivent en effet laisser une place à l'imprévisible en matière d'activité humaine et de circonstances, ces dernières étant une variable très aléatoire, un élément conjoncturel. Prédiction ne veut pas dire certitude, le comportement individuel étant très complexe et ne pouvant se réduire à un bilan clinique, instrumental et biologique. Il va de soi qu'on ne peut inscrire le destin d'un individu dans quelques items d'une échelle d'évaluation criminelle ni qu'il faut prendre les résultats de ces instruments au premier degré, sans discussion critique, sans tenir compte de leurs limites théoriques et pratiques, du contexte, des éléments cliniques et évolutifs. Les scores à ces grilles expriment simplement un ordre de grandeur statistique, un éclairage et ils ne doivent pas entraîner de décision concordante directe [43, 44].

Les instruments dits « cliniques structurés » prennent en compte à la fois des variables « statiques » liées au passé, comme les outils actuariels, mais aussi des variables « dynamiques » liées au présent et au futur. Une nouvelle génération d'instruments intégrant et synthétisant les connaissances accumulées voit actuellement le jour mais leur mise en oeuvre est complexe [44]. Quoiqu'il existe maintenant de nombreux outils d'évaluation du risque pour soi-même et les autres, deux d'entre eux semblent particulièrement intéressants en psychiatrie légale : la *Psychopathy Checklist révisée (PCL-R)* de Hare *et al.* (1990) [45] et la *Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START)* de Webster *et al.* (2006) [46].

## 6.10. Lutte contre la récidive

Il s'agit là encore d'un problème extrêmement complexe qui pose la question du sens et des finalités de la peine, les moyens et les méthodes de prise en charge et de réinsertion en milieu fermé ou dans la communauté, le rôle des acteurs de justice, l'évaluation des personnes concernées [47]. L'évaluation aux stades présentenciel et postsentenciel nécessite l'utilisation d'instruments scientifiques objectifs dans le cadre d'un protocole standard national [48].

## 7. APPROCHE CLINIQUE

### 7.1. Généralités

La démarche consistant à concevoir un crime uniquement à partir de la psychopathologie de son auteur et du diagnostic est certainement réductrice [31]. Les crimes commis par les malades mentaux s'inscrivent dans une dynamique criminogène propre au patient, à sa situation et à l'environnement sociodémographique, processus plus ou moins long jalonné de complications, drames existentiels et situations frustrantes. L'étude d'un passage à l'acte criminel devra prendre en considération le contexte général et particulier ainsi que les facteurs liés à l'agresseur et à la victime.

La comorbidité est également importante à considérer. Dans l'étude de Swanson *et al.* (1990) menée avec une méthodologie rigoureuse, la fréquence de la violence augmente avec le nombre de diagnostics catégoriels pour un même patient [49]. Cette comorbidité, qu'elle soit diagnostique catégorielle ou dimensionnelle augmente considérablement le risque de violence et d'hétéro et/ou autoagression [28, 49]. La comorbidité entre un trouble mental et un abus de substances est associée à un risque accru de comportement violent, en particulier dans la schizophrénie [25].

Une comorbidité avec des pathologies neurologiques ou médicales est également possible, leur recherche devant faire partie du bilan organique systématique, comme d'ailleurs les examens de laboratoires. Les facteurs organiques pouvant être associés à l'agressivité violente et impulsive sont les démences, la maladie de Huntington, le syndrome psycho-organique, les lésions cérébrales, le syndrome de Korsakoff, certaines déficiences intellectuelles, plus exceptionnellement une hypoglycémie ou une hyperthyroïdie [22, 50].

La dimension suicidaire est également importante à considérer du fait des relations étroites entre homicide et suicide [37]. Dans leur recherche, Asnis *et al.* (1997) trouvent que 91% des auteurs de tentatives d'homicide avaient des antécédents de tentative de suicide et que



86% des idéations homicides s'accompagnaient d'idées suicidaires [28]. En définitive, l'étude de la personnalité, de traits dimensionnels comme l'impulsivité, de symptômes actifs comme la présence d'hallucinations, d'un délire, d'idées suicidaires ou d'accès de colère incontrôlable est probablement plus intéressante en matière de comportements violents que celle de catégories diagnostiques spécifiques [51, 52].

## 7.2. Schizophrénie

Les schizophrénies sont considérées comme les maladies mentales sévères statistiquement les plus crimino-gènes. Lindqvist et Allebeck (1990) ont réalisé une étude longitudinale sur une période de 14 ans, portant sur 644 schizophrènes (critères DSM-III-R) nés entre 1920 et 1959 à Stockholm. Ce travail met en évidence un risque relatif d'infraction criminelle de 1,2 pour les hommes et de 2,2 pour les femmes par comparaison à la population générale suédoise. Ces malades avaient commis 4 fois plus d'infractions violentes que la population générale [53]. Une étude longitudinale portant sur des hommes schizophrènes à Londres retrouve un rate ratio à 3,1 d'infractions violentes, plus élevé que pour les autres troubles mentaux [54]. Les recherches les plus récentes confirment les facteurs liés au risque de violence chez les schizophrènes. Hodgins *et al.* (2003), pour une période de 12 mois après la fin de l'hospitalisation de 128 hommes schizophrènes ou schizo-affectifs, notent l'importance de la combinaison de symptômes positifs majeurs et de symptômes de détresse (anxiété, dépression), les items cliniques de l'HCR-20 paraissant pertinents pour prédire la violence chez ces patients [55]. Swanson *et al.* (2006) trouvent que le jeune âge, les troubles des conduites dans l'enfance et les antécédents criminels, ainsi que cinq symptômes psychotiques (hostilité, méfiance/persécution, syndrome hallucinatoire, mégalomanie, hyperactivité) sont significativement associés à un risque de violence grave [56]. Soyka *et al.* (2007) analysant les scores criminels de 1662 schizophrènes des deux sexes hospitalisés à Munich entre 1990 et 1995, constatent que 169 (10,2 %) d'entre eux seront condamnés pour une infraction violente ou non violente dans les 7 à 12 ans après leur sortie de l'hôpital. Un syndrome d'hostilité à l'admission et à la sortie, un manque d'insight à la sortie sont les prédictors de violence et de récurrence mis en évidence [57]. Il est à noter qu'en France, les schizophrènes dangereux représentent actuellement de 60 à 70 % des admissions en unité pour malades difficiles.

Le passage à l'acte, en particulier homicide, inaugurant la maladie est classique, (schizophrènes *early-starters*). Il est souvent un mode de révélation de troubles évoluant depuis longtemps, passés inaperçus ou encore dissimulés par le patient et son entourage. D'autres patients commettent une infraction grave ou

commencent une carrière criminelle plus tardivement, à l'âge adulte (*late-starters*). Les violences physiques envers les personnes concernent principalement les proches, préférentiellement les parents ou des personnes connues. L'acte se caractérise classiquement par sa gravité, son acharnement sur la victime, l'utilisation fréquente d'une arme d'opportunité, celle qui « tombe sous la main ». Les formes paranoïdes et héboïdophréniques sont fréquemment en cause. Les thèmes délirants de persécution, de menaces et d'influence avec idées d'emprise et de contrôle idéique sont les plus criminogènes, ainsi que les délires mystiques ou de possession sexuelle. L'agression peut être soudaine, imprévue, sans signe annonciateur, ou à l'inverse survenir dans un contexte clinique bruyant, au cours d'une phase productive de la maladie. L'absence de culpabilité, la froideur et l'indifférence caractérisent les crimes perpétrés par les héboïdophrènes. Aucune infraction n'est spécifique de la maladie, le trafic de substances illicites, le vol, l'escroquerie, la conduite automobile délictueuse, l'incendie volontaire et le harcèlement n'étant pas rares. Notons la fréquence des fantasmes sexuels agressifs et pervers chez ces patients qui peuvent commettre des infractions sexuelles [58, 59]. Le risque de violence est fortement majoré en cas d'association avec un abus de substance, un trouble de l'humeur, un trouble de la personnalité le plus souvent antisociale, mais aussi paranoïaque ou narcissique. Le schizophrène peut également commettre un délit non directement liée à sa pathologie (vol utilitaire). Signalons que certaines schizophrénies peuvent se structurer plus ou moins durablement sur un mode paranoïaque.

## 7.3. Paranoïa

Les délires paranoïaques ont une réputation classique de dangerosité. Le passage à l'acte, que l'on pourrait croire *a priori* prémédité et organisé, est le plus souvent émotionnel, expressif et impulsif, quoique s'inscrivant dans une démarche paralogique de revendication, de préjudice ou de persécution [60, 61]. Le patient se vit comme une victime, cherchant à se faire justice. Le crime est considéré comme juste et mérité, ayant valeur de châtiment et d'exemple. Il peut apaiser momentanément la symptomatologie délirante. Le mécanisme psychodynamique est la projection, le patient persécuté tuant pour se protéger ou se venger. La dangerosité est proportionnelle à l'hyperthymie, à l'exaltation passionnelle, à la dépression, à l'association avec des conduites addictives (alcoolisme chronique). Pour le patient, l'agression correspond à une réaction de légitime défense. Elle n'est ainsi presque jamais suivie d'un sentiment de regret ou de culpabilité. Les attitudes de l'entourage, avec parfois dérision ou hostilité, réactivent et majorent l'agressivité délirante.

Les homicides sont généralement précédés de menaces verbales ou physiques (avertissements) qui



doivent faire redouter une escalade vers un acte majeur. Les victimes sont le conjoint et/ou le rival dans le délire de jalousie, souvent le voisinage proche dans le délire de persécution, le ou les persécuteurs, le médecin dans la rare hypocondrie délirante, parfois un inconnu assimilé à un persécuteur ou tué accidentellement. L'érotomanie, dans sa phase tardive de rancune, peut quelquefois entraîner l'homicide de l'objet du délire ou d'une personne de l'entourage considérée comme faisant obstacle. Les atteintes contre les biens consistent en dégradations ou incendies souvent prémédités sur une période volontiers prolongée. Les moments privilégiés pour les troubles médico-légaux sont les épisodes féconds du délire, les périodes d'alcoolisation et de dépression. Parmi les éléments cliniques devant faire craindre une agression figurent la conviction délirante inébranlable et l'existence d'un persécuteur désigné.

#### 7.4. Episodes psychotiques aigus

Les classiques bouffées délirantes aiguës (schizophrénies aiguës) ou épisodes confusodélirants aigus (*delirium*) se caractérisent par un vécu délusoire intense avec bouleversement de la vie émotionnelle et sentiment de déréalisation, l'altération de la conscience pouvant s'accompagner d'hallucinations visuelles effrayantes. Les thèmes délirants sont volontiers mystiques et/ou de persécution. Le patient peut commettre une agression en cherchant à se défendre contre ses persécuteurs imaginaires, sous l'emprise d'hallucinations auditives impératives ou d'un syndrome d'influence lui intimant ou suggérant l'ordre de tuer. Le passage à l'acte est violent, soudain, impulsif. Les atteintes contre les biens consistent en dégradations, vols, incendies.

#### 7.5. Personnalités pathologiques

Les personnalités antisociales et *borderline* sont les plus représentées dans les comportements déviants et antisociaux. Les études montrent une prévalence de la personnalité antisociale (échelle de psychopathie de Hare, PCL-R) chez les détenus de sexe masculin habituellement plus élevée (de 3 à 39 %) que dans la population générale (2 à 3 % chez l'homme) [62]. Les comportements agressifs envers autrui émaillent la biographie de ces patients. Ils sont volontiers réalisés de façon impulsive, sans préméditation, étant favorisés par l'abus d'alcool ou de substances pour lesquels ces personnes ont une appétence particulière. Ces actes peuvent également être le fait d'une complication psychiatrique, spécialement un état délirant ou dépressif. Les atteintes contre les biens sont fréquentes (vols, escroqueries, dégradations...). L'absence de sens moral ou éthique est classique, ces psychosociopathes n'éprouvant habituellement pas de culpabilité ou de remords et rejetant la responsabilité de leur violence sur la victime ou la société.

Une étude de Coid (1992) portant sur 260 sujets des deux sexes placés dans des hôpitaux de sécurité maximum en Grande-Bretagne après un comportement criminel majeur, retrouve une prévalence élevée de troubles de la personnalité sur l'axe II du DSM-III, avec des diagnostics souvent multiples et associés à des troubles de l'axe I. Cette prévalence était respectivement de 69 % pour la personnalité limite, 55 % pour la personnalité antisociale, 48 % pour la personnalité narcissique, 47 % pour la personnalité paranoïaque, les autres troubles de la personnalité se situant entre 7 et 31 % [63]. Des meurtres de masse peuvent être commis par des individus ayant des traits de personnalité paranoïaque et/ou narcissique et se sentant offensés [64].

La personnalité sadique était définie dans le DSM-III-R comme un ensemble envahissant de comportements cruels, agressifs ou dégradants pour autrui, débutant de façon précoce à l'âge adulte et se caractérisant par la survenue répétée d'au moins quatre des critères suivants : recours à la cruauté ou à la violence physique dans l'intention de dominer quelqu'un, humiliation et dégradation de personnes en présence d'autrui, fait de maltraiter ou de punir de façon particulièrement dure une personne sous ses ordres, plaisir devant les souffrances physiques ou psychologiques d'autrui (animaux compris), mensonge pour blesser ou faire souffrir autrui, fait de contraindre autrui à faire ce que l'on souhaite par intimidation voire terreur, restriction de l'autonomie de ses proches, fascination pour la violence, les armes, les arts martiaux, les blessures ou la torture. Ces comportements ne devaient pas être dirigés contre une personne unique (enfant, conjoint) et ne pas avoir pour but une excitation sexuelle comme dans le sadisme sexuel.

Stone (1998) insiste pour que soit conservé le trouble personnalité sadique malgré sa disparition actuelle du DSM. Cet auteur a repris 297 biographies de meurtriers parues dans des ouvrages destinés au grand public. L'analyse de ces biographies lui a permis d'établir que 196 de ces sujets réunissaient les critères de la personnalité sadique (71 % des hommes et 41 % des femmes). Parmi les meurtriers en série, 92 % recevaient un diagnostic de personnalité sadique et 96 % avaient un score significativement élevé à l'échelle de psychopathie de Hare (PCL-R). Le sadisme sexuel (critères DSM-IV) était retrouvé chez 95 % des meurtriers en série de sexe masculin. Les traits de personnalité sadique, antisociale et schizoïde apparaissaient comme une constellation fréquente dans la population des auteurs d'homicides sexuels en série [65].

#### 7.6. Troubles de l'humeur

##### 7.6.1. Généralités

Les troubles de l'humeur ont été longtemps sous-estimés parmi les facteurs pathologiques concourant à la dangerosité. En effet, si les formes majeures sont bien





reconnues, les formes masquées, atténuées ou atypiques ne sont pas toujours diagnostiquées comme telles, étant souvent qualifiées troubles de la personnalité antisociale, borderline ou hystérique [66]. La comorbidité psychiatrique (addiction en particulier) peut par ailleurs dissimuler le trouble thymique. De nombreuses études montrent une association modérée mais significative entre troubles affectifs en général et risque de violence [67, 68]. Une méta-analyse récente conclut que 9,8 % des sujets ayant un trouble bipolaire ont eu des condamnations pour infractions violentes contre seulement 3,5 % des sujets contrôles de la population générale [69]. Les travaux épidémiologiques mettent en évidence la fréquence élevée des troubles affectifs typiques (épisode dépressif majeur, troubles bipolaires) chez les détenus des deux sexes et plus particulièrement chez les auteurs d'homicides où dépression et comorbidité paraissent souvent directement en cause dans le passage à l'acte [70]. L'association avec un abus de substance, des antécédents de violence et des facteurs familiaux, génétiques et d'environnement joueraient un rôle important dans l'augmentation du risque de dangerosité des malades souffrant de troubles de l'humeur [70].

Ce risque paraît loin d'être négligeable dans le domaine des infractions sexuelles : Kafka et Prentky (1994) trouvent chez 60 agresseurs sexuels paraphiles et non paraphiles, 74 % de troubles de l'humeur dont 53 % de dysthymies précoces, 47 % d'alcoolisme et 47 % de troubles anxieux (phobies sociales) [71] ; McElroy *et al.* (1999) diagnostiquent *a posteriori* chez 36 agresseurs sexuels récidivistes adultes incarcérés aux États-Unis, 61 % de troubles de l'humeur, dont 36 % (13 cas) de bipolarité, 83 % de conduites addictives, 58 % de paraphilies, 39 % de troubles du contrôle des impulsions, 36 % de troubles anxieux et 17 % de troubles alimentaires [72] ; Galli *et al.* (1999) constatent *a posteriori* 82 % de troubles de l'humeur, dont 55 % (12 cas) de troubles bipolaires, parmi 22 jeunes agresseurs sexuels d'enfants [73].

### 7.6.2. Episode dépressif majeur

La bipolarité de type I (BP I) ou II (BP II) s'accompagne de périodes d'impulsivité agressive à l'origine d'actes suicidaires et/ou parfois meurtriers, notamment intrafamiliaux. L'homicide « altruiste » du mélancolique, s'inscrivant dans un contexte de suicide élargi ou étendu, est classique quoique rare en pratique. Les formes cliniques anxieuse et surtout délirante sont prévalentes. Les thématiques délirantes sont des idées de ruine, de culpabilité, de persécution, mystiques ou hypochondriaques. La préméditation avant le crime est habituelle et dissimulée, comme pour le suicide. Ces homicides sont essentiellement des infanticides et des libérides commis par les mères, des uxoricides ou des familicides commis par les conjoints.

Il existe une proportion importante, allant de 36 à 75 %, d'états dépressifs avant les faits criminels selon les études [74]. Il est très probable que le potentiel crimino-gène de la dépression et des idées suicidaires soit sous-estimé par les cliniciens et dans les expertises [37, 75]. Le suicide ou sa tentative chez les meurtriers est un phénomène loin d'être exceptionnel puisque sa fréquence varie de 2 à 6 % aux États-Unis à 42 % au Danemark [52, 76]. Ces meurtres-suicides intéressent surtout des criminels passionnels (séparation conjugale, infidélité), des mères dépressives auteurs de libérides, des pères de famille ou des couples âgés et déprimés souffrant d'affections physiques invalidantes ou douloureuses [52]. Dans les pactes suicidaires, définis comme un accord mutuel entre deux personnes décidant de mourir ensemble, la dépression est également fréquente en particulier pour l'instigateur du double suicide [77].

Les relations entre dépression et agressivité, entre idées de meurtre d'autrui et de suicide sont décrites depuis longtemps par les psychanalystes. La colère, l'hostilité et l'irritabilité sont en particulier fréquentes dans les états dépressifs unipolaires [78]. Dans l'étude de Swanson *et al.* (1990), la proportion de déprimés rapportant un comportement de violence dans l'année écoulée (12 %) était équivalente à celle de sujets présentant une schizophrénie ou un trouble schizophréniforme [49]. Les idées et comportements homicides et suicides paraissent également fortement corrélés [28]. Les mouvements dépressifs et suicidaires nous paraissent s'inscrire parmi les meilleurs prédicteurs de dangerosité à court terme, en particulier en cas d'association à une situation de crise existentielle (séparation de couple, épisode passionnel), une pathologie psychotique, un trouble de la personnalité, un abus d'alcool ou de substances [37].

### 7.6.3. Episode maniaque

Dans l'accès maniaque, les actes médico-légaux sont de moindre gravité que dans la dépression : invectives, menaces, outrages, fraudes, abus de confiance, vols, escroqueries, grivèlerie, ébriété, violences légères, destructions d'objets, exhibitionnisme et gestes impudiques, infractions au Code de la route. Les agressions sexuelles avec violence physique sont plus exceptionnelles. Ces patients sont souvent victimes d'abus sexuels du fait de la libération instinctuelle au cours des épisodes.

Les actes de violence physique envers autrui sont possibles si le maniaque est heurté de front ou se sent victime d'une humiliation ou de moqueries auxquelles son comportement l'expose. Le sentiment de toute-puissance, la grande estime de soi, l'euphorie, l'impulsivité peuvent amener à des affrontements avec les personnes représentant l'autorité (policier, médecin). La préméditation est classiquement absente du fait de la fuite des idées et de l'excitation psychomotrice favorisant peu les comportements élaborés. Les productions délirantes



paranoïdes (persécution), l'agitation incoercible et furieuse, la colère, la consommation d'alcool, les antécédents violents, un trouble anxieux ou de la personnalité, un virage de l'humeur augmentent la dangerosité [66, 74].

#### 7.6.4. Trouble schizo-affectif

La présence simultanée et permanente de symptômes thymiques (dépressif, maniaque ou mixte) et schizophréniques pendant une même période ininterrompue de maladie, associée souvent à un abus de substance, cumule théoriquement les risques potentiels de violence liés aux troubles de l'humeur et aux troubles psychotiques. En fait, on manque d'informations statistiques précises sur la criminalité de ces patients.

#### 7.6.5. Autres troubles de l'humeur

Les accès d'hypomanie paraissent davantage exposer au comportement violent sexuel et non sexuel que les états maniaques typiques. Il en est de même des états mixtes qui, en raison de leur important potentiel énergétique, de leur excitation psychomotrice, de leur impulsivité, de leur hypersyntonie à l'environnement et leurs affects dépressifs associés, sont à haut risque auto- et hétéro-agressif [66]. Les troubles dysthymique et cyclothymique comprennent des sentiments d'irritabilité et de colère qui favorisent les conflits interpersonnels et les conduites antisociales. La dépression récurrente brève est quelquefois à l'origine de meurtres sur l'entourage, tout spécialement les enfants, au cours d'épisodes de niveau mélancolique dans un contexte de conflit familial grave [79]. Le syndrome prémenstruel avec ses modifications de l'humeur (dépression, irritabilité, agressivité) n'est pas sans incidence médico-légale. Dalton (1980) a montré que de nombreuses femmes auteurs de violences graves passent à l'acte pendant cette période [80].

### 7.7. Conduites addictives

#### 7.7.1. Considérations générales

L'alcool comme l'usage ou l'abus de substances augmentent la criminalité et les comportements agressifs pour les malades comme pour les sujets indemnes de troubles [49]. La prévalence des troubles abus et/ou dépendance à l'alcool ou d'autres substances est également plus élevée parmi les personnes souffrant de troubles mentaux [81]. Dans l'étude de Hodgins *et al.* (1996), une proportion significativement élevée de sujets avec un diagnostic primaire de dépendance à l'alcool ou d'autres substances avaient commis des infractions violentes, respectivement 10 % (alcool) et 13 % (autres substances) pour les hommes et deux fois le même taux de 1,6 % pour les femmes [82]. Dans les études portant sur des

cohortes de naissance et dans les études de cohortes non biaisées ou d'échantillons d'auteurs d'homicide, des antécédents d'abus de substances et d'intoxication ont été retrouvés comme augmentant le risque de comportement criminel violent ou non [82, 83, 84, 85, 86]. Dans une recherche menée en Finlande sur 1423 auteurs d'homicides, les schizophrènes avaient ainsi un risque relatif d'homicide respectivement de 7 et 5 fois supérieur pour les hommes et les femmes non alcooliques en comparaison avec des sujets indemnes de troubles, ce risque s'élevant à respectivement à 17 et 80 fois plus en cas de diagnostic secondaire de trouble lié à l'usage d'alcool [84]. Les mêmes conclusions ressortent de l'analyse des données de l'étude Epidemiologic Catchment Area (ECA) aux Etats-Unis sur les comportements agressifs rapportés par les sujets : les troubles mentaux majeurs augmentent la fréquence de ces agressions, le risque s'accroissant encore en cas d'association à un usage de substances [49, 81].

#### 7.7.2. Alcoolisation et alcoolisme

L'association entre alcool et crime violent a été démontrée de façon extensive, aussi bien dans les violences domestiques qu'extrafamiliales. Les mécanismes invoqués sont une désinhibition, l'impulsivité, la perte de contrôle. Les ivresses aiguës, pathologiques ou non pathologiques peuvent ainsi entraîner un passage à l'acte médico-légal, pouvant aller jusqu'à l'homicide. Dans l'alcoolisme chronique, les troubles du caractère avec labilité émotionnelle, irritabilité et agressivité, manifestations d'intolérance envers l'entourage ou la détérioration intellectuelle peuvent également favoriser un acte criminel. L'alcoolisme peut en outre entraîner des psychoses délirantes chroniques à thèmes de persécution ou de jalousie. Le delirium tremens provoque parfois un passage à l'acte violent avec amnésie lacunaire et idées fixes post-oniriques. L'alcoolisme favorise également les agressions sexuelles intra- ou extrafamiliales. La prise d'autres substances est parfois associée. Indépendamment de toute pathologie, l'alcool est quelquefois consommé volontairement dans un but anxiolytique pour se donner le courage de passer à l'acte. L'association d'une dépendance sévère à l'alcool et d'une personnalité antisociale augmente nettement le risque de commettre un homicide [83]. De nombreux patients hommes et femmes présentant une personnalité antisociale ont également un alcoolisme de type 2. Ce type d'alcoolisme génétique se caractérise par un alcoolisme des parents de sexe masculin, un début précoce avec consommation d'alcools forts (avant l'âge de 25 ans), une faible dépendance, des comportements violents répétés en cas d'ivresse [87].

#### 7.7.3. Abus de substances

De nombreuses études montrent une association entre abus de substances et criminalité, la polytoxico-



manie étant particulièrement fréquente parmi les délinquants incarcérés. L'abus de substances et la dépendance peuvent être à l'origine d'une délinquance économique ou utilitaire, par besoin de se procurer le ou les produits licites (médicaments) ou illicites (non autorisés) : trafic, vols s'accompagnant de violences, recours à la prostitution.

Certaines substances entraînent des manifestations psychiatriques favorisant des comportements criminels ou violents. Un effet confusiogène peut être observé, particulièrement en cas d'abus de cannabis ou avec l'association cannabis et alcool. Des épisodes paranoïdes violents sont possibles avec les psychostimulants, la phencyclidine (PCP), les hallucinogènes, les barbituriques d'action rapide. Un effet désinhibiteur avec libération instinctuelle est quelquefois observé avec la prise simultanée d'alcool, de cannabis et de benzodiazépines. Les benzodiazépines peuvent entraîner des états d'obnubilation avec euphorie, ébriété, sentiment d'invincibilité, levée des inhibitions, agressivité, le passage à l'acte étant suivi d'une phase d'endormissement avec amnésie antérograde. Ce tableau est potentialisé par l'alcool. Les manifestations de sevrage peuvent enfin s'accompagner de troubles graves du comportement (alcool, héroïne, crack).

#### 7.8. Retard mental

De nombreux travaux statistiques révèlent que les populations de délinquants incarcérés ont un quotient intellectuel moins élevé que les populations non délinquantes. Des études longitudinales prospectives ont montré que les enfants présentant un QI inférieur à la normale sont à risque supérieur de criminalité. Dans l'étude de référence de Hodgins (1992), les hommes présentant une déficience intellectuelle ont un risque trois fois plus élevé d'infractions criminelles que les hommes indemnes de tous troubles mentaux et cinq fois supérieur d'infractions violentes. De même, les femmes retardées mentales ont presque quatre fois plus de risque d'infraction que les femmes indemnes de trouble mental et 25 fois plus de probabilité d'infractions violentes [86]. La fréquence de la déficience intellectuelle dans les actes de criminalité a pu cependant être attribuée à des biais. Ces handicaps mentaux se font en effet plus facilement arrêter et avouent plus facilement même s'ils sont innocents.

Le retard mental peut entraîner une activité violente par altération du discernement, carence du jugement avec incapacité à mesurer les conséquences à long terme des infractions, manque de contrôle (impulsivité, intolérance à la frustration, besoin de satisfaction immédiate de ses désirs), absence de sens éthique avec indifférenciation entre le bien et le mal ou encore incapacité à des relations interpersonnelles nuancées. Les manifestations de rejet de l'entourage sont souvent douloureusement vécues avec un sentiment de frustration et de dévalorisation pouvant favoriser le

recours à l'agressivité. Certaines formes d'autisme avec retard mental sévère s'accompagnent d'actes de violence impulsive, sous forme de décharge de fureur, par angoisse liée à des modifications minimales de l'environnement. Le passage à l'acte peut être lié à un tiers qui manipule volontairement ces handicapés suggestibles et peu critiques.

Le retard mental peut être associé à un autre pathologie psychiatrique (abus d'alcool, personnalité antisociale avec impulsivité, perversité, psychose infantile, idées de persécution) réalisant une déficience mentale dysharmonique, ces troubles associés favorisant une délinquance de motif souvent dérisoire, puéril, parfois absurde ou incompréhensible. Le rôle de l'humiliation ou du sentiment d'être offensé a été souligné avec une possible criminalité vengeresse. Les infractions consistent en vols, dégradations de biens, incendies, coups et blessures, agressions sexuelles, voire homicides. L'alcoolisation, la participation à un groupe favorisent le comportement déviant. Comme les autres handicapés, le retardé mental est souvent lui-même victime d'autrui.

#### 7.9. Troubles anxieux

L'anxiété généralisée, lorsqu'elle est intense et durable constitue en général un facteur de risque de violence auto- ou hétéro-agressive. Les états de stress sont associés aux nombreux éléments précipitants ou déclenchants des crimes violents sexuels et non sexuels : divorce ou séparation, conflit, agression, accident, maladie organique, perte d'emploi, etc. Les évènements phobiques des attaques de panique peuvent être à l'origine d'infractions professionnelles par négligence, non respect des règlements, abstention de porter secours, absence illégale, abandon de poste, désertion. L'obsessionnel ne réalise qu'exceptionnellement ses pensées ou ses impulsions agressives envers autrui. Tous ces troubles sont souvent associés entre-eux et à d'autres troubles mentaux (liés à une substance, psychotiques, de l'humeur, de la personnalité, sexuels), cette comorbidité élevant le niveau de dangerosité.

#### 7.10. Troubles du contrôle des impulsions

Ces troubles se définissent comme une incapacité à résister à l'impulsion ou à la tentation de commettre un acte dangereux pour le sujet ou pour autrui. La personne éprouve une sensation de soulagement ou de satisfaction lorsqu'elle cède à l'impulsion. Parmi les catégories définies dans le DSM-IV-TR et le nouveau DSM-5 figurent le trouble explosif intermittent, la pyromanie, le jeu pathologique, la kleptomanie [88]. Les trois premiers sont retrouvés plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes. Le diagnostic différentiel doit se faire avec une épilepsie temporale, un traumatisme crânien, une personnalité antisociale ou borderline, un trouble bipolaire (épisode



maniaque), un trouble lié à une substance (alcool, drogues), une affection médicale (trouble organique, tumeur cérébrale, maladie dégénérative ou endocrinienne), une schizophrénie [88].

### 7.11. Pathologie du sommeil

Les violences immotivées pendant le sommeil sont rares [89]. Elles peuvent survenir lors de la confusion qui suit un réveil soudain et inopiné en sommeil lent (ivresse du sommeil, syndrome d'Elpénor), au cours d'un épisode de somnambulisme ou pendant le sommeil paradoxal [90, 91]. Le rôle des apnées du sommeil et d'un abus d'alcool ou de psychotropes a été souligné. En sommeil lent profond, la principale parasomnie à l'origine de violences homicides et d'agressions sexuelles en début de nuit est le somnambulisme qui s'accompagne d'une amnésie des faits et d'une culpabilité de l'auteur. L'épisode somnambulique à risque peut s'associer à des terreurs nocturnes. Les troubles du comportement en phase de sommeil paradoxal surviennent souvent au cours de cauchemars avec réaction de défense contre une attaque physique. Là encore, des agressions sexuelles et non sexuelles sont possibles en seconde partie de nuit, mais ici le sujet garde un souvenir précis des faits. Certaines maladies neurodégénératives (démence à corps de Lewy, maladie de Parkinson, atrophie olivopontocérébelleuse) peuvent favoriser cette catégorie de parasomnie [90, 91]. Le diagnostic de ces pathologies nécessite un enregistrement polygraphique du sommeil pendant au moins trois nuits, après si nécessaire privation de sommeil. Elles sont à différencier des épilepsies frontales nocturnes familiales, de la simulation et des actes de violence commis en pleine conscience au cours d'une insomnie nocturne pouvant favoriser angoisse et désinhibition.

### 7.12. Démence

Les homicides deviennent rares avec l'avancée en âge (1 à 4 % après 65 ans) et sont souvent suivis de suicide. C'est le cas des pactes suicidaires, des mélancolies altruistes et des décompensations délirantes tardives. Chez les déments, ils sont liés à la détérioration intellectuelle, la perte du discernement, l'agressivité, les troubles du caractère, une éventuelle addiction à l'alcool (syndrome de Korsakoff), une complication psychiatrique : confusion mentale, idées délirantes de préjudice, de persécution ou de jalousie. Il n'existe généralement pas de préméditation, les infractions se caractérisant par une désorganisation du passage à l'acte. Les meurtriers âgés avec un diagnostic de démence agissent seuls et à leur domicile, l'épouse ou la compagne étant la victime préférentielle [92]. Par ailleurs, les auteurs anciens connaissaient déjà bien les infractions diverses survenant dans la période prodromique de la paralysie générale et des états démentiels

séniles : vols, filouteries, escroqueries, rixes, dégradations matérielles, exhibitionnisme et autres agressions sexuelles sur mineurs. Comme les retardés mentaux et les maniaques, les déments sont en réalité infiniment plus souvent victimes qu'auteurs de délits ou de crimes.

### 7.13. Épilepsie

La maladie épileptique ne peut provoquer par elle-même des troubles du comportement que dans deux circonstances rares : une confusion post-critique avec interprétation erronée de l'environnement ou une crise partielle s'accompagnant d'automatismes psychomoteurs. La forme temporale semble plus particulièrement associée à des comportements violents [93]. Il ne faut pas sous-estimer l'importance des troubles associés : retard mental, abus d'alcool ou de substances, personnalité antisociale, bipolarité, état psychotique délirant. La violence est ainsi corrélée à des troubles caractériels intercritiques et à une éventuelle détérioration intellectuelle.

## 8. INFRACTIONS MÉDICO-LÉGALES

### 8.1. Homicide

#### 8.1.1. Homicide pathologique

L'homicide franchement pathologique est généralement non prémédité (75 % des cas environ) et il a pour auteur un agresseur unique sans complices éventuels. L'acte est réalisé le plus souvent de près et est d'ordre confrontationnel, survenant souvent dans un contexte de dispute avec la future victime. Une arme d'opportunité est le plus souvent utilisée : pieds, mains, objet contondant, arme blanche ou à feu, lien, l'étranglement étant assez fréquent. La scène de crime témoigne d'un comportement désorganisé et violent, le mobile paraissant inexistant ou illogique. La victime présente des blessures multiples, ne touchant pas spécifiquement les organes vitaux, avec de fréquentes lésions du visage (défiguration) et des plaies de défense. Il n'y a pas de mise en scène ou de maquillage du crime, le cadavre étant abandonné sans précautions. La victime est souvent connue ou de proximité (famille). Des victimes multiples (familicide, meurtre de masse ou de bordée) sont possibles dans un court laps de temps.

La résolution judiciaire de cette catégorie de crime pathologique est ordinairement facile car l'agresseur reste parfois sur la scène du crime ou dans son voisinage immédiat ou laisse de nombreuses traces permettant de l'identifier aisément. Il se laisse arrêter sans résistance, sans chercher le plus souvent à échapper à





la police. Un tel type d'homicide peut être commis par des psychotiques aigus ou chroniques, le plus souvent délirants (persécutés, jaloux), ou par des mélancoliques mais également par des sujets traversant une crise passionnelle, existentielle, coléreuse, émotive, liée à des difficultés familiales, professionnelles ou sociales [94]. Le caractère « fou » du crime ne préjuge donc pas obligatoirement de la « folie » de son auteur [94]. L'association d'éléments dépressifs et d'idées délirantes de nature paranoïde paraît être un facteur de risque à court terme chez les psychotiques.

Les auteurs de ces crimes pathologiques, avec paroxysme délirant et/ou émotionnel, se différencient des délinquants dotés d'une personnalité sensiblement normale ou présentant des traits caractériels à un niveau non pathologique commettant des meurtres perpétrés librement et lucidement et dont la motivation est rationnelle et utilitaire : règlement de comptes, homicide crapuleux, par intérêt, par vengeance, euthanasique, etc. [95]. Un certain nombre d'homicides pathologiques pourraient être évités si les facteurs prédictifs et annonciateurs liés à la violence physique des psychotiques étaient analysés au moyen d'une procédure clinique et scientifique d'évaluation de la dangerosité et du risque futur [29].

### 8.1.2. *Homicide passionnel ou conjugal*

C'est généralement sous l'appellation commune de crimes passionnels ou drames de la rupture que l'on range les violences conjugales majeures qui résultent de la dislocation des liens amoureux entre deux ou plusieurs personnes. En 2012 en France, 174 personnes, en grande majorité des femmes, sont décédées victimes de leur conjoint (compagnon) ou ex-conjoint (ex-compagnon). Ces crimes résultent d'une situation d'abandon affectif (désamour, lassitude, infidélité) et/ou domiciliaire (peur de perdre le partenaire ou l'ex-partenaire, les enfants), mais il n'est pas rare qu'il s'y surajoute une dimension d'intrusion d'un rival réel ou imaginaire. Abandon et intrusion conduisent par réaction le futur criminel (à 90 % de sexe masculin) à l'angoisse, la frustration, la dépression, la jalousie sexuelle, la revendication possessive, la colère, la haine à l'origine du passage à l'acte meurtrier spontané ou prémédité sur « l'infidèle » (uxoricide), le rival ou la rivale et parfois les enfants du couple considérés comme une production commune à faire disparaître (filicides, familicides). Là encore, dans environ la moitié des cas, l'alcool, les stupéfiants, les médicaments psychotropes, en levant les inhibitions et altérant le discernement, jouent un rôle important au moment des faits.

Les auteurs de ces drames présentent habituellement des troubles variés de la personnalité (narcissique, antisociale, limite, évitante, dépendante, passive-agressive, paranoïaque) mais ils entretiennent avec leur partenaire victime une relation prégénitale

fusionnelle, symbiotique et égocentrique dont la rupture ou la menace de rupture leur est existentiellement insupportable. Pour échapper à l'anxiété de séparation et à l'anéantissement psychique et incapables de tuer symboliquement l'objet perdu, ils préfèrent se venger de l'offense narcissique subie en le supprimant, le gardant ainsi indéfiniment et jalousement dans la mort. Ils mettent fin ensuite à leurs jours dans environ un tiers des cas (homicides-suicides passionnels) [96]. On ne confondra pas ces véritables homicides passionnels par « perte d'objet » avec les faux crimes passionnels intrafamiliaux commis par simple profit individuel (gain financier, héritage, assurance vie).

### 8.1.3. *Parricide*

Les auteurs de crimes familiaux sont souvent perturbés psychologiquement selon deux pôles dominants : un versant psychotique/vengeur pour le parricide et le fraticide, un versant passionnel/dépressif pour l'uxoricide et le filicide [97]. Les meurtres des proches parents constituent entre 3 et 6 % de l'ensemble des homicides [98]. Dans leur grande majorité (90 %), les parricides sont commis par les fils dont le père est victime deux fois sur trois. Les femmes parricides ne représentent que 10 % des cas [99]. La fréquence du double parricide est estimée à 10 % des affaires [97, 100, 101].

Les adolescents parricides agissent habituellement dans un contexte non psychotique, le meurtre étant commis au cours d'une explosion de violence faisant suite à des abus répétés, à la violence du père et souvent avec le souci de protéger les autres membres de la famille (mère, autres membres de la fratrie) [102]. La proportion de troubles psychotiques parmi les auteurs adultes de parricide est plus importante. Ces crimes représentent une proportion relativement élevée des homicides commis par des patients psychotiques (20 à 30 %). Contrairement à l'ensemble des parricides dont la victime est préférentiellement le père, les patients souffrant de psychose commettent dans une proportion égale ou supérieure des matricides, la schizophrénie étant le diagnostic le plus fréquent [97, 98]. Si le passage à l'acte est habituellement décrit comme survenant dans un contexte paroxystique et soudain, beaucoup de parricides expriment un sentiment ancien d'impasse relationnelle, d'étouffement, de frustration, d'échec, de haine persécutoire homicide envers la future victime [60]. Ils peuvent être confrontés à l'idée du parricide depuis une période parfois prolongée, essayant assez souvent d'obtenir une aide psychiatrique avant le drame [98]. Le passage à l'acte parricide entraîne très souvent une rupture avec les autres membres de la famille qui doivent assumer le processus de deuil et craignent parfois une récurrence.

Dans une recherche portant sur 42 hommes auteurs de parricides admis en hospitalisation d'office à



l'unité pour malades difficiles de Cadillac entre 1963 et 2003, nous avons constaté que 35 (83,3 %) souffrent de schizophrénie généralement paranoïde, six (14,3 %) de délire paranoïaque et un (2,4 %) de trouble psychotique lié à des substances psychoactives. Leur âge moyen est de 29,9 ans au moment des faits et ils sont le plus souvent célibataires et sans profession, vivant chez leurs parents. L'homicide se présente habituellement comme une réaction émotionnelle impulsive, très violente et réalisée au domicile familial. Le mode opératoire se répartit en totalement désorganisé dans 30 cas (71,4 %), mixte dans neuf cas (21,4 %) et faiblement organisé dans trois cas (7,1 %). Les 49 victimes de ces parricides pathologiques sont par ordre décroissant de fréquence la mère (49 %), le père (48,8 %), les grands-parents (10,2 %) [60].

#### 8.1.4. Infanticide et néonaticide

Les statistiques criminelles en France recensent entre 50 et 100 infanticides par an, correspondant à environ 2 % des homicides volontaires, cette fréquence étant probablement sous-estimée. Beaucoup d'infanticides échappent en effet à la justice : grossesse tenue secrète, diagnostic erroné de mort subite naturelle (10 % ?). L'infanticide est généralement défini comme l'homicide d'un enfant de moins d'un an. L'asphyxie mécanique est le moyen actif le plus fréquent de donner la mort qui peut résulter cependant de négligences graves (manque de soins et/ou de surveillance à l'origine d'accidents). Les auteurs de ces actes sont habituellement des mères apparaissant indemnes de pathologie psychiatrique évidente et invoquant essentiellement un non-désir d'enfant. On observe souvent chez ces femmes une personnalité immature, une faible estime de soi et une dépendance affective au partenaire avec peur de l'abandon. Les troubles du *post-partum* (confusion mentale, psychose aiguë, dépression) peuvent être causes d'infanticides pathologiques.

Lorsque l'homicide du nouveau-né survient moins de 24 heures après l'accouchement, on parle plutôt de néonaticide. Comme pour l'infanticide, la cause principale est le non-désir d'être mère. Le déni de grossesse est un mobile souvent avancé de nos jours. Pourtant l'immense majorité des dénis de grossesse ne donnent lieu à aucun acte malveillant envers l'enfant. On évalue à 1 % les dénis totaux et à moins de 0,2 % les dénis partiels suivis d'infanticides [103] pour une fréquence d'environ 0,4 à 1 pour 1000 naissances de déni total et 1 à 2 pour 1000 naissances de déni partiel [104, 105]. On ne confondra pas le véritable déni (grossesse inconsciente) avec les autres négations de grossesse : dissimulations conscientes et volontaires, méconnaissances par causes extrinsèques (obésité marquée, règles irrégulières chez de très jeunes filles). Signalons le cas particulier du déni psychotique de

grossesse chez certaines femmes atteintes de troubles psychotiques aigus ou chroniques. La responsabilité pénale et la sanction du crime trouvent des solutions très différentes selon les législations internationales [106].

#### 8.1.5. Libéricide ou filicide

Les libéricides, qui concernent des enfants qui ne sont plus des nourrissons, apparaissent souvent pathologiques, les auteurs évoquant l'importance des troubles de l'humeur préexistants et des idées violentes et suicidaires [107, 108]. Les parents biologiques en sont statistiquement les auteurs les plus probables, avec dans l'ensemble une majorité d'hommes. L'absence d'emploi et les difficultés financières sont des facteurs fréquemment cités. Pour les victimes très jeunes, les mères sont plus souvent en cause que les pères, ce risque tendant à s'inverser quand l'enfant progresse en âge. De 16 à 29 % des mères et de 40 à 60 % des pères se suicident immédiatement après le meurtre de leurs enfants [64, 107, 109, 110].

Les filicides dépressifs et/ou vengeurs, dans un contexte de suicide élargi aux enfants, sont considérés comme les plus classiques et les mieux connus, la signification altruiste ou destructrice (syndrome de Médée de la femme abandonnée) paraissant expliquer la majorité des faits. Ils peuvent être perpétrés au cours d'épisodes de niveau mélancolique dans le cadre d'une dépression récurrente brève [79]. Les troubles mentaux du *post-partum*, les pathologies délirantes aiguës ou chroniques peuvent également être en cause. Les complications chez l'homme de l'alcoolisme sont souvent à l'origine de violences et de sévices graves envers les enfants pouvant entraîner leur mort. Citons pour mémoire le syndrome de Munchausen par procuration, exceptionnel, avec troubles factices provoqués par la mère le plus souvent envers son enfant. Le développement d'unités d'hospitalisation mère-enfant devrait tendre à réduire l'incidence des infanticides et des filicides perpétrés par les femmes.

#### 8.1.6. Familicide

L'homicide par l'homme, ou plus rarement la femme, de son conjoint (ou ex-conjoint) ou de son partenaire (ou ex-partenaire) et d'un ou plusieurs enfants du couple et parfois des animaux domestiques, constitue un drame classique de la mésentente conjugale grave. Nous en avons déjà signalé la possibilité dans les crimes pathologiques par idées délirantes de persécution/jalousie ou par altruisme morbide, ainsi que dans les homicides passionnels/conjugaux où la jalousie sexuelle, la revendication affective et le besoin de possessivité jouent un rôle essentiel. Dans une importante recherche portant sur les dossiers judiciaires du Canada (1974-1990), de l'Angleterre et du Pays de Galles (1977-1990), Wilson et al (1995) trouvent en



tout 109 familicides ayant fait 279 victimes. Les hommes en sont les auteurs dans 103 cas et les femmes dans six cas. Le moyen du crime est très majoritairement l'arme à feu et dans la moitié des affaires l'auteur de sexe masculin se suicide ensuite [111].

#### 8.1.7. Homicide-suicide et pacte suicidaire

On en trouvera une revue historique, épidémiologique, clinique et bibliographique des homicides suivis du suicide du meurtrier dans l'excellente thèse de Chocard (2002) [112]. Faisant une synthèse de la littérature, cet auteur constate que l'auteur d'un acte homicide-suicide est généralement un homme (85 à 97 % des cas) et que les victimes sont de sexe féminin dans environ 80 % des observations. Selon les relations entre l'auteur et sa victime on distingue les groupes ci-après :

- entre conjoints (« *spousal or consortial homicide-suicide* »), avec un sous-type « possessif » (homicide passionnel) et un sous-type « conjoint âgé et malade » (pacte suicidaire) ;
- filicide-suicide, où l'auteur souffre souvent de troubles dépressifs ou psychotiques avec motivation pseudo-altruiste du meurtre préalable de son enfant ;
- familial (« *familicidal homicide-suicide* »), le père de famille exterminateur présente habituellement des éléments dépressifs associés à des traits paranoïaques et passe quelquefois à l'acte en état d'intoxication éthylique ;
- d'adversaire (« *adversarial homicide-suicide* »), le meurtrier voulant se venger d'une injustice réelle (licenciement par exemple) ou supposée (sentiments ou idées délirantes paranoïaques) à l'origine d'une souffrance narcissique intolérable et d'un état dépressif. Il s'agit fréquemment d'un meurtre de masse sur les lieux du conflit, l'agresseur retournant à la fin l'arme contre lui ;
- de masse ou pseudo-commando (« *pseudo-commandos* »), l'auteur exécutant sans discrimination toute personne qu'il rencontre sur son chemin et se suicidant ou obligeant les forces de l'ordre à le tuer [112].

Les pactes suicidaires sont définis comme un accord mutuel généralement entre deux personnes décidant de mourir ensemble, le plus souvent au même endroit. Ces pactes sont relativement rares, représentant 0,56 à 2,5 % des personnes suicidées dans les études occidentales de référence [113, 114, 115, 116]. Ils intéressent majoritairement des couples mariés (70 à 78 %), plus rarement des couples d'amants (6,4 à 20 %). Les auteurs de pactes suicidaires souffrent habituellement de dépression, de sentiments de culpabilité et d'abandon en relation avec une maladie somatique grave, une infirmité, des problèmes financiers, un risque de séparation du couple. On retrouve

assez souvent dans leurs antécédents des troubles mentaux variés (dépression et tentative de suicide, alcoolisme, état démentiel sénile, paranoïa). Une relation exclusive et intense entre les partenaires et un isolement social sont des facteurs favorisant [117]. L'instigateur du pacte est généralement l'homme qui peut exercer sur son partenaire passif une pression plus ou moins importante afin d'obtenir son consentement. Le véritable pacte suicidaire doit être différencié d'un homicide sans l'accord de la victime suivi du suicide de son meurtrier, d'un double homicide avec mise en scène pour égarer la justice, d'un suicide réactionnel à la mort par suicide d'une personne aimée, de suicides par contagion ou par imitation [117]. A noter le développement actuel de pactes suicidaires par internet entre personnes ne se connaissant pas auparavant.

#### 8.1.8. Homicide sexuel

Rappelons que la nature sexuelle d'un homicide se caractérise par un ou plusieurs des six éléments suivants : 1) désordre dans l'habillement de la victime ; 2) exposition des zones connotées sexuellement (seins, fesses, sexe) de la victime ; 3) positionnement sexuel du corps de la victime ; 4) insertion d'objets étrangers dans les orifices corporels de la victime ; 5) évidence d'un rapport sexuel (vaginal, anal, oral) avec la victime ; 6) évidence d'une activité sexuelle de substitution, d'un intérêt sexuel ou de fantasmes sadiques sur le corps (mutilations et tortures caractéristiques), les vêtements de la victime ou les lieux [118]. On voit donc que l'association viol/meurtre ne résume pas ce type d'homicide qui connaît six causes principales, non exclusives les unes des autres : 1) par accident chez un violeur rageur ou sadique qui pousse trop loin le « jeu » (cause fortuite) ; 2) pour réaliser le viol devant une victime qui résiste physiquement (mobile utilitaire) ; 3) pour échapper à la justice en empêchant la victime violée de crier ou de témoigner par la suite (mobile utilitaire) ; 4) par réaction coléreuse devant la défense énergique de la victime d'un viol (cause réflexe) ; 5) pour assouvir les pulsions criminelles, le meurtre faisant parti du rituel fantasmatiques sexuel (mobile psychologique) ; 6) par motivations délirantes chez un schizophrène (mobile psychiatrique) [119].

Selon Beauregard et al. (2005) les auteurs d'homicides sexuels appartiennent à deux catégories principales. La première est celle des « coléreux », hommes mal adaptés socialement, impulsifs, égocentriques, handicapés sexuellement et généralement addictifs, voire malades mentaux (psychotiques, bipolaires). Ce sont des « rageurs » contre le sexe féminin, des insatisfaits qui s'en prennent le plus souvent à une personne proche ou connue. Le lieu du crime est extérieur et familial à l'agresseur. Le passage à l'acte est de courte durée, non prémédité, désorganisé, acharné, le corps



de la victime étant laissé à la vue sur place et retrouvé sur le dos. Sauf s'ils vagabondent ou changent souvent de domicile, leur fréquente agressivité antérieure contre les femmes et leur proximité aideront à leur identification. La seconde catégorie est celle des « sadiques » qui présentent des fantasmes morbides florides, d'autres paraphilies fréquemment associées et qui sont utilisateurs de pornographie violente. Souvent solitaires, ils souffrent généralement de troubles de la personnalité (antisociale, narcissique, schizoïde, borderline, évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive) comorbides à un sadisme sexuel. Le lieu du crime est isolé, repéré à l'avance et éloigné du domicile des agresseurs qui s'en prennent à des victimes inconnues mais sélectionnées. L'acte est de longue durée, bien préparé et s'accompagne de tortures physiques et psychologiques, le cadavre étant déplacé, dissimulé et retrouvé nu [120]. Ce sont ces sadiques fortement organisés qui constituent la grande majorité des auteurs d'homicides sexuels sériels.

#### 8.1.9. Récidivisme de l'homicide pathologique

Rappelons d'abord que la récidive légale d'homicide en France oscille entre deux et quatre pour cent selon les statistiques officielles. Bien entendu la réalité est toute autre. Parmi les facteurs familiaux et personnels, certains paraissent être communs à beaucoup de meurtriers récidivistes de sexe masculin [121] :

- un milieu familial dysfonctionnel ;
- une violence familiale contextuelle ;
- des antécédents notables de violence ;
- une précocité de l'agir criminel violent ;
- une toxicomanie polymorphe ancienne ;
- des troubles mentaux diagnostiqués ;
- un mode opératoire particulièrement violent ;
- une récidive relativement rapide après la libération ;
- une absence de remords ;
- une absence d'empathie pour les victimes ;
- des évasions ou tentatives d'évasions en milieu carcéral ;
- des échecs de réinsertion et de surveillance judiciaire ;
- une absence véritable de désir d'insertion sociale [121].

Il est évident que ces prédictors de dangerosité future appartiennent à la fois aux facteurs de risque criminel en général et pour beaucoup d'entre eux au tableau classique de la personnalité antisociale [62].

La récidive dans l'homicide pathologique est très peu connue et n'a donné lieu qu'à de très rares études scientifiques. Nous avons analysé douze observations d'hommes placés en unité pour malades difficiles (Cadillac) et auteurs de 17 victimes lors des premiers crimes et de 18 lors des récidives. Les pathologies présentées sont la schizophrénie paranoïde (six cas, soit

50 %), le trouble délirant persistant ou délire paranoïaque (deux cas, soit 17 %), le retard mental moyen (deux cas, soit 17 %), le trouble schizo-affectif (un cas, soit 8 %) et le trouble envahissant du développement (un cas, soit 8 %). L'abus d'alcool est présent dans cinq cas et une comorbidité avec la personnalité dyssociale dans trois cas. Les victimes sont connues des agresseurs dans les trois-quarts des 35 homicides. Le passage à l'acte est non planifié dans 60 % des cas et semble réalisé de façon impulsive et violente. Un contexte de dispute précriminelle est présent dans environ la moitié des observations. Un tiers des récidives sont perpétrées envers un autre patient au cours d'une hospitalisation (quatre cas) et envers un autre détenu pendant une incarcération (deux cas). Tous les malades ont des antécédents médico-légaux variés, avec ou sans condamnation : vol, cambriolage, coups et blessures, tentative d'homicide, agression sexuelle, incendie volontaire, etc. Les principaux mobiles invoqués par les auteurs sont la persécution, l'agression sexuelle sur la victime, le refus de relation sexuelle de la part de la victime, la jalousie, le vol de la victime, les hallucinations auditivo-impératives, la légitime défense, la dispute [122].

L'observation d'une jeune femme schizophrène délirante, auteur d'une récidive d'homicide, nous paraît par ailleurs illustrer d'autres facteurs de dangerosité liés à la pathologie mentale sévère [123]. Issue d'un milieu familial problématique, sans qualification professionnelle, victime à l'âge de 19 ans de deux graves agressions sexuelles et mère d'une fillette, cette femme de 25 ans frappe mortellement à coups de marteau un homme de 64 ans de son entourage qui aurait voulu abuser d'elle et l'étouffer en respirant l'air ambiant. Reconnue irresponsable, elle est hospitalisée en psychiatrie mais elle est remise en liberté trois ans plus tard. Elle interrompt alors immédiatement son suivi psychiatrique et arrête son traitement neuroleptique. Vivant en appartement avec sa fille de sept ans, elle présente un nouvel épisode délirant hallucinatoire, mettant en doute sa maternité, se croyant persécutée et ensorcelée, victime d'un complot dont fait parti son enfant, « mi-vierge, mi-démon » qui veut se venger d'elle. Elle l'étrangle à mains nues en présence d'un psychopathe pervers qui ne répondra pas aux appels de détresse de la fillette. Dans les deux crimes, on notait les éléments communs suivants :

- une bouffée psychotique productive ;
- un épisode aigu d'insécurité ;
- des idées de persécution ;
- une forte intensité des symptômes hallucinatoires et anxieux ;
- des phénomènes psychopathologiques imposés ;
- une adhésion entière au délire ;
- la proximité physique de la victime ;
- un passage à l'acte désorganisé ;
- l'absence de prise en charge et de traitement [123].





## 8.2. Viol

### 8.2.1. Généralités

Les agressions sexuelles sont particulièrement graves par leur fréquence, leur tendance à la récurrence et la nature des victimes. Deux lois (n° 94-88 du 1<sup>er</sup> février 1994 et n° 98-468 du 17 juin 1998) sont venues renforcer le droit répressif français en matière de criminalité sexuelle. La plus récente, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, a institué un suivi socio-judiciaire pouvant comprendre une injonction de soins. Les auteurs d'agressions sexuelles sont actuellement la catégorie pénale la plus importante en France. Environ 50% des affaires jugées par les cours d'assises concernent des crimes sexuels dont la moitié se rapportent à un viol sur mineur commis en milieu familial par un proche.

L'incidence des affections psychiatriques parmi les délinquants sexuels, en dehors des troubles de la personnalité, de l'abus de substances et des troubles de l'humeur, n'apparaît classiquement pas plus importante que dans la population générale d'un niveau socioéconomique équivalent [124]. Les sujets présentant des troubles mentaux sévères (environ 4 %) ne représenteraient qu'une minorité des auteurs de crimes ou délits sexuels [125]. Certaines études contredisent toutefois cette affirmation en mettant en évidence chez des agresseurs condamnés la fréquence élevée de troubles comorbides de l'humeur (60 à 80 %), anxieux (35 à 50 %) et de conduites addictives (50 à 80 %) [71, 72, 73]. Il est nécessaire d'éliminer une psychose en particulier schizophrénique [59], un trouble grave de l'humeur, une démence ou une déficience intellectuelle. Les questionnaires de personnalité et les épreuves projectives ne permettent pas la distinction entre un agresseur sexuel et un non agresseur sexuel. Il n'existe pas de profil psychologique spécifique [126].

La majorité des auteurs de crimes et délits sexuels sont des hommes, une faible proportion de femmes étant également retrouvée aux États-Unis (10 %) [125]. Les adolescents sont de plus en plus souvent impliqués dans des crimes et délits sexuels en particulier dans des viols commis seul ou à plusieurs. Approximativement 50 % des agresseurs sexuels adultes rapportent avoir commis leur premier délit sexuel dans l'adolescence et on estime les agressions commises sur des enfants dont les auteurs sont des adolescents à 25 % pour les viols et entre 40 et 50 % pour les autres agressions sexuelles [127]. Entre 20 et 30 % des viols de femmes adultes sont également commis par des adolescents [124]. Dans l'examen des agresseurs sexuels, il est nécessaire de rechercher les pathologies associées : abus de substances, troubles de la personnalité, troubles de l'humeur, paraphilies. Les études mettent en évidence les abus sexuels subis dans l'en-

fance pour environ un tiers des agresseurs sexuels incarcérés, ce qui pose la question de la transmission transgénérationnelle de la maltraitance. Certains auteurs de viols ou de meurtres sexuels en série ont des antécédents d'exhibitionnisme dans l'adolescence, avec une escalade dans la gravité des comportements médico-légaux.

Le viol est défini par l'article 222-23 du Code pénal comme étant « tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature que ce soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise ». Des circonstances aggravantes sont prévues si le viol entraîne une mutilation ou une infirmité permanente, lorsqu'il est commis sur un mineur de 15 ans ou sur une personne particulièrement vulnérable, s'il est réalisé par un ascendant ou une personne ayant autorité, ou à plusieurs. Le viol est un crime relevant de la cour d'assises. Des typologies d'auteurs de viols ont été établies avec une rigueur méthodologique satisfaisante, utilisant des méthodes statistiques, analyses de clusters, permettant de classer les variables afin d'identifier des groupes de sujets homogènes. Dans ces typologies, des facteurs tels que l'alcoolisme, l'abus de substances, la psychose, les troubles organiques ou le retard mental n'apparaissent pas comme des critères de classification mais plutôt comme pouvant influencer ceux-ci [126].

### 8.2.2. Viols extrafamiliaux

Les violeurs de femmes adultes extrafamiliaux constituent un groupe très hétérogène, les trois quart d'entre eux ayant des antécédents pénaux non sexuels (vols, cambriolages, coups et blessures volontaires). En fonction des motivations et du comportement de l'agresseur et en empruntant aux diverses typologies publiées [118, 128, 129, 130, 131], on peut maintenant classer ces viols en six catégories principales :

#### 8.2.2.1. Viol par recherche de réassurance ou compensation (« *power-reassurance rape* »)

L'agression, de nature organisée, a une fonction de réassurance pour un agresseur ressentant un manque de confiance en soi, un sentiment d'inadéquation personnelle, des doutes sur une virilité perçue comme défaillante. Il s'agit souvent d'hommes menant une vie solitaire, se sentant inadaptés dans la vie en général et envers les femmes en particulier, qui présentent des difficultés à initier ou entretenir une relation sexuelle consensuelle. Le viol constitue pour eux un test de compétence sexuelle, une restauration de leur masculinité. La victime est sélectionnée dans le voisinage et son approche a lieu essentiellement par surprise, l'agresseur utilisant le minimum de force nécessaire, ne cherchant pas à blesser et renonçant en cas de résistance. Le violeur tend à rassurer sa victime, s'enquérant de ses désirs, souhaitant sa participation. Il



peut parfois reprendre contact avec elle après l'agression, pensant qu'elle a été impressionnée, qu'elle éprouve un sentiment positif pour lui et qu'elle aimerait le revoir.

#### 8.2.2.2. Viol par recherche de pouvoir ou expression d'un sentiment de domination (« *power-assertive rape* »)

Ces violeurs ont souvent une insertion sociale plus satisfaisante que les précédents. Ils se caractérisent psychologiquement par de l'égoïsme et par l'importance qu'ils attachent à leur image « virile » de macho, l'agression étant l'expression de leur domination masculine, de leur supériorité. La victime est sélectionnée ou d'opportunité, choisie parfois pour une vulnérabilité particulière. Le viol vise à la capture, à la conquête, au contrôle et à la maîtrise de la femme. Il a lieu avec une violence importante qui augmente avec la résistance de la victime considérée comme un simple objet pour les fantasmes sexuels de son agresseur.

#### 8.2.2.3. Viol par rage (colère, vengeance ou déplacement) (« *anger-retaliatory rape* »)

L'agression est brutale, expressive, impulsive et spontanée, avec pour but de détruire la victime. Le viol apparaît comme une extension de l'agression physique, une façon de plus d'humilier, de blesser et dégrader la femme. Un événement déclenchant est souvent évoqué dans les heures précédant le passage à l'acte (dispute avec famille, conjoint ou employeur...), un sentiment intense de rage étant davantage décrits par ces agresseurs qu'une excitation sexuelle. La victime, connue ou inconnue de son violeur, est souvent physiquement blessée et n'a pas de profil particulier. Elle apparaît comme un substitut permettant le déplacement du ressentiment de l'agresseur et le réceptacle de ses représailles hostiles [132]. Les anciens auteurs décrivaient ce viol comme une « colère sexualisée ». Ce type de violeur, peu excité sexuellement, est habituellement un instable émotionnel, de personnalité borderline et abusant d'alcool.

#### 8.2.2.4. Viol par sadisme (« *anger-excitation rape* »)

Les agressions sont ici généralement bien préparées et planifiées. Elles font l'objet d'un rituel prolongé avec une érotisation des mauvais traitements infligés à la victime. L'acte sexuel et l'agression sont comme fusionnés. Les victimes sont le plus souvent inconnues de l'agresseur mais sélectionnées, choisies en raison de caractéristiques particulières (âge, apparence, vêtements, statut social, vulnérabilité spéciale...). Des objets (liens, instruments de torture) sont souvent apportés par le violeur. Les tortures impliquent de façon privilégiée les organes génitaux qui peuvent

faire l'objet de mutilations typiques. Ces tortures sont également psychologiques, l'agresseur prenant plaisir à humilier et terroriser sa victime, la menaçant de mort, suscitant un sentiment de désespoir, simulant une exécution. Il peut la tuer dans un orgasme de plaisir ou pour ne pas être dénoncé, et peut garder des souvenirs ou trophées de ses agressions. La majorité des violeurs sadiques présente des traits appartenant à la fois aux personnalités dépendante, évitante et schizoïde. Souffrant de sentiments de rejet et d'infériorité, ils ont développé très tôt des fantasmes sexuelles déviantes et coercitives. Les autres présentent des personnalités antisociales avec sadisme sexuel.

#### 8.2.2.5. Viol antisocial ou opportuniste (« *antisocial rape* »)

Nous avons affaire ici à un prédateur amoral, aux fréquents antécédents judiciaires, qui passe à l'acte lorsque une occasion favorable se présente. Ce type de violeur ne présente pas de problématique sexuelle particulière, contrairement aux cinq catégories précédentes, mais recherche la satisfaction immédiate de ses besoins. L'agression, non préméditée et peu organisée, se produit souvent à l'occasion d'un vol ou d'un cambriolage. La victime est rarement blessée et jamais humiliée, l'agresseur n'utilisant qu'une violence instrumentale (technique) minimale. On décrit chez ces violeurs des traits de personnalités narcissique, paranoïde, dépendante.

#### 8.2.2.6. Viol psychotique (« *psychotic rape* »)

Il est peu fréquent, désorganisé, et a pour auteur des psychotiques (schizophrènes) qui agissent sous l'effet de motivations délirantes.

Le taux de récurrence est de 20 à 36 % pour les agresseurs de femmes adultes ayant absorbé de l'alcool avant l'infraction ou ayant commis des actes de violence physique lors de celle-ci [124]. La probabilité de récurrence sexuelle augmente avec le nombre de délits sexuels antérieurs et avec les antécédents de comportements violents et d'incarcérations.

### 8.2.3. Viols intrafamiliaux

Deux catégories d'agresseurs intrafamiliaux de femmes adultes (conjointe et ex-conjointe) étudiés en détention ont été identifiées par Dubois [131, 133] :

#### 8.2.3.1. Violeur dépendant

Il agresse le plus souvent son ex-conjointe de façon préméditée et en étant armé. Souffrant d'une personnalité dépendante, il recherche dans le viol une impression d'intimité, d'affection et de sécurité. Le passage à l'acte est dans son ensemble souvent assez



long (plus de 60 minutes), la violence étant de nature expressive dans environ la moitié des cas, la victime étant rarement blessée physiquement.

### 8.2.3.2. Voleur contrôlant psychopathe

Il s'agit habituellement du conjoint qui agit sous l'effet de sentiments de colère, de revendication, de méfiance, estimant qu'il ne contrôle pas suffisamment sa victime. Le viol est prémédité dans la moitié des observations, le passage à l'acte durant souvent moins de 60 minutes, la violence étant de nature expressive et la victime étant blessée dans la plupart des cas. Le niveau élevé de violence pourrait s'expliquer par l'état d'intoxication (alcool, drogue) de l'agresseur qui présente, comme les voleurs opportunistes, des traits de personnalités anti-sociale, narcissique, paranoïde, dépendante [131].

### 8.2.4. Viols collectifs

Nous ne connaissons pas de recherches scientifiques sur les viols perpétrés par des groupes d'adolescents marginaux sur des adolescentes (« tournantes »). Signalons simplement ici les agressions sexuelles des guerres, révolutions, révoltes, conflits inter-ethniques. Le viol à plusieurs peut constituer par ailleurs une punition dans le milieu criminel.

### 8.2.5. Viols pédophiliques

#### 8.2.5.1. Considérations générales

Les abus sexuels sur des mineurs sont fréquents, intéressant un peu moins de 10 % des personnes interrogées lors d'enquêtes préservant l'anonymat. Près de 20 % des femmes auraient été victimes d'abus sexuels dans l'enfance ou l'adolescence, la moitié avant l'âge de douze ans. Les auteurs de ces agressions sexuelles sont presque toujours des hommes, 20 à 30 % des enfants victimes étant des garçons [134]. Contrairement à une opinion répandue, la proportion d'adultes auteurs d'agressions sexuelles sur enfant inconnu est faible, le plus souvent l'auteur connaissant l'enfant ou étant même un membre de sa famille. Deux types d'agressions sont décrits : 1) agression mortifère qui confronte la victime à un risque potentiel de mort ou d'annihilation (pédophile de type narcissique-pervers) ; 2) agression par éveil sensoriel précoce qui s'observe dans la relation d'emprise lorsqu'il y a confusion entre tendresse et sexualité (pédophile de type amoureux).

La pédophilie est définie dans le DSM-IV-TR et le DSM-5 [88] comme la présence de fantasmes imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements, survenant de façon répétée et intense, pendant une période d'au moins six mois, impliquant une activité sexuelle avec un ou

des enfants prépubères, généralement âgés de 13 ans ou plus jeunes. Cette symptomatologie doit être à l'origine d'un désarroi prononcé ou de difficultés interpersonnelles. Le sujet doit être âgé d'au moins 16 ans et la différence d'âge entre l'agresseur et la victime d'au moins 5 ans. Il est demandé de spécifier si l'attirance sexuelle intéresse les garçons ou les filles ou est indifférenciée, le type exclusif (attirance uniquement par les enfants) ou non, le caractère éventuellement limité à l'inceste [88].

Le Code pénal ne définit ni la pédophilie ni l'inceste mais reconnaît des circonstances aggravantes lorsqu'un viol est commis sur un mineur de quinze ans, par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par une personne ayant autorité ou abusant de sa fonction (art 222-24 CP). Dans le chapitre consacré aux atteintes aux mineurs et à la famille, les atteintes sexuelles autres que le viol, exercées sans violence, contrainte, menace ou surprise sur la personne d'un mineur de 15 ans sont également punissables (art 227-25 CP), le législateur ayant considéré qu'il ne pouvait valablement donner son consentement à des relations sexuelles avec un adulte. Notons qu'un tiers des pédophiles a commis des infractions non sexuelles (vols, escroqueries) et que la récurrence réelle serait deux fois plus fréquente pour les pédophiles homosexuels (15 à 40 %) que pour les pédophiles hétérosexuels (13 à 20 %) [124]. Selon la nature du contexte affectif entre l'agresseur et sa victime (signification du contact sexuel), on peut classer la pédophilie en trois catégories.

#### 8.2.5.2. Pédophilie primaire ou d'élection

Dénommée encore « chronique », elle suppose un attrait exclusif ou prévalent pour les enfants sous-tendu par une fantasmagorie pédophilique habituelle. C'est la forme la plus fréquente et la plus récidivante (jusqu'à 35 % à 15 ans). Organisée, elle débute fréquemment à l'adolescence et comprend deux sous-groupes. Le premier est la pédophilie de type « amoureux » où l'agresseur recherche chez l'enfant affection et complicité partagées, utilisant pour ce faire la séduction et la persuasion. La victime est connue du pédophile et les actes sexuels sont habituellement peu violents, sans blessure physique, consistant le plus souvent en caresses, étreintes, masturbations plus ou moins réciproques. Ces pédophiles ont un imaginaire sexuel centré prioritairement sur les enfants prépubères, ce qui détermine parfois le choix de leur profession (éducateur, enseignant). Ils présentent de surcroît des distorsions cognitives qui justifient à leurs yeux leur pédophilie. On décrit souvent chez eux des traits « névrotiques » comme l'immaturité, l'égoïsme, l'anxiété, la culpabilité. Le second sous-groupe est de type « narcissique-pervers », l'agresseur s'en prenant à une victime inconnue. Dans ce cas, le viol (au sens juridique du terme) est habituel, l'agresseur considé-



rant la victime comme un simple objet sexuel susceptible d'assouvir égoïstement ses fantasmes déviants pour aboutir à l'orgasme. Le niveau de violence utilisé peut être très élevé si le pédophile agit sous l'effet de la colère (agresseur rageur peu érotisé) ou du sadisme (agresseur érotisé sadique) : viol vaginal, sodomie forcée, insertion de doigts ou d'objets, dégradations ou mutilations des organes génitaux.

### 8.2.5.3. Pédophilie transitoire ou de compensation

Il s'agit d'un comportement passager de remplacement qui est le fait de jeunes adolescents (pédophilie exploratoire), d'adultes d'âge moyen immatures ou/et alcooliques souffrant de solitude affective et sexuelle ou qui se sentent menacés dans leur identité masculine, de sujets âgés qui recherchent avant tout l'affection [125]. Ces agresseurs passagers ne présentent pas de fantasmagie pédophilique prévalente.

### 8.2.5.4. Pédophilie des malades mentaux

La pédophilie peut exceptionnellement être secondaire à une maladie mentale évolutive : bouffée psychotique ou maniaque, schizophrénie, démence de la personne âgée, retard mental. Elle est alors impulsive et désorganisée.

## 8.2.6. Viols incestueux

### 8.2.6.1. Généralités

L'inceste peut se rencontrer dans tous les milieux, paraissant prédominer cependant dans les familles défavorisées. La confusion des générations, l'absence de repères entre parents et enfants sont souvent évoquées. L'alcoolisme paternel est fréquent, comme les antécédents de carences affectives et d'abus sexuels des parents. Des symptômes phobo-obsessionnels, une psychorigidité, un égocentrisme et une tendance autoritaire voire paranoïaque sont les traits de personnalité les plus souvent rencontrés parmi les pères auteurs d'inceste avec le souci souvent d'un conformisme social de façade. Les récidives apparaissent moins fréquentes dans ces agressions intrafamiliales incestueuses (13 % à 15 ans) [135]. Dans 90% des cas, la relation incestueuse est de type père/fille ou beau-père/belle-fille avec le plus souvent une complicité plus ou moins consentante et un silence implicite de la mère. Les incestes mère/fils, mère/fille, entre membres de la fratrie ou commis par un autre parent sont plus rares. Plusieurs catégories d'incestes sont décrites en pratique :

### 8.2.6.2. Inceste avec échange affectif

Comme dans les agressions pédophiliques, il existe un inceste de type « amoureux » avec recherche de

chaleur, de contact et d'intimité avec l'enfant qui bénéficie de cadeaux et de privilèges. Cet attachement, souvent réciproque et sans violence physique, peut se prolonger sur des années, donner naissance à des enfants, la révélation étant tardive ou absente.

### 8.2.6.3. L'inceste avec échange érotique

Ce type d'inceste est fréquent à notre époque où la pornographie s'exprime facilement à travers les médias (télévision, internet). Il se produit dans les familles où il n'existe pas d'intimité sexuelle, de vie privée entre parents et enfants dans la tenue et le langage. On regarde ensemble des scénarios sexuels, puis les enfants finissent par participer aux ébats des parents avec une érotisation des rapports entre tous les membres de la famille. C'est généralement le père qui assouvit ses besoins sans violence avec un ou plusieurs de ses enfants.

### 8.2.6.4. Inceste avec échange agressif

C'est le plus traumatisant pour la victime qui pourra présenter par la suite des perturbations psychiatriques sévères. Il est le fait d'un père pathologique, tyran familial psychopathe ou narcissique, motivé par le pouvoir, qui soumet l'enfant par la force (menaces, violences) sans tenir compte de sa souffrance morale et physique. Le viol incestueux par rage, colère sexualisée, en tant que punition de la victime est rare.

## 8.2.7. Viol sous emprise psychologique

La « contrainte morale » est régulièrement invoquée par les plaignantes qui se disent victimes d'agressions sexuelles (attouchements indécents, viols) de la part de leur thérapeute, que celui-ci soit un illégal (guérisseur), un psychologue ou un psychiatre. Les faits dénoncés sont relatifs le plus souvent à la pratique de l'hypnose ou des thérapies de relaxation. Les mécanismes en cause sont la fragilité psychologique et la suggestibilité des victimes, la baisse de leurs défenses psychologiques, la sédation par les psychotropes, les pratiques dévoyées du thérapeute et la perversion du processus transférentiel, le tout renforçant la dépendance au soignant. Il faut souligner ici que la pratique médicale expose à des tentations sexuelles, la situation psychothérapeute/patiente se prêtant bien à ce risque d'écart du fait de la relation interpersonnelle étroite, des processus transférentiels et de leurs spécificités qui projettent sur le praticien des pulsions érotisées puissantes remontant à la petite enfance. La nature du consentement ou non de la femme différencie ce qui relève d'une simple quoique grave faute déontologique ou d'une agression sexuelle caractérisée [136, 137].





## 8.2.8. Criminelles sexuelles

### 8.2.8.1. Caractères généraux

Les femmes représentent en moyenne deux à cinq pour cent des auteurs d'infractions sexuelles et nombre de celles condamnées pour ces infractions ont été complices d'hommes. Selon les recherches nord-américaines, ces femmes se distinguent par les caractéristiques suivantes : elles ont été victimes de violences physiques ou sexuelles dans l'enfance ; elles sont jeunes, peu instruites, d'un milieu socio-économique peu favorisé, sans beaucoup d'appuis sociaux et « prêtes à tout pour appartenir à un groupe » ; elles sont vulnérables psychologiquement et souffrent souvent d'immaturité, de troubles anxieux, dépressifs, de conduites addictives, d'un faible niveau intellectuel, de maladies organiques ou d'interventions chirurgicales à répétition ; elles sont moins violentes que les hommes agresseurs sexuels et reconnaissent plus volontiers leurs actes ; elles sont plus en colère contre elles-mêmes et ont des comportements auto-destructeurs plus fréquents que les agresseurs sexuels de sexe masculin ; elles s'en prennent préférentiellement à des petites filles qu'elles connaissent, plus rarement à des garçons ou à des bébés [138]. Le rapport canadien sur les délinquantes sexuelles (1995) conclut que si beaucoup de ces femmes ont commis une infraction avec un homme, la plupart n'ont pas été forcées de le faire et que certaines même sont des instigatrices. Leurs victimes sont le plus souvent leurs filles [139]. Les typologies proposés par les auteurs à partir d'observations cliniques sur de petits échantillons comprennent de trois [140] à cinq groupes [139].

### 8.2.8.2. Les enseignantes-amantes

La « teacher/lover » s'en prend à des adolescents ou des adolescentes avec lesquels elle entreprend une relation sexuelle en abusant du pouvoir que lui donne son âge, son statut familial (mère, tante) ou professionnel (enseignante, gardienne). Elle souhaite que son amour soit réciproque et consenti par sa victime. Ces femmes sont rarement dénoncées à la justice par leurs victimes de sexe masculin et présentent un faible risque de récidive. Rarement abusée dans l'enfance, l'enseignante-amante peut être toxicomane.

### 8.2.8.3. Les prédisposées

Les « predisposed », ou colériques-impulsives, sont des femmes qui initient le passage à l'acte dans un contexte intrafamilial, souvent sur leurs propres enfants et sans complice de sexe masculin. Elles ont été elles-mêmes abusées précocement et souffrent de problèmes psychologiques avec tendances suicidaires et autodestructrices, recherche de partenaires adultes violents, propensions à

l'agressivité, aux fantasmes sadiques et aux négligences ou mauvais traitements sur leurs victimes. Ces dernières sont souvent très jeunes (moins de six ans) et les actes sexuels (relations buccales, pénétrations) sont perpétrés en état de colère.

### 8.2.8.4. Les forcées ou accompagnées par un homme

Il s'agit d'un groupe très hétérogène qui va des femmes contraintes à participer à des abus sexuels (« male-coerced abuseurs ») par intimidation ou menaces de leurs partenaires, aux femmes animées par des sentiments antisociaux qui aident leur complice ou sont même les instigatrices des abus sexuels. Toutes dépendent de leur partenaire violent (membre de la famille ou non) et veulent maintenir avec lui des relations, étant incapables d'établir leur indépendance. Les victimes sont habituellement leurs filles qu'elles rendent parfois responsables du dysfonctionnement du couple conjugal.

### 8.2.8.5. Les malades mentales

On range ici les femmes psychotiques (schizophrènes) ou arriérées mentales en cause dans les relations incestueuses mère/fils, mais encore celles qui souffrent de troubles affectifs bipolaires ou d'hypomanie au moment de leurs infractions.

## 8.2.9. Récidivisme du viol

Les facteurs pouvant le plus favoriser l'émergence d'une activité fantasmatique déviante chez les violeurs sont les situations de rejet ou de conflit avec les femmes, les déceptions face à un idéal de soi trop élevé, les difficultés liées à l'image corporelle. Les conflits avec des adultes perçus comme injustes ou menaçants ou avec des personnes en situation d'autorité, des situations de solitude et d'abandon joueraient ce même rôle pour les agresseurs pédophiles [126]. Au delà de ces problématiques, une humeur générale négative apparaît comme étant la variable la plus fortement associée à l'émergence de cette activité fantasmatique déviante. Les délinquants sexuels présentent souvent des déficits relationnels en général et singulièrement dans la confiance éprouvée envers autrui [124]. Certaines variables sont décrites ou validées comme des prédicteurs de dangerosité sexuelle potentielle [124, 135, 141, 142, 143, 144] :

- antécédents de victimisation sexuelle ;
- troubles du comportement dans l'enfance ;
- délinquance juvénile ;
- début précoce de la délinquance sexuelle ;
- nombre et gravité des infractions sexuelles antérieures ;
- antécédents judiciaires de toutes catégories ;
- antécédents de comportements violents et d'incarcérations ;



- diversité des passages à l'acte sexuels ;
- attirance sexuelle pour les enfants ;
- adhésion à des croyances sexuelles déviantes ;
- célibat ou relations familiales conflictuelles ;
- mode de vie instable, comportement à risque ;
- influences sociales négatives ;
- personnalité antisociale, sadisme ;
- paraphilies multiples ;
- rancune/hostilité ;
- alcoolisation avant les faits ;
- agression sexuelle extrafamiliale ;
- pédophilie primaire d'élection ;
- pédophilie homosexuelle ;
- conduite exhibitionniste ;
- usage de la pornographie ;
- non compliance au suivi judiciaire et au traitement
- traitement absent ou incomplet d'un agresseur sexuel à risque élevé.

La comorbidité psychiatrique est importante à considérer dans le risque de récurrence en particulier l'existence d'un trouble anxieux ou de l'humeur, de l'usage de substances psychoactives, d'une autre paraphilie, d'une insuffisance du désir sexuel et de l'érection [145].

### 8.3. Incendie volontaire

#### 8.3.1. Généralités

Mettre délibérément le feu ou détruire par tout autre moyen un bien appartenant à autrui tombe sous le coup des articles 332-6 à 332-10 du Code pénal. Il existe une extrême diversité dans les profils des auteurs d'incendies, les causes, les moyens utilisés et les situations où surviennent les actes pyrogènes. De fait, les classifications des incendies et des incendiaires sont nombreuses et complexes. Nous excluons ici les incendies involontaires, c'est-à-dire non intentionnels, qui résultent d'un oubli, d'une faute, d'une imprudence ou d'une négligence. On peut dresser le portrait type, le profil préférentiel dans notre pays de l'incendiaire sans complice :

- homme célibataire ou divorcé ;
- solitaire ;
- âgé de quinze à quarante ans ;
- issu d'un milieu familial défavorisé et pathogène ;
- niveau éducatif médiocre ;
- travailleur non qualifié ;
- anxieux, immature et timide ;
- consommation excessive d'alcool ;
- antécédents dépressifs et suicidaires possibles ;
- difficultés d'adaptation sociale ;
- passages à l'acte en début de nuit sur des biens mobiliers.

Les mobiles habituels, en tant que « réactions de décharge » à un sentiment de colère ou de désespoir, sont la vengeance et/ou la haine, à savoir se venger ou

venger un proche d'une offense, d'une frustration, d'une injustice : licenciement professionnel injustifié, divorce, rupture affective, contrariété, querelle de voisinage, jalousie, hostilité contre un tiers ou une collectivité, secrets de famille. Parmi les autres motivations exprimées, on peut citer les idéologies sociopolitiques et criminelles (émeutes, révoltes, violences urbaines et racistes, sabotage, terrorisme, racket), le profit personnel ou commercial (fraudes aux assurances, éliminer un concurrent, détruire la forêt pour faire du terrain constructible, toucher des primes d'intervention), la dissimulation d'un crime (effacer les traces d'une effraction, d'un cambriolage, les preuves d'une malversation, les indices dans un véhicule), la conduite « héroïque » (pompier volontaire qui combat avec courage et dévouement le sinistre qu'il a provoqué) [146].

#### 8.3.2. Incendie pathologique

Les conduites incendiaires ne sont pas spécifiques d'une affection mentale particulière, la plupart de leurs auteurs ne présentant en outre pas de pathologie avérée [147]. Parmi les incendiaires souffrant de troubles mentaux graves et de troubles de la personnalité, il est classique de citer les fréquents retardés mentaux influençables, susceptibles, coléreux, vaniteux (activité de jeu, spectacle émouvant, désir de se mettre en valeur, vengeance), les alcooliques agressifs ou jaloux (ébrioité, ivresse pathologique, *delirium tremens*), l'abus chronique d'alcool étant souvent la toile de fond de l'auteur d'incendie, les toxicomanes en crise, les confus et les déments organiques (incendies souvent accidentels), les dépressifs suicidaires (appel à l'aide), les bipolaires (immolation des mélancoliques familicides, maniaques ludiques), les psychotiques délirants, passionnels, vengeurs, jaloux, persécutés, revendicateurs, mystiques, mégalomanes, tout spécialement les schizophrènes paranoïdes [148], les hystériques en souffrance, les personnalités antisociales et les psychopathes-borderlines impulsifs, les pervers qui jouissent de la souffrance infligée à autrui. Plusieurs de ces diagnostics peuvent être associés, la comorbidité psychiatrique, certaines atteintes neurologiques (traumatisme crânien, épilepsie temporale), la curiosité pour le feu, la colère et la précocité du premier incendie augmentant la dangerosité et le risque de récurrence.

#### 8.3.3. Pyromanie

Le vrai pyromane décrit par les auteurs classiques semble peu fréquent. La pyromanie est considérée comme un trouble du contrôle des impulsions selon la classification de l'Association Psychiatrique Américaine [88]. Le DSM-5 la décrit comme l'allumage délibéré et réfléchi d'incendies survenant à plusieurs reprises, avec tension ou excitation émotion-



nelle avant l'acte, fascination, intérêt, curiosité ou attirance pour le feu et pour tout ce qui s'y rapporte, plaisir, gratification ou soulagement lors de l'allumage des incendies, en les contemplant ou en participant aux événements qui en résultent. Le feu n'est pas allumé pour un bénéfice commercial ni pour manifester une idéologie sociopolitique. La pyromanie concerne essentiellement des hommes et débute généralement à l'adolescence ou en début de vie adulte. Le futur pyromane est souvent fasciné déjà par les incendies (informations, lectures, discussions) et choisit quelquefois d'exercer l'activité occasionnelle de pompiers volontaire.

Les auteurs classiques européens considéraient la pyromanie comme une obsession-impulsion consciente, une impulsion obsédante appartenant plus ou moins au registre de la névrose obsessionnelle. Ils insistaient par ailleurs sur les relations entre feu et sexualité. Le DSM, dans ses commentaires, ne fait aucune allusion à une problématique sexuelle ou érotique, le « plaisir », sans autre précision, éventuellement ressenti par le pyromane en mettant le feu pouvant encore se manifester devant les destructions qui en résultent. La CIM-10 mentionne simplement que cette tendance pathologique à allumer des incendies s'accompagne souvent « d'un état de tension croissante avant l'acte et d'une excitation intense immédiatement après » [149]. L'incendie délibéré comme équivalent sexuel pervers, excitation fétichiste, la vue du feu provoquant l'orgasme, sont donc totalement passés sous silence par les deux grandes classifications internationales de troubles mentaux. Le possible mobile sexuel des incendies ne s'exprime pas aux réponses péniennes par comparaison aux sujets non incendiaires [150].

#### 8.3.4. *Enfant incendiaire*

Le feu criminel occupe dans les troubles des conduites sociales de l'enfant une place ambiguë car l'enfant n'a pas toujours conscience du risque représenté par le feu. Ceci pose de difficiles problèmes d'interprétation chez les enfants les plus jeunes ou qui souffrent d'un déficit intellectuel ou de manifestations psychotiques. Il est admis que la découverte et l'exploration du feu font partie des apprentissages normaux des jeunes enfants et que la fréquence des incendies croît lors de la puberté (conflits affectifs dans des situations de séparation et de frustration, changement dans la vie génitale, réparation narcissique d'une détresse par un acte démonstratif). Les enfants incendiaires présentent souvent des troubles du développement et des conduites : énurésie prolongée, instabilité psychomotrice, masturbation précoce, absentéisme scolaire, placement dans des écoles spécialisés, colères, actes agressifs ; cruauté envers les animaux, fugues, vols. La plupart des auteurs insistent sur la situation familiale traumatique dans laquelle ils vivent : fratrie nom-

breuse, foyers dissociés, parents abuseurs, violents, alcooliques, malades mentaux [151]. Ces facteurs pathogènes ne sont pas spécifiques aux enfants incendiaires mais à beaucoup de jeunes antisociaux.

Sur le plan nosographique, il semble que l'on puisse distinguer quatre catégories d'enfants et d'adolescents incendiaires : les impulsifs immatures parfois psychotiques ou arriérés mentaux ; les obsessionnels dociles souvent déprimés et voleurs ; les bravaches manipulateurs et indépendants au comportement passif-agressif ; les ludiques alcoolisés bien insérés socialement. Chez la plupart on retrouve des idées et des fantasmes d'agressivité, de colère, de revanche, de vengeance envers un parent, un éducateur, un enseignant, l'école, la société. Le symbolisme sexuel ne s'exprime habituellement que chez quelques adolescents. Un niveau élevé de colère et de curiosité pour le feu paraît lié à un risque accru d'incendie [152]. Chez le mineur, la conduite incendiaire n'est pas un symptôme isolé mais inaugure généralement des troubles psychiatriques ou comportementaux.

#### 8.3.5. *Femme incendiaire*

Les incendiaires de sexe féminin constituent moins de 20 % des auteurs d'incendies volontaires, toutes catégories confondues. Tout peut se rencontrer : fillette qui met le feu à son école à la demande de son père qui voulait se venger de l'institutrice, comptable qui brûle les archives pour cacher ses détournements frauduleux, ménagère qui incendie son appartement ou un lieu habité par un proche sous l'effet de frustrations diverses, de la solitude, de la dépression, femme abandonnée qui met le feu par ressentiment ou humiliation au domicile de son ancien amant [153]. La plupart des femmes incendiaires sont indemnes de troubles mentaux sévères, mais on constate souvent de l'immaturité affective, des antécédents d'agressions sexuelles dans l'enfance, des tentatives de suicide, des abus d'alcool ou de substances [154, 155]. Les mobiles les plus fréquents sont la vengeance, la solitude, l'appel à l'aide, le chantage affectif. Il faut mettre à part l'adolescente difficile qui appartient à un groupe marginal et qui passe à l'acte dans un contexte festif de révolte sociale ou de guérilla urbaine. La pyromanie féminine semble exceptionnelle.

### 8.4. *Infractions non violentes*

#### 8.4.1. *Vol et collectionnisme pathologiques*

Les vols pathologiques sont à différencier des vols qui sont exécutés de propos délibéré, parfois à plusieurs, avec méthode et dans un but utilitaire. Ces délits, conscients et organisés, représentant une proportion importante des infractions commises par les sujets présentant une personnalité antisociale. Des vols uti-



litaires ou par nécessité sont également réalisés par des personnes souffrant de troubles mentaux graves sans être nécessairement reliés à leur pathologie. Des vols pathologiques peuvent être observés au cours de nombreuses affections : état démentiel (vols absurdes), retard mental, état psychotique (épisode délirant aigu, schizophrénie), trouble bipolaire (hypomanie, manie), état confuso-onirique, trouble obsessionnel-compulsif (collectionnisme pathologique), conduite addictive et personnalité antisociale (vols utilitaires). Des vols sont également possibles dans le fétichisme (sous-vêtements féminins, chaussures de femmes) et le collectionnisme.

La kleptomanie, définie comme une compulsion au vol, est rare. Elle s'observe principalement dans le sexe féminin (2/3 de femmes) et s'accompagne classiquement d'une lutte anxieuse contre le désir de subtiliser, d'un soulagement de l'anxiété après le passage à l'acte, et d'une possible restitution des objets dérobés, souvent de faible valeur et de peu d'utilité. Cette entité nosographique est considérée comme un trouble du contrôle des impulsions dans le DSM-IV-TR et le DSM-5 [88]. Il résulte des recherches actuelles que la kleptomanie est fréquemment associée à d'autres troubles du contrôle des impulsions (20 à 46 %), à l'usage de substances (23 à 50 %), aux troubles de l'humeur (45 à 100 %) et aux personnalités paranoïde, borderline et schizoïde (43 %) [156]. Cette pathologie a donc des relations étroites avec les conduites addictives dans le cadre d'un trouble multi-impulsif [157, 158].

Le collectionnisme morbide est décrit par les auteurs classiques comme la tendance à accumuler des objets habituellement sans valeur, soit hétéroclites (arriérés, maniaques, déments), soit sélectionnés selon des critères déterminés (fétichistes, kleptomanes, mythomanes, psychopathes vaniteux, délirants mégalo-manes). Les matériaux collectionnés sont ramassés dans des lieux ouverts au public (poubelles, décharges) ou carrément volés. La claustration pathologique peut quelquefois s'accompagner de collectionnisme, le domicile étant transformé en déchetterie [159].

#### 8.4.2. Escroquerie

L'on ne connaît que peu de travaux scientifiques sur la psychopathologie des auteurs d'escroqueries. Scharbach (1997), à propos de quatre observations personnelles, note chez ces imposteurs de sexe masculin une grande diversité des modes d'organisation de la personnalité avec notamment failles narcissiques et inquiétude identitaire. Il précise que ces personnalités « en mosaïque » souffrent de troubles graves de la personnalité, notamment limite, secondaires à une dysharmonie évolutive de l'enfance constituée à partir de carences affectives et éducatives, tout particulièrement dans le jeu des identifications. Il observe les caractéris-

tiques suivantes : traits narcissiques avec aménagements paranoïaques (surestimation de soi) ou hystériques (dramatisation), ou psychopathiques (violence, faible intimidabilité), dimension mythomane avec une problématique du « comme si », du factice, situant ces sujets en dehors des lignées psychotiques [160].

#### 8.4.3. Lettres et appels téléphoniques anonymes

Là encore, peu de véritable documentation scientifique sur les scripteurs anonymes dénonciateurs, leur approche psychologique n'étant possible qu'en cas d'identification et d'expertise mentale. Ces personnes peuvent être théoriquement classées en deux catégories : 1) les « corbeaux », qui sont indemnes de troubles mentaux évidents, et dont le but est essentiellement utilitaire et rationnel ; 2) les « anonymographes », qui présentent des profils plus pathologiques, et qui de ce fait agissent selon des mobiles moins rationnels. Les nouvelles technologies (Internet, téléphonie mobile) remplacent peu à peu les courriers de dénonciation écrits sur papier à la main ou par un procédé mécanique (normographe, machine à écrire traditionnelle), envois qui peuvent s'accompagner de communications téléphoniques anonymes (propos agressifs, érotiques, scatologiques), d'objets menaçants ou dangereux (produits toxiques), de vols et de sabotages [161, 162].

Les anonymographes, le plus souvent des femmes dans les circonstances ordinaires de la vie, présentent divers profils psychopathologiques : comportement pervers des personnalités hystérique, sadique, passive-agressive, obsessionnelle-compulsive ; délire paranoïaque de persécution, revendication, jalousie ; hypomanie et manie ; mythomanie maligne ou perverse ; trouble dissociatif de l'identité [163]. D'après Houillon *et al.* (1980), les corbeaux téléphoniques appartiennent aux catégories ci-après : inhibés ralentis, émotifs infantiles, névrosés timides et infériorisés, obsédés sexuels, pervers et enfin exaltés par réaction à une accumulation de frustrations et d'échecs sociaux [164].

#### 8.4.4. Harcèlement

Certains malades mentaux sont susceptibles de présenter par moments un comportement de harcèlement d'autrui (affectif, agressif, revendicatif, sexuel, professionnel) de courte ou longue durée. Citons pour mémoire les délirants persécutés, jaloux ou érotomanes, le plus souvent paranoïaques mais aussi schizophrènes, les mythomanes pervers, les addictifs sexuels, les personnalités pathologiques : paranoïaque, borderline, narcissique, histrionique, obsessionnelle-compulsive, passive-agressive, dépendante, immature, sadique. Mullen *et al.* (1999) ont étudié 145 harceleurs (*stalkers*) adressés pour traitement à un centre de psychia-





trie médico-légale. Leur âge va de 15 à 75 ans avec une moyenne de 38 ans. Parmi eux, 114 (79 %) sont des hommes, 56 (39 %) sont sans emploi, 75 (52 %) n'ont jamais eu de relation intime durable, 41 (30 %) sont séparés ou divorcés. Selon la motivation et le contexte, cinq groupes d'harcelleurs sont identifiés : les rejetés (*rejected*) avec 52 sujets, ceux qui recherchent l'intimité (*intimacy seeking*) avec 49 sujets, les incompetents (*incompetent*) avec 22 sujets, les rancuniers (*resentful*) avec 16 sujets et enfin les prédateurs (*predatory*) avec six sujets. C'est parmi la première et les deux dernières catégories que l'on compte le plus de comportements menaçants et violents sur les victimes, ainsi que de condamnations antérieures. La durée du harcèlement varie de quatre semaines à 20 ans, la moyenne étant de 12 mois. Les victimes sont majoritairement un ancien partenaire (44 cas soit 30 %) ou un professionnel (de santé surtout) en relation avec les harceleurs (34 cas soit 23 %), une relation professionnelle (collègue ou client) (16 cas soit 11 %), mais dans 20 cas (14 %) il n'y avait aucun contact préalable entre l'auteur et sa victime. Sur le plan psychiatrique, les auteurs notent que 66 harceleurs ont un diagnostic sur l'axe I : 43 souffrent de symptômes délirants (20 érotomanes, cinq jaloux morbides, trois persécutés, 15 non spécifiés), 14 sont schizophrènes dont 5 avec un délire érotomane, deux sont bipolaires, deux ont une dépression majeure et un présente un trouble anxieux. Par ailleurs, un trouble de la personnalité, appartenant le plus souvent au cluster B, est diagnostiqué chez 74 de ces 145 harceleurs. Enfin, une comorbidité avec l'usage de substances existe dans 36 cas (25 %). Sur le plan de la criminalité, les auteurs notent que 57 (39 %) de ces sujets ont été précédemment condamnés : 41 (28 %) pour des violences interpersonnelles, 10 (7 %) pour agressions sexuelles et un seul pour harcèlement [165].

## 9. NEURO-IMAGERIE ET CRIME VIOLENT

L'on sait depuis plusieurs décennies qu'une certaine forme d'impulsivité, d'hostilité ou d'incapacité à contrôler les pulsions auto et hétéro-agressives est liée à de faibles concentrations de 5-HIAA dans le LCR, indépendamment du groupe diagnostique et de l'acte commis [166]. Il existe en fait dans certaines familles une tendance à l'irritabilité et à la violence coléreuse transmise par les gènes liés au transport de la sérotonine et à la monoamine oxydase type A (MAO-A) [167, 168]. D'autres neurotransmetteurs (GABA, dopamine, norépinéphrine, acétylcholine) et neuropeptides (vasopressine, ocytocine, opioïdes, testostérone) interviennent encore dans la modulation de l'agressivité [169], mais c'est maintenant les recherches en neuro-imagerie structurale et fonctionnelle qui paraissent les plus prometteuses dans la

connaissance et le diagnostic d'un certain nombre de troubles mentaux et de comportements violents. Nous suivrons le plan de l'article de Mouchet-Mages (2013) qui fait le point actuel sur la question [170].

### 9.1. Anomalies structurales

La neuro-imagerie a pu mettre en évidence des particularités anatomiques spécifiques concernant la schizophrénie, les troubles bipolaires ou le trouble hyperactivité avec déficit attentionnel. Chez les patients porteurs de personnalité antisociale ou psychopathe, certaines structures cérébrales paraissent anatomiquement différentes des sujets sains : structures limbiques du lobe temporal médian, hippocampe et amygdale, régions ventromédiale et orbitofrontale du lobe frontal [171, 172]. Des anomalies du cortex orbitofrontal et du gyrus cingulaire antérieur, censés réguler l'activité des structures sous corticales impliquées dans le contrôle des émotions, entraîneraient une vulnérabilité biologique à la violence [169]. Par ailleurs, les schizophrènes violents récidivistes présenteraient par comparaison aux non-récidivistes une asymétrie des patrons gyraux dans la région temporo-pariétale [173] alors que les schizophrènes meurtriers auraient une diminution de volume de la substance grise de l'hippocampe et du gyrus parahippocampique [174]. Chez les agresseurs pédophiles, on a observé selon l'âge des victimes et le récidivisme une diminution de volume de certaines structures cérébrales [175].

### 9.2. Anomalies fonctionnelles

Les techniques de neuro-imagerie fonctionnelle sont fondées sur la consommation énergétique des aires et structures actives, résultant en une augmentation de flux sanguin en cas d'hyperactivité ou une diminution dans le cas inverse (variations localisées de débit sanguin cérébral). Dans l'étude de Wong *et al.* (1997), les schizophrènes violents non récidivistes présentent une diminution bilatérale du métabolisme des régions temporales antérieures, alors que cette diminution n'existe que du côté gauche chez les récidivistes [173]. Une revue de Bufkin et Luttrell (2005) montre que l'ensemble des recherches est en faveur d'un déficit de fonctionnement préfrontal dans les groupes agressifs, violents et antisociaux, avec une hyperréactivité du système limbique dans les comportements impulsifs-affectifs [176]. Ainsi, comme les études structurales, les résultats d'imagerie fonctionnelle pointent vers des dysfonctions frontales et du système limbique. On peut encore citer ici les travaux de Stoléru (2013) sur des pédophiles. Ils mettent en évidence des zones cérébrales où les activations sont significativement plus élevées chez ces agresseurs que chez les sujets témoins : cervelet, gyrus orbitaire antérieur droit, gyrus frontal inférieur droit, gyrus fusiforme gauche,



cortex cingulaire antérieur gauche, insula droite et gauche [177].

### 9.3. Neuro-imagerie et justice pénale

Ces recherches, malgré leur grand intérêt, ont des limites qu'il faut souligner. D'une part, il n'existe pas encore d'étude publiée démontrant qu'une dysfonction préfrontale est prédictive de la criminalité violente. Les lésions observées sont-elles à l'origine ou simplement la conséquence des comportements agressifs, les anomalies anatomiques ou fonctionnelles existaient-elles lors du passage à l'acte et, si oui, y a-t-il un lien direct causal entre ces anomalies et l'activité violente par altération ou abolition du discernement de l'agresseur ? D'autre part, ces recherches sont basées sur des comparaisons de moyennes entre auteurs violents et témoins non violents, et leurs résultats ne sont donc pas forcément valides à titre individuel, pour la personne mise en cause.

L'utilisation de la neuro-imagerie comme élément scientifique supplémentaire de l'expertise psychiatrique pénale pose donc divers problèmes, mais les processus pathologiques objectivables peuvent toutefois apporter des arguments en faveur d'une diminution ou d'une disparition de la responsabilité. Présentées sous forme d'images ou de témoignage devant une juridiction de jugement, comme cela n'est pas rare aux USA, ces anomalies pourraient influencer les magistrats et les jurés dans leur décision [178]. Comme le souligne Mouchet-Mages (2013), les performances croissantes des outils diagnostiques de neuro-imagerie vont vraisemblablement rendre leur application en cour de justice de plus en plus large et pertinente [170].

## 10. EXPERTISE, PROFILAGE ET GESTION DE CRISE

### 10.1. Expertise

Une des carences les plus évidentes du système répressif français est l'absence de méthode d'évaluation codifiée des auteurs d'actes criminels majeurs, complexes ou sériels. Bien que la loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté introduise le placement du condamné pour au moins six semaines dans un service spécialisé en vue de son évaluation, il reste à étendre ces dispositions à l'ensemble des comportements violents graves aux divers niveaux du cursus pénal : présentenciel (responsabilité, dangerosité, profil criminel), postsentenciel initial (gestion du condamné, gestion de la peine, niveau de sécurité), postsentenciel tardif (facteurs de risque de récidive, réinsertion psycho-médico-sociale), en milieu ouvert (facteurs d'adaptation à la communauté, facteurs de risque de récidive) [48].

Nous avons en effet souligné depuis longtemps les évidentes insuffisances de l'expertise psychiatrique en matière d'appréciation de la dangerosité et de la stratégie thérapeutique [3]. La brièveté de l'expertise actuelle, son caractère souvent tardif par rapport aux faits, la difficulté d'appréciation de l'état mental et du comportement au cours d'un entretien souvent unique dans un cadre et un contexte particuliers, le secret médical auquel sont astreints les médecins traitants, l'absence de renseignements provenant des proches, la fréquente dissimulation et/ou sursimulation des troubles font qu'il existe une différence notable entre les diagnostics et évaluations portés par les experts et les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire ou en unités pour malades difficiles [179].

La création de centres régionaux d'évaluation et d'expertise criminologie pour les auteurs d'infractions graves ou récidivantes nous paraît en ce sens intéressante [3]. La mission d'expertise pourrait être confiée à une équipe pluridisciplinaire utilisant l'examen clinique mais également des méthodes scientifiques d'évaluation de la personnalité, de l'acte antisocial et du pronostic. Une observation médico-psychologique prolongée permettrait de mieux apprécier la responsabilité pénale avant condamnation et les facteurs de risque futur liés à l'état mental. La recherche approfondie et l'appréciation des prédictors de violence criminelle, des besoins individuels et des apprentissages nécessaires pouvant favoriser une réinsertion seraient à même d'orienter plus exactement vers des mesures préventives et curatives par l'élaboration d'un programme individualisé de prise en charge.

### 10.2. Profilage

L'analyse comportementale en matière criminelle est devenue par le monde un outil habituel d'aide à l'enquête difficile. L'établissement du profil psychologique, physique (sexe, robustesse) et social d'un agresseur inconnu peut en effet faciliter son arrestation en orientant les recherches vers le ou les suspects les plus probables, en complément des méthodes classiques de l'investigation policière. Toutefois, de nombreuses difficultés théoriques et pratiques posent les limites de la technique : imprévisibilité du comportement humain en général, même face à des situations identiques ; variations du comportement du coupable au cours d'un passage à l'acte de longue durée ; scène de crime primitive (corps du délit) qui ne reflète l'essentiel de l'action criminel que s'il y a unité de lieu, de temps et d'action ; différence entre l'état mental de l'agresseur lors des faits et dans la vie quotidienne ; possibilité de modification et de mise en scène pour tromper les enquêteurs ; insuffisance ou erreur dans le recueil des éléments de preuve (problème de la qualité de l'investigation) [180]. Des méthodes statistiques basées sur le Théorème de Bayes sont proposées actuellement pour l'interpréta-



tion et l'évaluation des preuves judiciaires et la recherche des criminels [181, 182].

Le Département des sciences du comportement (DSC) de la gendarmerie nationale est en France la seule unité spécialisée dans le profilage criminel. Chaque affaire non résolue confiée au DSC est d'abord soumise à une étude de faisabilité préalable qui, si elle se révèle positive, débouchera finalement sur un rapport d'analyse discuté collégialement et adressé à l'autorité judiciaire pour exploitation. Dans sa procédure d'analyse, le DSC prend en compte tous les éléments objectifs extraits des pièces de la procédure (procès-verbaux, expertises médico-légales et criminalistiques, témoignages), les renseignements liés à la victime vivante ou morte, le mode opératoire et son organisation, le lien victimologique éventuel établi à partir du comportement de l'agresseur. Pour ce faire, il dispose en particulier de tableaux informatiques d'aide à l'analyse comportementale des homicides (TAACs) et des infractions sexuelles extrafamiliales (PRACTIS). Malgré les difficultés inhérentes à l'application des sciences humaines, cette unité de la gendarmerie est capable d'établir des profils dont la majorité des éléments énoncés concorde avec les suspects confondus [180].

### 10.3. Gestion de crise

Le psychiatre, dans sa pratique, peut être quelquefois amené à participer comme « conseiller » (aide au diagnostic) dans la prise en charge d'une situation de crise suicidaire ou criminelle (forcené retranché, prise d'otage, Fort Chabrol, mutinerie). Ces situations difficiles ou conflictuelles graves, qui mobilisent les forces de l'ordre, ont en effet souvent pour auteurs des personnes mentalement perturbées (intoxication alcoolique, dépression, personnalité pathologique, troubles bipolaires, délire schizophrénique ou paranoïaque) et/ou connaissant une situation de stress, de désespoir, de revendication personnelle, politique ou religieuse (conflits familiaux et de voisinage, perte d'emploi, vengeance, terrorisme...) [183]. La gestion et la résolution de ces comportements peut nécessiter l'intervention de policiers négociateurs qui, après évaluation du contexte et de la dangerosité de la personne en crise, utilisent des techniques spécialisées de communication et d'écoute [184, 185]. Le psychiatre peut encore intervenir dans l'aide aux victimes de ces drames.

## 11. CONCLUSION

Contrairement aux idées antérieures, la majorité des auteurs de la littérature reconnaissent maintenant l'existence d'un lien entre violence, crime et maladie mentale, lien persistant même après contrôle des don-

nées démographiques et socioéconomiques. Cette association paraît plus importante en cas de troubles mentaux sévères, en particulier les psychoses, augmentant avec l'usage ou l'abus d'alcool et/ou de substances psychoactives. L'importance de cette association, bien que statistiquement significative, doit être relativisée par d'autres déterminants comme l'âge, le sexe, les niveaux d'éducation ou socioéconomique. Il est également nécessaire de souligner que la plupart des innombrables personnes souffrant de troubles mentaux tout venant ne commettront pas d'infractions graves et seront plus probablement les victimes d'autrui. Les violences des malades et handicapés mentaux concernent enfin le plus souvent leurs proches, à l'opposé des clichés véhiculés par les médias. Les psychiatres experts et traitants, sollicités pour éclairer la justice ou mettre en œuvre des protocoles de soins et de réhabilitation, doivent se faire aider dans leurs évaluations diagnostiques et thérapeutiques par des instruments scientifiques. Ces outils ne constituent bien entendu qu'une indication statistique générale.

Friedman et Michels (2013), dans leur éditorial de l'*American Journal of Psychiatry*, s'interrogent sur les relations controversées entre arme à feu, crime et maladie mentale à propos de meurtres de masse commis récemment en milieu scolaire aux USA. Ils se demandent si les psychiatres sont capables d'empêcher de tels drames alors que même les experts en santé mentale ne font qu'un peu mieux que le hasard (« *do little better than chance* ») dans la prédiction de la violence [186]. Le grand mathématicien allemand Georg Cantor (1845-1918) a pu dire : « Si bornée soit en vérité la nature humaine, elle porte pourtant en elle – cela lui est inhérent – une très grande part d'infini. » Un autre grand mathématicien, le germano-américain Kurt Gödel (1906-1978), a prouvé qu'il existe des limites au raisonnement rationnel, à la pure logique, que la nature fondamentale de l'infini est indémontrable. La même constatation a pu être faite pour l'infiniment petit avec le « principe d'incertitude » du physicien allemand Werner Heisenberg (1901-1976). Nous oserons appliquer pour terminer ce postulat au phénomène criminel. Quels que soient les progrès des sciences humaines, de la criminologie, de la psychiatrie et de la neurophysiologie, une part d'inconnu persistera toujours dans la connaissance du coupable et de son forfait. ■

## RÉFÉRENCES

- [1] Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois ML. *Criminologie et psychiatrie*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-906-A-10 ; 2002.
- [2] Bénézech M. Vérité et mensonge : l'évaluation de la crédibilité en psychiatrie légale et en pratique judiciaire. *Ann Méd Psychol* 1997 ; 165 : 351-64.



- [3] Bénézech M. De la nécessaire création de centres d'évaluation et d'expertise criminologiques à l'échelon national. In : *Médecine pour la prison de l'an 2000*. Paris : Palais du Luxembourg ; 25-26 octobre 1996. p. 82-5.
- [4] Joulin O. Le chemin professionnel du magistrat et la vérité psychologique. « Toute la vérité sur la vérité judiciaire ». *Ann Méd Psychol* 2012 ; 170 : 83-7.
- [5] Leurent O. Innocence, déni, aveu et culpabilité. Un président d'assises face aux expertises psychiatriques. *Ann Méd Psychol* 2013 ; 171 : 440-43.
- [6] Dupré E. *Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal*. Grenoble : Rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française ; 1902.
- [7] Altavilla E. *Psychologie judiciaire*. Paris : Cujas ; 1959.
- [8] Kassin SM, Wrightsman LS. Confession evidence. In : Kassin SM, Wrightsman LS, eds. *The psychology of evidence and trial procedures*. London : Sage ; 1985. p. 67-94.
- [9] Bénézech M. Splendeur et misère de l'aveu criminel. Esquisse médico-légale et psychopathologique. In : Actes du colloque de Bordeaux, 3 et 4 décembre 1994. *La garde à vue en question. L'aveu, reine des preuves ?* Paris : document Acat ; 1995. p. 63-80.
- [10] Cordier B. Aveux, faux aveux, aveux rétractés. *Nervure* 1988 ; 7 : 41-4.
- [11] Bénézech M. Faux aveux par auto-dénonciations pathologiques. Au sujet de quatre observations. *J Méd Lég Droit Méd* 1995 ; 38 : 571-4.
- [12] Le Bihan P, Bénézech M. Psychologie des faux aveux : données classiques et contemporaines. *Ann Méd Psychol* 2013 ; 171 : 468-75.
- [13] Haesevoets YH. La parole de l'enfant à l'épreuve du doute. In : Dandoy N, Kinoo P, Vandermeersch D, eds. *Allégations d'abus sexuels et séparations parentales*. Bruxelles : De Boeck ; 2003. p. 35-52.
- [14] Bensussan P, Rault F. *La dictature de l'émotion. La protection de l'enfant et ses dérives*. Paris : Belfond ; 2002.
- [15] Luauté JP, Saladini O. Le phénomène actuel des fausses victimes d'autrui. *Ann Méd Psychol* 2013 ; 171 : 476-80.
- [16] Bénézech M. Évaluation, jugement, vérité et intime conviction. *Ann Méd Psychol* 2012 ; 170 : 139-40.
- [17] Grihom MJ. L'intime conviction des magistrats : subjectivation pénale et conflit subjectif dans un cas d'inceste. *Ann Méd Psychol* 2012 ; 170 : 120-3.
- [18] Bredin JD. Doute. In : Cadiet L, ed. *Dictionnaire de la justice*. Paris : PUF ; 2004. p. 352-7.
- [19] Przygodzki-Lionet N. *Psychologie et justice. De l'enquête au jugement*. Paris : Dunod ; 2012.
- [20] Berthoz A. Bases neurales de la décision. Une approche des neurosciences cognitives. *Ann Méd Psychol* 2012 ; 170 : 115-9.
- [21] Bénézech M. Données historiques anciennes sur la psychiatrie médicolégale. In : *2000 ans de psychiatrie*. Paris : Ardix Médical ; 2000. p. 9-12.
- [22] Bourgeois M, Bénézech M. Dangereusité criminologique, psychopathologie et co-morbidité psychiatrique. *Ann Méd Psychol* 2001 ; 159 : 1-12.
- [23] Schanda H, Knecht G, Schreinzer D, Stompe Th *et al*. Homicide and major mental disorders : a 25-year study. *Acta Psychiatr Scand* 2004 ; 110 : 98-107.
- [24] Pulay AJ, Dawson DA, Hasin DS, Goldstein RB *et al*. Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders : results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2008 ; 69(1) : 12-22.
- [25] Haute Autorité de Santé (HAS). Audition publique. *Dangereusité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur* : Synthèse bibliographique (décembre 2010) ; Rapport d'orientation de la commission d'audition (janvier 2011) ; Recommandations de la commission d'audition (mars 2011).
- [26] Dubreucq JL, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Méd Psychol* 2005 ; 163 : 852-65.
- [27] Richard-Devantoy S, Olie JP, Gourevitch R. Risque d'homicide et troubles mentaux graves : revue critique de la littérature. *Encéphale* 2009 ; 35 : 521-30.
- [28] Asnis GM, Kaplan ML, Hunderfean G, Saeed W. Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1997 ; 20 : 405-24.
- [29] Bénézech M, Le Bihan P, Chapenoire S, Bourgeois ML. Réflexions sur la fréquence, l'organisation et les facteurs prédictifs des homicides pathologiques : à propos de trois observations avec mutilation corporelle. *Ann Méd Psychol* 2008 ; 166 : 558-68.
- [30] Bénézech M. Introduction à l'étude de la dangereusité. In : de Beaurepaire C, Bénézech M, Kottler C, eds. *Les dangereusités*. Paris : John Libbey Eurotext ; 2004. p. 7-23.
- [31] Senninger JL, Fontaa V. Psychopathologie des malades dangereux. Paris : Dunod ; 1996.
- [32] De Vires Robbé M, De Vogel V, De Spa E. Protective factors for violence risk in forensic psychiatric patients : a retrospective study of SAPROF. *Int J Forensic Ment Health* 2011 ; 10 : 178-86.
- [33] Baylé FJ, Olié JP. Concept d'impulsivité. *Ann Méd Psychol* 1998 ; 156 : 588-95.
- [34] Hollander E, Cohen L, Simon L. Impulse-control disorders measures. In : *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington : American Psychiatric Association ; 2000.
- [35] Bourgeois ML, Bénézech M, Le Bihan P. La haine psychotique et le passage à l'acte destructeur. *Ann Méd Psychol* 2005 ; 163 : 656-61.
- [36] Bénézech M. Colère normale et colère pathologique : considérations générales et observations cliniques. *Ann Méd Psychol* 1998 ; 156 : 361-74.
- [37] Bénézech M. Dépression et crime : revue de la littérature et observations originales. *Ann Méd Psychol* 1991 ; 149 : 150-65.



- [38] Monahan J, Steadman HJ, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, Silver E, Roth LH, Grisso T. Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *Br J Psychiatry* 2000 ; 176 : 312-9.
- [39] Pham T, Remy S, Dailliet A, Lienard L. Psychopathie et évaluation des comportements violents en milieu psychiatrique de sécurité. *Encéphale* 1998 ; 24 : 173-9.
- [40] Programme de prévention de la violence. *Manuel de formation à l'intention du personnel*. Service correctionnel du Canada, 2000.
- [41] Pham TH, ed. *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels*. Sprimont (Belgique) : Mardaga ; 2006.
- [42] Gendreau P, Little T, Goggin C. A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism : what works ! *Criminology* 1996 ; 34 : 575-607.
- [43] Pham TH, Ducro C, Marghem B, Réveillère C, Bénézech M. Les limites des moyens actuariels de recherche de la vérité en prédictivité. *Ann Méd Psychol* 2012 ; 170 : 103-5.
- [44] Niveau G. *Évaluation de la dangerosité et du risque de récidive*. Paris : L'Harmattan ; 2011.
- [45] Hare RD, Harpur TJ, Hakstian AR *et al.* The Revised Psychopathy Checklist : reliability and factor structure. *Psychol Assess : J Consult Clin Psychol* 1990 ; 2 : 338-41.
- [46] Webster CD, Nicholls TL, Martin ML, Desmarais MA, Brink J. Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) : the case for a new structured professional judgment scheme. *Behav Sci Law* 2006 ; 24 : 747-66.
- [47] Conférence de consensus. *Pour une nouvelle politique publique de prévention de la récidive. Principes d'action et méthodes*. Rapport du jury de consensus remis au Premier ministre. Paris, 20 février 2013.
- [48] Bénézech M, Pham TH, Le Bihan P. Les nouvelles dispositions concernant les criminels malades mentaux dans la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : une nécessaire évaluation du risque criminel. *Ann Méd Psychol* 2009 ; 167 : 39-50.
- [49] Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community : evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990 ; 42 : 761-70.
- [50] Tardiff K. The current state of psychiatry in the treatment of violent patients. *Arch Gen Psychiatry* 1992 ; 49 : 493-9.
- [51] Link BG, Andrews H, Cullen FT. The violent and illegal behaviour of mental patients reconsidered. *Am Sociol Rev* 1992 ; 57 : 275-92.
- [52] Marzuk PM. Violence, crime and mental illness. How strong a link ? *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 481-6.
- [53] Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and crime : a longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry* 1990 ; 157 : 345-50.
- [54] Wessely S. The epidemiology of crime, violence and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1997 ; 170 : 8-11.
- [55] Hodgins S, Hiscoke UL, Freese R. The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia : a prospective investigation of patients in community treatment. *Behav Sci Law* 2003 ; 21 : 523-46.
- [56] Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB *et al.* A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006 ; 63 : 490-9, E1, E2, E3.
- [57] Soyka M, Graz C, Bottlender R, Dirschedl P, Schoech H. Clinical correlates of later violence and criminal offenses in schizophrenia. *Schizophr Res* 2007 ; 94 : 89-98.
- [58] Benayoun MD, Bénézech M. Le psychotique pervers et la sanction pénale. Analyse clinique et psychodynamique. *Ann Méd Psychol* 1999 ; 157 : 657-72.
- [59] Smith AD. Aggressive sexual fantasy in men with schizophrenia who commit contact sex offence against women. *J Forensic Psychiatry* 1999 ; 10 : 538-52.
- [60] Le Bihan P, Bénézech M. Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. A propos de 42 observations. *Ann Méd Psychol* 2004 ; 162 : 615-25.
- [61] Barbara Pera S, Dailliet A. Homicide par des malades mentaux : analyse clinique et criminologique. *Encéphale* 2005 ; 31 : 539-49, cahier 1.
- [62] Bénézech M, Le Bihan P. *Personnalité antisociale*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-490-G-10 ; 2012.
- [63] Coid JW. DSM-III diagnosis in criminal psychopathy : a way forward. *Crim Behav Ment Health* 1992 ; 2 : 78-89.
- [64] Marzuk PM, Tardiff K, Hirsch CS. The epidemiology of murder-suicide. *JAMA* 1992 ; 267 : 3179-83.
- [65] Stone MH. Sadistic personality in murderers. In : Millon T, Simonsen E, Birket-Smith M, Davis RD, eds. *Psychopathy : antisocial criminal, and violent behavior*. New York : Guilford Press ; 1998. p. 346-55.
- [66] Meynard JA. La bipolarité aux frontières de la délinquance. In : Lachaux B, ed. *Troubles bipolaires et incidences médico-légales*. Issy-les-Moulineaux : Interligne ; 2005. p. 120-9.
- [67] Lachaux B (ed). *Troubles bipolaires et incidences médico-légales*. Issy-les-Moulineaux : Interligne ; 2005.
- [68] Le Bihan P, Bénézech M. Troubles affectifs majeurs et violence : épidémiologie, clinique et considérations médico-légales. *J Méd Lég Droit Méd* 2011 ; 54(3) : 109-33.
- [69] Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin GM, Langström N. Bipolar disorder and violent crime. New evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2010 ; 67 : 931-8.
- [70] de Beaurepaire C. Épidémiologie des troubles de l'humeur en détention. In : Lachaux B, ed. *Troubles*

- bipolaires et incidences médico-légales*. Issy-les-Moulineaux : Interligne ; 2005. p. 68-87.
- [71] Kafka MP, Prentky RA. Preliminary observations of DSM-III-R axis I comorbidity in men with paraphilias and paraphilia-related disorders. *J Clin Psychiatry* 1994 ; 55 : 481-7.
- [72] McElroy SL, Soutullo CA, Taylor PJr, Nelson EB *et al*. Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry* 1999 ; 60 : 414-20.
- [73] Galli V, McElroy SL, Soutullo CA, Kizer D *et al*. The psychiatric diagnoses of twenty-two adolescents who have sexually molested other children. *Compr Psychiatry* 1999 ; 40 : 85-8.
- [74] Bénézech M, Le Bihan P. Troubles de l'humeur et dangerosité. In : Lachaux B, ed. *Troubles bipolaires et incidences médico-légales*. Issy-les-Moulineaux : Interligne ; 2005. p. 148-65.
- [75] Rosenbaum M. The role of depression in couples involved in murder suicide and homicide. *Am J Psychiatry* 1990 ; 147 : 1036-7.
- [76] West DJ. Murder followed by suicide. London : Heinemann ; 1965.
- [77] Le Bihan P, Bénézech M. Pactes suicidaires : une revue de la littérature. *Ann Méd Psychol* 2006 ; 164 : 292-303.
- [78] Fava M. Crises de colère dans les troubles dépressifs unipolaires. *Encéphale* 1997 ; (suppl III) : 39-42.
- [79] Bénézech M. Suicide élargi aux enfants et dislocation de la cellule familiale. Deux tentatives de filicides par les pères au cours de moments dépressifs de niveau mélancolique. *J Méd Lég Droit Méd* 1994 ; 37(5) : 351-6.
- [80] Dalton K. Cyclical criminal acts in premenstrual syndrome. *Lancet* 1980 ; 2 : 1070-1.
- [81] Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990 ; 264 : 2511-8.
- [82] Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M. Mental disorder and crime : evidence from a danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 489-96.
- [83] Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 497-501.
- [84] Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull* 1996 ; 22 : 83-9.
- [85] Gottlieb P, Gabrielsen G, Kramp P. Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatr Scand* 1987 ; 76 : 285-92.
- [86] Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime : evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992 ; 49 : 476-83.
- [87] Cloninger R. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 1987 ; 236 : 410-6.
- [88] American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé. (DSM-IV-TR). Paris : Masson ; 2003. DSM-5. Paris : Elsevier Masson ; 2015.
- [89] Bénézech M. Des délits et crimes amnésiques. In : Zavialoff N, Jaffard R, Brenot P, eds. *La mémoire. Tome I. Mémoire et cerveau*. Paris : L'Harmattan ; 1989. p. 180-3.
- [90] Arbus L. Les violences au cours du sommeil. In : Billiard M, ed. *Le sommeil normal et pathologique*. Paris : Masson ; 1994. p. 364-9.
- [91] Baratta A, Halleguen O. Pathologies du sommeil et violence. Revue de la littérature. *J Méd Lég Droit Méd* 2008 ; 51(1) : 25-32.
- [92] Richard-Devantoy S, Garré JB, Gallarda T. Caractérisation clinique et criminologique des meurtriers âgés présentant une démence. *Ann Méd Psychol* 2011 ; 169 : 315-8.
- [93] Ito M, Okazaki M, Takahashi S, Muramatsu R, Kato M, Onuma T. Subacute postictal aggression in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2007 ; 10 : 611-4.
- [94] Bénézech M. Des crimes fous commis par les fous et les autres. *Forensic* 1994 ; 5 : 41-44.
- [95] Bénézech M. Classification des homicides volontaires et psychiatrie. *Ann Méd Psychol* 1996 ; 154 : 161-173.
- [96] Bénézech M. Situations d'abandon et d'intrusion dans les crimes d'amour et de désamour. *Présent numéro du Journal de médecine légale du vivant* 2016.
- [97] Bénézech M. De quoi souffrent les parricides ? *Perspectives Psy* 1992 ; 34 : 207-12.
- [98] Millaud F, Auclair N, Meunier D. Parricide and mental illness. A study of 12 cases. *Int J Law Psychiatry* 1996 ; 19 : 173-82.
- [99] D'Orban PT, O'Connor A. Women who kill their parents. *Brit J Psychiatry* 1989 ; 154 : 27-33.
- [100] Stoessel P, Cazanave MT. *Données statistiques récentes sur le parricide en France*. Actes du premier congrès international de l'Association Mondiale de Psychiatrie et de Psychologie Légales. Paris : Expansion Scientifique Française ; 1991. p.167-74.
- [101] Weisman AM, Ehrenclo M, Sharma KK. Double parricide : forensic analysis and psycholegal implications. *J Forensic Sci* 2002 ; 47 : 313-7.
- [102] Newhill CE. Parricide. *J Fam Violence* 1991 ; 6 : 375-94.
- [103] Dayan J, Bernard A. Déné de grossesse, infanticide et justice. *Ann Méd Psychol* 2013 ; 171 : 494-8.
- [104] Pierronne C, Delannoy MA, Florequin C, Libert M. Le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité. *Perspectives Psy* 2002 ; 41 : 182-8.
- [105] Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Frequency of denial of pregnancy : results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002 ; 81 : 1021-7.
- [106] Vellut N, Cook JM, Tursz A. Analysis of the relationship between neonaticide and denial of pregnancy using data from judicial files. *Child Abuse and Neglect* 2012 ; 36 : 553-63.
- [107] Hatters Friedman S, Hrouda DR, Holden CE, Noffsinger SG, Resnick PJ. Filicide-suicide : common factors in parents who kill their children and

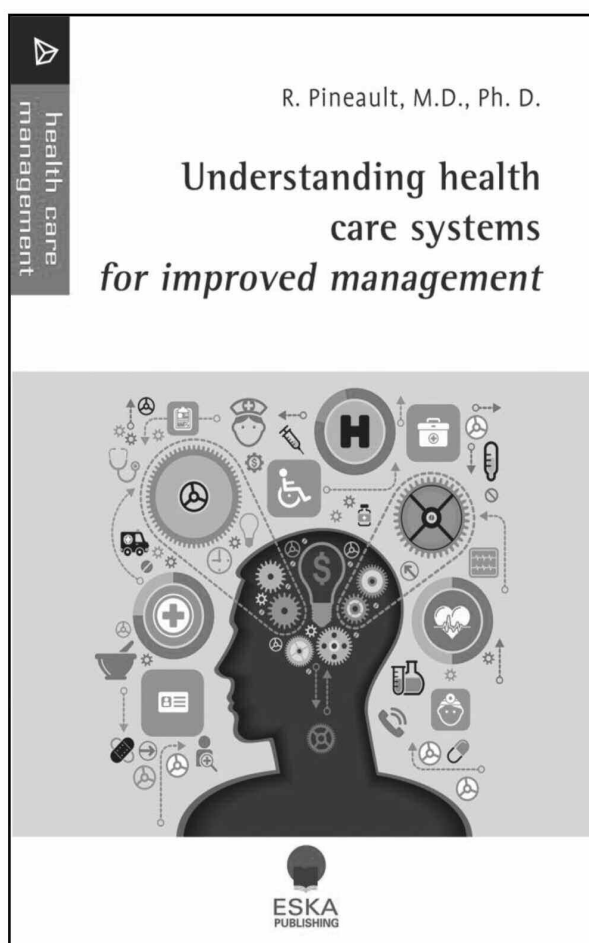
- themselves. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005 ; 33 : 496-504.
- [108] Friedman SH, Holden C, Hrouda DR, Resnick PJ. Maternal filicide and its intersection with suicide. *Brief Treat Crisis Interv* 2008 ; 8 : 283-91.
- [109] Bourget D, Grace J, Whitehurst L. A review of maternal and paternal filicide. *J Am Acad Psychiatry Law* 2007 ; 35 : 74-82.
- [110] Flynn S, Windfuhr K, Hunt I, Webb R, Shaw J. *Filicide : a literature review*. The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. Centre for Suicide Prevention. The University of Manchester, Community Based Medicine, June 2009 : <http://medicine.manchester.ac.uk/psychiatry/research/suicide/prevention/nci>
- [111] Wilson M, Daly M, Daniele A. Familicide : the killing of spouse and children. *Aggress Behav* 1995 ; 21 : 275-91.
- [112] Chocard AS. *L'acte homicide-suicide. Revue de la littérature. A propos de 14 observations cliniques*. Thèse Médecine, qualification en psychiatrie, n° 1058, Université d'Angers, Faculté de Médecine, 2002.
- [113] Cohen J. A study of suicide pacts. *Med Leg J* 1961 ; 2 : 144-51.
- [114] Brown M, King E, Barraclough B. Nine suicide pacts : a clinical study of a consecutive series 1974-1983. *Br J Psychiatry* 1995 ; 167 : 448-51.
- [115] Brown M, Barraclough B. Epidemiology of suicide pacts in England and Wales, 1988-1992. *BMJ* 1997 ; 315 : 286-7.
- [116] Brown M, Barraclough B. Partners in life and in death : the suicide pact in England and Wales, 1988-1992. *Psychol Med* 1999 ; 29 : 1299-306.
- [117] Le Bihan P, Bénézech M. Pactes suicidaires : une revue de la littérature. *Ann Méd Psychol* 2006 ; 164 : 292-303.
- [118] Douglas JE, Burgess AW, Burgess AG, Ressler RK. *Crime classification manual*. 2<sup>nd</sup> ed. San Francisco : Jossey-Bass, A Wiley Imprint ; 2006.
- [119] Bénézech M. L'homicide sexuel : diagnostic et classement criminologiques. *J Méd Lég Droit Méd* 1997 ; 40(4) : 289-94.
- [120] Beauregard E, Proulx J, Brien T, St-Yves M. Deux types de meurtriers sexuels : le colérique et le sadique. In : Proulx J, Cusson M, Beauregard E, Nicole A, eds. *Les meurtriers sexuels. Analyse comparative et nouvelles perspectives*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal ; 2005. p. 203-32.
- [121] Bensimon P. *Profil du criminel condamné pour meurtre(s) et qui récidive en commettant un crime de même nature pendant qu'il était déjà sous surveillance dans la communauté*. Rapport de synthèse, Service correctionnel du Canada, Direction de la recherche, avril 2011.
- [122] Le Bihan P, Bénézech M. La récidive dans l'homicide pathologique. Etude descriptive et analytique de douze observations. *Ann Méd Psychol* 2005 ; 163 : 642-55.
- [123] Bénézech M, Forzan S, Groussin A. Récidive d'homicide chez une jeune femme psychotique. *Ann Méd Psychol* 1997 ; 155 : 585-8.
- [124] Aubut J, ed. *Les agresseurs sexuels. Théorie, évaluation et traitement*. Paris : Maloine ; 1993.
- [125] Thibault F. *Troubles des conduites sexuelles. Diagnostic et traitement*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-105-G-10 ; 2000.
- [126] MacKibben A. La classification des agresseurs sexuels. In : Aubut J, ed. *Les agresseurs sexuels. Théorie, évaluation et traitement*. Paris : Maloine ; 1993. p. 58-78.
- [127] Blatier C. *La délinquance des mineurs. L'enfant, le psychologue, le droit*. Saint-Martin-d'Hères (Isère) : Presses Universitaires de Grenoble ; 1999.
- [128] Knight RA, Prentky RA. Classifying sexual offenders : The development and correlation of taxonomic models. In : Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE, eds : *Handbook of sexual assault : Issues, theories and treatment of the offender*. New York et Londres : Plenum Press ; 1990. p. 23-52.
- [129] Jackson JL, Bekerian DA. *Offender profiling. Theory, research and practice*. Chichester : Wiley ; 1997.
- [130] Turvey BE. *Criminal profiling. An introduction to behavioral evidence analysis*. London : Academic Press ; 1999.
- [131] Proulx J. Les troubles de la personnalité des agresseurs sexuels. In : Pham TH, ed. *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels*. Sprimont (Belgique) : Mardaga ; 2006. p. 43-68.
- [132] Marshall WL, Anderson D, Fernandez Y. *Cognitive behavioural treatment of sexual offenders*. New York : John Wiley ; 1999.
- [133] Dubois E. *Typologie de scénarios délictuels d'agresseurs sexuels conjugaux incarcérés*. Mémoire inédit. Ecole de Criminologie, Université de Montréal, 2000.
- [134] Bouhet B, Pérard D, Zorman M. De l'importance des abus sexuels en France. In : Gabel M, ed. *Les enfants victimes d'abus sexuels*. Paris : PUF, 1992.
- [135] Hanson RK. Evaluation de la dangerosité statistique chez les agresseurs sexuels. In : Coutanceau R, Smith J, eds. *La violence sexuelle. Approche psycho-criminologique*. Dunod : Paris ; 2010. p. 170-81.
- [136] Bénézech M. Viol sous emprise hypnotique : un guérisseur condamné. *Ann Méd Psychol* 1992 ; 150 : 726-9.
- [137] Bénézech M. Relation transférentielle et intimité sexuelle dans la cure psychothérapique : à propos d'une affaire jugée deux fois en cour d'assises. *J Méd Lég Droit Méd* 2010 ; 53(3) : 111-20.
- [138] Atkinson JL. Analyse des recherches sur les délinquantes sexuelles. *Forum* 1996 ; 8(2) : 39-42.
- [139] Service correctionnel du Canada. *Etudes de cas des délinquantes sexuelles sous la responsabilité du Service correctionnel du Canada*. Ottawa : Service correctionnel du Canada ; 1995.
- [140] Matthews R, Matthews JK, Speltz K. *Female sexual offenders : an exploratory study*. Orwell : The Safer Society Press ; 1987.



- [141] Greenberg DM. Sexual recidivism in sex offenders. *Can J Psychiatry* 1998 ; 43 : 459-65.
- [142] Grubin D. Predictors of risk in serious sex offenders. *Br J Psychiatry* 1997 ; 170 Suppl : 17-21.
- [143] Hanson RK, Bussière MT. Predicting relapse : a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *J Consult Clin Psychol* 1998 ; 66 : 348-62.
- [144] Rasmussen LA. Factors related to recidivism among juvenile sexual offenders. *Sex Abuse : J Res Treat* 1999 ; 11 : 69-85.
- [145] Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F, Christenson GA, Miner M. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry* 1999 ; 156 : 786-8.
- [146] Bénézech M. Le feu criminel. *Libres cahiers pour la psychanalyse* 2010 ; 22 : 39-46.
- [147] Laxenaire M, Kuntzburger F. *Les incendiaires*. Paris : Masson ; 1995.
- [148] Ritchie EC, Huff TG. Psychiatric aspects of arsonists. *J Forensic Sci* 1999 ; 44 : 733-40.
- [149] Organisation Mondiale de la Santé. *CIM-10/ICD-10. Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. Critères diagnostiques pour la recherche*. Paris : Masson ; 1994.
- [150] Quinsey VL, Chaplin TC, Upfold D. Arsonists and sexual arousal to fire setting : correlation unsupported. *J Behav Ther and Exp Psychiat* 1989 ; 20 : 203-9.
- [151] Maudoux M, Maudoux S, Prévost P, Repellin F, Pailleux JM, Cousinet N. Les jeunes incendiaires, psychopathologie et aspects évolutifs. *Ann Méd Psychol* 1992 ; 150 : 417-22.
- [152] Kolko DJ, Kazdin AE. Motives of childhood firesetters : firesetting characteristics and psychological correlates. *J Child Psychol Psychiat* 1991 ; 32 : 535-50.
- [153] de Bures I. Les femmes incendiaires et le mythe du Phénix. *J Méd Lég Droit Méd* 1991 ; 34(5) : 331-4.
- [154] Stewart LA. Profile of female firesetters. *Brit J Psychiatry* 1993 ; 163 : 248-56.
- [155] Puri BK, Baxter R, Cordess CC. Characteristics of fire-setters. A study and proposed multiaxial psychiatric classification. *Brit J Psychiatry* 1995 ; 166 : 393-6.
- [156] Grant JE, Odiaug BL. Kleptomania : clinical characteristics and treatment. *Rev Bras Psiquiatr* 2008 ; 30 (Supl 1) : 511-5.
- [157] Bénézech M. Considérations médico-psycho-sociales sur le vol pathologique. A propos d'une observation originale de kleptomanie. *Ann Méd Psychol* 2000 ; 158 : 774-80.
- [158] Grant JE. Understanding and treating kleptomania : new models and new treatments. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2006 ; 43(2) : 81-7.
- [159] Baratta A, Bénézech M. Claustrophobie et collectionnisme : réflexions à propos d'un cas de syndrome de Diogène avec vols kleptomaniques et vengeurs. *Ann Méd Psychol* 2010 ; 168 : 367-72.
- [160] Scharbach H. Profil psychologique de l'escroc. *La Gazette Médicale* 1997 ; 104(2) : 20-3.
- [161] Gassiot A. *Une victimisation en série : l'anonymographie*. Mémoire pour le diplôme du Cours international de victimologie, The American University, CISCIP, 1996-1997.
- [162] Gassiot A, Moron P. Anonymographie. *Ann Méd Psychol* 2002 ; 160 : 311-5.
- [163] Toutin T, Bénézech M. Lettres anonymes et dénonciations ordinaires : réflexions à propos de quelques affaires. *J Méd Lég Droit Méd* 2011 ; 54 : 415-21.
- [164] Houillon G, de Bures I, Lanoy JP. L'interlocuteur anonyme au téléphone. Etude psychopathologique de quelques cas. *Méd Lég, Toxicol* 1980 ; 23(2) : 21-6.
- [165] Mullen PE, Pathé M, Purcell R, Stuart GW. Study of stalkers. *Am J Psychiatry* 1999 ; 156 : 1244-9.
- [166] Lidberg L, Belfrage H, Bertilsson L, Mattila Evenden M, Asberg M. Suicide attempts and impulse control disorder are related to low cerebrospinal fluid 5-HIAA in mentally disordered violent offenders. *Acta Psychiatr Scand* 2000 ; 101 : 395-402.
- [167] Reif A, Rosler M, Freitag CM, Schneider M *et al*. Nature and nurture predispose to violent behavior : serotonergic genes and adverse childhood environment. *Neuropsychopharmacology* 2007 ; 32 : 2375-83.
- [168] Kim-Cohen J, Caspi A, Taylor A, Williams B *et al*. MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health : new evidence and a meta-analysis. *Mol Psychiatry* 2006 ; 11 : 903-13.
- [169] Siever LJ. Neurobiology of aggression and violence. *Am J Psychiatry* 2008 ; 165 : 429-42.
- [170] Mouchet-Mages S. Psychiatrie et neuroimagerie : peut-on faire confiance à la science aux assises ? *J Méd Lég Droit Méd* 2013 ; 56 : 5-13.
- [171] Anderson NE, Kiehl KA. Cognition in neuropsychiatric disorders. The psychopath magnetized : insights from brain imaging. *Neuroimage* 2012 ; 62 : 2296-314.
- [172] Nordstrom BR, Gao Y, Glenn AL *et al*. Neurocriminology. *Adv Genet* 2011 ; 75 : 255-83.
- [173] Wong M, Fenwick P, Fenton G *et al*. Repetitive and non-repetitive violent offending behaviour in male patients in a maximum security hospital : clinical and neuroimaging findings. *Med Sci Law* 1997 ; 37 : 150-60.
- [174] Yang Y, Raine A, Han CB *et al*. Reduced hippocampal and parahippocampal volumes in murderers with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2010 ; 30, 182(1) : 9-13.
- [175] Poepl TB, Nitschke J, Santtila P *et al*. Association between brain structure and phenotypic characteristics in pedophilia. *J Psychiatr Res* 2013 ; 47 : 678-85.
- [176] Bufkin JL, Luttrell VR. Neuroimaging studies of aggressive and violent behavior : current findings and implications for criminology and criminal justice. *Trauma Violence Abuse* 2005 ; 6 : 176-91.
- [177] Stoléru S, Fonteille V, Moulier V. Corrélats neuraux de l'attirance sexuelle pédophile. *Ann Méd Psychol* 2013 ; 171 : 444-8.



- [178] Gurley JR, Marcus DK. The effects of neuroimaging and brain injury on insanity defenses. *Behav Sci Law* 2008 ; 26 : 85-7.
- [179] Saint P. Inadéquations entre l'expertise psychiatrique et la dangerosité criminologique. *Synapse* 1999 ; 160 : 37-42.
- [180] Bénézech M et le Département des sciences du comportement de la gendarmerie nationale. Sur l'analyse comportementale en matière criminelle. *Experts. Revue de l'expertise judiciaire, publique et privée* 2012 ; 103 : 25-8 (partie 1) ; 104 : 33-7 (partie 2).
- [181] Baumgartner K, Ferrari S, Palermo G. Constructing Bayesian networks for criminal profiling from limited data. *Knowledge-Based Systems* 2009 ;
- [182] László T. Bayes' Theorem as a method of interpreting criminal evidence. 2013. [http://www.drtatar.hu/bayes\\_en.htm](http://www.drtatar.hu/bayes_en.htm)
- [183] Toutin T, Bénézech M. Guide pratique d'intervention et de gestion de crise lors de situations difficiles ou conflictuelles. *Ann Méd Psychol* 2005 ; 163 : 683-9.
- [184] Veyrat JP. *TINA. Un modèle de négociation en situation conflictuelle*. Paris : Negorisk ; 2009.
- [185] St-Yves M, Collins P. *Psychologie de l'intervention policière en situation de crise*. Cowansville (Québec, Canada) : Yvon Blais ; 2011.
- [186] Friedman RA, Michels R. How should the psychiatric profession respond to the recent mass killings. *Am J Psychiatry* 2013 ; 170 : 455-8.



## ESKA PUBLISHING

### Understanding health care systems for improved management

Raynald Pineault

Preface by Victor G. RODWIN

Health systems are extremely complex organizations that must respond to multiple needs. Providing coordinated and integrated delivery of services involves a great number of professionals, managers, organizations and support staff.

The purpose of this book is to simplify this reality to make it more easily understandable and manageable. The various aspects of the systems and the many inter-related activities are explained here in an approach geared to self-learning. Each chapter opens with specific objectives and gives exercises at the end to verify knowledge acquisition.

#### KEY FEATURES OF THE BOOK INCLUDE:

**3 MAJOR GOALS:** locate and analyze the components of an Health Care System; identify and explain the relations between the components; apply concepts and methods to the Health Care and its components.

**27 SPECIFIC APPROACHES:** Each chapter covers several specific goals for a better understanding and management of Health Care Systems.

**UNDERSTANDING HEALTH Care systems for Improved**

**Management:** provides the reader with necessary tools to maintain an effective Health Care framework within the various particular organization.

**Raynald Pineault** has been researcher and Professor Emeritus at the Université de Montréal. He is currently medical advisor at the Direction de santé publique of the Agence régionale de la santé and services sociaux de Montréal (Montreal Regional Health and Social Services Board/ Department of Public Health) and the Institut national de santé publique du Québec.

### BON DE COMMANDE

☐ Je désire recevoir ..... exemplaire(s) de l'ouvrage : « **Understanding health care systems for improved management** », par **Raynald Pineault** - Code EAN 978-2-7472-2234-1

Prix : 52,00 € + 1,00 € de frais de port, soit ..... € x ..... exemplaire(s) = ..... €

Je joins mon règlement à l'ordre des Editions ESKA : ☐ chèque bancaire

☐ Carte Bleue Visa n° ..... ☐ Date d'expiration : .....

☐ Signature obligatoire :

☐ par Virement bancaire au compte des Editions ESKA

Etablissement BNP PARIBAS – n° de compte : 30004 00804 00010139858 36

IBAN : FR76 3000 4008 0400 0101 3985 836 BIC BNPAFRPPCE

Société / Nom, prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

Tél. : ..... Fax : ..... E-mail : .....

Veuillez retourner votre bon de commande accompagné de votre règlement à l'adresse suivante :

EDITIONS ESKA – Contact : [adv@eska.fr](mailto:adv@eska.fr)

12, rue du Quatre Septembre – 75002 Paris - France - Tél. : 01 42 86 55 92 - Fax : 01 42 60 45 35