

SÉRIE F / SERIES F

MÉDECINE LÉGALE DU VIVANT

CLINICAL FORENSIC MEDICINE

ÉDITORIAL
FOREWORD

3

RÉFLEXIONS MÉDICO-
PSYCHOLOGIQUES
SUR LA RADICALISATION
ET LE TERRORISME : DE L'ÂME
ERRANTE À L'ÂME FANATIQUE

*SOME MEDICO-PSYCHOLOGICAL
THOUGHTS ON RADICALISATION
AND TERRORISM: FROM LOST SOUL
TO FANATIC*

Michel BÉNÉZECH

9

DANGEROUSITÉ ET
COMORBIDITÉ
PSYCHIATRIQUE : FACTEURS
DE RISQUE VIOLENT

*DANGEROUSNESS AND PSYCHIATRIC
COMORBIDITY: VIOLENT RISK FACTORS*

Michel BÉNÉZECH

17

CRIMINOLOGIE ET PSYCHIATRIE
CRIMINOLOGY AND PSYCHIATRY

**Michel BÉNÉZECH
& Patrick LE BIHAN**

55

SITUATIONS D'ABANDON
ET D'INTRUSION DANS
LES CRIMES D'AMOUR
ET DE DÉSAMOUR

*SITUATIONS OF ABANDONMENT
AND INTRUSION IN CRIMES OF LOVE
AND DISAFFECTION*

Michel BÉNÉZECH

61

ANALYSE COMPORTEMENTALE
ET PSYCHOPATHOLOGIE :
 DÉTECTION, PROFIL
ET APPLICATIONS

BEHAVIORAL ANALYSIS AND PSYCHOPA-

ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Avril 2016

N°1 Journal de médecine légale • Vol. 59

N°1 série F Médecine légale du vivant • Vol. 2

ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

*THOLOGY: DETECTION, PROFILE
AND APPLICATIONS*

**Elen VUIDARD, Audrey RENARD,
Marie-Laure BRUNEL-DUPIN,
Stéphanie Le MAOUT
& Michel BÉNÉZECH**

73

TYPOLOGIE ET
CONSÉQUENCES
PSYCHOLOGIQUES
DES VIOLENCES

Série de 378 victimes examinées
en 2014 à l'Unité médico-judiciaire
(UMJ) de Marne-la-Vallée (France)

*TYPOLOGY AND PSYCHOLOGICAL EFFECTS
OF VIOLENCE*

*About 378 victims examined in 2014 at the
Emergency Forensic Unit (EFU from Marne-la-
Vallée Hospital, Paris Suburb, France)*

**I. HANAFY, G. DIE, M. LECLERE
& B. MARC**

APRÈS LE VIVANT, LE MORT /
AFTER THE LIVING, THE DEAD

85

THE DUTCH APPROACH
IN DISASTER VICTIM
IDENTIFICATION

*L'APPROCHE NÉERLANDAISE DE L'IDENTIFI-
CATION DES VICTIMES DE CATASTROPHES*

H.H. Hans de BOER & George MAAT

92

RECOMMANDATIONS
AUX AUTEURS

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

2^e de couverture

BULLETIN D'ABONNEMENT
SUBSCRIPTION FORM

SOMMAIRE
CONTENTS

LES MÉDICAMENTS DES CANCERS

Une approche pratique
des médicaments à notre disposition

Jean TRÉDANIEL



Saint Joseph. Il a été membre du Scientific Advisory Group – Oncology qui donne un avis sur les nouveaux médicaments qui déposent une demande d'Autorisation de Mise sur le Marché auprès de l'European Medicines Agency.

ÉDITIONS ESKA

LES MÉDICAMENTS DES CANCERS

Jean TRÉDANIEL

Edition 2015

Qu'y a-t-il de commun entre la doxorubicine et l'adriamycine ? Pourquoi les dérivés du platine ont-ils des indications si différentes ? Les anticorps monoclonaux ont-ils évincé les cytotoxiques ? Qu'est-ce qu'un antibiotique anticancéreux ?

C'est l'objet de ce livre que de répondre à ces questions et à toutes celles que soulève le côtoiement des médicaments des cancers. Pour cela, il fallait commencer par les classer les uns par rapport aux autres. Chaque produit est ensuite envisagé sous l'angle de ses indications officielles, validée par une Autorisation de Mise sur le Marché, puis de sa posologie, de son mode d'administration et des précautions qu'il est nécessaire de suivre avant de l'utiliser, des éventuelles résistances qu'il peut susciter et, enfin, des effets indésirables qu'il peut provoquer.

Alors que les traitements des cancers évoluent quasi quotidiennement, ce livre a pour ambition de permettre à un vaste public, spécialisé ou non, de naviguer plus aisément dans les méandres de ces différentes classes médicamenteuses.

Jean TRÉDANIEL est Professeur de Cancérologie à l'Université Paris Descartes. Il dirige l'unité de cancérologie thoracique du Groupe Hospitalier Paris

BON DE COMMANDE

☐ Je désire recevoir exemplaire(s) de l'ouvrage : « **LES MÉDICAMENTS DES CANCERS** », par **Jean Trédaniel** - Code EAN 978-2-7472-2413-0

Prix : 40,00 € + 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 BNPAFRPPPE

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

12, rue du Quatre Septembre – 75002 Paris - France - Tél. : 01 42 86 55 75 - Fax : 01 42 60 45 35

RÉFLEXIONS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES SUR LA RADICALISATION ET LE TERRORISME : DE L'ÂME ERRANTE À L'ÂME FANATIQUE

SOME MEDICO-PSYCHOLOGICAL THOUGHTS ON RADICALISATION AND TERRORISM: FROM LOST SOUL TO FANATIC

EDITORIAL
FOREWORD

Michel BÉNÉZECH*

Les sciences humaines, et tout spécialement la psychologie et la psychiatrie, peuvent-elles nous aider à comprendre, prévenir et soigner les comportements dangereux et/ou criminels liés aux idéologies radicales, totalitaires, intégristes ? Notre réponse sera incertaine, ambivalente, à la fois positive et négative, la revue des études internationales les plus sérieuses ne permettant aucune conclusion définitive globale. Tout dépend de quoi et de qui l'on parle : de la prévention à court ou long terme, du processus de radicalisation en lui-même, de l'état mental des inté-

ressés, de leurs typologies et de leurs mobiles, des passages à l'acte homicides et suicidaires, enfin de la prise en charge en milieu libre ou carcéral des personnes radicalisées ou des terroristes condamnés. L'importance de la situation familiale et socio-professionnelle, du contexte légal, confessionnel, politique et international (diffusion mondiale du terrorisme djihadiste) compliquent encore le problème et son analyse. Vouloir être trop simple dans ce domaine pluridimensionnel, c'est risquer d'être simpliste, caricatural et faux.

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

On ne naît pas plus terroriste ou révolutionnaire que criminel en général, mais il semble que certains facteurs très précoces de fragilité psychologique puissent être à l'origine d'une haine de la société, de la recherche du plaisir et de la puissance par l'imposition aux autres de violences diverses. Nous avons appelé jadis ce fondement psychopathologique de la déviance antisociale le « terrain préparatoire » (Addad et Bénézech). Ce processus d'internalisation et d'identification dans la petite enfance serait constitué de sentiments de culpabilité avec recherche inconsciente de la punition, d'une insécurité narcissique primitive par carence affective maternelle et paternelle, ainsi que d'une absence de structuration éducative. C'est sur cette base psychique défavorable que les processus environnementaux de stigmatisation, d'humiliation, de dévalorisation, d'exclusion, de racisme pourraient se développer le mieux et conduire certains individus à un sentiment de désappartenance, de désengagement moral et social à l'origine d'un parcours marginal, de la délinquance et/ou d'une idéologie extrémiste par radicalisation ou conversion. Dans cette hypothèse, radicalisation et terrorisme seraient un mécanisme rigide de défense, de protection passionnelle en réaction à un contentieux de vulnérabilité, de carence identificatoire et de souffrance profonde (privation affective, violence familiale), terreau sensible à la séduction et aux arguments de la propagande médiatique (Internet, réseaux sociaux), de l'endoctrinement des recruteurs ou de la cohabitation avec un groupe intégriste, plus ou moins militarisé, perçu comme un modèle d'identification.

Les carences affectives, éducatives et sociales précoces dont nous venons de parler pourraient être encore en corrélation avec le faible niveau de signification de la vie (*meaning of life*) observable dans la population des délinquants incarcérés par rapport à la population générale. Nous émettons l'hypothèse que, comme chez certains criminels professionnels, l'idéologie radicale, justifiant l'action violente pour atteindre un but gratifiant, permettrait d'échapper à la pauvreté existentielle de ces personnes, serait un substitut à l'absence de signification profonde de la vie en leur donnant plaisir et raison d'exister pour quelque chose. Dans leur béance existentielle, elles trouveraient enfin une âme qui les comble, fût-elle fanatique ! Il a d'ailleurs été observé que les idéologies extrémistes s'ancraient plus facilement chez les adolescents et adultes jeunes traversant une période de crise au cours de laquelle ils auraient éprouvé un sentiment de déréliction, d'inutilité, de manque, de vide, de perte de repères : sens de la vie obscur, échec scolaire, conflit intergénérationnel et interculturel de seconde génération, climat d'insécurité ou d'errance, absence d'emploi, valeur sociale insignifiante, déception sentimentale, deuil difficilement vécu, etc. Il s'agirait ici non d'un terrain préparatoire fondamental, résultat de traumatismes psychiques précoces et répétés, d'une maltraitance

infantile, mais d'un état émotionnel passager et négatif qui lui aussi fragilise et rend vulnérable, d'un flottement existentiel pouvant survenir aux différentes étapes de la vie. Bien entendu, terrain psychopathologique et vacuité existentielle ne constitueraient qu'un facteur général de risque déviant et rien ne prouve que ce facteur soit commun à l'ensemble de la population hétérogène des auteurs d'actes terroristes. Radicalisation et lutte armée ne seraient qu'une des solutions illicites choisies, des aventures transcendantes pour trouver ou retrouver de l'amour-propre, se valoriser, affirmer sa différence, se donner de l'importance, du pouvoir, du plaisir, contrairement à la grande majorité des individus qui, pour régler leurs problématiques, choisissent des solutions légitimes et s'intègrent dans un environnement social structuré et structurant répondant aux valeurs humaines universelles (vie, famille et profession honorables).

A supposer ces théories scientifiquement prouvées, ce sont l'âge, le sexe et les traits de personnalité développés pendant l'enfance et l'adolescence qui orienteraient le candidat radicalisé vers son type préféré d'action terroriste. Les profils établis par Bouzar et Caupenne, à propos du terrorisme militarisé actuel, trouvent ici leur place. On peut penser que le psychopathe délinquant impulsif et autodestructeur deviendra l'aventurier du « Call of duty » et le volontaire de la mort, que le mégalomane narcissique aboutira au « no limit » de « Zeus », que l'idéaliste passionné s'identifiera au chevalier « Lancelot », que le marginal toxicomane ou le sujet dépendant en quête d'identité et d'appartenance sera « porteur d'eau » et que la jeune femme altruiste à vocation soignante finira en « Sœur Thérèse ». Bien entendu, nous ne confondons pas fanatisme et fondamentalisme. Le religieux humaniste, qui pratique scrupuleusement ses devoirs sacrés, ne recourt jamais à la violence pour imposer ses conceptions à autrui. A titre d'exemple et pour ne parler que de lui, rappelons qu'il y a une vingtaine de siècles un certain Jésus, fondateur d'une secte juive et homme remarquable selon Ernest Renan, n'a pas fait éliminer ses adversaires et n'a pas défendu ou prêché par le glaive sa doctrine d'amour et de charité.

Nous arrivons, à travers ces quelques données, à un questionnement classique mais important. Le terroriste est-il un malade mental qui relève de la psychiatrie ? Globalement parlant, la réponse est clairement non. Les recherches scientifiques concluent à la quasi-unanimité que les troubles mentaux diagnostiqués sont variés (psychose schizophrénique, addictions, troubles de la personnalité et de l'humeur, etc.) et pas plus fréquents dans la population des terroristes internationaux que dans la population en général. Turvey, après d'autres, rappelle l'hétérogénéité des profils psychologiques rencontrés (il n'y a pas de type clinique spécifique de personnalité) et l'absence de perturbation psychiatrique majeure chez la plupart des auteurs d'actes terroristes. Dans l'ensemble, les terroristes

apparaissent aussi « normaux » que n'importe qui d'autre, à l'exception sans doute d'un engagement spirituel puissant que l'on rencontre aussi dans des états affectifs divers tels que l'état amoureux, l'enthousiasme militant, le dévouement sans limite à une cause, le goût de l'aventure extrême, la ferveur religieuse intense. Il existe actuellement un consensus sur l'absence de pathologie mentale invalidante qui expliquerait ce phénomène et la majorité des auteurs concluent que le terrorisme n'est pas une déviance psychologique et comportementale pathologique, les explications quant à ses origines inconscientes semblant datées et obsolètes.

De même, des facteurs situationnels comme l'isolement, la pauvreté, le conflit identitaire, l'oppression politique, la religion (éducation ou environnement intégriste) ou une carence scolaire ne sont pas reconnus par tous les spécialistes en tant que « racines » du terrorisme. Sur 608 jeunes musulmans d'origine pakistanaise et bangladaise vivant en Angleterre, Bhui et collaborateurs observent que ceux attirés par le djihad (3 % environ) sont relativement aisés et éduqués mais qu'ils ne disposent que d'un réseau social limité, qu'ils présentent des tendances dépressives et une vision pessimiste de la vie. Bazex et Mensat, suite à l'expertise de 12 hommes djihadistes français incarcérés, repèrent trois profils qui leur semblent spécifiques :

- 1) Le « délinquant ambitieux » pour lequel la religion n'est qu'un prétexte pour justifier son agressivité et lui permettre la valorisation de son narcissisme ;
- 2) Le « converti prêcheur » à la problématique autopunitive et sacrificielle par culpabilité morbide ;
- 3) Le « criminel en réseau » dont la personnalité se caractérise par des tendances interprétatives, des traits paranoïaques, une attitude sociale très adaptée et une présentation soignée. Leader maîtrisant parfaitement le fonctionnement d'une organisation criminelle (drogues, vols, trafics, violences), c'est le plus dangereux en matière de sécurité publique.

Une remarque s'impose cependant. Si le gros du contingent ne se distingue pas, psychiatriquement parlant, ses deux extrêmes posent question. D'un côté, les dirigeants d'organisations sectaires, les réformateurs fanatiques, les dictateurs, les leaders intégristes sont généralement considérés comme des idéalistes passionnés mégalomaniques et délirants politico-mystiques entrant dans le cadre nosographique de la paranoïa, plus rarement de la schizophrénie. À l'autre extrémité, les vrais « loups solitaires », ceux qui agissent seuls ou avec un support minime en dehors de toute structure organisée (cellule, groupe, armée), paraissent connaître une morbidité mentale variée et élevée (de 22 à 61 % de ces auteurs d'attentats selon les études), ne présentent pas toujours un mobile évident, un nombre important (40 % selon Okomba-Deparice) n'ayant « aucune idéologie précise », leur parcours initiatique ayant pu être très court, parfois

inférieur à 48 heures (Corner et Gill). Il y aurait parmi eux une majorité de schizophrènes délirants, comme dans le cas du norvégien Anders Breivik. On voit que les relations entre le fanatisme et la psychiatrie sont complexes et intriquées, l'état mental du terroriste ou du radicalisé s'échelonnant entre la quasi normalité (état proche psychologiquement de celui de l'amoureux passionnel, de l'idéaliste modéré, du partisan dévoué) et la psychopathologie plus ou moins sévère.

Il faut préciser ici un point important : on ne saurait confondre la folie d'un crime hors du commun par son ampleur et sa violence (gravité extrême, comportement sadique, multiplicité des victimes), un attentat terroriste par exemple, avec la folie de son ou de ses auteurs. Le crime « fou » ne renvoie pas forcément à un malade mental grave et le crime préparé, planifié et bien exécuté, n'exclut pas obligatoirement un trouble psychiatrique sévère chez celui ou celle qui l'a perpétré. Il en résulte que l'évaluation du degré de responsabilité pénale des terroristes doit se faire au cas par cas, selon des pratiques médico-légales pertinentes, sans se laisser déterminer par la gravité de l'acte criminel ou par l'idéologie fanatique et apocalyptique du groupe auquel le sujet appartient.

Si, sauf exception, le terroriste n'est pas un « fou criminel », pas plus qu'il n'existe de profil psychopathologique type dans ce domaine, les liens habituels entre une idéologie radicale et le système de pensée paranoïaque méritent qu'on s'y arrête quelques instants. Selon Alonso-Fernández, les caractéristiques du « luteur fanatique », du combattant intégriste sont les suivantes : absolutisme des idées, passion totale, possession de la Vérité, refus de toute contradiction et vengeance contre les opposants, absence de culpabilité et de remords, narcissisme. Tous ces traits de personnalité se retrouvent dans la pathologie paranoïaque (personnalité et délire passionnel) et il n'est pas toujours aisé en pratique de distinguer le terroriste « normal » du vrai paranoïaque passionnel (Litinetskaia et Guelfi). Quoi qu'il en soit, le mode de raisonnement et le vécu du fanatique religieux ou politique ont de nombreux points communs avec celui du paranoïaque. Ils se caractérisent par la rigidité des schémas mentaux, les distorsions cognitives et les pensées automatiques : idée fixe prépondérante, supériorité, certitude d'avoir raison envers et contre tous, méfiance, distorsion de la réalité avec vécu de persécution, conspiration et complot, prosélytisme, absence d'autocritique. Modifier par une thérapie psychodynamique, comportementale et cognitive le système de pensée paranoïaque du « fou de guerre » pourrait lui permettre d'accepter ses sentiments profonds de vulnérabilité et d'augmenter sa valeur d'importance existentielle sans recourir à la rupture, au repli, à l'isolement social et à la violence réformatrice.

Le processus de radicalisation a fait l'objet d'études approfondies qui ont porté sur le recrutement et l'en-

doctrinement au sein de structures organisationnelles (cellules, réseaux) ou par Internet (Moghaddam, Mc Cauley, Kruglanski, Crenshaw, Sageman, etc.). Les mécanismes psychologiques utilisés dans le conditionnement consistent d'abord à survaloriser le futur adepte en proposant des réponses simples à son malaise et questionnement existentiels, en lui garantissant la connaissance, la liberté, le bonheur, en lui proposant de devenir quelqu'un pour une « cause juste ». Dans un second temps, le groupe radical va tenter d'anesthésier son esprit critique et sa personnalité en changeant ses habitudes et son expression verbale, en l'épuisant par des activités incessantes comme le démarchage, la formation, la méditation ou la prière. Les différentes étapes de la radicalisation ont été comparées par Moghaddam à l'ascension d'un escalier de cinq étages se rétrécissant jusqu'à l'action terroriste à son sommet. Le leader de la cellule exerce une forte autorité et exige conformité et obéissance. Il observe l'évolution et l'aptitude du candidat et l'aide à s'élever en modifiant ses attitudes mentales et son comportement par plusieurs procédés : contrôle total du milieu et des communications, utilisation d'une rhétorique collectiviste, recherche d'une pureté idéologique avec croyance en tout ou rien, confession, manipulation mentale, prépondérance de la doctrine sur l'individu, caractère sacré des connaissances mystiques, réponse existentielle avec appartenance à une élite. En haut de la pyramide du modèle terroriste de Mc Cauley, le sujet, parti de la base, doit être persuadé que la destruction de l'ennemi est légitime, que c'est en définitive la seule option valable pour se défendre. C'est l'engagement passif ou actif dans la violence.

Un autre point doit attirer notre attention à propos des organisations terroristes. C'est la psychologie des groupes et des foules. Dans les révoltes collectives, les mouvements révolutionnaires ou extrémistes, l'effet de masse joue un rôle important et leur comportement obéit à des règles particulières qui leur sont communes. Dans le contexte terroriste actuel, les combattants sont constitués en groupes artificiels de tailles variées, organisés, hiérarchisés et dirigés par des chefs aux personnalités paranoïaques, mégalomaniaques, manipulatrices et haineuses. Les individus qui composent ces groupes obéissent tous, ou presque, aux lois de la psychologie des foules : suggestion, fascination, idéalisation, identification, imitation, soumission, dévotion. On observe une fusion de l'individu dans son groupe, dans un sentiment paranoïaque collectif, « l'âme des foules », qui estompe les différences de personnalité et l'esprit critique quels que soient la classe sociale d'origine, le niveau d'éducation et de culture. Cette dissolution de la conscience et des caractères individuels au profit d'une pensée commune permet l'unité mentale du groupe ainsi que l'obéissance absolue à l'autorité du leader charismatique tout puissant. Ces mêmes processus psychologiques jouent, toute proportion gardée, dans les

petites structures que sont les commandos, cellules et foyers terroristes. Bien sûr, certaines personnes, sous le coup de la frustration, de la déception, de la rigidité idéologique et comportementale, de l'environnement traumatique du combat et de la guerre finissent par fuir cette emprise mentale collective, désertent le milieu intégriste et retournent dans la collectivité nationale.

Nous pensons que le rôle des professionnels de la santé doit s'exercer prioritairement dans le domaine de la prévention à long terme du risque violent. La protection médico-sociale de l'enfance contre les perturbations sérieuses des relations parents-enfants est le premier et vraisemblablement le meilleur moyen de préparer le jeune à la vie et d'éviter ultérieurement un processus de radicalisation. Témoins de facteurs morbides, d'indices de dangerosité, d'indicateurs inquiétants de basculement chez un mineur, les personnes soumises au secret professionnel peuvent partager entre elles ces informations dans le but d'évaluer la situation à risque potentiel et mettre en œuvre les actions de protection et d'aide. Les « informations préoccupantes » individuelles peuvent être transmises à une « cellule de recueil » (la Crip) dépendant du conseil départemental où, après évaluation, elles feront, si besoin est, l'objet d'un signalement à l'autorité judiciaire (articles L226-2-2, R226-2-2 et L226-3 du Code de l'action sociale et des familles). En matière de prévention à plus bref terme, le professionnel de la santé mentale doit apporter son soutien technique : conseil, dépistage, évaluation clinique et médico-légale, si nécessaire prise en charge thérapeutique adaptée. Il doit repérer précocement les signes de vulnérabilité, de sensibilité au discours intégriste, comme l'incapacité à se faire des amis, à débattre d'idées, à gérer sans intimidation ni violence les difficultés et les conflits. L'ensemble de ces activités médico-psychologiques d'hygiène mentale ou de soins, en milieu libre ou fermé, doit être organisé en collaboration étroite avec les diverses autorités de l'État.

S'évader de sa propre prison, de son insignifiance, de sa misère morale, découvrir la lumière de la révélation dans l'obscurité de la nuit, passer de spectateur impuissant à acteur redouté sur le théâtre du monde, trouver un sens à son existence, obtenir une identité et un statut reconnu dans un collectif réputé, être fier, devenir digne, se faire valoir sur les réseaux sociaux, militer, prendre du plaisir, posséder la vérité, sacrifier sa vie en martyr, gagner la gloire, l'immortalité terrestre ou le paradis est la solution d'une montée en puissance proposée par les idéologies extrémistes aux âmes errantes se sentant négligées et négligeables. La quête de sens, la gratification par le pouvoir donné par le groupe à la personne de rang social souvent modeste, fonctionne depuis toujours dans la légalité ou le crime selon les époques, les cultures et les situations. On l'a bien connue sous la Terreur révolutionnaire (1792-1794) et avec les organisations paramilitaires et poli-

cières nazies. Se radicaliser, intimider, faire peur, terroriser sadiquement le grand public est la plus facile, la plus fascinante, la plus exaltante, la plus jouissive et malheureusement la plus tragique des tentatives d'héroïsation que quelques-uns adoptent faute d'intégration morale réelle dans la collectivité. C'est pour certains un choix de vie parmi d'autres, un remède miracle au malaise existentiel, à la frustration, à la marginalisation, à la dépendance aux substances psychoactives, à l'anxiété et à la peur de la mort. Pour autant, ces causes psychosociales favorisantes ou déterminantes ne justifient en rien la violence criminelle qui doit être combattue sans faiblesse ni répit par les pouvoirs publics.

Voici, très brièvement présentées, quelques réflexions sur l'apport des sciences humaines à la compréhension et la prévention des comportements extrémistes, de l'âme errante à l'âme fanatique, de la faiblesse narcissique à la quête spirituelle fervente, du vide à la vérité de surface. Une grande enquête nationale, pluridisciplinaire et scientifique, reste à faire dans notre pays pour recueillir, dans les meilleures conditions méthodologiques possibles, les données socioédu-

cationnelles et psychocriminologiques concernant les personnes radicalisées signalées aux services en charge de la sécurité publique ou placées sous main de justice suite à des infractions soit de droit commun soit en lien direct avec une activité terroriste. Une dernière réflexion s'impose. La vérité est-elle chez le « fou de Dieu » qui combat ou chez le sage épicurien ? Est-elle dans la certitude absolue du mystique ou dans le désespoir de Lucrèce ? Est-elle dans l'aventure ou les lauriers académiques ? Est-elle dans la démesure ou dans la norme ? Ce n'est point l'interrogation majeure du professionnel de la santé mentale. Le psychiatre, le psychologue, le travailleur social ignorent où se trouve la vérité, ne la cherchent pas dans leur exercice car ils ne peuvent pas la diagnostiquer et la prendre en charge. Leur critère professionnel n'est ni philosophique, ni politique, ni juridique : c'est tout simplement la prévention, l'évaluation et le soin, en pratique libérale ou institutionnelle, de la souffrance psychique de la personne humaine. Ils traitent l'ennemi comme l'ami, le criminel comme le juste, le bourreau comme la victime. C'est la grandeur et l'honneur de leur métier, le nôtre. ■

New
publication

The Musculoskeletal Examination



ESKA PUBLISHING

The Musculoskeletal Examination

Jean-Luc Tremblay

Intended for students and established practitioners alike, this unique guide gives a comprehensive view of the musculoskeletal physical examination procedure. Each joint group and all types of symptoms are described in detail with case histories, including diagnostic techniques and manipulations accompanied by numerous illustrations and photographs. The neurological exam, laboratory analyses and joint injection/aspiration methods are also described with particular attention to a systematic description of the principal rheumatic diseases.

- Detailed anatomical charts
- Diseases and manipulations illustrated
- Diagnostic algorithms
- Complete clinical vignettes
- Simple exercises for patients.

Dr. Jean-Luc Tremblay is a rheumatologist at the Centre hospitalier régional of Trois-Rivières and senior clinical lecturer at the University of Montreal's Faculty of Medicine (Mauricie campus). He is very involved in teaching both students and general practitioners.

ORDER FORM

☐ I want to receive..... book example(s): « **THE MUSCULOSKELETAL EXAMINATION** », by **Jean-Luc TREMBLAY**
- Code EAN 978-2-7472-2096-5

Price: 88,00 € + 1,00 € shipping cost, either € x example(s) = €

I join my payment by:

☐ Check

☐ Credit Card n° Expiration date:

☐ Bank Transfer

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

IBAN : FR76 3000 4008 0400 0101 3985 836 BIC BNPAFRPPCE

☐ Signature:

Society :

First name, Last name

Adresse :

Zip code : **City:** **Country:**.....

Phone : **Fax :** **E-mail :**

Please return the order form with the payment to following address:

EDITIONS ESKA – 12, rue du Quatre Septembre – 75002 Paris - France

Phone : +33 (0)1 42 86 55 75 - Fax : +33 (0)1 42 60 45 35 - adv@eska.fr - www.eska.fr

DANGEROUSITÉ ET COMORBIDITÉ PSYCHIATRIQUE : FACTEURS DE RISQUE VIOLENT

*DANGEROUSNESS AND PSYCHIATRIC
COMORBIDITY: VIOLENT RISK FACTORS*

Michel BÉNÉZECH*

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

Malgré les critiques de certains « penseurs » dogmatiques et moralisateurs, l'auteur indique que l'utilisation d'outils scientifiques modernes est maintenant indispensable à l'évaluation du risque criminel. Il rappelle qu'environ 10 % des homicides « ordinaires » sont commis par des malades mentaux psychotiques et qu'il existe une corrélation statistique positive entre homicide, idéation suicidaire, tentative de suicide et suicide. Il critique la séparation artificielle entre dangerosité criminologique et dangerosité psychiatrique, 90 à 95 % des auteurs d'homicides présentant au moment du crime des perturbations mentales diverses. L'auteur propose pour terminer une nouvelle échelle d'évaluation du risque, le « 12-P », qui inclut les principaux prédictors psychosociaux et psychopathologiques en relation avec le risque d'agression physique (97 items).

MOTS-CLÉS

Evaluation, Homicide, Suicide, Violence, Comorbidité psychiatrique, Risque criminel.

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

SUMMARY

Despite the criticism of certain dogmatic and moralising 'thinkers', the author indicates that the use of modern scientific tools is now indispensable for assessing criminal risk. He reminds us that about 10% of 'ordinary' homicides are committed by psychotic mentally sick people and that there is a positive statistic correlation between homicide, suicidal ideation, attempted suicide and suicide. He criticises the artificial separation between criminological dangerousness and psychiatric dangerousness, as 90 to 95% of perpetrators of homicides at the time of the crime present various mental disturbances. To close, the author proposes a new risk-assessment scale, the '12-P', which includes the main psychosocial and psychopathological predictors related to the risk of physical assault (97 items).

KEYWORDS

Assessment, Homicide, Suicide, Violence, Psychiatric comorbidity, Criminal risk.

« Prédire est toujours difficile, en particulier le futur. »

Yogi Berra

1. INTRODUCTION

Nous sommes un pays de philosophes utopistes, arriérés et donneurs de leçons. Dès qu'un progrès technique, comme par exemple un instrument évaluatif du risque de récidive, se fait jour dans les sciences criminelles, nos intellectuels de la sociologie pénale et de la psychiatrie légale se déchaînent, dénonçant l'outil réducteur et potentiellement dangereux, brandissant l'éthique à bout de bras, vitupérant contre les incertitudes de la science, les risques d'erreurs, de dévoiement et de stigmatisation sociale de ceux sur lesquels ledit procédé serait utilisé... Par malheur, on ne voit guère ces mêmes penseurs dogmatiques, qui ont des avis sur tout et surtout des avis, ressentir et exprimer autant de scrupules moraux face aux victimes de criminels violents dont on aurait pu prévenir la récidive par une approche objective du risque futur et par des « traitements » adaptés susceptibles de réduire leur

dangereusité. On ne les voit pas davantage assister aux constatations victimologiques réalisées dans les instituts médico-légaux, entendre les plaintes des familles brisées, éplorées, meurtries, s'étonner que l'on ait pu remettre en liberté anticipée un antisocial auteur de passages à l'acte graves et répétés dans la communauté. Pour nombre de nos « socio-psy » moralisateurs, le multi-récidivisme violent et ses effets dévastateurs dans le réel sont moins sujets à inquiétude que quelques principes idéologiques, ici tout à fait hors de propos.

En effet, faut-il rappeler une fois encore que personne de sensé n'a jamais affirmé que le destin d'un individu peut s'inscrire dans quelques items d'une échelle d'évaluation criminelle, que ces outils sont infaillibles, qu'il faut en prendre les résultats au premier degré, « à la virgule près », sans discussion critique, qu'ils doivent être utilisés seuls sans tenir compte du contexte et des éléments cliniques et évolutifs, qu'ils s'appliquent sans exception à toutes les situations crimi-



nelles ! Au contraire, les évaluateurs compétents et prudents des méthodes actuarielles, statiques, sont parfaitement conscients des indications où ces outils peuvent se révéler utiles, de leurs limites théoriques et pratiques, de leur nécessaire association entre eux selon les cas, de leur interprétation individuelle, personnalisée et de leur validité dans le cadre de statistiques criminelles nationales. Il est évident que les scores à ces grilles expriment un ordre de grandeur, un éclairage pour le praticien et qu'ils ne doivent pas entraîner de décision concordante directe. La dernière génération d'instruments évaluatifs, dits « cliniques structurés », échappe d'ailleurs aux critiques des outils actuariels puisque ces instruments intègrent à la fois des variables « statiques » liées au passé, mais aussi des variables « dynamiques » liées au présent et au futur. Peut-on, à l'heure actuelle, continuer à faire confiance à l'expertise mentale pénale qui, en quelques dizaines de minutes ou exceptionnellement quelques heures, a la prétention insoutenable de dire le passé, le présent et le futur de l'expertisé en s'appuyant sur une méthode subjective, traditionnelle, étroitement liée à la personnalité et à la formation professionnelle de l'« expert » ? Peut-on continuer indéfiniment à accepter les batailles entre experts pendant l'information judiciaire ou en cour d'assises sur le degré de responsabilité de l'accusé et le pronostic des troubles mentaux et du danger qu'il peut présenter ? Peut-on maintenant refuser l'aide de moyens techniques d'évaluation, certes imparfaits et réservés aux professionnels, pour répondre de manière la plus exacte possible aux interrogations de la justice ? Les mêmes, qui diabolisent sans nuance ces instruments objectifs, n'hésitent pas à prendre leur voiture malgré les risques d'accidents de la circulation ni à se faire soigner en milieu hospitalier en dépit de 10% d'infections nosocomiales. Mais oublions ces retardataires de la criminologie, ces passésistes de l'expertise mentale standard, ces thuriféraires de la seule abstraction et du fumeux au dépend d'une approche concrète, scientifique qui, associée aux autres méthodes, est à même d'améliorer la qualité de la vérité judiciaire et de la protection publique.

2. QUELQUES CONSTATATIONS CRIMINOLOGIQUES

Il n'est nul besoin d'être grand clerc en la matière pour savoir que les perturbations comportementales violentes sont fortement liées aux troubles psychiques. Il suffit pour s'en persuader de lire chaque matin les faits-divers dans son quotidien. Les études épidémiologiques internationales utilisant des instruments diagnostiques standardisés (axes I et II de l'ancien DSM) montrent que, comparativement aux individus de la population générale de même classe sociale, les

patients sortant d'institutions psychiatriques ont des taux d'arrestation plus élevés, que les personnes souffrant de troubles mentaux sévères sont plus souvent interpellées pour agressions par les autorités de police, plus souvent condamnées et que leur forte prévalence en milieu pénitentiaire est une triste et incontestable réalité. Ces mêmes recherches mettent en évidence l'importance de la comorbidité psychiatrique dans le domaine de la dangerosité criminelle : plus le nombre de diagnostics psychiatriques 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 considérablement la probabilité d'actes violents, auto et hétéro-agressifs (suicides et homicides). Paraissent particulièrement défavorables les associations pathologiques suivantes : schizophrénie et alcoolisme, schizophrénie et personnalité antisociale, alcoolisme et personnalité antisociale, sadisme sexuel et personnalité antisociale.

Les enquêtes internationales révèlent que de 5 à 25 % des homicides « ordinaires » sont commis par des psychotiques, le chiffre moyen d'environ 10 % étant maintenant communément admis. Par ailleurs, il existe une corrélation démontrée entre homicide, idéation suicidaire, tentative de suicide et suicide. Les études empiriques ont enfin confirmé l'existence de perturbations neurobiologiques chez les sujets violents, tout particulièrement une dysrégulation du système sérotoninergique et une faible activité du cortex cingulaire antérieur qui contrôle le comportement et l'impulsivité. Nous disons bien que les conclusions de ces recherches concernent les personnes souffrant de troubles mentaux patents, c'est-à-dire répondant aux critères diagnostiques des classifications internationales : retard mental, addictions (alcoolisme), troubles de la personnalité (personnalité antisociale), troubles de l'humeur (dépression), troubles psychotiques aigus ou chroniques (schizophrénie), troubles sexuels (paraphilies), troubles mentaux organiques.

3. DANGÉROSITÉ CRIMINOLOGIQUE ET DANGÉROSITÉ PSYCHIATRIQUE

Tout d'abord, une constatation clinique s'impose. Il est bien rare que des éléments psychopathologiques n'entrent pas en relation causale dans une infraction violente. Même en l'absence de troubles mentaux évidents ou majeurs, on trouvera toujours selon les experts une personnalité mal structurée, fragile, des défaillances narcissiques, une sexualité trop longtemps refoulée, un clivage familial à l'origine d'une mutilation permanente de la vie émotionnelle, des abus d'alcool, un fonds mental anxieux, une intelligence limi-



tée, une psychorigidité, de l'immaturation, de l'égoïsme, des tendances obsessionnelles, des sentiments d'infériorité, un surinvestissement familial et professionnel, une rupture brutale des défenses psychiques... Les enquêtes et la clinique expertale montrent que 90 à 95 % des auteurs d'homicide présentent au moment des faits des troubles mentaux selon les critères internationalement admis. Dans ces conditions, séparer dangersités criminologiques et psychiatriques est inopérant, artificiel, voire « dangereux ». Les indices généraux de criminalité (sexe masculin, jeune âge, famille brisée ou abusive, relations négatives avec les parents, niveau intellectuel bas, trouble des conduites, échec scolaire, niveau socio-économique bas, absence de formation professionnelle et d'emploi, célibat, marginalité, fréquentation des délinquants, violences antérieures, antécédents judiciaires, goût et port des armes, situation de crise, conflit, stress) s'exercent aussi bien sur les malades mentaux que sur le reste de la population. 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, contextuels, la totalité des indicateurs criminogènes connus, mais aussi sur les possibles facteurs protecteurs : éducation normative, altruisme, bon contrôle émotionnel, stabilité affective et professionnelle, intimidabilité pénale, encadrement familial et social positif, prise en charge et traitements adaptés.

4. LE 12-P

Il existe maintenant plusieurs dizaines d'outils d'évaluation actuarielle et de jugement clinique structuré pour mesurer le risque de récurrence violente. Le nombre de leurs variables varie généralement entre dix et trente, mais certains de ces outils incluent dans leur cotation le score obtenu à une autre échelle, comme celle de psychopathie de Hare. Avec la collaboration de Thierry Pham et Jennifer Van Herk, nous avons élaboré un instrument nettement plus complet qui comprend une centaine d'items recouvrant l'ensemble des données empiriques et scientifiques liées à l'activité antisociale violente, sexuelle et non sexuelle. Il s'agit avant tout d'un aide mémoire, d'un répertoire destiné à la pratique clinique de la psychiatrie publique, de la psychologie légale et de la criminologie. Bien que notre échelle d'évaluation approfondie ne soit encore qu'à l'état d'ébauche et que certains de ses items aient une valeur beaucoup plus élevée que d'autres, ce dont doit tenir compte l'utilisateur, nous pensons utile d'en donner ici la structure générale. Sa dénomination « 12-P » vient du fait qu'il comprend 12 paragraphes dont les intitulés commencent tous par la lettre P pour des raisons mnémotechniques. Il rassemble les principaux indices psychosociaux et psychopathologiques actuellement reconnus d'augmentation du risque d'agression phy-

sique. La conclusion et le pronostic donné par cette échelle sont pour l'instant à l'appréciation du praticien selon les critères obtenus et le score total.

4.1. Précédents (29 items)

1. Enfance et adolescence : troubles périnataux, énurésie tardive, maladie somatique grave et/ou hospitalisation, retard mental, antécédents d'adversité (négligence, abus), rupture familiale et/ou placements (familiaux, institutionnels), manque de supervision des parents, événements de vie à caractère traumatisant, échec scolaire, absentéisme et/ou exclusion lors de la scolarité, trouble des conduites sévère, trouble oppositionnel avec provocation, trouble déficit de l'attention-hyperactivité, auto-violence (mutilations, tentative de suicide), consommation de drogue et/ou d'alcool.
2. Antécédents criminels : précocité de la délinquance, nombre-type et gravité des infractions, nombre et durée des incarcérations, condamnations pour violence physique-agression sexuelle-incendie volontaire ou homicide, échec antérieur de réinsertion, révocation de sursis de libération conditionnelle.
3. Antécédents psychiatriques : ancienneté des troubles, nature des troubles, non-lieu pour irresponsabilité psychiatrique, nature et efficacité de la prise en charge, hospitalisation psychiatrique.
4. Antécédents médicaux : handicap physique (visuel, auditif, moteur, malformation), accidents corporels multiples, traumatisme crânien, autre.

4.2. Présence de troubles anxieux (4 items)

Anxiété généralisée, phobie, trouble obsessionnel-compulsif, réponse au traitement.

4.3. Perturbation de l'humeur (8 items)

Hyper-émotivité, situation de crise-état de stress, état dépressif, idées de suicide ou d'homicide, sub-excitation ou excitation, trouble bipolaire, trouble cyclothymique, réponse au traitement.

4.4. Personnalité pathologique (8 items)

Antisociale, borderline, histrionique, narcissique, paranoïaque, schizoïde, sadique, autre.

4.5. Psychopathie (1 item)

Degré de psychopathie (score obtenu à l'échelle de Hare).

4.6. Prise de substances (8 items)

Alcoolisme occasionnel, alcoolisme chronique, consommation de drogue, médicaments, cannabis/



tabac, prise d'alcool ou de drogue lors des faits, trafic de drogue, réponse au traitement.

4.7. Psychose (11 items)

Schizophrénie, paranoïa, nature et sujet du délire, délire de persécution, menace de mort-désignation d'un persécuteur, hallucinations impératives, intensité des symptômes, degré d'insight, non compliance aux soins psychiatriques, réponse au traitement actuel, évolution récente des troubles.

4.8. Paraphilie (7 items)

Voyeurisme, fétichisme, pédophilie, sado-masochisme, sadisme criminel, nature et importance des fantasmes déviants, âge et sexe des victimes (victimes mineures).

4.9. Personne et mode de vie (11 items)

Age actuel du sujet entre 15 et 35 ans, sexe masculin, état civil célibataire, environnement familial, environnement professionnel, environnement social, mode de vie diurne-nocturne, marginalité, fréquentation des délinquants-des prostituées, conduite à risque (port d'arme, sport violent), conduite automobile dangereuse.

4.10. Projet de réhabilitation sociale (2 items)

Standard-vague-imprécis-variable, degré de réalisme du ou des projets.

4.11. Prise en charge (6 items)

Actuelle, médicale-psychiatrique, professionnelle-sociale-pénale, manque d'adhésion à la prise en charge, attitude négative vis-à-vis des interventions, manque de référent social et médical.

4.12. Profil (2 items)

Psychologique-professionnel-social, profil criminel.

5. FACTEURS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

Si le 12-P est un instrument général d'évaluation diagnostique et pronostique, il ne saurait suffire à lui seul pour l'évaluation spécialisée d'un malade mental aux antécédents violents ou criminels hospitalisé sous contrainte dans un établissement psychiatrique : service ordinaire, unité pour malades difficiles, unité hospitalière spécialement aménagée. Le problème est particulièrement crucial si cette évaluation est faite en vue d'une sortie provisoire ou définitive de l'établisse-

ment ou d'un transfert dans une structure hospitalière plus libérale. Il devient alors nécessaire d'approfondir l'étude des prédicteurs psychiatriques les mieux individualisés, et ce d'autant que ces indicateurs de risque futur sont spontanément et thérapeutiquement évolutifs. La notation écrite et datée de leur présence et de leur intensité permettra ainsi des comparaisons ultérieures et d'adapter la prise en charge médicale, sociale et judiciaire. Si ces prédicteurs couvrent à peu près l'ensemble de la nosographie psychiatrique, les plus importants en pratique concernent les troubles psychotiques, les troubles affectifs et les conduites sexuelles déviantes.

5.1. Prédicteurs liés aux troubles psychotiques

En sus des facteurs criminogènes généraux et situationnels, on prêterait attention aux indices psychopathologiques ci-après : premier épisode psychotique, première année de troubles ou plus de dix ans d'évolution (schizophrénie), symptômes psychotiques positifs, émoussement émotionnel, anxiété majeure, fantasmes violents et/ou sadiques, délire de persécution ou de jalousie, syndrome d'influence, ordres hallucinatoires meurtriers, querulence passionnelle (paranoïa), idées de défense et de vengeance, désignation nominale des persécuteurs, menaces de mort, forte adhésion aux idées délirantes, sentiment général d'atmosphère persécutive, impulsivité, imprévisibilité, sévérité clinique, intensité des symptômes, insight absent ou faible, absence de soins, mauvaise relation avec les soignants, mauvaise observance thérapeutique, prise en charge familiale déficiente. Bien entendu, c'est la sommation de ces facteurs de risque qui est à prendre en compte, ainsi que la comorbidité avec des diagnostics secondaires : abus de substances, personnalité antisociale, dépression majeure, idées suicidaires et tentative de suicide, conduites sexuelles déviantes.

5.2. Prédicteurs liés aux troubles de l'humeur

Les données de la littérature font ressortir les indices thymiques habituels faisant craindre un acte médico-légal s'ils sont associés à d'autres indicateurs généraux et relationnels : début précoce des troubles, antécédents de violence, troubles graves du jugement, humeur irritable, colère pathologique, hostilité, attitude menaçante, impulsivité, symptômes psychotiques, hallucinations impératives, syndrome d'influence, idées suicidaires et de meurtre, altruisme pathologique, virage de l'humeur, conflit avec une autorité, état mixte, rémission incomplète des épisodes, négligences graves envers les proches, trouble bipolaire II (dépression majeure et épisodes hypomaniaques) et trouble unipolaire (dépression majeure), dépression récurrente brève, trouble dysphorique prémenstruel, conduite automobile dangereuse, incons-



science de la pathologie mentale, refus de se soigner, comorbidité somatique (maladie chronique invalidante), comorbidité psychiatrique (anxiété, addiction, personnalité antisociale, états schizo-affectifs). Selon les formes cliniques, les violences légères et les infractions mineures contre les biens sont principalement liées à la manie et à l'hypomanie, alors que les violences graves, les meurtres (homicides-suicides, filicides), les incendies volontaires et les agressions sexuelles sur mineurs (pédophilie) sont franchement en relation avec la dépression.

5.3. Prédicteurs liés aux troubles sexuels

Les facteurs importants définissant les sujets à risque sont maintenant bien répertoriés : jeunesse de l'agresseur, agresseur souffrant d'un syndrome d'alcoolisme fœtal, agresseur victime de sévices sexuels dans l'enfance, personnalité psychopathique, sadisme sexuel, nombre et gravité des infractions sexuelles antérieures, comportements violents et incarcérations antérieures, alcoolisation avant les faits, pédophilie primaire, pédophilie homosexuelle, adhésion à des croyances sexuelles déviantes, préférence sexuelle pour les enfants pré-pubères, agression de fillettes avec coït, traitement absent ou insuffisant chez les agresseurs à risque élevé. Ces indicateurs sont à analyser avec les facteurs déclenchants ou précipitants (situation anxieuse, perte d'emploi, rupture amoureuse, situation de crise) et les signes précurseurs d'un passage à l'acte : prise d'alcool, recherche de pornographie, fréquentation de lieux spécifiques ou de rencontre des futures victimes.

6. EXPRESSIONS DE L'AGRESSIVITÉ

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

6.1. Impulsivité

Tendance impérieuse à l'exécution rapide, irrésistible et irréfléchie d'un acte, l'impulsion présente deux variétés. La première est celle de l'impulsion protopathique ou réflexe qui est incoercible, explosive et aveugle, sans liaison avec les événements extérieurs et indépendante de la conscience. Certaines de ces impulsions sont liées aux expressions de la vie instinctive et émotionnelle (colère, fureur, peur, satisfaction d'un besoin sexuel) et peuvent aboutir à des actes médico-

légaux majeurs : meurtre, coups et blessures, viol, incendie. On les rencontre surtout au début des psychoses (stade pré-sémiologique de la schizophrénie), dans les états crépusculaires confusionnels ou passionnels et chez les arriérés profonds. La seconde variété, 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. Ces actes brusques et agressifs s'observent principalement chez les psychopathes, les schizophrènes héboïdes, les paranoïaques, les pyromanes, kleptomanes et obsédés sexuels. 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.

6.2 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 limites 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.

6.3. 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 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, attaques de violence 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 paraît être



une des priorités en matière d'estimation du risque de violence. Précisons que certaines colères peuvent être simulées ou volontairement provoquées dans un but de défense et d'intimidation.

6.4. Ivresse

Si l'ivresse extatique de l'artiste ou 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, mais plus exceptionnellement il peut s'agir d'ivresses délirantes, hallucinatoires ou confuses.

7. MENSONGE ET RÉTICENCE PATHOLOGIQUE

Dan la vie courante, tout le monde ment et presque tous les jours. En justice c'est pareil : les témoins et les suspects mentent, les enquêteurs mentent, les avocats mentent, les magistrats mentent aussi occasionnellement comme les autres. En psychiatrie, on ne voit pas pourquoi les patients ne mentiraient pas de façon consciente et volontaire, délibérée, s'ils croient que cela leur est profitable, mais les conduites de dissimulation de la vérité peuvent prendre chez les psychopathes, les délirants et les bipolaires une forme morbide. C'est la réticence, processus psychodynamique de défense dont le but est de cacher au thérapeute ou à autrui des problématiques personnelles (comportement déviant, troubles mentaux) pour trois raisons essentielles : l'intérêt (obtenir sa sortie de l'hôpital, poursuivre ses desseins pathologiques parfois dangereux), la honte (être l'objet de mépris) et la peur de la punition. Malheureusement, à notre époque, l'enseignement du problème de la réticence et de ses diverses formes et significations n'est plus obligatoire dans le cursus des études psychiatriques.

Les procédés et artifices de réticence de « l'aliéné dissimulateur » ont été décrits par les auteurs classiques : refus de s'exprimer (mutisme absolu ou électif), négation (même si elle est absurde), dilution (sens de la question détourné et réponse esquivée), doute et interrogation (le thérapeute est invité à choisir entre plusieurs hypothèses plausibles, le patient feignant le doute), accusation (mensonge qui incrimine les autres), ironie (les faits, propos et interrogations sont tournés en dérision), résipiscence (reconnaissance des troubles qui auraient maintenant définitivement guéri), restriction mentale et casuistique (édulcoration et dénaturation des faits), réticence exploratrice (silence et tâtonnement prudent pour connaître la pensée d'autrui), réticence par connivence (la compréhension réciproque avec l'interlocuteur suppose qu'il est inutile de l'explicitier davantage). Pour se limiter à la réticence qui tend à cacher des projets crimi-

nels, les deux conduites les plus courantes sont la réticence-dissimulation (défensive), attitude ferme courtoise ou hostile du patient qui se tait, ment, minimise ou se donne pour normal, et la réticence-reniement où le patient nie en bloc, rompt tout contact et proclame son intégrité mentale. Il n'est pas rare chez les médico-légaux que simulation, mensonge banal et réticence se combinent, le tout constituant une attitude apparente de « mauvaise foi » dont la motivation est généralement utilitaire. La réticence des psychotiques est souvent l'indice d'un moment dangereux pouvant aboutir au suicide ou à l'hétéro-agressivité.

8. INTIME CONVICTION ET ÉVALUATION

Au tribunal correctionnel comme devant la cour d'assises, les juges professionnels sont au nombre de trois pour prendre ou participer à une décision judiciaire selon le processus psychologique de l'intime conviction (articles 427 et 353 du Code de procédure pénale). Pour ce faire, ils doivent fonder leur décision sur des preuves apportées au cours des débats et contrairement discutées devant eux (article 427) ou chercher dans la sincérité de leur conscience, quelle impression sur leur raison ont faite les preuves rapportées contre l'accusé et les moyens de sa défense (article 353). Dans les deux cas, la décision doit être motivée. La pluralité des magistrats se veut une garantie contre l'erreur, la partialité ou l'impéritie de l'un d'eux face aux affaires graves.

En psychiatrie, à l'exception de la commission du suivi médical des unités pour malades difficiles, les demandes de sortie d'hospitalisation complète faites à l'autorité administrative sont prises par le seul praticien traitant. On suppose que, là encore, c'est selon son « intime conviction » au vu de l'état clinique actuel du patient, des observations de l'équipe soignante, des renseignements qu'il a pu recueillir sur lui et sur l'histoire de sa maladie, de l'efficacité des traitements entrepris, du mode de prise en charge prévu et de l'accueil dans la communauté, enfin des antécédents pénaux s'il s'agit en particulier d'un médico-légal ayant bénéficié d'une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Les mêmes éléments d'évaluation sont censés être pris en compte par les médecins et experts psychiatres qui interviennent ensuite dans les procédures administratives et judiciaires de main levée des mesures de soins psychiatriques des criminels hospitalisés après non-lieu. Mais, de la théorie à la pratique, il y a un grand pas qu'il n'est pas toujours facile de franchir. Premièrement, les dossiers médicaux sont parfois incomplets, ne contenant pas la totalité des pièces, des documents médico-légaux. Deuxièmement, il y a le manque de disponibilité des professionnels, souvent en nombre insuffisant, des établissements concernés. Troisièmement,



multiplier les contrôles (certificats et avis médicaux, collège, expertises administratives et judiciaires) est inutile si chacun ne fait que répéter ce qu'a dit son prédécesseur faute de temps et de données objectives d'évaluation conformes aux connaissances actuelles des sciences criminelles.

Comment en effet éclairer l'intime conviction des divers acteurs (professionnels de la santé, magistrats) qui concourent à la gestion du malade mental dangereux ou criminel, si ce n'est en s'aidant de méthodes standardisées d'évaluations psychiatrique et criminologique (questionnaires, grilles). Comment comparer objectivement l'état du patient dangereux lors de son admission en hospitalisation complète à celui qu'il présente lorsque des mesures de soins moins contraignantes sont envisagées. En psychiatrie, ne peut-on pas tenter de rechercher comme en justice une forme de « preuve », en sachant bien entendu que notre ou nos preuves restent cependant incertaines mais en tout cas meilleures que la seule subjectivité des observateurs. Il s'agit là d'un problème d'éthique médico-légale, celui d'approcher au plus près la vérité du risque violent dans l'intérêt de la collectivité et du malade lui-même, et non d'un problème philosophique que nos intellectuels dogmatiques, toujours à l'affût d'une nouvelle controverse, vont s'empresse de dénoncer.

9. CONCLUSION

L'ensemble des recherches épidémiologiques portant sur les cohortes en population générale indiquent clairement un lien statistique indéniable entre troubles

mentaux comorbides (alcoolisme et toxicomanie inclus) et criminalité violente. Nous n'avons pas cru bon ici de référencer ces travaux de notoriété internationale. Il n'en reste pas moins exact que la violence criminelle et sa réitération restent un phénomène pluridéterminé, lié certes à des facteurs de risque médico-psychologiques mais aussi aux facteurs criminogènes généraux individuels, familiaux, situationnels, socio-professionnels et culturels. En pratique, les prédictors d'actes antisociaux agressifs sont communs à la « dangerosité psychiatrique » et à la « dangerosité criminologique ». Ils appartiennent à ces deux catégories classiques de l'état dangereux.

La question de la comorbidité psychiatrique est importante à considérer, la dangerosité augmentant avec le nombre de diagnostics présentés par un même patient. Les symptômes psychotiques, principalement les manifestations délirantes, les troubles graves de la personnalité, l'abus d'alcool ou de substances sont les facteurs pathologiques les plus souvent associés à la violence. Une situation de crise existentielle, de perte d'objet, une dépression, une idéation suicidaire accroissent encore ce risque. L'association avec des traits dimensionnels, comme l'impulsivité et la colère, ne doit pas non plus être oubliée. L'évaluation de la dangerosité et du risque de récurrence doit maintenant inclure non seulement une approche clinique classique, une observation prolongée, mais encore l'utilisation de méthodes d'évaluation statique, clinique structurée et dynamique dont les scores sont à interpréter en fonction de la situation particulière du sujet, de sa pathologie, de ses antécédents, de son comportement, de ses relations, du contexte et de la nature de sa criminalité éventuelle. ■

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-



chiatrique 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 inexistantes, 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^e 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^e et XX^e 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 prédicteurs 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 châtimement 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 confusio-gène 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 pré-génitale

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^{er} 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 violeurs 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'angoisse 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'harceleurs 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 hyperactivité 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 commettent 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. Dangérosité 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. *Dangérosité 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 dangérosité. In : de Beaurepaire C, Bénézech M, Kottler C, eds. *Les dangérosités*. 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.

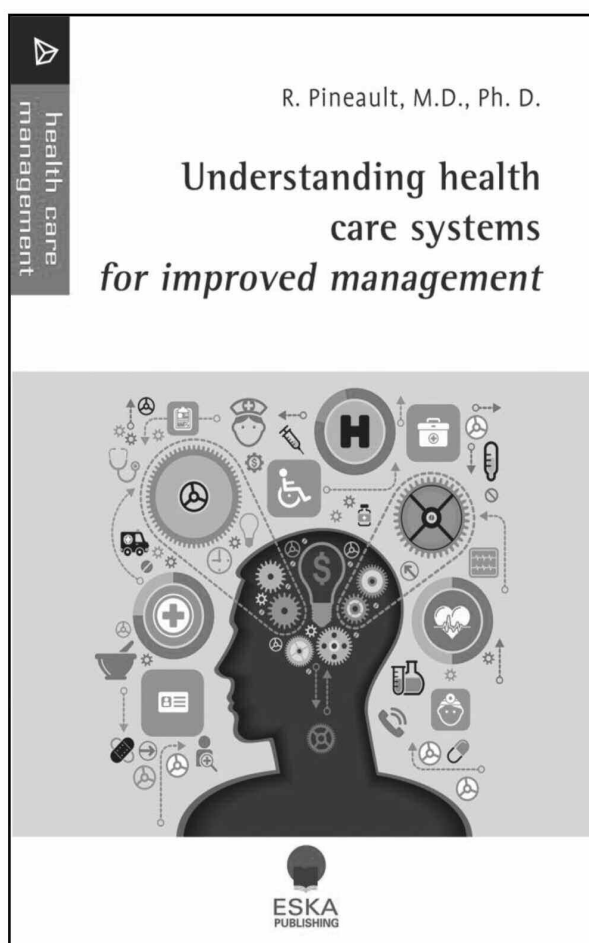
- [38] Monahan J, Steadman HJ, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, Silver E, Roth LH, Grisso T. Developping a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *Br J Psychiatry* 2000 ; 176 : 312-9.
- [39] Pham T, Remy S, Dailliet A, Lienard L. Psychopathie et évaluation des comportements 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. Dénis 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*. 2nd 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
- [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

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

SITUATIONS D'ABANDON ET D'INTRUSION DANS LES CRIMES D'AMOUR ET DE DÉSAMOUR

*SITUATIONS OF ABANDONMENT AND INTRUSION
IN CRIMES OF LOVE AND DISAFFECTION*

Michel BÉNÉZECH*

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

Parmi les crimes relationnels, c'est-à-dire les violences graves (homicides, viols, incendies volontaires) liées à un conflit interpersonnel durable entre le criminel et sa victime, les crimes extra ou intrafamiliaux passionnels par perte d'objet sont les plus fréquents. Leurs acteurs souffrent habituellement de troubles de la personnalité, voire de perturbations de l'humeur ou de manifestations psychotiques, mais ils entretiennent avec leurs victimes une relation prégénitale, possessive, égoïste, quasi-fusionnelle. C'est la menace de rupture de cette relation narcissique fortement ambivalente et dépendante qui provoque le passage à l'acte passionnel, la perte d'objet entraînant une insupportable détresse émotionnelle avec idéation dépressive de niveau parfois mélancolique (homicides-suicides). Le plus souvent, la menace de perte de l'objet d'attachement résulte d'une situation d'abandon affectif et/ou domiciliaire (peur de perdre le partenaire, les enfants) mais il n'est pas rare qu'il s'y surajoute une situation d'intrusion dans l'espace personnel ou conjugal (parent, rival). En définitive, les situations d'abandon et d'intrusion nous paraissent les causes déterminantes des homicides d'amour et de désamour en contexte relationnel conflictuel.

MOTS-CLÉS

Amour, Dépression, Désespoir, Homicide, Narcissisme, Abandon, Suicide.

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

SUMMARY

Among relational crimes, ie serious violence (homicide, rape, arson) linked with a lasting interpersonal conflict between the criminal and the victim, extra or intra-family crimes of passion with loss of object are the most frequent. Their perpetrators usually suffer from personality disorders, even mood disorders or psychotic manifestations, but they maintain a pre-genital, possessive, egoistic, quasi-fusional relation with their victims. It is the threat of a break in this highly ambivalent and dependent narcissistic relationship that provokes the acting out of the crime of passion, as the loss of the object leads to an unbearable emotional distress with depressive ideation of a sometimes melancholic level (homicides-suicides). Most often, the threat of the loss of the object of attachment is the result of a situation of affective and/or domiciliary abandonment (fear of losing the partner, the children) but it is not uncommon to find also a situation of intrusion into the personal or conjugal space (parent, rival). Ultimately, situations of abandonment and intrusion appear to us to be the determining causes of homicides of love and disaffection in a conflictual relational context.

KEYWORDS

Love, Depression, Despair, Homicide, Narcissism, Abandonment, Suicide.

« *Quid rides ? Mutato nomine, de te fabula narratur.* »
(Horace, sat. I, lib.I)

1. INTRODUCTION

Les crimes relationnels se caractérisent par un conflit interpersonnel durable entre le criminel et sa future victime ou l'un de ses proches. Cette mésentente peut déboucher sur un passage à l'acte soit impulsif (violence réactionnelle) soit partiellement ou totalement préparé (violence organisée). On trouvera sur le tableau 1 les principales caractéristiques de ces deux catégories extrêmes de crimes, en sachant que tous les intermédiaires existent entre elles. Les mobiles habituels des crimes relationnels sont la haine (vengeance), l'intérêt, la jalousie, la domination, l'extrémisme politique, religieux, socio-économique, les graves perturbations des relations affectives entre proches. C'est ici que se situent les crimes en contexte amoureux conflictuel. Ce sont des incendies volontaires, des prises d'otages, des voies de fait, des agressions

sexuelles, des homicides et tentatives d'homicides intra ou extrafamiliaux perpétrés le plus souvent par des hommes : meurtre du partenaire ou de l'ex-partenaire, généralement la concubine ou l'épouse (uxoricide), d'un enfant (filicide), d'un ascendant (parricide), du conjoint et des enfants (familicide), du rival (amant ou nouveau compagnon de la femme aimée). Les femmes ne représentent que 10 à 20 % des auteurs de crimes d'amour et de désamour.

2. CRIME PASSIONNEL ET PERTE D'OBJET

Rappelons d'abord que selon Daniel Lagache la relation amoureuse est faite du désir et de l'avoir : amour captatif qui tend à posséder, dans lequel le sujet tend à identifier l'objet à lui-même (confusion sujet-objet au profit du sujet) ; amour oblatif qui tend à se don-



Crime impulsif	Crime prémédité
Type affectif	Type utilitaire
Crime caractériel, passionnel spontané, psychotique Angoisse majeure Éléments d'instantanéité Désorganisé Réaction coléreuse violente Culpabilité	Crime par intérêt, passionnel volontaire, pseudo-passionnel Alcoolisation Éléments d'intentionnalité Organisé Agit lucidement avec méthode Légitimation de l'acte

Tableau 1 : Caractères des violences criminelles réactionnelles et organisées.

ner (confusion sujet-objet au profit de l'objet). Le jaloux vit ainsi un conflit avec ce qui menace l'intégrité de son monde privé que la jalousie cherche à maintenir [8].

C'est généralement sous l'appellation commune de crimes passionnels ou crimes d'amour que l'on range les actes antisociaux majeurs qui résultent de la dislocation des liens affectifs réciproques (amour-désamour) entre deux ou plusieurs personnes. L'illustre Etienne De Greeff n'hésite pas à écrire que les criminels passionnels « ne sont généralement que des êtres vils et durs, souvent dégénérés et névrosés » et que les suicides et homicides par amour « ne relèvent nullement de l'intensité de l'amour ni de la qualité inouïe de la passion, mais uniquement d'insuffisances graves dans la personnalité du coupable. » Il insiste sur la pauvreté intellectuelle et la misère affective de ce dernier qui court vers une situation sans issue dont il sortira anéanti : « Mais de cette marche à la mort, il ne sait rien. » [6].

Les criminels passionnels présentent généralement des troubles variés de la personnalité : évitante, dépendante, passive-agressive, paranoïaque, narcissique, antisociale, limite. La comorbidité n'est pas rare avec les conduites addictives, les perturbations de l'humeur, voire quelquefois les troubles psychotiques (schizophrénie, paranoïa délirante). Les criminels intrafamiliaux de sexe masculin appartiennent préférentiellement à deux grands types : agresseur dépendant qui recherche sécurité et intimité (traits de personnalité dépendante), agresseur contrôlant psychopathe (traits de personnalités narcissique, paranoïaque, antisociale, dépendante). Ils ont souvent vécu des événements de vie traumatisants dans l'enfance et environ la moitié ont des antécédents de violence envers autrui, sont impulsifs ou colériques avec tendance à la projection. Ils entretiennent avec leurs victimes une relation prégénitale, symbiotique et égo-centrique, caractéristique d'un comportement d'attachement infantile archaïque (problème du choix amoureux) se manifestant souvent par des relations tendues, mouvementées, agressives. C'est la menace de rupture ou la rupture de cette relation d'emprise

fortement dépendante, possessive et ambivalente qui provoque chez eux le passage à l'acte spontané ou prémédité (guet-apens possible).

La perte d'objet ou son risque entraîne en effet une insoutenable angoisse de séparation, d'absence, de vide et d'anéantissement existentiels, avec successivement doutes obsédants sur la fidélité ou la paternité, déception, dépit, jalousie sexuelle, protestation, chantage affectif et intimidation, harcèlement (visant à maintenir ou à la restauration du lien d'attachement et du sentiment de contrôle), colère et menace de mort vis-à-vis du partenaire adultère, ou supposé tel, ou du rival éventuel, désespoir, idéation dépressive/suicidaire/homicide. Le plus souvent, la perte d'objet résulte d'une situation d'abandon affectif (désamour, lassitude, liaison extraconjugale) et/ou domiciliaire (peur de perdre définitivement le contact avec le partenaire ou l'ex-partenaire, les enfants issus du couple) mais il n'est pas rare qu'il s'y surajoute une dimension d'intrusion dans l'espace émotionnel et spatio-temporel, personnel ou conjugal, par un proche ou un rival réel ou imaginaire [8].

Sur le plan psychodynamique, nous avons noté dans ces homicides les coordonnées oedipiennes, surmoïques et de rivalité fraternelle, avec niveau prégénital des processus d'énamoration. L'auteur d'un crime passionnel est un « enfant » qui croit que l'objet, devenu sa victime, lui volait ses « économies narcissiques ». Le blocage du travail psychique par défaut de symbolisation condamne le moi et induit un conflit interne où le sujet n'aura de chance d'advenir que dans les conditions catastrophiques d'un moment « fou » dans le réel. Le défaut de représentation-mot du fantasme meurtrier, l'impossibilité d'une mise en récit font que l'acte criminel n'accomplit rien du désir et qu'il n'a valeur de représentation que pour autrui. La production du crime, résultat d'un défaut de production du fantasme meurtrier, signe d'une incapacité autobiographique sévère, se révèle être le symptôme majeur d'une pathologie narcissique s'exerçant dans la réalité [4, 7].

Le processus passionnel est de durée extrêmement variable, depuis l'émotion-choc spontanée (forme



impulsive) jusqu'au long cheminement de la pensée criminelle (forme dépressive-suicide et forme ruminative-obsessive), mais il aboutit toujours à la tension émotionnelle extrême de la phase critique où un événement déclenchant souvent anodin peut provoquer le drame. Les comportements de révolte, revendication et désespoir du futur criminel témoignent de sa souffrance, de son ressenti d'injustice et de son désir d'apitoyer l'objet pour le récupérer physiquement et/ou psychologiquement. Lorsque l'objet d'attachement résiste au *stalking* (harcèlement par appels téléphoniques, lettres, courriels, filatures, surveillance, traque, poursuite), aux avertissements directs (comportement persécuteur, menaces, voies de fait) et au spectacle de détresse (état d'abandon, de suicide moral) donné par son partenaire, ce dernier, pour échapper à l'anxiété de séparation et à l'inexistence, tente désespérément de se détacher de lui. Le processus criminogène s'arrête alors dans la plupart des cas, l'idée homicide ne s'exécutant pas dans l'acte homicide, la tolérance, l'acceptation voire le pardon devenant possibles.

Mais, dans les affaires évoluant jusqu'au crime, le travail intrapsychique de deuil normal est impossible car il y a ratage de l'essai d'introjection de l'objet perdu (peut-être ne peut-on faire de deuil harmonieux que des objets réellement aimés génitalement). Le sujet ne peut tuer symboliquement l'objet perdu sans mourir lui-même, d'où le balancement classique entre les pulsions suicidaires et homicidaires. En le supprimant ou en tentant de le supprimer, le criminel passionnel se venge de l'offense narcissique subie et rend sa propre justice émotionnelle (désir de punition et de revanche). De plus, il l'empêche de lui échapper, de vivre sans lui, d'appartenir à quelqu'un d'autre, le conservant ainsi indéfiniment (désir de possession exclusive). Meurtre et suicide réalisent à nouveau pleinement la fusion du sujet à l'objet dans la mort (désir de retrouvailles) [1].

Notons que chez beaucoup de criminels passionnels, le partenaire ou l'ex-partenaire victime (de sexe opposé ou de même sexe) n'est pas la première personne majeure aimée. Tout se passe comme si une précédente expérience de séparation, de perte ou d'abandon, pendant l'adolescence ou l'âge adulte, augmentait la sensibilité du futur agresseur au risque d'une nouvelle perte d'une figure d'attachement possessif. Ce facteur supplémentaire de vulnérabilité réactualiserait les problématiques anxieuses liées aux relations objectales infantiles. On ne confondra pas les homicides par perte d'objet avec les homicides par simple profit individuel (gain financier, héritage, assurance vie) et surtout avec certains homicides délirants des psychotiques : femme schizophrène qui noie son enfant qu'elle croit ensorcelé, homme paranoïaque qui tue sa compagne qui le persécute.

Les exemples les plus caractéristiques de ces homicides relationnels extra ou intrafamiliaux par perte d'objet nous paraissent être les suivants : 1) Les mères dépres-

sives et/ou psychotiques qui tuent leurs enfants lorsque ces derniers font l'objet d'une menace de séparation ou de placement, d'un conflit de garde ; 2) Les meurtres-suicides parentaux élargis aux enfants, produits et symboles du couple, par dislocation de la cellule familiale [2] ; 3) De façon générale, les drames de la rupture et de la jalousie amoureuse avec relation anaclitique à l'objet (agresseurs borderlines, déprimés jaloux, mélancoliques, délirants paranoïaques) [3]. Abandon et intrusion conduisent par réaction à l'angoisse, la frustration, la dépression, la revendication, la colère, la haine à l'origine du passage à l'acte sexuel et/ou meurtrier et/ou suicidaire et/ou incendiaire.

Quelquefois cependant, le déplacement des pulsions agressives fait que la victime se trouve être collatérale, étrangère à la relation d'objet conflictuelle (ex-beaux-parents, voisin, inconnu). L'homicide, fréquemment prémédité au plan psychologique, a lieu souvent au domicile de la victime au cours d'une crise de rage, après une dispute et sous l'empire de l'alcool. Notons que les femmes auteurs d'un crime passionnel ne se suicident ensuite que rarement, leur altruisme autodestructif se reportant éventuellement sur leurs enfants (filicides maternels). Les meurtres d'une famille entière sont presque toujours le fait d'un père de famille déprimé, paranoïaque, sous alcool ou substance lors du passage à l'acte. Des facteurs précipitants associés sont souvent retrouvés dans les antécédents proches : difficultés financières, perte d'emploi, « preuve » plus ou moins directe d'infidélité, de trahison, stress psychosociaux divers.

3. MOBILES INVOQUÉS

Nous avons résumé sur le tableau 2 les principaux mobiles affectifs invoqués par les auteurs de crimes d'amour et de désamour selon qu'il s'agit préférentiellement d'un processus criminogène d'abandon ou d'intrusion. Notons que l'existence de mobiles utilitaires (intérêt financier, pour recouvrer sa liberté, épouser sa maîtresse...) signe le pseudo crime passionnel, toujours prémédité et organisé, alors que dans le crime passionnel vrai on ne trouve aucun caractère utilitaire et il existe toujours au minimum une idée latente de suicide [6]

4. APPROCHE DIAGNOSTIQUE

Dans les drames passionnels vrais consécutifs à un processus criminogène de longue durée, on peut généralement observer chez leurs auteurs plusieurs des éléments chronologiques suivants :

- des perturbations précoces des relations objectales (carence de maternage par exemple) avec absence



Abandon	Intrusion
Perte d'objet	Rivalité
Frustration Rejet Absence Injustice subie Jalousie sexuelle Orgueil Colère Désespoir Altruisme suicidaire	Jalousie Ingérence Exclusion Insécurité Humiliation Honneur Vanité excitée Défense Vengeance

Tableau 2 : Motivations affectives des criminels passionnels.

- d'une relation stable, à la fois chaleureuse, sécurisante et protectrice avec les parents (expérience possible de perte précoce) à l'origine d'une insuffisance de confiance fondamentale en soi et dans les autres, d'un manque d'autonomie mature, d'une sensibilité accrue et d'une fragilité narcissique particulières à la séparation ;
- une insécurité, immaturité et fragilité de la personnalité chez ces délinquants qui ont établis avec leurs conjoints et parfois leurs enfants, une relation d'objet amoureuse égoïste, possessive, exclusive et jalouse dont ils sont surdépendants ;
 - une idéalisation de la famille avec quête d'une harmonie fusionnelle parfaite ;
 - une situation d'abandon ou de menace d'abandon physique et affectif (perte de contact avec l'être aimé) par désamour de la part du partenaire ;
 - un complexe d'intrusion du rival amoureux dont la proximité est un facteur aggravant ;
 - une réaction émotionnelle profonde et prolongée de souffrance, avec dépression et/ou ruminations obsédantes, idées de suicide, anxiété, sentiment d'injustice subie, jalousie, dépit, chantage affectif, harcèlement, qui résulte de la blessure narcissique, du sentiment de perte de contrôle, de l'absence de l'objet d'amour et/ou du risque de dissociation de la cellule familiale ;
 - un épuisement des mécanismes de défense du moi en raison de la complexité psychologique et affective d'une situation vécue comme gravement traumatique, conflictuelle (frustration/agression), ambivalente (amour/haine) et injuste ;
 - une période de crise avec état de détresse, insomnie, anorexie, abus fréquents d'alcool, disputes ou violences conjugales, quelquefois une première tentative meurtrière ou suicidaire annonciatrice du crime d'homicide ;
 - un processus de suicide élargi au cours d'un moment de désespoir de niveau parfois mélancolique non délirant, lorsque ces personnes se sentent « à bout », sans autre solution possible ;

- un passage à l'acte destructeur sur le partenaire ou l'ex-partenaire affectif, son nouveau compagnon ou sa nouvelle compagne, le rival ou la rivale, les enfants, les biens communs, suivi souvent chez l'homme d'une tentative de suicide, voire d'un suicide réussi dans un tiers des cas (homicide-suicide) ; Notons que la violence sur la ou les victimes entraîne une chute des pulsions agressives qui rend généralement moins opérante les tendances de l'auteur de sexe masculin à l'autodestruction. Plus le processus criminel est long, plus la fréquence des tentatives suicidaires diminue, l'auteur ayant eu le temps de légitimer son acte justicier.

5. CONCLUSION

Comme l'écrit avec raison John Bowlby « Les attachements intimes à d'autres êtres humains sont le pivot autour duquel la vie d'une personne tourne, non seulement lorsqu'on est un nourrisson, qu'on commence à marcher, ou qu'on va à l'école, mais aussi tout au long de l'adolescence, des années de maturité et jusque dans la vieillesse. De ces attachements intimes, une personne tire sa force et sa jouissance de la vie, et en retour elle donne force et jouissance à d'autres. » [5]. La rupture d'un lien affectif amoureux entre deux personnes qui se séparent est une expérience douloureuse que beaucoup d'entre nous ont connue ou connaîtront dans leur vie. Il en résulte chagrin, anxiété, colère, tristesse, deuil. Quelquefois cependant, lorsque la relation objectale de la part d'un partenaire dépendant et narcissiquement fragile est de nature prégénitale, possessive, exclusive, la menace de perte ou la perte de l'objet d'attachement peut être à l'origine d'un processus criminel, dit « passionnel », qui peut mener jusqu'à l'incendie volontaire, le viol, le suicide, l'homicide, le meurtre-suicide. Les situations d'abandon par la victime ou d'intrusion par un rival nous paraissent alors les causes déterminantes



des crimes d'amour et de désamour en contexte relationnel conflictuel. Ces crimes sont souvent prévisibles et devraient faire l'objet d'une attention prophylactique particulière de la part des autorités sociales, médicales, policières, judiciaires. ■

RÉFÉRENCES

- [1] Bénézech M. La perte d'objet en clinique criminologique ou la passion selon Werther. *Annales Médico-Psychologiques*, 1987, 145, 4, 329-340.
- [2] 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 mélancoliques. *Journal de Médecine Légale Droit Médical*, 1994, 37, 5, 351-356.
- [3] Bénézech M, Groussin A, Aubert B. Double filicide maternel avec délire passionnel de haine envers le père des victimes. *Journal de Médecine Légale Droit Médical*, 2001, 44, 4, 324-326.
- [4] Bénézech M, Lacoste P. L'uxoricide de Louis Althusser selon son récit autobiographique. Commentaires de psychiatrie criminelle. *Annales Médico-Psychologiques*, 1993, 151, 6, 461-465.
- [5] Bowlby J. *Attachement et perte*. 3 vol. Paris, PUF, 1978, 1984.
- [6] De Greeff E. *Amour et crimes d'amour*. Bruxelles, Dessart, 1973.
- [7] Lacoste P, Bénézech M. La hache et le silence. Crime passionnel, signature autobiographique. *L'Écrit du Temps*, 1983, 3, 151-197.
- [8] Lagache D. *La jalousie amoureuse*. Paris, PUF, 1981.

ANALYSE COMPORTEMENTALE ET PSYCHOPATHOLOGIE : DÉTECTION, PROFIL ET APPLICATIONS

BEHAVIORAL ANALYSIS AND PSYCHOPATHOLOGY: DETECTION, PROFILE AND APPLICATIONS

Elen VUIDARD¹, Audrey RENARD², Marie-Laure BRUNEL-DUPIN³, Stéphanie Le MAOUT⁴
et Michel BÉNÉZECH⁵

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

Ouvrant à l'intégration de la psychologie dans l'enquête judiciaire, la Gendarmerie Nationale est dotée depuis une quinzaine d'années d'un service spécialisé dans l'analyse du comportement criminel. Dans un format unique en France, le Département des Sciences du Comportement (DSC) du Service central de renseignement criminel propose un outil d'aide à l'enquête dans le cadre de phénomènes sériels ou d'actes criminels uniques en matière d'atteintes graves contre la personne. Sa vocation est d'apporter une plus-value dans l'enquête par le biais d'une approche psycho-criminologique réalisée à partir des éléments objectifs de la scène de crime.

Or, face à une scène de crime particulièrement violente ou atypique, les enquêteurs tendent souvent à considérer que seul un « fou » peut en être l'auteur. Dans ce contexte, et grâce à des éléments de compréhension du comportement criminel, l'analyse compor-

1. Capitaine de gendarmerie, Analyste comportementale au département des sciences du comportement,
Adresse : Service Central de Renseignement Criminel (SCRC), Pôle Judiciaire de la Gendarmerie Nationale, Caserne LANGE, 5 boulevard de
l'Hautil, 95037 CERGY PONTOISE Cedex, France. - elen.vuidard@gendarmerie.interieur.gouv.fr.

2. Audrey Renard, Capitaine de gendarmerie, analyste comportementale au département des sciences du comportement.

3. Marie-Laure Brunel-Dupin, Commandant de gendarmerie, analyste comportementale au département des sciences du comportement.

4. Stéphanie Le Maout, Capitaine de gendarmerie, analyste comportementale au département des sciences du comportement.

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

tementale vise à déterminer, au cas par cas, ce qui pourrait relever ou non de troubles psychopathologiques pour élaborer le profil de l'agresseur en vue de faciliter son identification.

Postulant que la scène de crime est l'expression du comportement criminel, elle reflète la personnalité de son auteur. Clé de voute de l'analyse comportementale, ce lien entre scène de crime et personnalité de l'agresseur sera mis en perspective à travers l'évocation de plusieurs cas concrets.

MOTS-CLÉS

Analyse comportementale, Enquête judiciaire, Comportement criminel, Psycho-criminologie, Scène de crime.

SUMMARY

Working to integrate psychology in the judicial investigation, the french Gendarmerie Nationale have been endowed with a special unit of behavioral analysis for fifteen years. In a unique format in France, the Département des Sciences du Comportement (DSC) of the Central Criminal Intelligence Agency offers a support tool to the inquiry in the framework of serial phenomena or for a single criminal act. His vocation is to bring a contribution to the investigations through a psycho- criminological approach made of the crime scene's objective elements.

But, in front of a particularly violent or atypical crime scene, the investigators often tend to consider that only a mad person can be the perpetrator. In this context, and thanks to some elements of understanding of criminal behavior, the analysis aims to determinate, case by case, what could be related to a psychological disorder, to elaborate the perpetrator's profile in order to facilitate his or her identification.

Considering that the crime scene is a criminal behavior's expression, it is reflecting the perpetrator's personality. Behavioral analysis' keystone, the link between the crime scene and the perpetrator's personality will be put in perspective through the evocation of several concrete cases.

KEYWORDS

Behavioral analysis, Judicial investigation, Criminal behavior, Psycho-criminology, Crime scene.



A l'instar de différents pays ayant intégré la psychologie dans l'enquête judiciaire, la Gendarmerie Nationale a créé, en 2002, un service spécialisé dans l'analyse du comportement criminel. Plus large et moins galvaudée, la dénomination « analyse comportementale » a ainsi été préférée à celle de profilage.

Dans un format qui reste unique en France, le Département des Sciences du Comportement (DSC) du Service central de renseignement criminel est composé d'officiers de police judiciaire, réunissant des analystes diplômés en criminologie et psychologie et des enquêteurs expérimentés en matière de crime contre les personnes.

Ce département a vocation à apporter une plus-value dans l'enquête judiciaire tant en ce qui a trait aux phénomènes sériels qu'à des actes particuliers uniques. Il s'agit d'un outil d'aide à l'enquête visant à orienter les investigations. S'intégrant à la procédure, l'analyse est rendue sous forme de procès-verbal à destination des magistrats et des enquêteurs.

Face à une scène de crime particulière, les enquêteurs sont parfois démunis et adoptent une réaction instinctive considérant que seul un « fou » peut avoir commis cet acte. Cette simple idée légitime l'apport des sciences du comportement. Faut-il être nécessairement fou pour commettre un crime fou ? Un auteur peut-il simuler ou dissimuler des troubles mentaux lors d'un passage à l'acte meurtrier ? Si l'analyse comportementale apporte une contribution par des réponses en matière de compréhension du comportement criminel, elle fournit également des orientations en terme d'investigations afin d'aider à la recherche de l'auteur. En outre, cette mission ne peut être efficiente qu'en ayant une parfaite connaissance des limites inhérentes à la discipline.

L'analyse des troubles psycho-pathologiques d'un individu non identifié à partir des éléments objectifs de la scène de crime serait donc bien une affaire de spécialistes.

1. LA DÉFINITION D'UNE ANALYSE DE SCÈNE DE CRIME

Les crimes majeurs se révèlent généralement dès la prise en compte de la scène de crime. Ce que l'on qualifie de crimes majeurs sont des meurtres empreints d'une violence anormale. Pour déceler ces crimes particuliers, il existe une liste non exhaustive de critères nommés « éléments d'alerte de comportement criminel particulier » ou EACCP.

Cette liste standardisée, destinée à tous les intervenants Gendarmerie (techniciens en investigation criminelle, enquêteurs, directeurs d'enquête...), constitue un moyen d'alerte rapide sur la nature « hors norme » du crime.

Cette notion d'EACCP, créée en 2002 par le département des sciences du comportement, est désormais largement diffusée. Un seul des critères suffit à alerter sur la probabilité qu'il s'agisse d'un crime particulier. Ils comprennent par exemple : les mutilations, les tortures et actes divers *ante* ou *post mortem*, les ablations visibles de membres ou d'organes, mais aussi l'usage de différents types d'armes ou la manifestation d'une violence extraordinaire ou anormale.

Dans ces situations d'exception, il existe une obligation de moyens à l'égard des constatations, entièrement dédiés à la recherche de traces ou d'indices matériels susceptibles de conduire à l'identification de l'auteur ou de confondre un suspect. Cette préoccupation légitime satisfaite, la scène de crime est encore susceptible de livrer d'autres informations.

Il ne s'agit plus de collecter des indices ou des éléments ayant force probante, mais d'envisager le déroulement de l'action criminelle, la personnalité de l'auteur et ses motivations en s'appuyant exclusivement sur l'interprétation des constatations objectives. C'est ce que l'on appelle une analyse de scène de crime.

Désormais alerté sur la probabilité que ce crime soit l'œuvre d'un criminel particulier, il s'agit ensuite d'obtenir des informations utiles à l'enquête en analysant et en interprétant les éléments objectifs recueillis sur les lieux. A cet égard, il existe deux préoccupations majeures : l'accès à la scène et le recueil des données.

Le caractère éphémère et dégradable de la scène de crime caractérise l'urgence avec laquelle il convient que les constatations nécessaires, qui serviront à l'analyse comportementale, soient réalisées. La venue des premiers intervenants, les opérations de secours ou de réanimation, les opérations de criminalistique, la météo en milieu ouvert, la levée de corps sont autant de facteurs qui contribuent à altérer graduellement l'état des lieux. Chacune de ces altérations est définitive et il est beaucoup plus facile d'en mesurer la nature et l'étendue lorsqu'elles sont rapidement identifiées (identification et cheminement des premiers intervenants) ou lorsqu'elles résultent d'opérations protocolisées (criminalistique). Elles sont à prendre en compte dans l'évaluation des données recueillies.

L'expérience montre que l'accès à la scène de crime procure des informations que les procédés de fixation (croquis, photographies, vidéos, modélisation 3D...) ne sont pas en mesure de fournir a posteriori. Cela tient à de nombreuses raisons, parmi lesquelles : représentations numérisées en deux dimensions, ouverture de champ bien plus réduite que le champ de vision humain, éclairage artificiel dénaturant la perception, découpage interdisant toute interprétation d'ensemble (position ou déplacement du corps, projections de sang...), numérisation qui ne rend pas compte de l'ambiance (environnement sonore, volumes, couleurs, odeurs, contexte...).



A cela s'ajoute le fait que les vidéos et les photographies reflètent la perception et le regard de l'opérateur et sont réalisées dans la continuité des opérations de criminalistique. Or, le regard de l'analyste comportemental, s'il porte généralement sur les mêmes éléments objectifs, diffère dans sa perception.

Ainsi, ce qui donne sens à l'empreinte digitale relevée sur l'arme du crime, ce n'est pas sa force probante ou son caractère discriminant, mais bien les raisons pour lesquelles l'auteur n'a pas pris les précautions d'usage.

L'objectif d'une analyse de scène de crime est d'aider les enquêteurs dans la recherche de l'auteur en apportant ce regard psycho-criminologique sur les faits. Les applications concrètes de cet apport se font par l'élaboration de suggestions d'investigations applicables immédiatement, par la détermination de l'hypothèse privilégiée d'un point de vue comportemental mais aussi d'éléments de personnalité immédiatement exploitables.

L'analyse de scène de crime résulte de la mise en œuvre de compétences des officiers de police judiciaire spécialement formés à ces techniques spécifiques, au cas par cas, à chacun des événements qui lui sont soumis. En la matière, chaque affaire est différente et aucun des enseignements qu'elle livre n'est transposable ou généralisable. C'est la raison pour laquelle, même le plus expérimenté des enquêteurs ne sera pas en mesure d'analyser si les éléments observés sur les lieux peuvent le renseigner sur l'existence ou l'absence de trouble de la personnalité chez l'auteur du crime. Il se peut que son intuition ou son expérience personnelle lui permette d'avoir un avis sur la question, mais l'analyse comportementale lui offre une argumentation claire et détaillée qui figurera dans la procédure.

L'établissement d'un profil d'auteur peut parfois découler de l'analyse de scène de crime lorsqu'il y a suffisamment d'éléments pour le composer. Il peut être rédigé après des semaines, des mois, voire des années d'enquête. Le dossier s'est alors étoffé de divers rapports d'expertises, d'une victimologie plus complète et d'investigations plus poussées. Le profil a alors pour objectif de mettre en évidence des éléments permettant l'identification de l'auteur et d'orienter les investigations vers le suspect le plus probable. Il décrit les traits de personnalité du type d'individu capable de commettre le crime, son mode de vie comme son comportement quotidien, permettant ainsi de le distinguer au sein de la population des suspects, des témoins ou de l'environnement de la victime.

2. DANS QUELLE MESURE LA SCÈNE DE CRIME PEUT-ELLE REFLÉTER UN TROUBLE MENTAL DE L'AUTEUR ?

En raison du caractère parfois incompréhensible des comportements criminels violents, la croyance popu-

laire considère que les actes les plus graves sont le résultat d'une pathologie mentale.

Associer crime et trouble mental autorise à penser que l'homme « normal » serait ainsi épargné de tout acte de folie. Or, si les crimes commis par des « fous » existent [13], la réalité criminologique est plus complexe et c'est pourquoi il convient de savoir les distinguer des autres types de crimes en dehors d'un contexte pathologique.

Parmi les nombreuses définitions existantes des troubles mentaux [25], les manuels de classifications psychiatriques et diagnostiques (CIM-10 ou DSM-IV-TR) décrivent le trouble mental comme une altération grave du comportement qui gêne, voire empêche l'individu dans son activité sociale et professionnelle. La psychopathologie comprend également les troubles de la personnalité qui se définissent comme des schémas associant pensées, émotions, et comportement (Beck et Freeman, 1990). Etant l'expression de la manière caractéristique de vivre de l'individu ainsi que de son rapport au monde et avec autrui, ces troubles apparaissent comme des exagérations de stratégies d'adaptation développées de façon non consciente et peuvent ainsi bouleverser certaines, voire toutes les sphères de vie sociale et/ou personnelle.

La psychologie reconnaît, de plus, que le caractère et le comportement de l'individu interagissent de façon permanente et qu'ils s'influencent réciproquement : le sujet est porteur d'intentions, vit des situations, y réagit d'une certaine manière et en évite d'autres. Aussi ce qui se vit au quotidien se perçoit-il également dans le domaine de la criminologie ? Parce que troubles mentaux et troubles de la personnalité constituent des manières de voir le monde, il est possible de considérer qu'ils se reflètent – au moins pour partie – sur la scène de crime.

Il s'agit donc ici de développer les types de crimes sur lesquels notre approche se fonde afin de déterminer l'existence d'un lien entre la scène de crime et la personnalité de l'agresseur, et d'illustrer la question à l'appui d'un cas concret.

2.1. Les crimes en question

L'absence de mobile apparent ou ce qui peut être perçu comme une violence gratuite, un acte monstrueux, incongru ou hors de proportion peut être lié à un trouble mental.

Les EACCP tels qu'ils ont été précédemment présentés sont des indicateurs de comportement pouvant dénoter un aspect pathologique. Par exemple, une énucléation est rarement utilitaire. Elle s'inscrit davantage dans une dimension symbolique et relève du sens donné par l'auteur à cet acte, au besoin et au désir qu'il a ressenti en l'accomplissant, bien qu'il puisse apparaître comme non nécessaire ou superflu. Des traces significatives de troubles mentaux peuvent ainsi être laissées sur la scène de crime, et ce de façon non consciente de la part de l'auteur.

2.2. La scène de crime et personnalité de l'auteur

On appelle généralement scène de crime le lieu où le crime a été commis, mais cette expression recouvre en fait plusieurs notions. En effet, il peut s'agir également du lieu de disparition de la victime ou du lieu d'abandon du corps qui ne sera pas nécessairement celui où le meurtre a été perpétré (déplacement). Ces différents lieux révèlent chacun une étape dans la chronologie de l'acte criminel, permettant de comprendre les actions et les intentions de l'auteur.

2.2.1. Le principe d'un lien existant entre scène de crime et personnalité

L'analyse comportementale se fonde sur un principe essentiel tiré de la psychologie d'investigation selon lequel la scène de crime reflète la personnalité de son auteur.

Dès lors que la pensée guide les actions de l'individu [24], on peut aisément concevoir que la scène de crime est le lieu d'expression du comportement criminel. Le professeur M. Bénézech parle ainsi de la scène de crime comme d'un continuum de la personnalité de l'auteur. Le comportement criminel ne peut être totalement dissocié du comportement du sujet dans des situations non-criminelles [12].

Les caractéristiques personnelles de l'individu étant stables et changeant peu au cours de la vie, on peut admettre que ces caractéristiques réapparaîtront dans toutes les situations où il est en interaction avec autrui, y compris donc en situation criminelle.

S'intéressant aux liens entre scénarios délictuels et troubles de la personnalité, Proulx et ses collaborateurs [22] envisagent la personnalité comme un déterminant parmi d'autres venant structurer le *modus operandi*. Condition non suffisante mais nécessaire à l'émergence et à la structuration du passage à l'acte, la personnalité est au cœur de cette problématique. Les auteurs s'appuient sur la conception de la personnalité de Millon (1981), selon laquelle un individu qui présente un trouble de la personnalité se distingue par un « mode relationnel habituel inapproprié et rigide, qui engendre des conflits interpersonnels et/ou une détresse intérieure ». Dans cette perspective, par exemple, le viol est une manifestation cognitive, affective et comportementale, dans le champ de la sexualité, du mode relationnel habituel associé à un trouble de la personnalité.

2.2.2. La scène de crime ou la recherche d'indicateurs de troubles mentaux chez l'auteur

En se gardant d'avoir une approche simpliste qui aborderait le crime uniquement à partir de la psychopathologie de son auteur [26], il convient de reconnaître que la scène de crime donne à voir une diver-

sité d'éléments comme autant de signes pouvant être reliés à l'état mental de son auteur au moment des faits.

Utiliser divers objets ou plusieurs armes, s'acharner sur la victime jusqu'à la défigurer, faire preuve d'une violence extrême et non nécessaire, ou encore laisser de nombreux indices sur place sans tenter de dissimuler son acte meurtrier sont des caractéristiques (EACCP) qui peuvent mettre sur la voie d'un individu présentant des troubles mentaux. Mais si l'on parle souvent du crime désorganisé [15; 3] pour évoquer les actes commis par une personne atteinte de trouble mental, ce type de crime peut également s'expliquer par un état émotionnel intense au moment du passage à l'acte, un stress externe ou encore une inexpérience.

En effet, l'étude d'un passage à l'acte criminel reconstruit le crime à partir des données médico-légales, criminalistiques et victimologiques et doit pour cela prendre en considération les éléments circonstanciels (connotation du lieu, opportunité de rencontre de la victime) ainsi que des facteurs dynamiques de la personnalité de l'auteur ou liés à la victime [9 ; 23]. Cette scène revêt donc également une dimension relationnelle importante c'est-à-dire qu'elle traduit l'interaction auteur/victime (lien de connaissance préalable, capacité physique de résistance, réaction probable), et plus largement donne des indicateurs sur le type de rapport que l'auteur entretient avec les autres (dominant, en contrôle, voire sadique, ou au contraire introverti, complexé).

Par conséquent, il s'agit d'étudier, au cas par cas, le lien pouvant exister entre personnalité et comportement criminel tel qu'il se manifeste sur la scène de crime car la désorganisation dont elle peut être parfois qualifiée ne reflète pas systématiquement la présence évidente d'un trouble mental.

2.2.3. Des indices spécifiques de la scène de crime mis en rapport avec les caractéristiques du criminel

Reconstruire le scénario criminel probable à partir des éléments constatés sur la scène de crime donne des indications sur le type de criminel qui a agit. A-t-il choisi sa victime? Est-il expérimenté? Son action semble-t-elle correspondre à son intention ou a-t-il perdu le contrôle? Envisager le processus délictuel qui a poussé l'individu à commettre son crime ne peut se faire sans se référer aux données issues de la recherche en la matière.

Ainsi par exemple, face à la variété des profils de personnalité observés chez les criminels sexuels, il est admis qu'il existe une hétérogénéité des scénarios délictuels [22]. Les faits étudiés peuvent être très différents en termes de motivation, de mode opératoire, de stratégie d'approche vis-à-vis de la victime.

Donc, le processus délictuel qui se joue au moment de l'acte n'est pas le même selon qu'il s'agisse par

exemple, d'un meurtrier sexuel colérique qui agit par une attaque explosive et violente sur une victime qu'il connaît, d'un violeur qui tue une victime inconnue pour la faire taire ou éliminer le témoin [23]. Il est donc indispensable de savoir reconnaître les signes distinctifs liés aux comportements criminels.

Pour autant, si les classifications du crime fondées sur le mode opératoire en termes d'organisation et de désorganisation ont été reconnues comme de précieux repères pour décrire les comportements extrêmes des auteurs d'homicides, leur caractère obsolète et incomplet est désormais mis en exergue [12 ; 28]. En effet, la réalité criminologique de la scène de crime est plus subtile et nuancée (on parle de crimes mixtes, empruntant à la fois à l'organisation et à la désorganisation) et peut parfois être le terrain d'un acte commis par un malade mental dont le scénario est organisé comme c'est le cas du paranoïaque délirant ou du psychotique présentant un comportement sexuel sadique [7]. De même, un criminel psychopathe ou à personnalité antisociale peut agir de manière désorganisée en raison des circonstances externes influençant le passage à l'acte, de l'effet de l'alcool ou de la résistance de la victime.

Pour un crime unique, le mode opératoire ne peut pas être interprété isolément car il est insuffisant pour pouvoir être rapporté à un type précis de personnalité.

Cependant, c'est l'ensemble des éléments que donne à voir la scène de crime, qui associés les uns aux autres, peuvent tendre à décrire un type de comportement.

La difficulté réside dans le fait de discriminer par exemple l'impulsivité, l'instabilité émotionnelle, en tant que traits saillants de la personnalité qui ne sont pas nécessairement des troubles mentaux proprement dits. Ainsi, « bien que le meurtre sexuel semble être un acte de pure folie [...] les auteurs de ce type de crime ne souffrent pas de folie (psychose) » [23]. L'analyse de scène de crime vise à décrire un type d'individu et non à poser un diagnostic.

Il s'agit d'aborder le comportement criminel adopté au moment du passage à l'acte et d'en tirer des caractéristiques quant à la manière de penser de l'auteur ainsi que son comportement quotidien. Cela signifie, que l'individu, s'il est appréhendé, peut n'avoir aucun antécédent psychiatrique, soit parce que l'acte est inaugural d'un trouble (exemple de la schizophrénie délirante), soit parce qu'aucun trouble n'a été détecté par les experts (appréciation de la gravité du trouble, défaut de prise en charge...).

L'analyse comportementale constitue évidemment une vue partielle mais spécifique du comportement et de la personnalité de l'auteur, dont l'objectif n'est pas d'affirmer une vérité ou de désigner un coupable mais d'aider les services d'enquête à comprendre et à appréhender l'auteur des faits.

2.3. Cas concret

2.3.1. Scène de crime

Le corps sans vie d'une jeune femme de 23 ans est retrouvé près d'une tombe dans un cimetière. En partie dénudé sur sa partie supérieure et les vêtements arrachés, le corps est cependant recouvert du manteau de la victime. Le contenu de son sac est vidé sur ses jambes.

La scène de crime est caractérisée par un grand désordre et dénote immédiatement une violence extrême avec la présence de nombreuses traces de sang. De nombreux documents, parmi lesquels plusieurs photographies, sont déchirés et éparpillés au sol.

2.3.2. Constatations médico-légales

La cause du décès est double: une hémorragie intracrânienne, par de nombreux coups reçus au visage et au crâne, et une asphyxie par strangulation. Ses membres présentent cinq luxations importantes.

Par ailleurs, des actes *post mortem* ont été portés : énucléation bilatérale à l'arme blanche. Ses yeux ne sont pas découverts sur place, l'auteur appréhendé quelques temps plus tard expliquera les avoir avalés. Les oreilles de la victime présentent également des traces de morsures et de « grignotage ».

2.3.3. Conclusions de l'analyse du cas

La dynamique de la scène de crime permet de mettre en évidence plusieurs caractéristiques significatives relatives à l'auteur. Au regard de la grande violence et de l'acharnement subis par la victime, il est plus probable d'envisager l'attaque par un individu unique ayant un lien de connaissance avec la victime, reflétant par là son état psychologique.

Les signes d'une perte de contrôle, l'absence de préparation de l'homicide et la prise de risque élevée de l'auteur font apparaître un mode opératoire désorganisé. De même, il existe différents éléments en faveur d'une absence de préméditation de l'acte : une attaque spontanée de la victime, une violence exercée sur elle particulièrement brutale et incontrôlée ainsi qu'une dépersonnalisation. Aucune précaution n'a été prise par l'auteur pour effacer ses traces. Le corps est laissé sur place sans aucune tentative de dissimulation.

En criminologie, douze critères sont retenus pour évaluer si l'acte homicide est dit « fou » [3]: le meurtre est commis par un individu unique, le mobile semble inexistant ou illogique, la scène de crime témoigne d'un comportement désorganisé, on constate des blessures multiples ne visant pas spécifiquement les organes vitaux, il y a un acharnement excessif, une dépersonnalisation possible et souvent l'étranglement de la victime. Des actes sexuels pré ou post-mortem sont possibles, l'utilisation d'une arme d'opportunité

permettant un meurtre réalisé de près et d'ordre confrontationnel, impliquant des blessures défensives sur la victime. Il n'y a pas de mise en scène ou de maquillage de la scène de crime et la victime est souvent connue de son agresseur.

A cette liste de critères s'ajoute le fait que l'auteur ait pris des risques importants, qu'il y ait une multitude d'actes effectués sur un espace très restreint, qu'il y ait de nombreux actes illogiques et incohérents, et que la motivation de l'auteur paraît inexplicable. « Chaque fois que l'acte criminel demeure inexplicable, qu'il apparaît dépourvu de toute motivation, qu'on trouve chez son auteur la froideur et l'absence des réactions consécutives, il y a lieu de supposer qu'il s'agit de l'acte d'un schizophrène » [14]. L'acte criminel en question ici évoque donc la crise d'un individu souffrant de troubles mentaux, probablement d'ordre psychotique. Cependant, seule une évaluation psychiatrique de l'auteur pourrait la décrire plus précisément, et ce *a posteriori*.

3. LE CRIME DU FOU QUI NE L'EST PAS

Nous avons pu constater que le comportement violent est statistiquement lié à la présence de perturbations mentales chez l'auteur d'un crime [20 ; 27 ; 11]. Certains troubles mentaux augmentent le risque d'agressions violentes, notamment la schizophrénie, les troubles de la personnalité antisociale, l'alcoolisme et autres addictions [21 ; 5].

Les caractéristiques du passage à l'acte homicide sont alors décrites comme « immotivées, brutales et irrationnelles » [18].

Pour autant, les enquêteurs et les analystes comportementaux se trouvent parfois confrontés à une scène de crime qui comporte les caractéristiques d'un passage à l'acte commis par un auteur qui pourrait présenter des troubles mentaux, mais sans que cela ne soit avéré par un diagnostic ou une expertise psychiatrique en ce sens. Le crime passionnel, qui a fait l'objet de nombreux écrits, se prête particulièrement bien à l'illustration : il soulève la question de la « distinction entre un état passionnel non pathologique et un authentique délire paranoïaque sous-tendu par un état passionnel » [1].

3.1. La littérature criminologique

Si, comme le disait Pierre Janet, la passion « ressemble tout à fait à une folie », elle n'en relève pourtant pas. On peut toutefois admettre « l'influence négative de la passion sur le contrôle de soi » et la perte de contrôle qui en découle [1]. Nous retrouvons ainsi des scènes de crime témoignant d'actes d'un individu qui « ne se rend plus compte de ce qu'il fait ». Le crime passionnel s'inscrit dans le cadre d'un déchaînement émotionnel d'une extrême violence; la haine et la

colère de l'individu se focalisent et s'expriment sur la victime. De plus, le confinement habituel de la scène de crime dans un lieu privé et clos aurait tendance à augmenter la brutalité des coups, souvent portés au niveau des parties vitales.

La littérature en criminologie permet de comprendre la dynamique de ce type de passage à l'acte et d'en appréhender clairement les enjeux.

Crime dit de « destruction » dans lequel l'homicide-suicide est souvent présent en toile de fond, le facteur déclenchant est souvent une angoisse d'abandon liée à la peur de perdre l'être possessivement aimé : la prise de distance est alors vécue comme insurmontable, mortifère, et le crime apparaît comme la seule issue possible. La composante agressive est alors particulièrement présente dans ce type d'actes.

L'explosion de colère que M. Bénézech nomme « courte folie » est un élément pathogène central dans les violences mortelles et peut être à l'origine d'un meurtre sans aucun autre trouble mental [4].

Appelant l'autopunition, un tiers des auteurs d'homicides passionnels se suicident immédiatement après le meurtre [1]. Cependant, il est rare que l'agresseur ait eu des antécédents psychiatriques ou pénaux.

3.2. Cas concret

3.2.1. Scène de crime

Le corps d'une jeune femme est découvert sans vie par son concubin dans la chambre d'ami de leur appartement.

La victime est à moitié nue, un câble électrique et une corde autour du cou ainsi qu'une pince à bûche enfoncée profondément dans la bouche. Son corps et son visage présentent de multiples traces de coups et plaies provoquées par un objet pointu.

La scène de crime évoque une attaque brutale suivie d'une escalade de violence jusqu'à l'acharnement et la dépersonnalisation de la victime. Cette violence expressive, réalisée à l'aide de divers objets trouvés sur place atteste d'une détermination et d'un sentiment de colère de la part de l'auteur au moment des faits, mais également d'une désorganisation caractéristique de l'acte, en l'absence de contrôle émotionnel.

3.2.2. Constatations médico-légales

Bien qu'aucune agression sexuelle n'ait été constatée, plusieurs coups de couteau ont été portés au niveau du bas ventre. De plus, l'introduction d'un objet dans la bouche de la victime (17 cm de profondeur, lui déformant la gorge) met en évidence une connotation sexuelle.

Les éléments du dossier permettent de savoir que l'auteur passe du temps sur la scène de crime après le passage à l'acte violent.

Il reste dans l'habitation, sans avoir de conduite de réparation vis-à-vis de la victime (recouvrement du corps ou autre manipulation visant à effacer l'acte commis). Après les faits, il sera vu à l'extérieur du domicile, achetant une baguette de pain qui sera retrouvée entamée dans la cuisine à côté d'un morceau de saucisson. Des gestes incongrus au regard de la violence des faits. L'individu sera à nouveau aperçu dans la rue du domicile quelques heures plus tard, pour quitter les lieux avec le véhicule de la victime. Le corps du meurtrier sera découvert en contrebas d'une falaise, à proximité de laquelle le véhicule sera retrouvé.

3.2.3. Conclusions de l'analyse du cas

De l'analyse, il ressort que l'intention de l'auteur était de tuer la victime, de décharger sa colère contre elle à l'occasion d'une escalade criminelle particulièrement violente.

La présence de ce dernier dans le temps de l'action associée aux constatations de police technique et scientifique, aux témoignages et à son suicide ont permis d'établir son implication dans l'homicide.

Le déroulement des événements peut ici être envisagé sous l'angle d'un homicide-suicide, dans le cadre d'un meurtre passionnel alors que la dynamique de la scène de crime pouvait faire croire à un crime sexuel ou à un état délirant de la part de l'auteur au moment du passage à l'acte, notamment au regard des caractéristiques de l'homicide « dit fou » [2].

En effet, la plupart de ces critères sont présents dans notre cas: unicité d'auteur, comportement désorganisé, acharnement excessif, dépersonnalisation et étranglement de la victime, utilisation de plusieurs armes d'opportunité, acte confrontationnel, absence de mise en scène et de maquillage de la scène de crime, victime connue du meurtrier. Grâce à une lecture approfondie de la scène de crime, à l'étude de la victimologie et à la reconstruction chronologique des faits, l'analyse a permis de déterminer qu'il ne s'agissait pas d'un homicide commis par un « fou », mais d'un crime passionnel suivi d'un suicide.

Cette conclusion permet de mettre en évidence l'absence de troubles mentaux de type psychotique, tels qu'ils auraient pu être envisagés *a priori*, mais davantage l'existence de troubles de la personnalité qui sous-tendent ce type de crime. En l'espèce, il pourrait s'agir d'une personnalité de type dépendante, passive-agressive, narcissique, borderline ou antisociale.

3.2.4. Epilogue

L'auteur de ce meurtre particulièrement violent était l'amant de la victime depuis quelques semaines. Plusieurs éléments du dossier ont permis de compren-

dre qu'il était ... « fou d'elle », très investi dans cette relation et qu'il avait de grands projets avec la jeune femme. En revanche, celle-ci, qui vivait par ailleurs une relation de longue date avec son mari, ne manifestait pas vouloir s'engager davantage.

Concernant le suicide, une ultime trace, que l'on peut attribuer à l'auteur sans néanmoins en être sûr, a été retrouvée sur une pierre à proximité de l'endroit où son corps a été découvert. Tel un mot d'adieu, voire un aveu, était écrit sur cette pierre « Faire l'amour avec toi une dernière fois et mourir »...

4. LA TRADUCTION DE L'ANALYSE EN TERMES D'INVESTIGATIONS

La détermination d'un trouble de la personnalité ou d'un trouble psychiatrique majeur, au regard de l'analyse d'une scène de crime, ne présente d'intérêt que si elle permet de faire progresser les investigations et de faciliter les recherches des enquêteurs.

Ainsi, certaines scènes de crime particulièrement complexes ou violentes commises par des individus présentant ce type de troubles peuvent déconcerter les enquêteurs. Dans ces affaires, le premier intérêt de l'analyse comportementale est d'aider à comprendre la cause du crime parfois non apparente, la dynamique de la scène de crime et l'interaction entre l'auteur et la victime. En effet, en matière d'homicide, les enquêteurs ont l'habitude de centrer immédiatement leurs recherches sur les personnes ayant un intérêt à éliminer la victime. Ils vont alors rechercher dans les grandes catégories classiques de mobiles: le sexe, l'argent, la jalousie, la vengeance... Leur indiquer que la motivation n'est pas toujours dans ce type de registre, mais qu'elle peut être liée principalement à l'état psychologique de l'auteur, est un premier pas visant la rapidité des investigations. Ainsi, si une scène de crime est très évocatrice d'un acte commis par un psychotique, cela permet d'orienter l'enquête vers un individu qui probablement connaît la victime, qui a laissé un certain nombre de traces et d'indices sur les lieux, qui ne cherchera pas à se débarrasser des preuves ou à échapper à la justice. Tel a été le cas pour la résolution d'un homicide peu ordinaire.

4.1. Cas concret

4.1.1. Scène de crime

Âgée d'une cinquantaine d'années, vivant seule, une femme est découverte morte dans son domicile, à genoux, pantalon et slip baissés.

La télévision prise dans la pièce a été posée sur sa tête et son dos a été enduit d'huile à pizza. Une inscription manuscrite est également visible sur son dos et le stylo a été inséré dans son anus. L'auteur a également laissé de nombreuses traces de pas dans le sang.

4.1.2. Constatations médico-légales

Son décès est consécutif à une multitude de coups portés avec divers appareils ménagers notamment une casserole et un fer à repasser.

4.1.3. Conclusions de l'analyse de cas

Dans un premier temps, l'analyse de la scène de crime a permis de révéler l'acte impulsif et immotivé d'un psychotique, permettant d'orienter les enquêteurs vers un lien de connaissance avec la victime. Il était précisé que l'auteur était dans un secteur géographique proche, qu'il n'avait pas de mobile rationnel pour passer à l'acte et qu'il ne chercherait pas à faire disparaître les preuves. Lors de l'enquête de voisinage, les enquêteurs ont donc pris la précaution de vérifier les semelles des chaussures appartenant au voisin de la victime qui se trouvaient devant la porte de son domicile. Celles-ci étaient couvertes de sang.

Dans un second temps, c'est l'établissement d'un profil d'auteur inconnu qui présente un intérêt pour l'enquête dans ce type d'affaire [5].

En effet, la description du profil d'un individu psychopathe peut s'avérer utile dans les investigations pour le reconnaître: le sentiment « d'avoir droit », l'absence de remords, l'absence de préoccupation pour les autres, le rejet du blâme sur autrui, la manipulation et la duperie, la froideur affective, le refus des normes sociales sont autant de manifestations utiles aux enquêteurs afin d'attirer leur attention lors des auditions. D'autant que ces individus ont très souvent un passé pénal chargé.

Les conseils en matière d'investigations pour « repérer » l'individu peuvent également avoir une grande importance. Tel fut le cas dans une série de viols : trois jeunes adolescentes ont été victimes de viol dans des villes proches. L'individu utilise le même mode opératoire : les jeunes filles sont seules à leur domicile, il prétend être un employé EDF pour rentrer dans les habitations afin de vérifier l'installation et les agresse sexuellement. L'auteur n'utilise pas de violence, mais une force minimale pour atteindre son but. Il semble avoir des difficultés érectiles. Son forfait accompli, il repart. Lors du troisième fait, la jeune victime panique et déclenche une crise d'asthme ; l'auteur recherche son inhalateur en vain, puis s'excuse avant de quitter les lieux précipitamment.

Le comportement atypique de l'auteur lors de ce troisième fait montrait qu'il pouvait avoir des remords par rapport à son acte et qu'il essaierait peut être de savoir comment allait la jeune fille en l'observant ou en souhaitant rentrer en contact avec elle. Ce qu'il fit puisqu'il a été repéré quelques temps après à la sortie de son collège.

Certains comportements peuvent également alerter les enquêteurs : un individu qui ne se rend pas aux obsèques alors qu'il y a un lien de connaissance avec

la victime rend ce comportement suspect. De même s'il se rend au cimetière alors qu'il n'y a aucun lien entre l'auteur et la victime. C'est ce qui a attiré l'attention des enquêteurs dans cette affaire.

Une femme âgée d'une quarantaine d'années, enceinte de quatre mois, est découverte tuée de multiples coups de couteau dans l'arrière salle de son petit commerce, à l'heure de l'ouverture. La scène est extrêmement violente et seul le numéraire présent dans la caisse a disparu. L'analyse de la scène de crime laisse penser que cet homicide aurait pu être commis par une personne sous l'emprise d'un état alcoolique ou de stupéfiants et qu'il ne connaît pas la victime. Quelques temps plus tard, différentes personnes viennent témoigner d'avoir vu à plusieurs reprises un jeune du village âgé d'une vingtaine d'années pleurant sur la tombe de la victime. Or, il ne la connaissait que de vue. Ce jeune homme alcoolique, drogué et en état de manque le jour des faits, a ciblé ce commerce en vue d'obtenir rapidement des liquidités. Alors qu'il était dans un état de fureur lié au manque de stupéfiants, il a commis cet acte d'une rare violence. Par la suite, recouvrant ses esprits, il a été pris de profonds remords. C'est pourquoi il se rendait, lors de phases de profonde dépression, sur la tombe de la victime.

Ces éléments ont pu être recueillis lors de la procédure de garde-à-vue. L'analyse a également été utilisée lors de l'audition de manière à contrer les mensonges du suspect.

Ainsi, la détermination de troubles psychiatriques ou de troubles de la personnalité de l'auteur lors de la prise en compte d'une scène de crime peut s'avérer fort utile pour les investigations, ne serait-ce que par la compréhension du mode de pensée et de conduite des auteurs, et ce, aux différents stades de l'enquête.

5. LES APPORTS DE L'ANALYSE COMPORTEMENTALE

Grâce à l'accès au dossier judiciaire, et notamment à la scène de crime, l'analyse comportementale permet de décrypter les intentions de l'auteur exprimées à travers son passage à l'acte et d'en comprendre la dynamique et les enjeux.

Les bénéfices liés à cette analyse se révèlent être multiples, contribuant ainsi à légitimer sa place au sein de l'enquête judiciaire. D'une part, l'expérience acquise permet de faciliter l'approche des dossiers les plus complexes. D'autre part, l'analyse comportementale de la scène de crime peut utilement compléter les expertises psychiatriques et psychologiques dans la compréhension de l'acte et de l'agresseur. Enfin, ce type d'analyse peut constituer une approche novatrice dans le cadre de la recherche en criminologie.

5.1. Une contribution à l'enquête judiciaire par des spécialistes

Les résultats des méthodes de profilage sont particulièrement bien perceptibles à un stade précoce des investigations (d'où la nécessité de se déplacer le plus rapidement possible sur la scène de crime) et peuvent également aider à relancer les recherches ou ouvrir de nouvelles pistes pour une meilleure compréhension du comportement criminel [10].

Il est important de souligner que la plupart des dossiers traités détiennent peu, voire aucun indice matériel, ce qui rend la tâche ardue. Si la méthode se veut des plus objectives et méthodiques, elle peut néanmoins s'appuyer sur l'expérience. En effet, l'analyse comportementale d'une scène de crime, en matière d'atteinte violente contre les personnes, est une plus-value et se réalise au sein d'une unité opérationnelle : l'expérience acquise permet d'appréhender d'autant plus finement les futurs dossiers criminels.

L'apport de l'analyse comportementale peut être aisément mis en évidence au travers des phénomènes sériels. Dans le cadre d'une saisine judiciaire sur l'ensemble des faits d'une série, l'approche tout à la fois globale et spécifique permet une analyse comparative des scènes de crime, des modes opératoires, des intentions et des motivations de l'auteur.

L'analyse approfondie de chacun des faits au sein d'un processus dynamique, permet de comprendre la motivation et la stratégie employée par l'individu. Cerner le mode opératoire et le choix des victimes par l'auteur est nécessaire pour repérer les conditions dans lesquelles celui-ci passe et repassera à l'acte. Les critères spatio-temporels peuvent être identifiés pour apprécier l'évolution du phénomène. De même, évaluer l'expérience de l'auteur et ses réactions face à ses différentes victimes est riche d'enseignements quant aux caractéristiques de l'individu.

Ainsi, connaître la dynamique en jeu lors de réitérations d'agressions sexuelles ou de meurtres constitue un atout supplémentaire : détecter une série (ou des indicateurs présumant une série de faits criminels), identifier le premier passage à l'acte qui est particulièrement significatif en terme de lieu (zone de confort du criminel), considérer les tentatives avortées, sont autant de compétences qui s'acquièrent par l'expérience des situations criminelles.

De plus, l'analyse comportementale offre un intérêt en terme de qualité de l'enquête pour des crimes particuliers. Il en est ainsi pour identifier la nature sexuelle du crime dont il n'est pas toujours facile de déterminer a priori la motivation. Dès lors que l'homicide sexuel ne fait pas l'objet d'une définition légale, c'est au système judiciaire d'en identifier la nature. Les enquêteurs se fient donc à la présence d'un indice sur la scène de crime. S'il est admis que la scène peut être explicite (victime nue ou partiellement dénudée, corps placé dans une position sexuellement

explicite ou dégradante, insertion d'objet dans les cavités corporelles, indices d'une activité sexuelle sur les lieux) [24 ; 28 ; 3], une connotation sexuelle peut également suffire à traduire la motivation sexuelle de l'acte (intention non suivie de relation, mise en scène, activité verbale sexualisée...). De par leur formation, les enquêteurs travaillent de manière intuitive, au risque d'une appréciation erronée. Par conséquent, l'analyse comportementale est en mesure de révéler la motivation sous-jacente d'un crime, au-delà des éléments matériels, ce qui peut être décisif pour l'identification de l'auteur.

En outre, ce type d'analyse offre un niveau de compréhension qui pourrait être profitable dans le cadre de l'instruction (déroulement chronologique des faits, motivation de l'auteur), dans la mesure où elle ne se positionne pas vis-à-vis du sujet lui-même mais de ce qu'il exprime à travers le passage à l'acte.

C'est un positionnement différent et complémentaire de celui des experts qui s'intéressent à l'individu, des enquêteurs qui établissent des faits, des magistrats qui se forgent un avis sur la culpabilité. L'analyse comportementale permet bien, dans ce contexte, d'envisager une autre dimension du fait criminel, par le biais d'un regard pluridisciplinaire.

5.2. Un apport supplémentaire aux expertises psychiatriques et psychologiques

Les expertises psychiatriques et psychologiques permettent d'éclairer l'histoire et les mécanismes psychiques de l'individu qui l'ont poussé à passer à l'acte. Cependant, elles sont susceptibles de se révéler divergentes, notamment dans la confrontation expertise versus contre-expertise. Alors que ce type d'évaluation dépend en grande partie de la parole du sujet, supposant ainsi une certaine reconnaissance des faits de sa part, l'analyse de la scène de crime que le DSC réalise, permet une lecture complémentaire fondée sur les actes eux-mêmes, posés par l'agresseur sur sa victime. La comparaison des données objectives d'un dossier, étudié sous l'angle comportemental (constatations sur la scène du crime, mode opératoire utilisé, présence d'une éventuelle signature criminelle), avec les déclarations du coupable pourrait même préciser son degré de sincérité et de discernement, et affiner ainsi d'avantage la question de la responsabilité pénale aux différentes périodes du passage à l'acte.

5.3. Un intérêt pour le développement de la recherche en criminologie

La réflexion menée sur des actes criminels particuliers, au sein d'une équipe pluridisciplinaire et au moyen d'une méthode de travail rigoureuse et protocolisée, permet plus largement de développer les connaissances acquises en termes de compréhension du processus criminel.



Les analyses réalisées au sein du département des sciences du comportement étant étayées par de multiples éléments explicatifs du passage à l'acte, constituent une somme d'expériences qui, au-delà de la singularité des cas étudiés, offre une vue d'ensemble riche que ne permettent pas les seules approches théoriques ou cliniques.

De plus, grâce au large panel de dossiers que le DSC traite depuis sa création, œuvrer à l'élaboration d'une typologie française de certains types de meurtriers est envisagé. L'exploitation des données disponibles est en effet en mesure d'apporter une contribution empirique à la recherche en criminologie. L'emploi de nos analyses dans l'exploration de la population de criminels condamnés définitivement permettrait de préciser, d'un point de vue relativement objectif, leurs caractéristiques mentales au moment de l'action, leurs affects et leurs motivations au regard de leurs modes opératoires. C'est ainsi que cette recherche, impliquant une étude approfondie des dossiers judiciaires associée à des entretiens avec les coupables, permettrait d'adapter les classifications internationales à la population criminelle française.

6. LES LIMITES DE L'ANALYSE COMPORTEMENTALE

Si l'analyse comportementale d'une scène de crime est aujourd'hui reconnue et intégrée dans le processus de l'enquête judiciaire classique, il existe cependant plusieurs limites auxquelles elle demeure confrontée.

D'une part, certains évoquent la faiblesse scientifique de cette approche [17]. Cet argument est à considérer avec pondération dès lors que l'approche psycho-criminologique a pour objet l'étude de cas concrets et se veut avant tout être un outil de travail complémentaire sur le terrain opérationnel.

En effet, le principe sur lequel repose l'analyse comportementale de scène de crime est exposé à la critique. Cette technique comporte une limite intrinsèque car elle est développée à partir de la scène de crime et du passage à l'acte reconstruit de l'auteur. Or, la scène de crime n'étant qu'une partie du mode opératoire du criminel, elle ne peut donc fournir qu'une vue partielle de l'acte commis. S'il n'est pas possible de connaître les actes accomplis avant ou après le passage à l'acte, les analystes ne se dispensent pas d'envisager également le comportement pré et post-criminel [8 ; 6] pour déterminer la motivation et cerner les caractéristiques de la personnalité.

En tant qu'outil évaluant le comportement de l'agresseur dans un contexte spécifique avec une victime donnée, sa plus-value réside dans une lecture différente et complémentaire de l'enquête classique. La

question de l'objectivité de l'analyse est prise en compte et respectée au moyen d'un cadre protocolisé dans lequel s'inscrit cette approche.

Sur ce point, il convient de préciser qu'il est difficile de mesurer la part de contribution du profilage criminel dans la résolution des crimes [10]. Le succès d'une enquête repose sur un ensemble de facteurs [19] dont l'analyse comportementale. Pour autant, son efficacité ne pourra être mesurée qu'en fonction de la considération qui lui sera accordée par les acteurs judiciaires.

D'autre part, l'analyse de scène de crime exige, pour sa mise en œuvre, la disponibilité et la qualité d'un certain nombre d'informations [16]. Ces éléments issus de la criminalistique, de la police technique et scientifique, de la victimologie ou encore de la médecine légale peuvent parfois laisser des zones d'ombre qui limiteront aussi la précision et la rigueur de l'analyse.

Par exemple, l'impossibilité d'identification d'une victime, la méconnaissance des causes de la mort ou la modification involontaire des lieux par les services intervenants (pompiers, personne découvrant la victime) peut empêcher ou biaiser les résultats de l'analyse.

En outre, la pratique de l'analyse comportementale au sein du DSC exclu de son champ d'étude les dossiers qui comportent une personne mise en examen ou lorsqu'il existe des suspicions sérieuses sur une personne identifiée. Le travail relève alors du domaine de l'enquête et de l'expertise.

Enfin, considérant que l'analyse comportementale s'applique principalement aux crimes violents et sans mobile apparent, commis le plus souvent par des individus présentant des troubles de la personnalité ou une maladie mentale, elle offre peu de plus-value aux enquêtes portant sur des faits plus ordinaires relevant d'un mobile évident, logique ou lié à une entreprise criminelle (crime crapuleux, règlement de compte lié à l'argent ou à une vengeance).

Or, considérant qu'une scène de crime ne reflète pas toujours la personnalité de l'auteur, un acte criminel accompli par une personne présentant des troubles mentaux peut apparaître sans caractéristiques particulières évidentes [6].

C'est précisément dans ce type de contexte criminel qu'il s'agit de faire la part des choses et recourir ainsi à des spécialistes formés et expérimentés en analyse comportementale.

« Il n'y a pas de cause d'erreur plus fréquente que la recherche de la vérité absolue » Samuel Butler (1835-1902). L'analyse comportementale ne prétend pas résoudre une affaire, pas plus qu'elle ne prétend donner le nom de l'auteur. Outil performant d'aide à l'enquête l'analyse comportementale n'a pour seul but que d'œuvrer à la recherche de la vérité judiciaire. ■



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Albernhe T, Kania E, Le cas particulier du crime passionnel. *In* : T. Albernhe, Criminologie et psychiatrie, Paris, Ellipses, 1997 : 149-152.
- [2] Bénézech M, Des crimes fous commis par les fous et les autres. *Forensic*, 1994, 5, p.41-44.
- [3] Bénézech M, Les classifications des homicides. *In* : T. Albernhe, Criminologie et psychiatrie, Paris, Ellipses, 1997.
- [4] Bénézech M, Homicides en récidive ou en série et scène de crime. *In* : J-L. Senon, C. Jonas, M. Voyer. Psychiatrie légale et criminologie clinique, Paris, Elsevier Masson, 2013 : 413-420.
- [5] Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois ML. Criminologie et psychiatrie. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie, 37-906-A-10, 2002, 15 p.
- [6] Bénézech M, le Département des Sciences du Comportement de la gendarmerie nationale, Sur l'analyse comportementale en matière criminelle, *Revue Experts* n°103 et 104, août et octobre 2012.
- [7] Bénézech M, Benayoun M.D, Hachouf S., Homicide sadique d'un homosexuel par un schizophrène. Considérations médico-légales sur les fantasmes pervers chez les psychotiques. *Ann Med Psychol*, 2001, 159, n°5, 363-368.
- [8] Bénézech M, Toutin T, Le Bihan P, et al. Les composantes du crime violent : une nouvelle méthode d'analyse comportementale de l'homicide et de sa scène. *Ann Med Psychol*, 2006 ; 164 : 828-33.
- [9] Bénézech M., le Groupe Analyse Comportementale de la Gendarmerie Nationale. Protocole d'analyse comportementale des crimes violents. *In* : M. St-Yves, M. Tanguay. Psychologie de l'enquête criminelle, la recherche de la vérité, Ed Yvon Blais, 2007 : 535-576.
- [10] Beauregard E, Proulx J, Le profilage criminel. Evolution, et nouvelles perspectives dans l'établissement de modèles prédictifs. *RIPC*, 486, 2001; p. 20-28
- [11] Bourgeois M.L, Psychopathologie et comorbidité psychiatrique. *In* : C. De Beaurepaire, M. Bénézech, C. Kottler. Les dangers, de la criminologie à la psychopathologie entre justice et psychiatrie, John Libbey. 2004 :143-159.
- [12] Canter D, Alison L, Alison E, Wentink N. The Organized/Disorganized Typology of Serial Murder: Myth or Model? *Psychology, Public Policy, and Law*, 2004, 10 (3), p. 293-320.
- [13] Commission Violence et Santé mentale, Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, Anne Lovell, Mars 2005. Consultable sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000729/0000.pdf>
- [14] Di Tullio B, Principes de criminologie clinique, Paris, PUF, 1967.
- [15] Douglas J, Ressler R, Crime Classification Manual. San Francisco, Jossey-Bass, 1992.
- [16] Gerbeth V, Practical Homicide Investigations. Boca Raton (FL) : CRC Press, 1996.
- [17] Kocsis R. N., Criminal psychological profiling: Validities and abilities, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 47, no 2, p. 126-144, 2003.
- [18] Lachaux B, A propos de la dangerosité des patients schizophrènes. *In* : C. De Beaurepaire, M. Bénézech, C. Kottler. Les dangers, de la criminologie à la psychopathologie entre justice et psychiatrie, John Libbey. 2004 : 169-175.
- [19] Latour E, Van Allen J, Lépine M, Nezan P. Le profilage criminel. *In* : M. St-Yves et M. Tanguay (dir.) Psychologie de l'enquête criminelle, La recherche de la vérité, Cowansville (Québec), Éditions Yvon Blais, 2007 : 503-533.
- [20] Link BG, Andrews H, Cullen FT. The violent and illegal behaviour of mental patients reconsidered. *Am Soc Rev* 1992 ; 57 : 275-92.
- [21] Millaud F, Troubles mentaux et violence. *Criminologie*, 29 : 7-23, 1996.
- [22] Proulx J, Guay J-P, St-Yves M, Ouimet M, Les agresseurs sexuels de femmes : scénarios délictuels et troubles de la personnalité. *In* : Violences criminelles J. Proulx, M. Cusson, M. Ouimet (dir). Les violences criminelles. Les Presses de l'Université Laval, 2001: 157-185.
- [23] Proulx J, Sauvêtre N, Meurtriers sexuels et violeurs. Aspects psychopathologiques. *In* : J Proulx, M. Cusson, E. Beauregard, A. Nicole, Les meurtriers sexuels. Analyse comparative et nouvelles perspectives. PUM, 2005: 81-108
- [24] Ressler R, Burgess A, Douglas J, Sexual Homicide: Patterns and Motives. New York: Lexington Books, 1988.
- [25] Schinnar A. P., Rothbard A. B., Kanter R et al., 1990, An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1602-1608.
- [26] Senninger JL, Fontaa V. Psychopathologie des malades dangereux. Paris: Dunod, 1996
- [27] 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* 1991 Sep, 42 (9):954-5.
- [28] Turvey B., Criminal profiling, 3th ed., Academic Press, 2007.

TYPOLOGIE ET CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES DES VIOLENCES

*SÉRIE DE 378 VICTIMES EXAMINÉES EN 2014
À L'UNITÉ MÉDICO-JUDICIAIRE (UMJ)
DE MARNE-LA-VALLÉE (FRANCE)*

*TYPOLOGY AND PSYCHOLOGICAL EFFECTS
OF VIOLENCE*

*ABOUT 378 VICTIMS EXAMINED IN 2014 AT THE EMERGENCY
FORENSIC UNIT (EFU FROM MARNE-LA-VALLÉE HOSPITAL, PARIS
SUBURB, FRANCE)*

I. HANAFY*/**, G. DIE*, M. LECLERE* et B. MARC*

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

Dans l'une des deux Unités Médico-Judiciaires du plus grand département de France (Seine-et-Marne – 77), de niveau organisation 2, avec une équipe mobile, dont les effectifs comprennent un secrétariat, 8,5 ETP médecins légistes, 2,8 ETP Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) et 1 ETP psychologues évaluateurs, ces derniers réalisent des examens pour les auteurs (psycho-criminologiques) et d'autres pour les victimes (psycho-victimologiques). En 2014, cet UMJ de Marne-la-Vallée effectuait 378 rapports issus des évaluations psycho-victimologiques de deux psychologues travaillant à mi-temps sur la structure. Cet article s'attache à décrire le plus finement possible les diverses typologies de victimes en analysant les différentes données des profilages établis à travers le triptyque classique : personnalité (anamnèse), faits (contexte) et retentissement psychologique (conséquences).

* Service des Urgences Médico-Judiciaires (UMJ) du CH de Marne-la-Vallée (Groupe Hospitalier de l'Est Francilien, GHEF), 2,4 cours la Gondoire 77600 JOSSIGNY, France. isis.hanafy@me.com

** Laboratoire CHArt (Cognition Humaine et Artificielle), 41 rue Gay Lussac, 75005 PARIS, France. (<http://www.cognition-usages.org/chart2/>)

MOTS-CLÉS

Violences, Psychologie légale, Médecine légale clinique, Unité médico-judiciaire, Retentissement psychologique.

SUMMARY

In one of the two Forensic Medicine Units of the most extended French department (Seine-et-Marne, Paris East suburb), with level 2 organization, and mobile team, staff consist in a secretariat, 8.5 equivalent full time forensic physicians, 2.8 nurses and 1 equivalent full time forensic psychologist. Two half-time forensic psychologists realize psychological examinations of authors (psychocriminology) and victims (psycho-victimology). During 2014, the Marne-la-Vallée hospital Forensic Medicine Unit produced 378 reports of psycho-victimological evaluations from the two half-time forensic psychologists working for this unit. The aim of this paper is describing as clearly as possible various typologies of victims as well as analyzing the various profiling data established through the classical tryptic: personality (anamnesis), facts (context) and psychological impairment (consequences).

KEYWORDS

Violence, Forensic psychology, Forensic clinical medicine, Forensic Medicine Unit, Psychological impact.

INTRODUCTION

Le Code pénal français dans son texte actuel aborde dans son Livre II « *Des crimes et des délits contre les personnes* » un large chapitre (Livre II, Titre II, Chapitre II) couvrant de l'article 222-1 à l'article 222-33-3, les « *atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne* ». [1]

Pour qualifier ces dernières, il est indispensable de pouvoir bénéficier d'évaluations psychologiques déterminant leur nature, le lien de causalité entre les faits délictueux et l'atteinte psychique observée, et sa quantification, d'abord en terme d'importance clinique et secondairement en terme d'Incapacité Totale de Travail (ITT) au sens pénal. [2]

Pour les atteintes à l'intégrité physique ou psychique, il s'agit en effet de déterminer les impacts physiques

d'une agression et les perturbations psychologiques qu'elle aura engendrées [3, 4]. Les premiers donnent lieu à la fixation d'une durée d'ITT [5, 6] et les secondes à la détermination d'un Retentissement Psychologique [2, 7].

Les examens psychologiques cliniques dans ce cadre permettent de retracer l'anamnèse des consultants, *i.e.* les aspects bio-psycho-sociaux de leur vie, la description des faits dénoncés et de leur contexte de révélation, le rapport avec l'auteur mis en cause, et d'établir le retentissement psychologique, diagnostic pointilleux – ou avis étayé laissé à l'appréciation souveraine du magistrat – accompagné d'un éventuel pronostic et d'un conseil de prise en charge spécifique en cas de besoin.

Au sein des unités médico-judiciaires où l'activité médico-légale du psychologue est reconnue, comme à l'UMJ du CH de Marne-la-Vallée, celle-ci intervient dans un cadre bien précis. A visée d'évaluation, à la

demande du Parquet et à destination de l'enquête, ce professionnel de la santé mentale va venir investir un événement ou une succession d'événements, un cursus de vie, une personnalité, une symptomatologie et des souffrances subjectives au regard d'une enquête liée à une infraction, un délit, un crime.

L'intervention du psychologue évaluateur est nécessaire lorsqu'il s'agit d'évaluer la part de l'atteinte psychique dans des délits comme les tortures et les actes de barbarie prévus à l'article 222-1 du Code pénal, les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente prévues à l'article 222-9 du Code pénal, les violences ayant entraîné une ITT pendant plus de huit jours prévues à l'article 222-11 du Code pénal, encore plus lorsqu'il s'agit de victime de violences habituelles sur un mineur de quinze ans ou sur une personne particulièrement vulnérable en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique, que décrit l'article 222-14 du Code pénal ou pour les victimes de tous âges de viol ou des autres agressions sexuelles commises avec violence, contrainte, menace ou surprise selon la définition de l'article 222-22 du Code pénal.

De nécessaire dans ces cas, le rôle du psychologue évaluateur passe à essentiel lorsqu'il ne s'agit plus seulement de juger de la part de l'atteinte psychique dans des violences où physique et psychique sont atteints, mais de déterminer l'impact suite à des appels ou messages malveillants (art. 222-16 du Code pénal), suite à des menaces (art. 222-18 du Code pénal) ou à un harcèlement moral que la Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes a fait rentrer dans les articles 222-33-2 et suivants du Code pénal. [8]

Cette récente loi pénale française définit des conséquences variables pour le harcèlement selon le nombre de jours d'ITT (Article 222-33-2-2 du Code pénal, créé par la Loi n°2014-873 du 4 août 2014 - art. 41) tout en confiant son estimation à une évaluation psychologique à l'UMJ, cas non rare puisque le harcèlement est rencontré chez 33 % des victimes de violences conjugales – donc intrafamiliales – dans l'activité psycho-légale au sein de l'UMJ du CH de Marne-la-Vallée (chiffres 2013). [9]

En 2014, les psychologues de l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ) de Marne-la-Vallée ont reçu 378 plaignants pour réaliser des évaluations psychologiques sur réquisitions judiciaires. Il a semblé intéressant d'étudier de façon rétrospective les 378 rapports selon une grille recensant 53 items épidémiologiques (descriptifs) et phénoménologiques (contextuels) (Tableau I).

L'intérêt d'un tel travail est avant tout criminologique ; il permet d'établir des grandes lignes de profils types, et des traits atypiques qu'il faut également savoir prendre en compte dans un aspect préventif notamment, aussi secondaire soit-il.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une étude descriptive rétrospective sur 378 dossiers d'évaluations psychologiques réalisées en 2014 par deux psychologues évaluateurs (*Hanafy et Dié*) a été conduite à partir d'un questionnaire de 53 items descriptifs (Tableau 1) et des statistiques globales ont été établies, à visée criminologique.

Sur les 378 demandes émanant d'Officiers de Police Judiciaire (OPJ), 63,76% venaient de douze commissariats Seine-et-Marnais et 36,24% de quinze gendarmeries (Seine-et-Marne -13- et Aisne -2-). Enfin, si 378 consultations ont été effectuées, 103 rendez-vous donnés n'ont pas été honorés, soit potentiellement 21% d'exams supplémentaires qui auraient pu être pratiqués.

La grille de recueil épidémiologique utilisée (Tableau I) comporte des renseignements sur les catégories classiques que représentent le genre, l'âge, le statut socio-économique (des parents et du plaignant), les formes de violences (psychologiques, physiques, sexuelles, actives ou passives, etc.). Cette grille inclut d'autre part, des critères plus fins issus des aspects susmentionnés ; d'abord de façon holiste (les loisirs, le réseau social, les antécédents traumatiques, médico-psychologiques et judiciaires, etc.), puis point par point, donnant lieu à des éléments tels que le potentiel intellectuel général, la sphère thymique, le registre émotionnel, la vulnérabilité pénale, l'influencabilité psychique, la symptomatologie post-traumatique. La grille permet encore de juger de la compatibilité des événements allégués à l'aulne de la personnalité profilée (et de son environnement de vie) et la continuité entre les déclarations princeps et celles abordées lors de l'entretien, autrement dit la crédibilité de la victime (au sens où elle « *peut être crue* » et non véreuse). Ceci, dans le but d'effectuer une typologie victimologique robuste.

POPULATION ÉTUDIÉE

Âge

42,86% des consultants (n=162) étaient majeurs de 18 à 82 ans (âge moyen 38) et 57,14% mineurs (n=216) de 3 à 18 ans (âge moyen 12,5). Chez les 162 victimes majeures, 18,52% faisaient partie de la catégorie adulescente (entre 18 et 25 ans), 46,91% représentaient des adultes âgés de 25 à 40 ans, et 32,10% étaient des adultes âgés de 40 à 65 ans, autrement dit très probablement avec un rôle parental déployé au contact de leurs propres enfants ou en fonction d'un statut d'éducateur ou de personne ayant autorité. Enfin, 2,47% avaient plus de 65 ans.

VIOLENCES -----	Passives (par omission) Actives (par commission)
CONTEXTE -----	Intrafamilial Extrafamilial
AUTEUR -----	Connu _____ Inconnu
NB AUTEUR -----	Seul Réunion
NB VICTIME -----	Unique Plusieurs ----- Alléguées par le consultant Confirmées par les enquêteurs
MODE OPERATOIRE -----	Néant Arme (pénis, doigt, objet, autre) _____
AGRESSION -----	Unique Répétée
VIOLENCES -----	PSYCHO ----- Abus de faiblesse / confiance (vulnérabilité - influençabilité) Harcèlement extrafamilial Dystraitance (aliénation parentale) Séquestration PHYSIQUES ----- Braquage ----- Travail Domicile Voiture (car-jacking) Catastrophe (ex. Brétigny) Volontaires ----- CBV Maltraitance AVP Pitbull Involontaires ----- CBI AVP SEXUELLES ----- Corruption (internet - exhib - etc.) Attouchements Viol ----- Buccal Vaginal Anal
VIOLENCES -----	SEXUELLES ----- homo hétéro
LIEUX -----	Chez la victime Chez l'auteur À l'extérieur
VIOLENCES CONJUGALES -----	Psycho (emprise - harcèlement intrafamilial - menace mort) Avec menace(s) de mort Physiques Sexuelles
COMPATIBILITÉ	Oui Limitée (ex. exacerbation des propos ou des ressentis) Non ----- Pathologie Kramer (influence, conflit parental) Besoin de reconnaissance / demande d'attention
CONTINUITÉ PV / Exam -----	Oui ----- Similarité Complémentarité Non ----- Incohérence Inconstance Contradiction
Diagnostic RP ---	Inévaluable (absence de compatibilité) Inexistant Très faible Faible Moyen-faible Moyen Moyen fort Fort / Important Très fort PTSD
Symptomatologie -----	Anxieuse Anxio-dépressive Dépressive Troubles personnalité Psychosomatisation Trouble du comportement Troubles de la sexualité Troubles du sommeil Troubles des conduites alimentaires Troubles cognitivo-émotionnels Reviviscence, flash-back Peur des représailles
Pronostic -----	Progressif Constant Régressif
Orientation thérapeutique -----	Conseillé / RP Conseillé / contexte psychique Indispensable Indispensable / contexte psychique Pas conseillé

(suite) Tableau I : Grille de recueil des données épidémiologiques (descriptives) et phénoménologiques (contextuelles) des victimes évaluées psychologiquement sur réquisition judiciaire à l'UMJ du CH de Marne-la-Vallée en 2014 (n = 378).

Genre

Chez les majeurs, nous avons recensé 16,05% d'hommes et 83,95% de femmes ; chez les mineurs, 28,24% de garçons et 71,76% de filles. Majeurs et mineurs confondus, les pourcentages respectifs sont de 23,02% pour le sexe masculin et de 76,98% pour le sexe féminin, avec une sur-représentation évidente du sexe féminin parmi les victimes évaluées.

RÉSULTATS

Délai faits / Évaluation

Tandis que pour 37,30% nous ne connaissions pas le temps écoulé entre la date des faits allégués et la plainte, nous relevions un délai d'une semaine pour 16,67% des dossiers, d'un mois pour 7,94%, de moins d'un an pour 14,81% et de plus d'un an pour

17,20%. 6,08% des violences dénoncées avaient potentiellement encore cours (*Cf.* maltraitance, harcèlement).

En ce qui concerne l'évaluation psychologique, elle avait lieu à 23,02% dans la semaine suivant la plainte, 50,79% dans le mois et 17,20% dans l'année. Pour 8,99% des cas, nous ignorons ce délai. Nous retrouvons des chiffres similaires pour l'examen médico-légal quand il été réalisé également, ce qui ne fut le cas que pour 46,56% de ces victimes seulement. En effet, 19,05% des plaignants n'étaient pas examinés au plan somatique parce que les faits litigieux concernaient uniquement des violences psychologiques (comme le harcèlement) ou étaient trop anciennes (par exemple, une victime violée dans son enfance qui porte plainte avant la prescription) ; pour 34,39%, malgré l'allégation d'actes physiques, aucune réquisition judiciaire n'avait été établie pour le médecin légiste.

En dehors de la VULNERABILITÉ pénale que représente la minorité, nous avons relevé 4,76% de consultants présentant un handicap, une maladie ou une grossesse visible, tandis que nous avons estimé

38,62% d'examinés influençables – au sens clinique du terme, *i.e.* avec une fragilité psychique particulière.

Statut marital des parents

44,97% des consultants mineurs étaient issus d'un couple parental séparé au moment de l'examen psychologique tandis que pour 40,48%, l'union des parents avait toujours cours. En cas de séparation, la garde était exclusivement maternelle dans 47,17% des cas et exclusivement paternelle dans 18,87%. Pour un taux identique, la garde était qualifiée de classique, autrement dit en résidence principale chez la mère avec des droits de visite et d'hébergement un weekend sur deux et la moitié des vacances scolaires pour le père. Pour 7,55%, la garde était alternée, cinquante pourcents chez chaque parent. Enfin, les données étaient manquantes pour 5,66%. (Figure 1)

Épanouissement personnel

En ce qui concerne les activités de type LOISIRS, nous les avons recensées « limitées » pour 33,60% des

consultants et satisfaisantes pour 66,4%. S'agissant des réseaux SOCIAUX et amicaux, ils paraissaient incorrectement développés dans 31,48% des cas et inversement pour 68,52%. Autrement dit, environ un tiers des plaignants présentait un épanouissement personnel [*critère majeur de la santé psychique pour l'OMS*] mitigé. Nous observons 43,92% des consultants présentant des CARENCES affectivo-éducatives actuelles ou anciennes ayant laissé des répercussions dans la construction de la personnalité. En outre, 15,08% poursuivaient un traitement psy.

Potentiel intellectuel

79,37% des examinés présentaient un potentiel intellectuel adapté à la classe d'âge et en adéquation avec le parcours scolaire (et professionnel) et le milieu socio-éducatif, avec des capacités cognitives [*i.e.* les processus mentaux qui mènent à la connaissance : concentration, attention, planification, orientation spatio-temporelle, rappel mnésique, apprentissages, traitement de l'information, etc.] efficaces. (Figure 2)

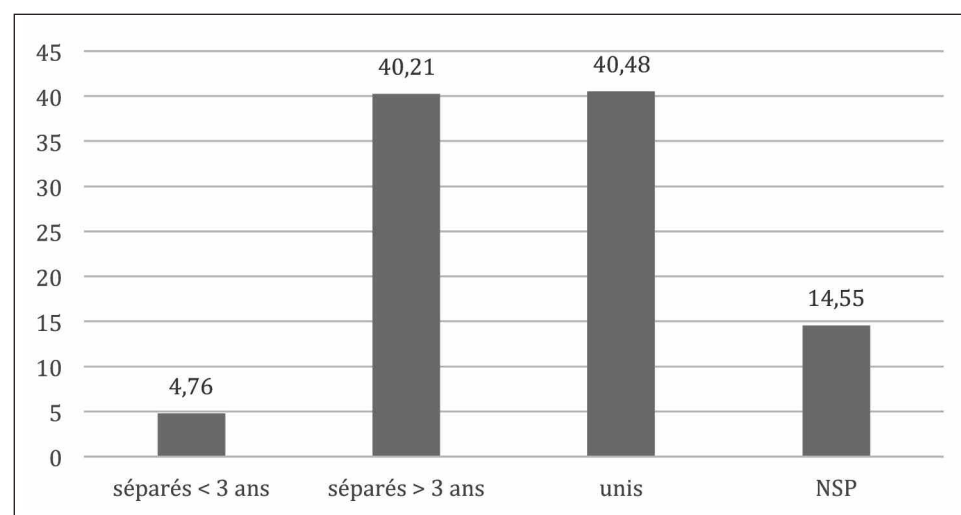


Figure 1 :
Statut marital des
parents des mineurs
évalués (n = 216).

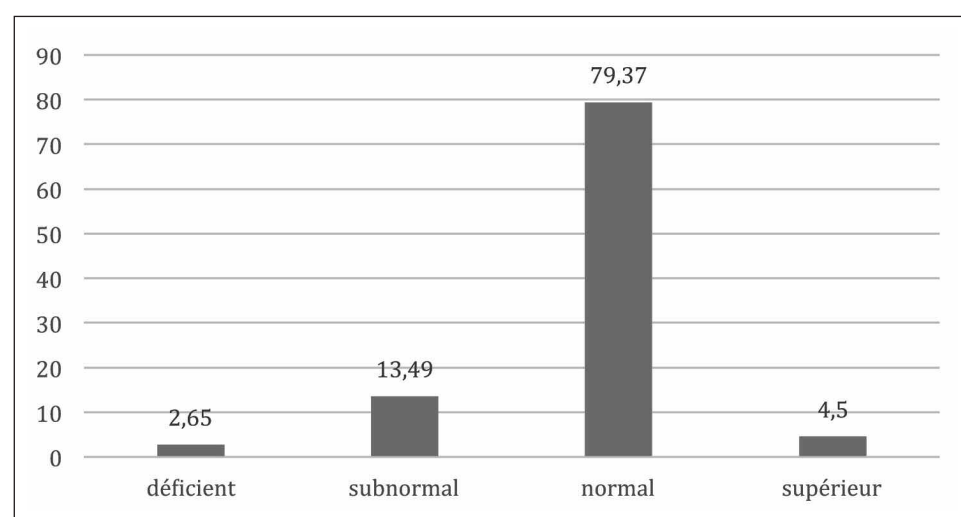


Figure 2 : Potentiel
intellectuel des per-
sonnes évaluées
(n = 378).

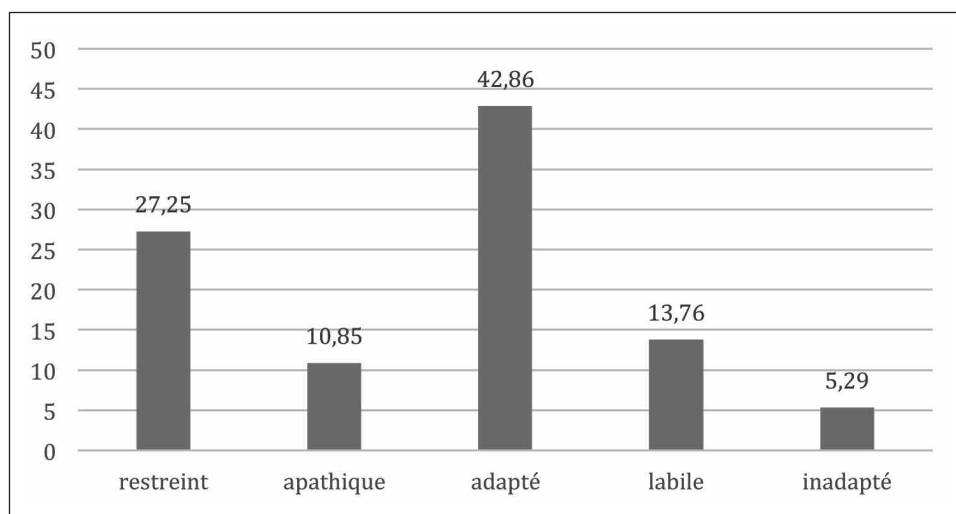


Figure 3 : Registre émotionnel des personnes évaluées (n = 378).

I. HANAFY, G. DIE, M. LECLERE & COLL

Registre émotionnel

42,86% présentaient un registre émotionnel adapté à l'aulne des raisons qui les amenaient à consulter. Pour 27,25 %, il était restreint (plaqué, opératoire, contrôlé, calqué), pour 10,85% apathique (émoussé, froid, distant), pour 13,76% labile (logorrhéique, ambivalent, désorganisé), enfin, pour 5,29% d'entre eux, inadapté (exagéré, exacerbé, euphorique, pléthorique, hypersensible). (Figure 3) En somme, pour plus de la moitié des plaignants l'introspection [*analyse du monde intérieur*] et / ou l'insight [*adaptation au monde extérieur*] étaient biaisés. Nous avons qualifié la SPHÈRE THYMIQUE d'immature dans 39,42% des cas et de surmature pour 2,65% autres tandis que nous l'avons estimée dans la normalité (à l'aulne des références sociétales) pour 57,94% des personnes évaluées.

Type de violences

Parmi les cas évalués, 52,12% concernaient des violences psychologiques et/ou physiques (que l'on a différencié en les nommant violences volontaires (VV) sur les graphiques) et 47,68% des violences sexuelles. (Figure 4) Notons que les résultats de ces

statistiques démontraient que 7,94% des violences contre lesquelles des plaintes sont déposées, étaient passives, ce qui comprend le harcèlement, la négligence parentale (*i.e.* violences psychologiques et verbales), etc. [11]

Au cœur des victimes d'agressions sexuelles, nous comptabilisions presque deux tiers qui n'avaient pas de sexualité active (une grande majorité de mineurs). Chez les 162 majeurs, 74,07% concernaient des violences psychologiques et/ou physiques et 25,93% des violences sexuelles. Chez les 216 mineurs, 35,65% concernaient des violences psychologiques et/ou physiques et 64,35% des violences sexuelles.

Nombre d'auteurs

Toutes agressions confondues, 21,69% d'entre elles étaient réalisées en réunion, qu'il s'agisse d'une bande ou d'un couple parental, tandis que pour 78,31% l'auteur mis en cause eût agi seul.

Nombre de victimes

Pour tous les dossiers examinés, 25,40% dénonçaient plusieurs victimes pour le même auteur mis en cause

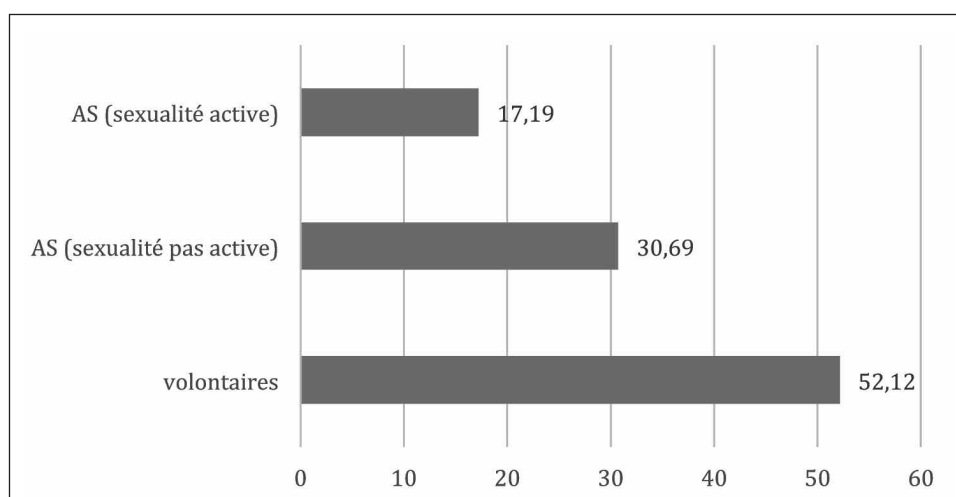


Figure 4 : Type des violences (n = 378) (N.B. : AS = agressions sexuelles).



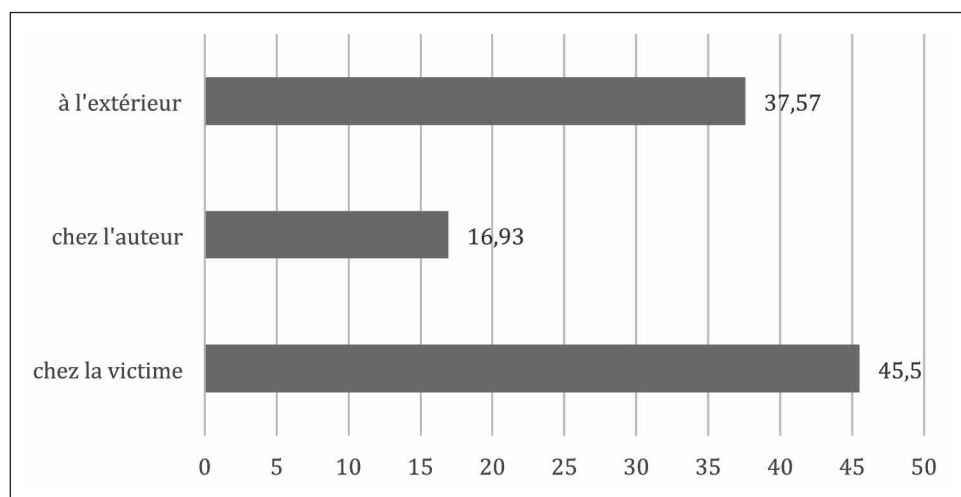


Figure 5 : Lieu de l'agression (n = 378).

par le consultant et une victime unique dans les 17,60% de cas restants.

Nombre d'agressions

Sur les 378 plaintes que nous avons eues à évaluer, 41,01% alléguaient une agression unique et 58,99% une dénonciation faite de multiples occurrences (attouchements, menaces de mort, violences conjugales, etc.).

Lieu de l'agression

Pour 45,50% des agressions, elles ont eu lieu chez la victime, pour 16,93% chez l'auteur, autrement dit pour 62,43% en terrain connu et pour 37,57% à l'extérieur, souvent en terre inconnue. (Figure 5)

Contexte de l'agression

49,21% des agressions ont eu lieu dans un contexte intrafamilial, 35,71% dans un contexte extrafamilial mais connu et seulement 15,08% dans un contexte extrafamilial et inconnu.

Chez les 162 majeurs, 43,21% des agressions ont eu lieu dans un contexte intrafamilial, 33,33% dans un contexte extrafamilial mais connu (ami, voisin, col-

lègue, responsable, professeur, animateur, photographe, ambulancier, personnel soignant) et 23,46% dans un contexte extrafamilial et inconnu.

Chez les 216 mineurs, 53,70% des agressions ont eu lieu dans un contexte intrafamilial, 37,50% dans un contexte extrafamilial mais connu et seulement 8,80% dans un contexte extrafamilial et inconnu.

Notons que la part d'agressions intrafamiliales est bien plus grande chez les mineurs, surtout dans les violences volontaires (Cf. maltraitance) avec presque 80% des cas chez les mineurs. On observe un recul de cette proportion dans les agressions sexuelles (Cf. resexualisation adolescente) chez les mineurs où environ 40% sont commises dans un cadre intrafamilial (incestueuses au sens large).

Résultats généraux

Dans cette analyse qualitative des 378 dossiers, l'intérêt psychologique porte sur le retentissement psychologique (RP) apprécié par les psychologues évaluateurs après qu'ils ont dressé le profil du plaignant et observé le tableau clinique post-traumatique. (Figure 6)

Pour 22,22%, le RP est estimé « inévaluable », souvent parce qu'il est confondu avec une symptomato-

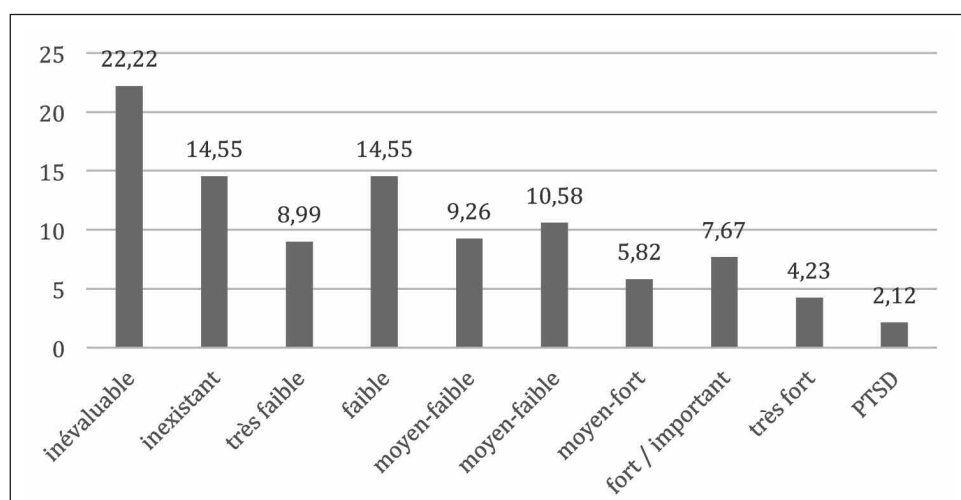


Figure 6 : Différents types de retentissement psychologique en pourcentages (n = 378).

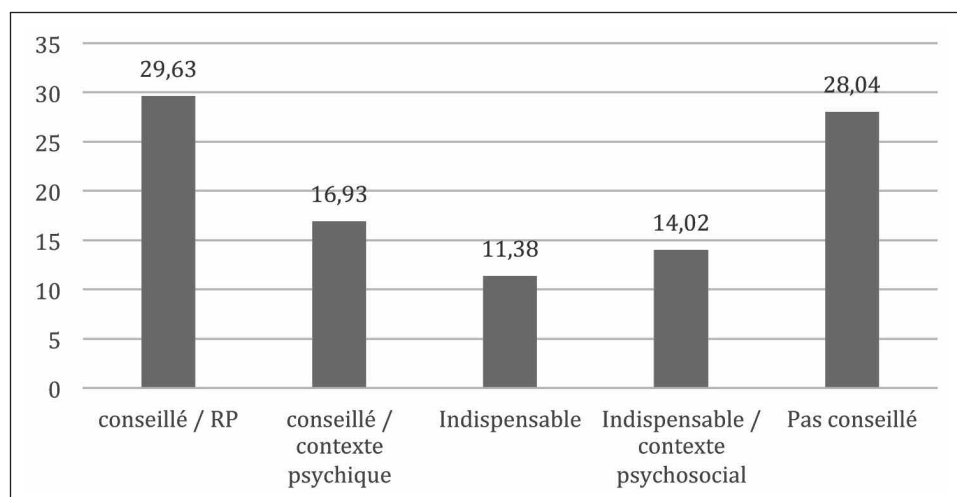


Figure 7 :
Orientation vers un suivi psychologique pour les victimes évaluées (en %) (n = 378).

logie autre. 14,55% sont considérés comme « inexistant », autrement dit ne présentant aucun élément corroborant un mal-être psycho-somatique. 63,22% vont de « très faible » jusqu'au syndrome de stress post-traumatique (« PTSD »), avec une médiane se situant au RP évalué « moyen » (sur une échelle de huit degrés au niveau des diverses intensités répertoriées).

Nous notons par ailleurs une COMPATIBILITÉ entre nos observations et les révélations à hauteur de 67% des dossiers observés. À 16,9% elle était limitée en ce sens où il y avait la présence d'une pathologie pouvant biaiser les déclarations ou un trouble pouvant exacerber les ressentis. Pour 15,8% des examens, cette compatibilité était invalide, soit parce que le plaignant niait finalement les faits (2,91%), soit parce qu'on remarquait un besoin de reconnaissance ou une demande d'attention effectuée à travers la procédure judiciaire (9,25%), soit encore parce que nous observions un syndrome de Münchhausen psychologique par procuration la plupart du temps dans un contexte de séparation parentale difficile où l'enfant sert d'arme contre l'ex-partenaire (3,7%).

Au sujet de la CONTINUITÉ, 79,89% des propos relatés comme quasiment identiques, aux déclarations consignées dans le procès-verbal d'audition, tandis que pour 20,11%, les éléments rapportés ne corroboraient pas les autres données de l'enquête auxquelles nous avions accès ; ils présentaient des incohérences, inconstances, contradictions, mensonges ou mutisme. Parallèlement, l'examen médical (réalisé sur 46,56% des consultants évalués par le psychologue) permettait d'établir une ITT (dont la valeur maximale ici fut de vingt-et-un jours) dans 25,04% des cas et égale à zéro dans 9,26%. Pour le reste elle n'était pas demandée (6,52%) ou indéterminable (19,14%).

Pronostic

Dans 5,02% des cas, nous avons estimé le RP « progressif » malgré la prise en charge médico-psycho-

socio-judiciaire (souvent en raison d'une peur irrépressible des représailles), dans 70,78%, il était qualifié de « constant » à l'heure de l'examen et dans 24,20% régressif.

Orientation thérapeutique

Il a été conseillé une prise en charge spécifique (la plupart du temps d'ordre psychothérapeutique) pour 29,63% des consultants en fonction de leur RP et 16,93% en fonction de leur contexte psychique. Cette prise en charge nous est apparue « indispensable » pour 11,38% des victimes évaluées par rapport au RP et 14,02% vis à vis du contexte psycho-social. À 28,04%, nous n'avons pas préconisé d'orientation thérapeutique, soit parce qu'ils étaient déjà pris en charge, soit parce qu'elle apparaissait inutile. (Figure 7)

Résultats spécifiques : les violences conjugales

Les violences conjugales représentaient 54 évaluations parmi les 378 réalisées en 2014, soit 14,29% et 33,33% de l'effectif de l'étude concernant les victimes majeures (au nombre de 162). Parmi les victimes évaluées, 52 étaient des femmes (96%) et 2 étaient des hommes (4%).

Au sujet des plaintes concernant les violences conjugales, 22,56% d'entre elles étaient d'ordre uniquement psychologique, 14,29% comportaient des menaces de mort, 33,83% étaient uniquement physiques, 24,06% uniquement sexuelles et 5,26% correspondaient à des éléments plus spécifiques comme la séquestration, les violences économiques [que représente la dépendance financière par exemple] ou encore les violences matérielles [qui consistent à donner des coups sur des objets ou les casser]. Elles étaient souvent plurielles et les violences physiques étaient présentes dans 44/54 des cas (81,48%) toutes comme les violences psychologiques et les violences sexuelles dans 30/54 cas (55,55%). (Figure 8)

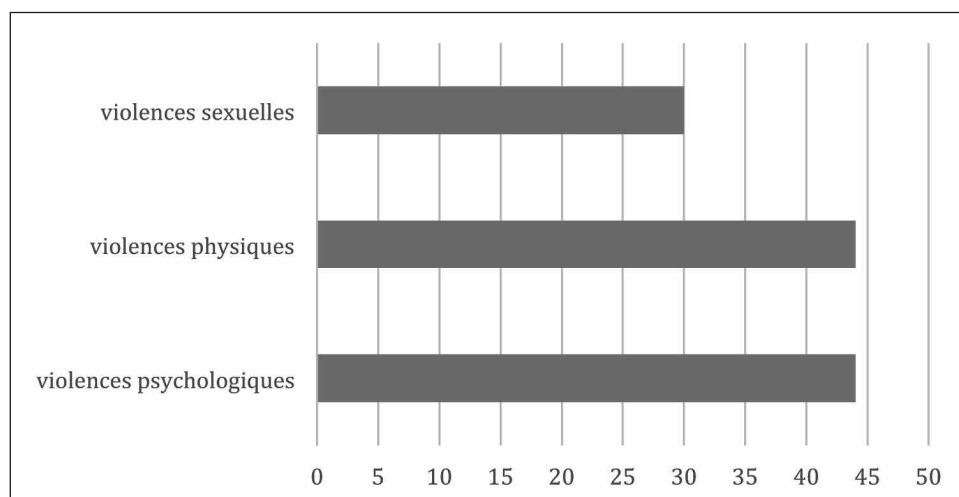


Figure 8 :
Répartition des différents types de violences pour les victimes de violences conjugales évaluées (n = 54).

Parmi les victimes, 15/54 étaient préalablement carencées au niveau psycho-affectif (27,77%) contre 39/54 préalablement non carencées au niveau psycho-affectif (72,22%).

CONCLUSION

L'étude réalisée sur 378 victimes évaluées du point de vue psychologique à l'Unité Médico Judiciaire du Centre hospitalier de Marne-la-Vallée en 2014 apporte des éléments épidémiologiques et criminologiques détaillés sur la typologie des agressions subies, la description des victimes concernées, la proportion de victimes avec une particulière vulnérabilité (due au jeune âge, liée une fragilité intellectuelle ou à des carences affectivo-éducatives). Elle souligne l'implication du dommage psychologique dans le dommage corporel au sens large, notion bien entrée dans l'évaluation des préjudices civils et dans la classique mission d'expertise dite « Dintilhac » que connaissent tous les experts, mais qui a encore du mal à rentrer dans les réflexes de l'évaluation pénale du dommage au temps de l'enquête initiale, celle des réquisitions judiciaires en application du Code de procédure pénale.

Il est intéressant de constater que le harcèlement, dont l'importance est largement décrite dans notre étude épidémiologique et psycho-criminologique sur des victimes examinées en 2014 à l'UMJ, soit devenu un délit par les dispositions de la loi du 4 août 2014, permettant, on l'espère, une meilleure prise de conscience, plus large, de la nécessité d'un examen médico-psycho-légal, au moins pour les victimes de violences répétées, intrafamiliales ou dans le couple. Ce type d'examen devrait être largement demandé au stade initial de la procédure pénale lorsqu'une particulière vulnérabilité est décelée par les enquêteurs de police ou de gendarmerie. Outre la qualité d'une évaluation globale, associant l'évaluation psychologique et l'examen médico-légal classique, cette procédure

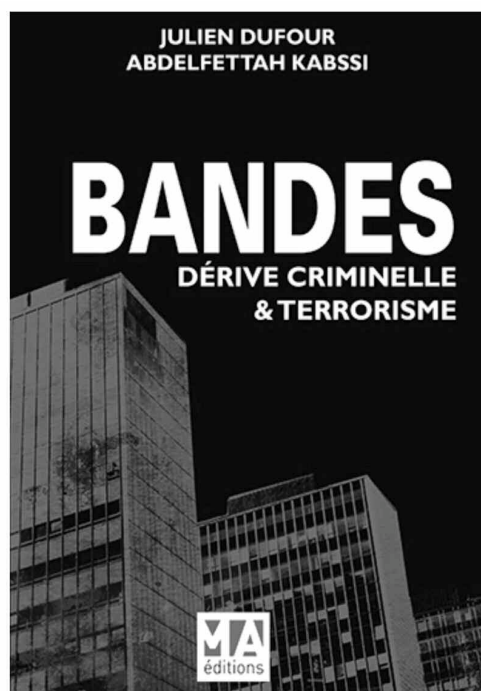
permettrait aussi de renforcer la qualité de la prise en charge des victimes examinées dans les unités médico-judiciaires. En effet, l'aspect expertal des évaluations psychologiques pour la Justice est corollaire à un primo-aspect thérapeutique en ce sens où cet examen psychologique est une clé non négligeable pour la prise en charge future des victimes lorsque le besoin d'un suivi est établi. Évaluateurs et initiateurs d'une prise en charge, les psychologues cliniciens trouvent toute leur place dans la victimologie clinique rencontrée dans les Unités Médico-Judiciaires, complémentaires aux médecins légistes, au bénéfice des victimes et de l'institution judiciaire au sens large.

In fine, cette évaluation peut être un apport essentiel à l'évaluation personnalisée établie par le Décret n° 2016-214 du 26 février 2016 relatif aux droits des victimes au cours de la procédure pénale. [12] Comment ne pas trouver de parallèle entre les critères mis en évidence par notre étude et ceux reconnus par ce décret dont « l'importance du préjudice subi par la victime », « les circonstances de la commission de l'infraction résultant notamment d'une motivation discriminatoire [...] ou des liens existants entre la victime et la personne mise en cause » « la vulnérabilité particulière de la victime, résultant notamment de son âge, d'une situation de grossesse ou de l'existence d'un handicap » et enfin « l'existence d'un risque d'intimidation ou de représailles » ? ■

RÉFÉRENCES

- [1] Code pénal Livre II : Des crimes et délits contre les personnes, Titre II : Des atteintes à la personne humaine, Chapitre II : Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006417593&idSectionTA=LEGISCTA000006181750&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20151121>

- [2] Hanafy I, Marc B, Die G, Martinez M, Mahé V, Dupic E. Le rôle du psychologue médico-légal évaluateur en pratique médico-judiciaire. *J. Int. Victimo*. 2016, 33, tome 13, 1)
- [3] Gignon M, Paupière S, Jardé O, Manaouil C. *Victims of sexual assault : a Europe-wide review of procedures for evaluating the seriousness of injuries*. Medicine, Science and the Law 2016,50; 145-148
- [4] Haute Autorité de Santé (2011, a) *Certificat médical initial concernant une personne victime de violences*. Recommandations pour la pratique clinique. Consulté le 24 août 2014 depuis http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1120330/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-de-violences
- [5] Cour de Cassation, Chambre Criminelle (2001). « Définition de l'incapacité totale de travail ». http://www.courdecassation.fr/publications_26/rapport_annuel_36/rapport_2001_117/troisieme_partie_jurisprudence_cour_124/droit_penal_procedure_penale_132/droit_penal_special_6034.html
- [6] Doriat, F., Peton, P., Coudane, H., Py, B., Fourrent, F. « L'incapacité totale de travail en matière pénale : pour une approche médico-légale ». Médecine et Droit, 2004, n°64, 27-30.
- [7] Jehel L. & Lopez G. (2006). « Psychotraumatologie. Evaluation, clinique, traitement ». Paris : Dunod.
- [8] Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=5CC2CE66617EFEA8AD523ADDEFFF8A36.tpdila07v_1?cidTexte=JORFTEXT000022454032&dateTexte=20100711
- [9] Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=5CC2CE66617EFEA8AD523ADDEFFF8A36.tpdila07v_1?cidTexte=JORFTEXT000029330832&dateTexte=20140806
- [10] Die G., Hanafy I., Marc B. Victimes de harcèlement vues en Unité Médico-Judiciaire. Réponses médico-psychologiques aux nouvelles dispositions pénales. *Journal de médecine légale* 2015, 58, n°5-6
- [11] Marc B., and Hanafy I. (2016) Children: Neglect. In: Payne-James J. and Byard R.W. (eds.) *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine*, 2nd edition, Vol. 1, pp. 482-490. Oxford: Elsevier.
- [12] Décret n° 2016-214 du 26 février 2016 relatif aux droits des victimes. JORF n°0050 du 28 février 2016 texte n° 14 <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032113212&dateTexte&categorieLien=id>



MA Editions - ESKA

BANDES

Dérive criminelle & terrorisme

Julien DUFOUR – Abdelfettah KABSSI

Tirs de kalachnikovs, assassinats au « barbecue », « jambisations », la multiplication des règlements de compte sanglants dans les cités sensibles illustre les enjeux financiers des trafics de stupéfiants et de l'économie souterraine. Cette violence exacerbée et banalisée est un terreau fertile au développement de bandes violentes territorialisées. De la guerre des boutons à la guerre des gangs, un ascenseur criminel va mener certains jeunes récidivistes au cœur d'un « néo-banditisme » des cités. La menace est endogène, et stratégique. Elle se double aujourd'hui d'une dérive fanatique, prétexte à l'émergence d'un « néo-terrorisme ».

Qu'est-ce qu'une bande de rue ? Comment fonctionne-t-elle ? Pourquoi une telle violence, conduisant au rétablissement de la peine de mort, à titre privé ? D'où viennent ces nouvelles formes de banditisme et de terrorisme, au cœur de nos sociétés ? Comment faire face ? La démarche est

pédagogique : elle vise à donner des clés de lecture de la délinquance des cités aux professionnels comme aux néophytes. Elle propose une première classification des bandes de rue, et un regard policier sur le « réel criminel ». Nommer, diagnostiquer, déceler, agir ex-ante, telle est la trame d'un ouvrage qui entend aussi rendre hommage aux acteurs – policiers, magistrats, enseignants, monde associatif – qui œuvrent chaque jour sur ces territoires de la République.

Préface du Doyen Christian VALLAR, de la Faculté de droit et sciences politiques Université Nice Sophia Antipolis.

Julien DUFOUR est Commissaire de Police, criminologue. Après plusieurs années de service en Seine-Saint-Denis, il a été chargé du Plan de lutte anti-bandes de la Préfecture de Police de Paris. Il exerce aujourd'hui à la Direction générale de la police nationale.

Abdelfettah KABSSI est Capitaine de Police. Ayant servi en police judiciaire puis au sein de commissariats de secteurs sensibles, il a été en charge de la cellule de suivi du plan de lutte anti-bandes de la Préfecture de Police. Il exerce aujourd'hui en service spécialisé.

BON DE COMMANDE

☐ Je désire recevoir exemplaire(s) de l'ouvrage : « **BANDES – Dérive criminelle et terrorisme** », par **Julien Dufour & Abdelfettah Kabssi** - Code EAN 978-2-8224-0401-3

Prix : 22,00 € + 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 BNPAFRPPPC

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

12, rue du Quatre Septembre – 75002 Paris - France - Tél. : 01 42 86 55 75 - Fax : 01 42 60 45 35

THE DUTCH APPROACH IN DISASTER VICTIM IDENTIFICATION

L'APPROCHE NÉERLANDAISE DE L'IDENTIFICATION DES VICTIMES DE CATASTROPHES

Dr. H.H. Hans de BOER, MD, PhD^{1,2}

Prof. dr. G.J.R. George MAAT, MD, PhD³

AFTER THE LIVING, THE DEAD
APRÈS LE VIVANT, LE MORT

SUMMARY

A disaster is a 'sudden calamitous event that seriously disrupts the functioning of a community or society and causes human, material and economic or environmental losses that exceed the community's or society's ability to cope using its own resources'. Often disasters coincide with the loss of numerous lives. The recovery, identification and repatriation of the (remains of the) victims is vital to the mourning process of the relatives and is needed for legal clearing. All efforts made for this purpose are referred to as Disaster Victim Identification (DVI). Over the past decades, the Dutch DVI team has made several contributions to increase the efficiency of the internationally accepted Interpol DVI-procedures. This article presents, from a medical officer's point of view, the basics of a disaster victim identification response and discusses some of the recent methodological advances used by the Dutch DVI team.

KEYWORDS

Disaster Victim Identification, Mass Fatality Incident, Forensic Anthropology, Forensic Pathology, Interpol, DNA-analysis.

1. Dept. of Pathology, Academic Medical Center, Meibergdreef 9, 1105 AZ AMSTERDAM, The Netherlands, h.h.deboer@amc.nl.

2. Barge's Anthropologica – Amsterdam, Dept. of Anatomy, Embryology and Physiology, Academic Medical Center, Meibergdreef 9, 1105 AZ AMSTERDAM, The Netherlands.

3. Barge's Anthropologica – Leiden, Dept. of Anatomy and Embryology, Leiden University Medical Center, Albinusdreef 2, 2300 RC LEIDEN, The Netherlands.

RÉSUMÉ

Une catastrophe est 'un événement soudain et calamiteux qui perturbe gravement le fonctionnement d'une communauté ou d'une société et provoque des pertes humaines, matérielles et économiques ou environnementales qui dépassent la capacité de la communauté ou de la société à les surmonter à l'aide de ses propres ressources'. Souvent les catastrophes coïncident avec la perte de nombreuses vies. La recherche, l'identification et le rapatriement des (dépouilles des) victimes sont vitaux pour le processus de deuil des proches et nécessaires pour les formalités légales. Tout ce qui est fait dans ce but s'appelle DVI (Disaster Victim Identification – Identification des Victimes de Catastrophes). Ces dernières décennies, l'équipe DVI des Pays-Bas a fait plusieurs contributions à l'augmentation de l'efficacité des procédures DVI d'Interpol qui sont acceptées sur le plan international. Cet article présente, du point de vue de l'intervenant médical, les bases d'une intervention DVI et examine certains progrès méthodologiques récents utilisés par l'équipe DVI des Pays-Bas.

MOTS-CLÉS

Identification des victimes de catastrophes, Incident avec un grand nombre de victimes, Anthropologie médico-légale, Pathologie médico-légale, Interpol, Analyse d'ADN.

INTRODUCTION

A disaster is a 'sudden calamitous event that seriously disrupts the functioning of a community or society and causes human, material and economic or environmental losses that exceed the community's or society's ability to cope using its own resources' [1]. Although disasters are not defined by the type of injury or the death of their victims they often coincide with the loss of numerous lives. In such a case it is also referred to as a Mass Fatality Incident (MFI), an incident where 'the number of fatalities is greater than normal local arrangements can manage' [2]. Casualties may range from few to many thousands. Some mass fatality incidents are due to natural causes, such as hurricanes, earthquakes or tsunamis. Others have non-natural causes such as from col-

lapsed buildings, nuclear plant accidents, plane crashes, suicide bombings, shoot outs, etc. Increasing internationalization has made multinational involvement in case of both natural and non-natural disasters the rule rather than the exception. In some non-natural ones criminal intent adds judicial complications. Of course, in every disaster, the assistance to survivors has priority. And always it is followed by the recovery, identification and repatriation of the (remains of the) victims, being vital to the mourning process of the relatives. At the same time the drawing up of a death certificate for every individual and/or the request for a criminal investigation is needed for legal clearing. Both require the identity of the deceased. This is recognized by all member countries of Interpol in their 1996 resolution on the management of MFIs [3]. All efforts that are made to this purpose are referred to as Disaster Victim Identification (DVI). The primary identification process is conducted by police officers,

medical doctors, forensic odontologists and DNA experts, but can only be successful if basic logistic, infrastructural and safety demands are met. Any DVI effort is therefore multidisciplinary by nature and requires a large number of organizations and institutions to work closely together.

Within the chaotic context of MFI scenes the need for a standardized approach is apparent. In order to facilitate these teams Interpol produced a Disaster Victim Identification guide with auxiliary forms and specialized software. They are regularly updated by the Interpol Standing Committee on Disaster Victim Identification, and are the only internationally recognized standards.

Over the past decades, the Dutch DVI team has made contributions to the Interpol procedures to increase their efficiency. This article presents, from a medical officer's point of view, the basics of a disaster victim identification response and discusses some of the recent methodological advances in the Dutch DVI team.

PRINCIPLES OF VICTIM IDENTIFICATION

Victim identification relies on the matching of *ante mortem* with *post mortem* personal features, so-called 'identifiers'. Since many identifiers lack sufficient specificity for an acceptable identification, Interpol distinguishes primary and secondary identifiers [4]. The three primary ones are the most reliable. At least one of them is required for a positive, i.e. accepted identification. Currently, they are a dermal friction ridge pattern match (fingerprint match), a DNA profile match and a dental status match. Secondary identifiers are all other personal features. These lack sufficient scientific proof of identity for an acceptable identification. Examples are medical/anatomical details, tattoos, personal properties found together with the remains, etc. Facial recognition is explicitly not used for identification as it is notoriously unreliable in a DVI context. A secondary identifier may give a lead and so help to speed up the identification process and/or they may corroborate other evidence of identification. Only in selected cases, when primary identifiers are unavailable, a combination of secondary identifiers may provide sufficient evidence of identity to be accepted.

Eventually the identification is dependent on the quality of the proof provided by the simultaneously executed *post* and *ante mortem* data collection process. The *post mortem* data acquisition consists of a detailed examination and DNA sampling of the bodies and body parts of the victims. *Ante mortem* data acquisition collects information on identifiers of the missing persons. Though of equal importance as *post mortem* data acquisition, the *ante mortem* process will only be discussed in brief. Since one cannot anticipate which

data will produce the final identification, as much as possible information is collected.

THE 'QUICK-SCAN'

Although not specified by Interpol, the Dutch team prefers to precede the in-depth analysis of the recovered remains with a so-called 'quick scan'. Apart from abiding to safety measures, e.g. related to past (chemical) treatment of body bag contents (for instance by formaldehyde), the prime goal of the quick-scan is to swiftly survey the contents of all available body bags in order to get insight into the quantity of the analyses to be executed. In the quick-scan one records the nature of the bag contents: human/non-human, complete/incomplete individual(s), minimum number of individuals, degree of decomposition and/or combustion. Especially when the remains are severely comingled, fragmented, separated and/or burnt one not only needs all-round detailed anatomical/osteological knowledge, but also specific knowledge on sexual dimorphism, growth and ageing. For this reason, all medical officers in the Dutch DVI team also hold a degree in forensic anthropology. The results of the 'quick-scan' enable the DVI team to prioritize body bag handling. Bags with bodies that are probably 'easy' to identify can be given priority to speed up the entire process, permitting early repatriation to relatives.

In a recent DVI involvement, the quick-scan was extended by the CT-scanning of every body bag to have, in addition to the regular survey photograph, an extra 'database' of the bag contents. The CT-scan also showed to be useful to detect the presence and spatial position of implants (e.g. of pacemakers and prostheses) and dental elements amongst the comingled contents within the bag [5].

IN-DEPTH POST MORTEM ANALYSIS

After the quick-scan, every individual body or body part is given a unique serial number, a so-called PM-number, and will be subject to the in-depth *post mortem* analysis. The 'pink' *post mortem* forms of Interpol specify every step of the process and thus warrant uniformity. In addition they create an easy means of comparison with *ante mortem* data [6]. The *post mortem* analysis consists of dermal friction ridge analysis, personal property recording, physical examination, tissue sampling for DNA analysis and odontology. Depending on the situation, the analyses can be executed serially or simultaneously. Every step of the process is photographed to create an uninterrupted chain of evidence.

DERMAL FRICTION RIDGE ANALYSIS

Human dermal frictions ridges develop during the 10th week of gestation and mirror the papillary folds of the epidermis [7]. Since their formation is subject to genetic and epigenetic factors, they are considered to be unique and are thus an excellent means of identification [8]. Although generally known as fingerprints, dermal friction ridges are also present on palms, soles and toes. Preferably, their pattern is digitally recorded by scanning equipment. This allows for rapid matching with *ante mortem* data. If scanning equipment is unavailable, printing on paper with print powder will do perfectly.

In case desiccation of the skin hampers proper recording, the skin can be dipped shortly in hot water [9] or be subcutaneously injected with water. Peeled off skin may be 'printed' by folding it over one of the fingers of the investigator. If the epidermis is no longer present, then the papillary folds of the underlying dermis may produce a satisfactory image. In case muscle contraction causes the hand to clench, thereby hampering access to the skin, then bisecting the flexor tendons of the fingers on the inside of the lower arm will unfold the fist.

RECORDING OF PERSONAL PROPERTIES

Personal belongings such as wedding rings, watches or wallets, especially when found on a single body, may show to be useful secondary identifiers. They might speed up the search. All personal properties are cleaned, photographed and categorized in a standardized way. They are carefully kept for return to the relatives, since they have great emotional value.

PHYSICAL EXAMINATION

The external physical/anatomical examination of a body or body part includes a complete description of all features relevant for identification. Listed are the anatomical completeness, state of preservation, sex by means of (external) sex characteristics, assessed age at death, skin characteristics such as from the skin itself, its hair ('colour', morphology), its scars or piercings and/or tattoos. An in-depth description of facial features is also included, but this is generally of little value due to the nature of the incident.

Also mechanical traumas and pathological changes as from diseases are registered. Although a preceding quick-scan may have forecasted the presence of remains of multiple individuals within a single body bag, special attention is required if its contents are

comingled, anatomically separated and/or seriously fragmented. To a certain degree one should take into consideration that separated parts potentially originate from different individuals, and should be treated as such. Study of skeleton parts with or without additional DNA-sampling usually leads the way to correct the origin of the fragments and eventually to the recombination of individuals [11].

Internal body inspection is only performed if there is an indication. In case of seriously mutilated bodies or body parts, an invasive inspection of internal sex organs will be necessary to verify the sex. Other reasons to perform a restricted dissection are conformation of the type of passed surgical interventions or the model, factory mark and verifiable serial number of an implantation such as from a pacemaker or prosthesis.

X-ray inspections are requested for age at death assessment of children and youngsters by examining skeletal development, status of epiphyseal disc closure of the long bones and/or the status of dental mineralization [12].

SAMPLING TISSUE FOR DNA

Possibilities for DNA profiling depend on the state of preservation of the remains. The International Society for Forensic Genetics (ISFG) advises to use blood samples, muscle tissue, bladder wall smears, cortical bone tissue or a dental element [13]. When the body is in advanced state of decomposition, sampling of soft tissue for DNA analysis is no longer an option. Then it is better to rely on bone tissue, preferably cortical bone from the weight bearing extremities [14].

It is strongly recommended to excise bone tissue from an intact part of an extremity that is still covered by intact skin. Bone tissue from the upper leg is preferred, since its robust muscular covering protects it against DNA contamination from outside, and against DNA-degrading due to extreme temperature fluctuations. Alternatives are bone samples from the lower leg, the arms and from the vertebral bodies. Dental elements are less used, since they are more prone to temperature fluctuations and laboratory preparation is more tedious and time consuming.

In the 2004 Tsunami, The Dutch team developed a standard operation procedure for DNA sample collection. The protocol combines common sense and existing theoretic knowledge to minimize the chance of DNA contamination whilst maximizing the chance of successful genotyping [15]. It uses only easily obtainable instruments and materials, such as a mix of water, bleach/chloride and detergent as 'DNA-cleaner fluid' to remove contaminants. Over the past years, the execution of the original protocol has seen some improvements.

Instead of an H-incision into the skin and muscle to get access to deeper positioned clean bone tissue, a U-shaped incision is made. After sample excision it saves time in closing the 'entry wound'. If the skin of the site of entry is still intact and the underlying soft tissue is well preserved, then bone sampling is preceded by the excision of a DNA muscle tissue sample. For DNA laboratories DNA is much easier and more rapidly to extract from soft tissue.

In the original protocol, after excision and prior to storage, the bone sample was rinsed with tap water, and subsequently rinsed in 100% ethanol to dehydrate its surface. Presently, the final dehydration step is preceded by two additional rinses: first a rinse with DNA cleaning fluid, then a rinse with clean tap water. The total amount of rinses thus accumulates to four (tap water, DNA cleaning fluid, clean tap water and 100% ethanol). This minimizes the chance that any DNA-cleaner fluid remains on the sample or contaminates the alcohol 100%. Stringent adherences to these steps have led to a virtual complete elimination of cross contamination in recent Dutch DVI efforts, even when confronted with suboptimal morgue labor conditions.

Due to current sensitive DNA analysis techniques, laboratories may produce adequate DNA profile from even very minute bone samples, weighing 1-2 grams or even less. One should keep in mind that with such small sized samples, manually processing under morgue conditions becomes a hard to overcome challenge and chances of DNA contamination rise substantially. This holds especially for fragmented and commingled human remains.

All excised material should be cooled as soon as possible, preferably keeping them refrigerated until further processing.

DNA GENOTYPING

DNA genotyping is performed in a specialized laboratory. The Dutch DVI team works in close collaboration with the Netherlands Forensic Institute (NFI). The NFI is a government-funded, yet independent institute that combines execution and development of all major forensic disciplines. As such, it has accumulated much experience in DNA analysis for identification purposes.

Forensic DNA analysis focuses on highly variable parts (loci) in the DNA molecule. These loci are so-called short-tandem repeats (STRs): short parts of DNA with a repetitive base-code. The number of repeats varies between persons. As a result, the length of STRs can be used to individualize the DNA-profile and to ascertain kinship between persons. The combination of a number of loci increases the specificity of the DNA profile. At this moment the standard ana-

lytical set contains fifteen different autosomal STR loci.

For the analysis of [CUT: the] DNA, the genetic material must be extracted from [CUT: the] human tissue. In case of soft tissues (e.g. buccal swabs or muscle tissue) this is technically a relatively less complicated process if compared to bone tissue processing, and so a DNA profile can usually be produced within 24 hours. In case of bone material, the tissue must be pulverized prior to further processing and extraction, which requires specialized equipment and is more time-consuming.

After extraction, the DNA is amplified by the polymerase chain reaction (PCR). Current PCR techniques are so extremely sensitive that even minute amounts of DNA (less than 0,1 nanogram) can be amplified. In practice, even very small or severely decomposed tissue samples may yield a satisfactory profile. This extreme sensitivity however, increases the risk of contamination.

DNA retrieval and amplification is a highly automated, protocolled process and is carried out under strict and contamination free laboratory circumstances. The conversion of the DNA analysis data into a digital DNA-profile is also partly automated. This diminishes the chance of human administrative errors, ensures process consistency and objectivity and saves time. Finally, the digital profile is loaded into specialized software for comparison with those of (an) ante mortem reference sample(s) (see below).

DENTAL ANALYSIS

Tooth tissue is the most durable human material. Teeth often remain available for identification, even after exposure to heat, trauma or after a long time lapse [16]. Individual morphological details combined with personal dental record data make a dental status a reliable primary identifier. Dental analysis has the advance of being rapid to execute and cost-effective [17, 18]. Though, probability calculation of uniqueness is not possible. Specific knowledge and the availability of a (mobile) X-ray apparatus is necessary. *Post mortem* radiographs, so-called 'bite wings' are made to document the status of (intact) dentitions.

QUALITY CONTROL

At the end of the *post mortem* analyses, the entire process and its auxiliary documents and samples are double checked by a special officer. This quality control will assure that any flaw is corrected for on the spot.

ANTE MORTEM DATA ACQUISITION

In the *ante mortem* data acquisition process, first priority is the compilation of a list of missing persons. The complexity thereof depends on whether one is dealing with an 'open' (e.g. a natural disaster) or 'closed' incident (e.g. an airplane crash). In contrast to an 'open incident', a 'closed incident' concerns a group of prior known missing persons. A combined 'open-closed disaster' may be an airplane crash in a public area. In any case, an *ante mortem* team immediately starts collecting all relevant particularities to match *ante mortem* with *post mortem* data of potentially missing victims. This includes interviewing relatives, assembling medical and dental information and collecting of reference samples for dermal friction ridge pattern and DNA analysis. Reference samples for dermal friction ridge patterns can be found on personal items such as glasses, door handles or CD-covers. DNA reference samples are preferably processed from buccal swabs of first degree relatives and from personal items of the missing person. If direct reference material is unavailable, material from second degree (grandparents, grandchildren) or even third degree relatives must be obtained. Interpol provides special 'yellow' *ante mortem* information sheets to ensure uniformity during *ante mortem* data acquisition. All data of a missing person is filed under an unique AM-file number.

RECONCILIATION

During the reconciliation process, the results of the *post* and *ante mortem* data are screened for matches. For dermal ridge patterns and secondary identifiers this is performed by police officers, whereas for the dental data forensic odontologists are available. The DNA matching and calculation of the probability of the correctness of the DNA match is done by specialists of the NFI. Hundreds of DNA profiles are to be compared, a process prone for error if done manually. The NFI, in collaboration with the Radboud University of Nijmegen, has designed software especially for the comparison of DNA profiles under DVI conditions (Bonaparte; www.bonaparte-dvi.com). It compares all *post mortem* DNA profiles, as well as the profiles of all the *ante mortem* reference samples with the related pedigree information. By combining the DNA information with Mendelian inheritance patterns it positions the *post mortem* profile in the correct pedigree, and calculates the evidential value of the (familial) DNA match. The evidential value is expressed as a likelihood-ratio. This is the ratio between the likelihood that the DNA-profile belongs to the missing person and the alternative hypothesis

that the profile belongs to a nonrelated individual. The likelihood-ratio is used to calculate the probability of the identity of the victim via Bayesian statistics.

Dutch law, in accordance with the standards of the International Society for Forensic Genetics, requires a probability of identity of at least 99.99% to accept a DNA based identification [19].

IDENTIFICATION BOARD

All identification reports from the reconciliation office must be presented to the Identification Board. This board consists of DVI experts, legal officers, a coroner and liaison officers of the involved countries. They evaluate the provided evidence and decide whether the proposed identification can be accepted. If so, a death certificate is drawn up and the identified body or body parts can be repatriated to the relatives.

CONCLUSION

The identification of (body parts of) victims in a mass fatality incident is vital to the mourning process of relatives and to the clearing of legal issues. The basis of a DVI response accords to the Interpol DVI guide with its forms. Additions by the Dutch DVI team, such as a *post mortem* quick-scan, a protocol for DNA sampling and the use of specialized DNA software, have added to its effectiveness. The unique nature of a DVI response requires a pragmatic approach of many disciplines and a constant re-evaluation and refinement of the used methods. ■

REFERENCES

- [1] International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. – What is a disaster. [available from:] <https://www.ifrc.org/en/what-we-do/disaster-management/about-disasters/what-is-a-disaster>. [Accessed on:] October 16th, 2015.
- [2] Home Office Communication Directorate. – Guidance on dealing with fatalities in emergencies. [available from:] https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/61191/fatalities.pdf. [Accessed on:] October 16th, 2015.
- [3] Interpol. – Interpol resolution AGN/65/RES/13 Interpol. [available from:] <http://www.interpol.int/About-INTERPOL/Structure-and-governance/General-Assembly-Resolutions/Resolutions-1990-to-1999/1996-AGN65> [accessed on:] October 16th, 2015.

- [4] Interpol. 2013. Interpol Disaster Victim Identification Guide. [available from:] <http://www.interpol.int/INTERPOL-expertise/Forensics/DVI-Pages/DVI-guide> [accessed on: October 16th, 2015].
- [5] Morgan, B., Alminyah A., Cala, A., O'Donnel, C., Elliott, D., Gorincour, G., Hofman, P., Iino, M., Makino, Y., Moskata, A., Robinson, C., Rutty, G.N., Sjantila, A., Vallis, J., Woodford, N., Wóznia, K., Viner, M. – Use of post-mortem computed tomography in Disaster Victim Identification. Positional Statement of the members of the Disaster Victim Identification working group of the International Society of Forensic Radiology and Imaging; May 2014. *Journal of Forensic Radiology and Imaging* 2014, 2, 114-116.
- [6] Interpol. – Victim identification: post mortem (pink) form: unidentified human remains. [available from:] <http://www.interpol.int/INTERPOL-expertise/Forensics/DVI-Pages/Forms> [accessed on:] October 18th, 2015.
- [7] Moore, K.L., Persaud, T.V.N. – The developing human, clinically oriented embryology. 7th edition. Philadelphia:Saunders. 2003, 486.
- [8] Henry, E.R. – Classification and uses of finger prints. London: Boutlegde and Sons, 1900.
- [9] Uhle, A.J., Leas, R.I. – The boiling technique: a method for obtaining quality postmortem impressions from deteriorating friction ridge skin. *Journal of Forensic Identification* 2007, 57, 358-69.
- [10] Cox, M., Mays, S. – Sex determination in skeletal remains. In: Cox, M., Mays, S. (Eds.) - Human osteology in archaeology and forensic science. London: Greenwich Medical Media. 2000.
- [11] Iscan, M.Y., Steyn, M. – The human skeleton in forensic medicine. 3rd edition. Springfield: Charles C. Thomas. 2013. Maat G.J.R., Van der Merwe, A.E., Hoff, T. – Manual for the physical anthropological report. 7th edition. Leiden: Barge's Anthropologica. 2012.
- [12] Prinz, M., Carracedo, A. Mayr, W.M., Morling, N., Parsons, T.J., Sajantila, A., Scheithauer, R., Schmitter, H., Schneider, P.M. – DNA commission on the International Society for Forensic Genetics (ISFG): Recommendations regarding the role of forensic genetics for disaster victim identification (DVI). *Forensic Science International: Genetics* 2007, 1, 3-12.
- [13] Mundorff, A.Z., Bartelink, E.J., Mar-Cash, E. – DNA preservation in skeletal elements from the World Trade Center disaster: recommendations for mass fatality management. *J. Forensic Sci.* 2009, 54, 4, 739-745.
- [14] Westen, A.A., Gerretsen, R.R., Maat, G.J.R. – Femur, rib and tooth sample collection for DNA analysis in disaster victim identification (DVI). A method to minimize contamination risk. *Forensic Sci. Med. Pathol.* 2008, 4, 15-21.
- [15] Berketa, J.W., James, H., Lake, A.W. – Forensic odontology involvement in disaster victim identification. *Forensic Sci. Med. Pathol.* 2011, 8, 148-156.
- [16] Schüller-Götzburg, P., Suchanek, J. – Forensic odontologists successfully identify tsunami victims in Phuket, Thailand. *Forensic Sci. Int.* 2007, 171, 204-207.
- [17] Pittayapat, P., Jacobs, R. De Valck, E., Vandermeulen, D., Willems G. – Forensic odontology in the disaster victim identification process. *J. Forensic Odontostomatol.* 2012, 30, 1-12.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

La loi du 11 mars 1957, n'autorisant aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que des copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, que les analyses et courtes citations dans un but d'exemple et d'illustrations, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'art. 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français de Copyright, 6 bis, rue Gabriel Laumain, 75010 PARIS.

© 2016 / ÉDITIONS ESKA – DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF

Imprimé en France

Recommandations aux auteurs / Instructions to Authors

MANUSCRIT

Tout manuscrit, sollicité ou non, est soumis anonymement pour avis, au comité de lecture, qui peut refuser l'article ou proposer les modifications qui lui paraissent nécessaires. Les lecteurs, au nombre de deux, sont choisis au sein du comité de publication, mais en cas de nécessité, il peut être fait appel à des lecteurs extérieurs à ce comité. En cas de désaccord entre les deux lecteurs le rédacteur en chef tranchera éventuellement après avoir pris l'avis d'un troisième lecteur.

Le texte sera dactylographié en **3 exemplaires** à double interligne, recto seulement, à raison de 25 lignes par page.

Nous recommandons les limites suivantes en fonction de la catégorie d'article :

- Maximum de 20 pages pour les articles originaux et les revues de la littérature.
- 10 pages maximum pour les notes techniques et 5 pages maximum pour les cas cliniques.

Les pages sont numérotées en haut à droite.

La première page comportera le titre et/ou le sous-titre de l'article, les initiales des prénoms, les noms des auteurs, l'indication et l'adresse complète de l'organisme (laboratoire, hôpital, université, etc.) où a été réalisé le travail, ainsi que l'adresse complète de l'auteur à qui seront envoyés les épreuves à corriger, les tirés à part, et toute correspondance.

Des mots-clés, en français et en anglais, seront suggérés par les auteurs.

Le texte de l'article commencera en page deux. Il est fortement recommandé d'observer le plan classique : introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, conclusion. Les sous-titres de même valeur seront signalés d'une façon identique. Les abréviations internationales connues peuvent être utilisées.

En ce qui concerne les termes peu courants, il faudra signaler leur signification entre parenthèses, la première fois qu'ils apparaîtront dans le texte. Les définitions peuvent être réunies dans un glossaire.

Les noms des auteurs cités dans le texte devront être suivis, entre parenthèses, d'un numéro de renvoi à la bibliographie.

Un bref résumé, ne dépassant pas 10 lignes, devra obligatoirement être joint au manuscrit. Le résumé en anglais sera fourni par l'auteur (avec la traduction du titre de l'article). À défaut, l'auteur devra accepter la traduction effectuée par la rédaction.

Il est indispensable qu'une version informatisée de l'article proposé soit adressée à l'e-mail suivant : **agpaedit@wanadoo.fr**

Merci de mentionner l'adresse e-mail de l'auteur principal.

BIBLIOGRAPHIE

Les références bibliographiques seront classées par ordre alphabétique, et pour un même auteur, par ordre chronologique. Elles seront numérotées et comporteront :

- **Les références d'articles** dans l'ordre : le nom et les initiales des prénoms des auteurs, le titre exact dans la langue originale, le nom du journal suivant la nomenclature internationale de l'Index Medicus, l'année de parution, le tome, la première et la dernière page de l'article.

Exemple :

1. DEBARGE A., MARQUET L.A. - Lésions histologiques hépatiques chez les toxicomanes décédés, *J. de Méd. Lég.*, 1982, 25, 4, 527-531.

- **Les références de livres** comportent dans l'ordre : les noms et initiales des prénoms des auteurs, le titre du livre, l'identification de l'éditeur (nom et ville), l'année de parution, et éventuellement la ou les pages citées.

Il est fortement recommandé de limiter à 20 le nombre de références.

ILLUSTRATIONS

L'iconographie doit être limitée au strict nécessaire.

Chaque document devra être identifié par un numéro :

- les tableaux seront numérotés en chiffres romains, les figures en chiffres arabes ; ils feront l'objet d'un renvoi dans le texte ;
- les graphiques et schémas seront fournis soit au format original, soit en réduction photographique. Ils devront être directement reproductibles et fournis sur papier blanc ou sur calque.

Toutes les illustrations doivent comporter une légende détaillée fournie sur une feuille séparée.

REMERCIEMENTS

Ils ne figurent pas dans le corps même de l'article, mais sont individualisés sur la dernière page de l'article, qui comprend également les indications de subventions éventuellement accordées aux auteurs.

ADRESSER TOUTE CORRESPONDANCE à la rédaction de la revue : **Éditions ESKA, 12 rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris.**

MANUSCRIPT

Every manuscript, whether solicited or not, is submitted to the reviewing committee for their opinion. They may decline the article or suggest alterations that they deem necessary. There are two reviewers, chosen from within the publication committee, but if needed, reviewers external to this committee may be called upon. In case of disagreement between the two reviewers, the editor in chief will have final decision after consulting a third reviewer.

Three copies of the text, typewritten with double spacing, one side only, 25 lines per page, should be sent.

We recommend the following lengths depending on the category of article:

- 20 pages maximum for original articles and literature reviews.
- 10 pages maximum for technical notes and 5 pages maximum for clinical cases.

The pages are to be numbered in the top right-hand corner.

The first page should bear the title and/or the subtitle, the first name initials, the names of the authors, the title and complete address of the organisation (laboratory, hospital, university, etc.) where the work was carried out, along with the author's complete address to which proofs for correction, abstracts and any correspondence will be sent.

Key-words, in French and English, should be suggested by the authors.

The text of the article should begin on page 2. We strongly recommend following the conventional plan: introduction, material and methods, results, discussion, conclusion. Sub-titles of equal value should be indicated in an identical way. Known international abbreviations may be used.

For less familiar terms, the meaning should be given in brackets the first time they appear in the text. Definitions may be given in a glossary.

The names of the authors quoted in the text should be followed, in brackets, by a number referring to the bibliography.

A brief summary of no more than 10 lines must be enclosed with the manuscript. A summary in English should be provided by the author (along with the translation of the title of the article). Otherwise the author shall accept the translation provided by the editors.

It is essential that an electronic version of the article proposed be sent to the following email address: **agpaedit@wanadoo.fr**

Please include the email address of the main author.

BIBLIOGRAPHY

References should be arranged in alphabetical order, and for each author in chronological order. They should be numbered and appear as follows:

- **Article references** should include in order: name and first name initials of authors, exact title in original language, name of journal according to Index Medicus international rules, year of publication, volume, first and last pages of article.

Example:

1. DEBARGE A., MARQUET L.A. - Lésions histologiques hépatiques chez les toxicomanes décédés, *J. de Méd. Lég.*, 1982, 25, 4, 527-531.

- **Book references** should include in order: name and first name initials of authors, title of book, identification of publisher (name and town), year of publication and, when appropriate, page(s) quoted.

We strongly recommend limiting the references to 20.

ILLUSTRATIONS

Iconography shall be strictly limited.

Each document should be identified by a number:

- tables shall be numbered using Roman numerals and figures using Arabic numerals; all of them shall be quoted in the text;
- graphs and diagrams shall be provided in their original format, or as photographic images. They should be directly reproducible and supplied on white paper or tracing paper.

All illustrations must be accompanied by a detailed caption on a separate page.

ACKNOWLEDGEMENTS

They should not appear in the body of the article but individually on the last page of the article. Details of any grants awarded to the authors should also be mentioned here.

ALL CORRESPONDENCE SHOULD BE ADDRESSED TO The Editors, **Éditions ESKA, 12 rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris, France.**