

# Criminologie et psychiatrie

M Bénézech  
P Le Bihan  
ML Bourgeois

**Résumé.** – La dangerosité criminelle est souvent associée à des troubles mentaux. Les études récentes utilisant des instruments diagnostiques standardisés confirment les données anciennes. Le taux d'arrestations des patients sortant d'institutions psychiatriques est significativement plus élevé. Les personnes incarcérées souffrent davantage de troubles mentaux que la population générale. Les troubles psychotiques, en particulier schizophrénie, idées délirantes et hallucinations, le trouble de la personnalité antisociale, les addictions augmentent le risque de commettre un homicide. Les études épidémiologiques dans la population générale confirment que divers troubles mentaux des axes I et II (DSM IV) accroissent nettement la prévalence du comportement violent. Plus la comorbidité psychiatrique est élevée, plus les risques de conduite agressive et de suicide sont importants. Les troubles mentaux générateurs d'actes criminels, ainsi que les principales catégories d'infractions médico-légales sont rapidement décrits. Enfin, les bases psychobiologiques des comportements violents, en particulier la dysrégulation sérotoninergique, commencent à être élucidées.

© 2002 Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

**Mots-clés :** criminologie, psychiatrie, dangerosité, détenu, comorbidité psychiatrique, crime, facteurs de risques criminels, agressions sexuelles.

## Introduction

La criminologie peut être définie comme l'étude scientifique du crime et du criminel. Elle vise à comprendre et expliquer le phénomène criminel. Elle est principalement née au XIX<sup>e</sup> siècle avec les travaux de l'école positiviste italienne. Cette science se situe à l'interface de plusieurs disciplines : droit pénal, sociologie, médecine légale, psychiatrie, psychologie, neurobiologie, génétique...

Le Code pénal de 1810, envisageant dans son article 64 l'irresponsabilité des malades mentaux, a officiellement donné naissance à l'expertise psychiatrique pénale. Les personnes reconnues irresponsables en raison de leur aliénation mentale passaient du champ judiciaire au champ médical. La psychiatrie, avec la loi du 30 juin 1838 sur l'internement des aliénés, est née précisément dans ce contexte puisqu'il s'agissait non plus de punir, mais de soigner. En fait, les points de contact entre psychiatrie et droit se sont multipliés depuis cette époque, mais nous nous limiterons ici à l'approche psychopathologique du phénomène criminel. Précisons que cet article a été rédigé dans un esprit essentiellement scientifique, pragmatique et actuel. Il omet volontairement les considérations psychodynamiques incertaines et inopérantes qui encombrèrent nombre de travaux sur le sujet.

**Michel Bénézech :** Professeur associé de droit privé, praticien hospitalier, chef de service, service médicopsychologique régional, maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan, BP 109, 33173 Gradignan cedex, France.

**Patrick Le Bihan :** Praticien hospitalier, unité pour malades difficiles, centre hospitalier, 33410 Cadillac, France.

**Marc-Louis Bourgeois :** Professeur, université Victor Ségalen Bordeaux 2, IPSO, institut Pitres et Régis, centre hospitalier Charles Perrons, 121, rue de la Béchade, 33076 Bordeaux cedex, France.

## Études épidémiologiques

L'existence d'une relation entre pathologie mentale et violence est connue depuis longtemps dans le grand public<sup>[5, 80]</sup>. Les législations de la plupart des pays du monde reconnaissent d'ailleurs cette association. L'image du fou commettant un crime violent sans raison apparente est largement entretenue par les médias qui reprennent quelques faits divers spectaculaires. Cependant, jusqu'à récemment, beaucoup d'auteurs n'acceptaient pas le fait qu'il puisse exister une corrélation positive entre violence et troubles mentaux, argumentant que l'utilisation de groupes contrôles statistiquement appropriés pour les variables sociodémographiques faisait disparaître ce lien apparent<sup>[80]</sup>. Depuis que les méthodes épidémiologiques ont progressé, des données récentes, plus fiables et scientifiquement valides, sur une association possible entre violence et maladie mentale ont été établies. Les évidences se sont ainsi accumulées que les personnes présentant des troubles mentaux ont une augmentation du risque de criminalité et plus particulièrement de criminalité violente.

### PRÉVALENCE DES COMPORTEMENTS VIOLENTS OU CRIMINELS CHEZ LES MALADES MENTAUX

Plusieurs recherches de suivi de malades après leur sortie de services de psychiatrie ont été menées récemment, notamment aux États-Unis et dans les pays scandinaves. Ces travaux ont montré de façon concordante que, toute proportion gardée, davantage de ces patients sont auteurs d'infractions par rapport aux personnes ne présentant pas de troubles mentaux et vivant dans le même environnement<sup>[68]</sup>. Link et al<sup>[68]</sup>, dans une revue de la littérature portant sur 13 études, mettent ainsi en évidence un risque d'arrestation trois fois supérieur à celui de la population générale. Ces recherches montrent en outre des taux élevés de comportements violents<sup>[68, 88]</sup>. De surcroît, la fréquence des actes violents envers

autrui commis par des malades mentaux dans les 2 semaines précédant leur hospitalisation varie de 10 à 40 % selon les études [30, 80, 84, 123]. De 25 à 30 % des malades hommes, présentant au moins un antécédent de violence, commettent un nouvel acte de violence dans l'année qui suit leur sortie de l'hôpital [56, 57].

L'abus d'alcool ou de substances paraît être davantage associé à une plus grande fréquence d'arrestations sur la vie entière que l'existence d'une schizophrénie, d'un trouble de la personnalité ou d'un trouble affectif majeur [53]. Pour Harry et Steadman, le seul prédicteur valable pour l'arrestation dans l'année reste toutefois le diagnostic de personnalité antisociale [48]. Des biais méthodologiques de sélection sont cependant possibles dans cette catégorie d'études, un comportement de violence étant notamment un critère d'hospitalisation et le comportement inadapté des malades mentaux les exposant à être plus souvent arrêtés que les sujets normaux [80, 112].

### ÉTUDES PORTANT SUR DES POPULATIONS DE DÉTENUÉS

Des travaux portant sur des échantillons représentatifs de détenus aux États-Unis et au Canada montrent une prévalence supérieure de troubles mentaux graves, comme la schizophrénie ou les troubles affectifs majeurs, par comparaison avec la population générale [51, 106, 107, 108]. La plupart de ces troubles psychiatriques majeurs étaient présents avant la période d'incarcération. Lamb et Weinberger [61], dans une revue récente de la littérature internationale portant sur 110 études parues depuis 30 ans, mettent en évidence que 6 à 15 % des prévenus et 10 à 15 % des condamnés présentent des affections psychiatriques sévères, aiguës ou chroniques. La morbidité psychiatrique touche en réalité 25 à 60 % de la population pénale en fonction des études et de l'accent mis sur les troubles de la personnalité [61, 71].

En considérant les pathologies graves, une des recherches récentes parmi les plus complètes a été réalisée par Teplin [106]. Elle concerne 728 hommes incarcérés aux États-Unis et révèle que 6,4 % présentaient une schizophrénie, un trouble bipolaire de l'humeur ou un trouble dépressif majeur. Cette étude a utilisé le Diagnostic Interview Schedule (DIS) permettant ainsi une comparaison avec les données de l'enquête Epidemiologic Catchment Area (ECA) [94] portant sur des échantillons de personnes dans la population générale. Dans cette recherche, la fréquence de la schizophrénie apparaît multipliée par trois, la dépression majeure par 3,5, la manie ou le trouble bipolaire par 14 chez les détenus en comparaison avec la population générale. La prévalence de l'ensemble des troubles mentaux graves était au moins deux à trois fois plus élevée chez les détenus que dans la population générale [106]. Pour le seul diagnostic de psychose, les études varient entre 3 et 5 % de l'ensemble des détenus, comme dans l'enquête menée récemment en France dans 26 SMPR par l'association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire [71].

Teplin et al [107], dans une étude longitudinale, montrent que les détenus hommes présentant des troubles mentaux sévères (schizophrénie, trouble affectif majeur), des conduites addictives (alcool, drogues) ou une symptomatologie psychiatrique positive (délire, hallucination) ont un risque de récurrence élevé puisque 50 % d'entre eux sont réincarcérés pour un acte criminel au cours des 6 années suivantes. Ce risque en cas de symptomatologie psychotique (délire, hallucinations) apparaît légèrement supérieur en matière de crimes violents.

La prévalence des troubles mentaux chez les femmes incarcérées est également importante à considérer. Dans un échantillon non sélectionné de 1 272 femmes détenues, respectivement 80 et 70 % réunissaient les critères d'un trouble psychiatrique sur la vie entière ou au cours des 6 derniers mois [108]. L'ensemble des troubles était significativement plus fréquent que dans la population générale de l'étude ECA, à l'exception de la schizophrénie et du trouble panique.

### PRÉVALENCE DES TROUBLES MENTAUX PARMIS LES AUTEURS D'HOMICIDES

Les recherches, essentiellement scandinaves, montrent un odds-ratio (OR) relativement élevé, en particulier pour la schizophrénie, la personnalité antisociale et l'alcoolisme parmi les meurtriers [34, 35, 39, 110, 111]. Du fait qu'en Finlande, environ 95 % des homicides sont élucidés et que les auteurs d'homicides sont soumis à une évaluation de psychiatrie légale intensive et approfondie, il a été possible d'examiner les données de 693 des 994 meurtriers répertoriés sur une période de 8 ans [34]. La prévalence des troubles psychiatriques lors de l'acte criminel a été utilisée pour calculer les OR pour l'augmentation statistique du risque associé à certains troubles mentaux spécifiques par comparaison avec la population générale. L'existence d'une schizophrénie augmente l'OR de violence homicide de huit fois chez les hommes et de six fois et demie chez les femmes. Les auteurs précisent cependant que tous les schizophrènes ne devraient pas être considérés comme dangereux, seuls les sujets paranoïdes avec abus de substances présentant un risque de violence élevé. Une personnalité antisociale ou un alcoolisme augmentent cet OR de plus de dix fois chez les hommes. Le risque apparaît également considérablement plus important, jusqu'à 40 ou 50 fois supérieur, pour les femmes souffrant d'alcoolisme ou d'une personnalité antisociale. Les comportements homicides, dans un pays présentant un taux de criminalité relativement bas, montrent ainsi une association statistiquement significative avec plusieurs catégories de troubles mentaux selon les critères du DSM III-R [3].

La prévalence de la schizophrénie chez les auteurs d'homicide est relativement importante, entre 8 et 15 %, dans une revue de cinq études récentes [105]. Gottlieb et al [39] retrouvent une proportion plus forte en recensant l'ensemble des homicides survenus entre 1955 et 1983 à Copenhague. Ils mettent en évidence que 23 % des crimes étaient le fait de psychotiques (schizophrènes et déprimés), la plupart des victimes appartenant à la même famille, contrairement aux homicides commis par des sujets indemnes de psychose.

### ÉTUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES EN POPULATION GÉNÉRALE

Les recherches dans des échantillons de population générale sont particulièrement intéressantes puisqu'elles évitent la plupart des biais de sélection ou de traitement liés à une hospitalisation [80]. L'étude de Swanson et al [102] reprend les données de trois sites de l'étude ECA [94] portant sur des échantillons représentatifs de plus de 10 000 personnes évaluées par l'entretien structuré (Diagnostic Interview Schedule) du DSM III [3]. Cette étude montre que, en comparaison avec les personnes n'ayant pas de diagnostic de trouble mental, la prévalence de la violence est cinq fois plus élevée pour les individus recevant un diagnostic sur l'axe I. Les prévalences des comportements de violence dans l'année écoulée pour les personnes atteintes d'une schizophrénie, d'une dépression majeure, d'une manie ou d'un trouble bipolaire apparaissent remarquablement proches les unes des autres dans ces groupes diagnostiques (10 à 12 %), supérieures à celles des sujets indemnes de troubles (2 %). La prévalence apparaît douze fois plus importante pour les sujets présentant un abus d'alcool (24,6 %), et seize fois supérieure pour ceux abusant de substances (34,7 %), même après contrôle des facteurs sociodémographiques [102].

Link et al [68] ont comparé le taux d'arrestations et de violences autorapportées sur une période de 5 ans dans un échantillon de près de 400 sujets adultes, sans antécédents d'hospitalisation ou de consultation psychiatrique, avec le taux de violence dans des échantillons de malades mentaux hospitalisés ou ambulatoires. Un grand nombre de facteurs a été contrôlé, en particulier le niveau socioéconomique, les données démographiques et ethniques ou le taux d'homicides dans la communauté. Bien que certains facteurs démographiques comme le sexe masculin, un bas niveau d'éducation ou le fait de résider dans une région ayant un taux d'homicide élevé soient corrélés au risque de commettre un acte violent, le groupe des patients était davantage à risque que celui des

non-patients. Lorsque la présence de symptômes psychotiques était contrôlée (exclusion des personnes aux idées psychotiques des deux groupes), plus aucune différence n'était observée pour les antécédents de comportements violents récents entre malades et non-malades. Ce résultat se maintenait même après contrôle des données concernant l'abus d'alcool ou de substances (exclusion des toxicomanes des deux groupes). En conclusion, la différence dans les taux de violence entre malades mentaux et sujets n'ayant jamais consulté est liée à la présence de symptômes psychotiques.

#### ÉTUDES PORTANT SUR DES COHORTES DE NAISSANCES

Pour examiner la relation entre pathologie mentale et crime, la méthode de recherche présentant le moins de faiblesses méthodologiques est de réaliser des études longitudinales prospectives de cohortes de naissances non sélectionnées. L'existence de registres centralisés, rassemblant l'ensemble des données des dossiers criminels et des dossiers d'hospitalisation psychiatrique, a permis dans les pays scandinaves des études de prévalence de la criminalité.

Une étude de référence a été réalisée en Suède sur les 15 117 personnes nées à Stockholm en 1953 et suivies jusqu'à l'âge de 30 ans<sup>[50]</sup>. Dans ce *follow-up* sur 30 ans, l'association entre troubles mentaux et criminalité était étudiée en utilisant pour la première fois un échantillon de grande taille, exhaustif, et des méthodes statistiques et épidémiologiques précises permettant de calculer les risques relatifs avec intervalle de confiance pour chaque groupe diagnostique. Les hommes présentant un trouble mental majeur avaient un risque multiplié par deux et demi d'être recensés pour une infraction criminelle et par quatre pour une infraction violente par rapport aux hommes sans maladie psychiatrique ni déficience intellectuelle. Les femmes souffrant d'un trouble mental majeur avaient un risque cinq fois supérieur d'être condamnées en comparaison avec les femmes indemnes de trouble mental majeur ou de déficience intellectuelle, le risque d'une condamnation pour une infraction violente étant vingt-sept fois supérieur. Il est à noter que le comportement criminel des sujets développant ultérieurement un trouble psychiatrique majeur apparaissait souvent dès la prime adolescence, bien avant que la maladie ne soit diagnostiquée. Les hommes présentant un abus ou une dépendance à une ou plusieurs substances avaient un risque quinze fois supérieur d'infractions violentes que les hommes sans trouble mental ni déficience intellectuelle, ce taux s'élevant à cinquante-quatre pour les femmes. Les personnes de l'étude ayant été condamnées pour un crime avaient également, de façon significative, davantage d'antécédents d'abus de substances dans l'enfance. La comorbidité est importante à souligner puisque parmi les auteurs d'infractions criminelles présentant un trouble mental majeur, respectivement 48,7 et 42,9 % des hommes et des femmes avaient également un diagnostic secondaire d'abus et/ou de dépendance à l'alcool ou à d'autres substances<sup>[50]</sup>.

Dans la plus importante cohorte de naissances menée à ce jour, soit 324 401 individus suivis au Danemark jusqu'à l'âge de 43 ans (ie. au-delà de la tranche d'âge où le risque est le plus élevé aussi bien pour la violence que pour les troubles mentaux les plus graves), les personnes ayant des antécédents d'hospitalisation psychiatrique avaient de trois à onze fois plus de probabilité d'avoir été reconnues coupables d'un crime que les personnes jamais hospitalisées. Presque tous les groupes diagnostiques étaient associés à cette augmentation du risque et pour tous les types d'infractions criminelles, que celles-ci soient violentes ou non<sup>[52]</sup>.

Un autre travail scandinave<sup>[112]</sup> s'est intéressé à l'étude du risque relatif de comportement criminel associé à des troubles mentaux spécifiques selon la classification du DSM-III-R<sup>[3]</sup>. Cette étude, portant sur une cohorte de naissances non sélectionnées de 12 058 sujets nés en 1966 dans le nord de la Finlande, a été menée de façon prospective avec suivi jusqu'à l'âge de 26 ans. Parmi les 503 hommes ayant commis une infraction, 116 (23 %) avaient un diagnostic psychiatrique, un trouble mental majeur étant recensé dans 27 cas

(5,4 %). Les OR étaient respectivement de 3,1 pour les patients schizophrènes, 5,1 pour les troubles schizo-affectifs, 6,3 pour les troubles de l'humeur avec symptômes psychotiques ou pour les paranoïas et autres psychoses, 42,2 pour les troubles mentaux organiques. Tous les sujets avec un diagnostic de trouble organique et ayant commis une infraction présentaient des psychoses induites par l'alcool et étaient en réalité alcooliques. La comparaison des OR pour les infractions violentes et pour l'ensemble des infractions suggérait une association de la schizophrénie (OR = 7) et des troubles de l'humeur avec symptômes psychotiques (OR = 8,8) à un risque majoré d'infractions violentes. La prévalence la plus élevée d'infractions était observée pour les hommes présentant des psychoses induites par l'alcool ou les schizophrènes avec abus d'alcool, plus de la moitié des schizophrènes délinquants ayant de fait également un problème d'alcool. Le risque d'infraction criminelle était quatre fois supérieur pour les hommes schizophrènes avec abus d'alcool versus les hommes schizophrènes sans abus d'alcool. Sept pour cent des sujets ayant commis un crime violent avaient un diagnostic de psychose. Les hommes schizophrènes avaient un risque modérément élevé pour les infractions violentes, mais le risque pour les autres catégories de crimes n'était pas significativement augmenté.

Dans cette étude, les OR pour les comportements criminels ont pu être ajustés en fonction des variables concernant le statut socioéconomique de la famille dans l'enfance. Ils se sont avérés être comparables ou légèrement inférieurs aux OR bruts pour l'ensemble des troubles mentaux majeurs, à l'exception des schizophrénies et des troubles de l'humeur avec symptômes psychotiques, en ce qui concerne les infractions violentes. Le risque criminel apparaît donc significativement plus important pour les sujets souffrant de troubles psychotiques, le risque le plus élevé de comportements violents étant associé à des psychoses induites par l'alcool et des schizophrénies avec abus de substances. Les auteurs de cette recherche insistent sur le rôle de l'alcool, les effets de la comorbidité avec l'abus d'alcool devant nécessairement être pris en compte avant de conclure sur une association entre troubles mentaux majeurs et comportements criminels<sup>[112]</sup>.

#### PRÉVALENCE DES AGRESSIONS CRIMINELLES CHEZ LES PATIENTS PSYCHIATRIQUES AMBULATOIRES

Une étude de la prévalence des comportements violents chez les malades mentaux ambulatoires a été réalisée par Asnis et al<sup>[5]</sup>. Parmi 517 des malades ayant rempli des instruments d'autoévaluation, la prévalence des idées et tentatives d'homicides était respectivement de 22 et 4 %, ce dernier chiffre étant comparable à celui – 3 % – retrouvé dans une étude précédente<sup>[104]</sup>. Dans cette recherche, les idées et comportements homicides n'apparaissent pas associés de façon spécifique à certaines catégories diagnostiques particulières, l'abus d'alcool ou de substances et la schizophrénie étant cependant davantage représentés. L'intensité des symptômes évalués par la Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) est apparue comme un facteur plus important pour les patients à tendances homicides, spécialement en ce qui concerne l'hostilité, l'idéation paranoïde et la sensibilité interpersonnelle (sentiment d'inadéquation et d'infériorité). Ces patients avaient des scores notamment élevés sur l'échelle d'hostilité (agressivité, irritabilité, rage et ressentiment). La prédictivité d'un comportement homicide apparaissait ainsi mieux assurée par une approche dimensionnelle que catégorielle.

#### CONCLUSION DES ÉTUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

L'ensemble de ces travaux suggère donc l'existence d'une relation positive entre trouble mental majeur, comorbidité psychiatrique et criminalité, association apparaissant d'autant plus forte qu'il s'agit d'un homme schizophrène avec un diagnostic d'abus ou de dépendance à une substance, en particulier l'alcool, et davantage pour les crimes violents que non violents<sup>[5, 17, 23]</sup>. Il est cependant nécessaire de souligner que la violence n'intéresse pas tous les patients et que la criminalité des malades mentaux ne représente qu'une faible proportion de la criminalité générale<sup>[1, 102, 105]</sup>. Swanson

et al <sup>[102]</sup>, tout en constatant la fréquence supérieure de comportements de violence en cas de troubles psychiatriques, soulignent que la criminalité des personnes présentant des troubles schizophréniques ne représente que 3 % de la violence en général, l'alcoolisme étant responsable à lui seul de davantage de violences que les autres troubles mentaux réunis. En France, sur 2000 homicides environ chaque année, seule une centaine (5 %) est en réalité le fait de personnes souffrant d'une pathologie mentale grave, psychose schizophrénique ou paranoïaque dans la moitié des cas <sup>[1]</sup>.

## ***Dangerosité***

Nous en proposons la définition suivante : « État, situation ou action dans lesquels une personne ou un groupe de personnes font courir à autrui ou aux biens un risque important de violence, de dommage ou de destruction » <sup>[17]</sup>. La dangerosité peut se rencontrer dans toutes les pathologies. Elle est évolutive, transitoire ou durable, imminente parfois, fluctuant fréquemment avec le temps et les circonstances. Le risque peut être auto- et/ou hétéroagressif. La valeur scientifique de cette notion de dangerosité est parfois contestée, l'ensemble des études de méthodologie satisfaisante concluant à la faible valeur prédictive de ce concept. Le passage à l'acte survient dans un contexte situationnel donné, à un moment particulier, intéressant un agresseur 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 termes de dynamique de dangerosité particulière <sup>[99]</sup>. Pour une personne à nouveau confrontée à une situation dans laquelle elle est passée à l'acte, le risque de récurrence est plus important.

## ***Facteurs de risque criminel***

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 récurrence <sup>[12, 17, 19, 37, 47, 81, 85, 87, 99]</sup>. En France, il est habituel de différencier les facteurs de dangerosité psychiatrique de ceux proprement criminogènes (dangerosité criminologique). Les relations statistiques entre trouble mental et crime violent rendent cette dichotomie volontiers arbitraire et peu pragmatique en pratique médico-légale. 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.

Prédicteurs liés à l'enfance du sujet

Les prédicteurs sont :

- milieu familial brisé et abusif ;
- brutalités parentales, événements traumatiques ;
- perte précoce d'un parent ;
- éducation froide, hostile, permissive ;
- manque de supervision des parents ;
- placements familiaux ou institutionnels ;
- tendances incendiaires, énurésie et cruauté envers les animaux ;
- échec scolaire.

Prédicteurs liés aux antécédents criminels

Ce sont :

- précocité de la délinquance violente ;
- multiplicité et gravité des infractions ;
- condamnations pour violences physiques ou sexuelles ;
- non-lieux pour troubles mentaux.

Prédicteurs liés à l'état mental

Les prédicteurs sont :

- immaturité psychologique, intellectuelle et morale ;
- mentalisation et verbalisation déficientes ;
- introspection difficile ;
- incapacité à communiquer avec autrui ;
- caractère extraverti avec anxiété ;
- personnalité psychopathe-limite ;
- troubles psychotiques ;
- conduites addictives ;
- impulsivité pathologique, perte de contrôle ;
- automutilations ;
- fantasmes déviants agressifs, sexuels, incendiaires, sadiques ;
- comportement imprévisible, irrationnel ;
- colère, hostilité ou ressentiment chroniques ;
- égoïsme, absence de compassion, inaffectivité ;
- hyperémotivité, instabilité émotionnelle ;
- fanatisme politique, religieux.

Prédicteurs liés au mode de vie et aux attitudes sociales

Ce sont :

- inadaptation sociofamiliale ;
- absence d'emploi ;
- marginalité, toxicomanie, prostitution ;
- port d'arme, accès à des instruments de violence ;
- conduite automobile dangereuse, autres conduites à risques ;
- fréquentation des délinquants ;
- attitude de victime, vécu d'injustice, critique de la société ;
- négation ou minimisation des actes violents passés.

Prédicteurs liés à la situation précriminelle

Ce sont :

- situation de crise ;
- état de stress ;
- apparition d'un état dépressif ;
- idées de suicide ou d'homicide ;
- abus d'alcool et de stupéfiants ;
- activité et intensité des symptômes psychiatriques ;
- épisode fécond délirant ;
- forte intentionnalité de faire mal ;
- plan concret d'agression.

Prédicteurs liés à la victime virtuelle

Les prédicteurs sont :

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

Prédicteurs liés à la prise en charge

Il s'agit :

- d'échec répété des tentatives de réinsertion ;
- d'absence de projets d'avenir réalistes ;

Tableau I. – Facteurs du HCR-20 (Webster et al, 1997) [121].

Historiques (passé)	Cliniques (présent)	Gestion du risque (futur)
H1. Violence antérieure H2. Premier acte de violence commis durant la jeunesse H3. Instabilité des relations intimes H4. Problèmes d'emploi	C1. Introspection difficile C2. Attitudes négatives	R1. Plans irréalisables R2. Exposition à des facteurs déstabilisants
H5. Problèmes de toxicomanie H6. Maladie mentale grave H7. Psychopathie H8. Inadaptation durant la jeunesse H9. Troubles de la personnalité H10. Échec antérieur de la surveillance	C3. Symptômes actifs de maladie mentale grave C4. Impulsivité  C5. Résistance au traitement	R3. Manque de soutien personnel R4. Inobservance des mesures curatives R5. Stress

- d'attitude négative à l'égard des interventions ;
- du manque de référents médical et social ;
- de mauvaises relations avec l'entourage personnel et soignant ;
- d'absence, refus, inefficacité du traitement psychiatrique.

L'analyse de ces prédictors et leur association peuvent donner une bonne indication de l'importance du risque statistique théorique de passage à l'acte violent et de récurrence. Le reste est affaire d'éléments circonstanciels, situationnels ou tenant à la nature et à l'attitude de la future victime. Parmi ces prédictors de dangerosité, les traumatismes physiques et sexuels dans l'enfance, la délinquance précoce, l'échec scolaire, l'immaturation, l'inadaptation professionnelle, les conduites addictives et les troubles mentaux tiennent une place importante. Le meilleur indicateur du risque de récurrence criminelle reste cependant la fréquence et le type des antécédents judiciaires, la probabilité qu'une personne commette des actes de violence étant considérablement plus forte si celle-ci a déjà été violente par le passé. Les troubles des conduites dans l'enfance, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité exposent à un risque plus élevé de comportements antisociaux graves ou criminels à l'adolescence et à l'âge adulte [60, 98].

Malgré l'intérêt clinique et épidémiologique de ces paramètres corrélés à la dangerosité et à la récurrence, il nous faut insister sur l'incertitude du pronostic d'un passage à l'acte violent. Les prévisions doivent en effet laisser une place à l'inattendu en matière d'activités humaines et aux circonstances, ces dernières étant une variable aléatoire, un élément conjoncturel. Il est cependant possible de prévoir qu'un individu se trouve dans une situation à risque de violence, surtout si ses antécédents sont connus. L'estimation de la probabilité d'une violence ultérieure passe 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. Ces instruments statistiques d'évaluation du risque ont bien entendu leurs limites [23]. Plusieurs tests et échelles ont été proposés mais le protocole d'évaluation HCR-20 paraît avoir actuellement la faveur de la majorité des professionnels, en particulier au Canada (tableau I).

Les principaux prédictors de récurrence générale ont été résumés récemment dans une importante méta-analyse [37]. Les facteurs statiques sont par ordre d'importance décroissante les antécédents criminels, l'âge, les méthodes d'éducation parentale, les antécédents de comportement antisocial dans l'enfance ou l'adolescence, l'ethnicité, la structure familiale, le sexe masculin, le fonctionnement intellectuel, le statut socioéconomique. Les facteurs dynamiques sont l'existence d'une personnalité antisociale, la fréquentation des délinquants, les comportements antisociaux, un conflit interpersonnel, l'absence de réussite sociale, l'abus de substances, la détresse personnelle [37].

Récemment, Hare et al [46] ont élaboré la Revised Psychopathy Checklist (PCL-R) très utilisée actuellement dans les pays anglo-saxons et au Canada. Le PCL-R comporte deux facteurs : un facteur 1 concernant les aspects relationnels : égocentrisme, manipulation, rudesse, absence de remords (caractéristique psychopathique nucléaire) ; le facteur 2 concerne l'impulsivité, l'instabilité et un style de vie marqué par l'irresponsabilité. Des scores élevés au PCL-R sont corrélés avec un récidivisme important d'agressions violentes [47, 85]. Il existe une traduction française : l'échelle de psychopathie de Hare [85]. La prédiction de la violence par les cliniciens se traduit cependant par une proportion importante – 65 à 86 % – de faux positifs avec une surestimation du risque individuel, ce qui pose d'évidents problèmes éthiques [56, 80]. Une voie de recherche intéressante pourrait être l'étude des facteurs protecteurs de la récurrence en s'intéressant aux délinquants ne récidivant pas.

## Approche clinique

La démarche consistant à concevoir un crime uniquement à partir de la psychopathologie de son auteur et du diagnostic est certainement réductrice [99]. Si les crimes commis par les malades mentaux s'inscrivent dans une dynamique criminogène propre au patient – processus plus ou moins long jalonné de drames existentiels et de situations frustrantes – l'étude d'un passage à l'acte criminel doit prendre en considération les facteurs situationnels ainsi que ceux liés à la victime.

Comme nous l'avons vu, la comorbidité est également importante à considérer [23, 102]. Dans l'étude de Swanson et al [102], menée avec une méthode rigoureuse, la fréquence de la violence augmente avec le nombre de diagnostics catégoriels pour un même patient. Cette comorbidité, qu'elle soit diagnostique catégorielle ou dimensionnelle, augmente considérablement le risque de violence, d'hétéro- et/ou autoagression [5, 23, 102]. La comorbidité entre un trouble mental (schizophrénie) et un abus de substances est particulièrement associée à un risque accru de comportement violent [50, 102, 112, 120]. 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 laboratoire [23, 65, 103]. 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 [23, 103].

L'approche diagnostique catégorielle en psychopathologie est actuellement complétée par une approche dimensionnelle, transnosographique [23]. En effet, l'approche catégorielle seule est insuffisante à la compréhension des mécanismes conduisant un patient à commettre un acte violent. La plupart des patients pour qui le même diagnostic est posé ne passent en réalité jamais à l'acte. L'impulsivité est une dimension intéressante en matière de comportements violents et criminels dans l'appréciation du risque de récurrence [23, 31, 99]. Elle peut être définie comme une tendance à l'action avant la réflexion, tendance s'accompagnant d'un manque d'anticipation ou d'une mauvaise estimation des conséquences avec facilité du recours au passage à l'acte [10]. On peut en rapprocher l'incapacité à différer un comportement, à contrôler ses émotions sexuelles et agressives, la recherche de la nouveauté, l'incapacité à retarder une récompense [10]. 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. Elle pourrait être la cible privilégiée de certains traitements sérotoninergiques. C'est une dimension fréquente dans des entités nosographiques variées : psychoses, troubles bipolaires, personnalité antisociale ou *borderline*, abus de substances, paraphilies, pathologies cérébrales organiques, troubles des conduites, troubles du contrôle des impulsions, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'enfant [10, 54]. L'approche psychométrique permet une mesure

de l'impulsivité par des échelles dimensionnelles comme la Barratt Impulsiveness Scale <sup>[7]</sup>, la Buss-Durkee Hostility Inventory <sup>[54]</sup> évaluant colère et hostilité, l'Overt Aggression Scale <sup>[125]</sup> évaluant les comportements agressifs ou l'échelle d'impulsivité de Lecrubier et al (European Psychiatry, 1995, 10, 331-338). Elle doit cependant être complétée par d'autres sources en raison du manque d'*insight* de ces patients et de possibles biais intentionnels dans les réponses. Ces échelles ne prédisent pas la violence mais peuvent être utilisées comme des mesures du changement dans le temps, particulièrement après traitement.

La dimension suicidaire est également importante à considérer. Asnis et al <sup>[5]</sup> ont souligné la fréquence des idées et antécédents de tentatives d'homicides parmi les patients ambulatoires ainsi que les relations étroites entre homicide et suicide. Dans leur étude, 91 % des auteurs de tentatives d'homicides avaient des antécédents de tentatives de suicides et 86 % des idéations homicides s'accompagnaient d'idées suicidaires. 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 des catégories diagnostiques spécifiques <sup>[5, 68, 74, 99]</sup>.

### SCHIZOPHRÉNIE

Les schizophrénies sont considérées comme les maladies mentales statistiquement les plus criminogènes. Lindqvist et Allebeck <sup>[67]</sup> ont réalisé une étude longitudinale sur une période de 14 ans, portant sur 644 schizophrènes (critères DSM III) hospitalisés à Stockholm et nés entre 1920 et 1959. 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 en Suède. Ces malades avaient commis quatre fois plus d'infractions violentes que la population générale. Une étude longitudinale portant sur des hommes schizophrènes à Londres retrouve un rate-ratio à 3,1 d'infractions violentes plus élevé que les autres troubles mentaux <sup>[122]</sup>. En France, les schizophrènes représentent actuellement de 40 à 50 % des admissions en unité pour malades difficiles.

Le passage à l'acte, en particulier homicide, inaugurant la maladie est classique. Il peut être en fait un mode de révélation de troubles anciens passés inaperçus ou dissimulés par le malade et son entourage. Les violences envers les personnes concernent principalement les proches, les homicides étant commis de façon préférentielle envers les parents. Plus rarement, il s'agit de l'agression d'un inconnu. L'acte se caractérise classiquement par sa gravité, avec acharnement sur la victime, souvent au moyen d'une arme blanche. Les formes paranoïdes et héboïdophréniques sont fréquemment en cause. Les thèmes délirants de persécution et d'influence avec idées d'emprise et de contrôle idéique sont les plus criminogènes <sup>[69]</sup>, ainsi que les délires mystiques. L'agression peut être soudaine, immotivée, irrationnelle, 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 parfois les crimes perpétrés par les hébéphrènes.

Aucun délit n'est spécifique de la maladie. Un schizophrène peut, par ailleurs, avoir un comportement violent en rapport avec un trouble de l'humeur, une intolérance aux frustrations, les effets secondaires de son traitement neuroleptique (akathisie) ou un abus de substances <sup>[99, 103]</sup>. Il peut également commettre une infraction en toute conscience, de façon non liée directement à sa pathologie. Les motivations de l'acte rejoignent alors celles des délinquants ordinaires : utilitaires ou en rapport avec des facteurs non psychiatriques. Notons la fréquence des fantasmes agressifs et pervers chez les schizophrènes, auteurs non exceptionnels de violences sexuelles <sup>[11, 100]</sup>.

### PSYCHOSE PARANOÏAQUE

Les délires paranoïaques ont une réputation classique de dangerosité. Le passage à l'acte est volontiers prémédité et organisé, s'inscrivant dans une démarche paralogique de revendication, de

préjudice ou de persécution. Le malade se vit comme une victime, cherchant à se faire justice. Le crime est considéré comme juste et mérité, ayant valeur de châtiment et d'exemple. Il peut apaiser momentanément la symptomatologie délirante. Le mécanisme psychopathologique est la projection, le patient persécuté tuant pour éviter d'être lui-même victime. La dangerosité est proportionnelle à l'hyperthymie, à l'exaltation passionnelle, mais également à la dépression. Pour le malade, 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, augmentent le risque d'agressivité violente.

Les infractions sont souvent graves et généralement précédées d'agressions verbales ou physiques qui doivent faire redouter une escalade vers un passage à l'acte majeur. Les victimes sont le conjoint et/ou le rival dans le délire de jalousie, le voisinage dans le délire de relation, le ou les persécuteurs, le médecin dans la rare hypocondrie délirante. Les atteintes contre les biens consistent en dégradations ou coups de feu souvent perpétrés de façon préparée et dissimulée sur une période volontiers prolongée. Les moments privilégiés pour les troubles médicolegaux du comportement 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 persécuté désigné.

### PERSONNALITÉS PATHOLOGIQUES (TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ AXE II)

Les personnalités antisociales et *borderline* sont les plus représentées dans les comportements déviants et antisociaux. Toutes les études montrent une prévalence de la personnalité antisociale en prison considérablement plus élevée – 60 % – que dans la population générale (2 à 3 %) <sup>[82]</sup>. Les personnalités antisociales sont caractérisées par l'agressivité, l'impulsivité, l'instabilité, l'intolérance à la frustration, la tendance au passage à l'acte. Les antécédents de carences affectives dans l'enfance sont fréquents et s'accompagnent du sentiment d'être victime de la société avec désir de revanche. Un mécanisme de défense à type de projection est souvent rencontré. Les comportements auto- et hétéroagressifs émaillent la biographie de ces patients. Ils sont volontiers réalisés de façon impulsive et sans préméditation, étant favorisés par l'abus d'alcool ou de substances pour lesquels ces personnes ont une appétence particulière. Ces actes peuvent également résulter 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 signalée, ces psychosociopathes n'éprouvant pas de culpabilité ou de remords, rejetant la responsabilité de leur violence sur la victime.

Une étude de Coid <sup>[29]</sup>, portant sur 260 sujets des deux sexes placés dans des hôpitaux de sécurité maximale 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 % <sup>[29]</sup>. Des meurtres de masse peuvent être commis par des individus ayant des traits de personnalité paranoïaque et/ou narcissique et se sentant offensés <sup>[75]</sup>.

Stone <sup>[101]</sup> insiste pour que soit conservé le trouble personnalité sadique malgré sa disparition actuelle dans le DSM IV. 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 tueurs en série, 92 % recevaient un diagnostic de personnalité sadique et 96 % avaient un score significativement élevé à l'échelle de psychopathie de Hare. Le sadisme sexuel (critères DSM IV) était

retrouvé chez 95 % des hommes meurtriers en série. Les personnalités sadiques, antisociales et schizoïdes apparaissent comme une constellation fréquente dans la population des auteurs d'homicides sexuels en série <sup>[101]</sup>.

### DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

De nombreux travaux statistiques révèlent que les populations de délinquants incarcérés ont un quotient intellectuel moindre que les populations non délinquantes. Des études longitudinales prospectives ont montré que les enfants possédant un QI inférieur à la normale sont à risque supérieur de délinquance. Dans la recherche de Hodgins en 1992 <sup>[50]</sup>, les hommes présentant une déficience intellectuelle ont un risque trois fois plus élevé d'infractions criminelles que les hommes indemnes de trouble mental et de déficience intellectuelle et un risque cinq fois supérieur d'infractions violentes. De même, les femmes déficientes intellectuelles ont presque quatre fois plus de risque d'infractions que les femmes indemnes de trouble mental ou de déficience intellectuelle et vingt-cinq fois plus de probabilité d'infractions violentes. La fréquence de la déficience intellectuelle dans les actes de criminalité a cependant pu être attribuée à des biais. Ces handicapés mentaux se font en effet plus facilement arrêter et avouent facilement même s'ils sont innocents.

D'avantage que le déficit intellectuel qui altère le discernement, les perturbations affectives sont au premier plan dans les troubles du comportement. La déficience intellectuelle peut également être associée à une autre pathologie mentale (délire, personnalité antisociale avec impulsivité, perversité, psychose infantile) réalisant une déficience mentale dysharmonique, ces troubles associés favorisant le passage à l'acte médico-légal. Le rôle de l'humiliation ou du sentiment d'être offensé a été souligné avec une criminalité vengeresse par incendie ou homicide. Les violences envers les personnes peuvent être des coups et blessures, un homicide pour un motif dérisoire, absurde ou puéril, une agression sexuelle. Les atteintes contre les biens consistent en dégradations, vols et incendies. L'alcoolisation, la participation à un groupe favorisent la délinquance. Il est à souligner que le déficient intellectuel peut lui-même être victime des autres.

### TROUBLES DE L'HUMEUR

#### ■ *Dépression*

L'homicide « altruiste » du mélancolique s'inscrivant dans un contexte de suicide élargi ou étendu aux proches est classique quoique rare en pratique <sup>[116]</sup>. Les thématiques délirantes sont des idées de ruine, de culpabilité, de persécution, mystiques ou hypocondriaques. La préméditation avant le crime est habituelle et dissimulée, comme pour le suicide. L'homicide est essentiellement un filicide ou un meurtre du conjoint. Plusieurs études récentes révèlent une proportion relativement importante – entre 16 et 28 % – de pathologies dépressives avant les faits dans des séries d'auteurs d'homicides ou d'actes de violences graves <sup>[12]</sup>. L'association d'éléments dépressifs et d'idées délirantes de nature paranoïde paraît être un facteur de risque homicide à court terme chez les psychotiques. Il est probable que le potentiel criminogène de la dépression et des idées suicidaires est sous-estimé par les cliniciens et dans les expertises <sup>[12, 96]</sup>. Le suicide ou sa tentative chez les meurtriers est un phénomène courant puisque sa fréquence varie de 2 à 6 % aux États-Unis jusqu'à 42 % au Danemark <sup>[75, 124]</sup>. Ces meurtres-suicides intéressent surtout des criminels passionnels présentant une jalousie pathologique, des mères dépressives auteurs de libérides, des pères de famille ou des couples âgés et déprimés souffrant d'affections physiques invalidantes ou douloureuses, des meurtriers de masse <sup>[75]</sup>. La proportion de déprimés dans les meurtres suivis de suicides est importante, allant de 36 à 75 % selon les études <sup>[63, 96, 124]</sup>. La fréquence de la dépression est également élevée dans les pactes suicidaires, accord mutuel entre deux personnes décidant de mourir ensemble, en particulier pour l'instigateur du double suicide <sup>[25, 95]</sup>.

Les relations entre dépression et agressivité, idées de meurtre et de suicide sont décrites depuis longtemps par les psychanalystes. La colère, l'hostilité et l'irritabilité sont fréquentes dans les états dépressifs unipolaires <sup>[36]</sup>. Dans l'étude de Swanson et al (1990) <sup>[102]</sup>, 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. Les idées et comportements homicides et suicides paraissent également fortement corrélés <sup>[5]</sup>. Les mouvements dépressifs et suicidaires semblent 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 <sup>[12]</sup>.

#### ■ *Épisode maniaque*

Dans l'accès maniaque, les actes antisociaux sont de moindre gravité que dans la dépression : outrages, vols, escroqueries, grivèleries, abus de confiance, violences légères, destructions d'objets, exhibitionnisme et gestes impudiques, conduite automobile dangereuse. Ces patients sont souvent victimes de délits sexuels du fait de la libération instinctuelle au cours des accès. 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 peut 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'agitation désordonnée favorisant peu les actes de violence élaborée. Les accès d'hypomanie paraissent davantage pourvoyeurs de comportements violents que les épisodes maniaques francs <sup>[99]</sup>. Il en est de même des états mixtes. La présence d'idées délirantes (persécution), non congruentes à l'humeur, augmente la dangerosité, d'autant qu'il y a un persécuteur désigné. L'alcoolisation accroît la dangerosité. L'accès de manie furieuse avec violence extrême est classique mais rare.

### ÉPISODES PSYCHOTIQUES AIGUS

Les classiques bouffées délirantes et épisodes confusodélirants aigus 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 et non prémédité. Les atteintes contre les biens consistent en dégradations, vols, incendies.

### 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. Le sujet éprouve une sensation de soulagement ou de satisfaction lorsqu'il cède à l'impulsion. Parmi les catégories définies dans le DSM IV <sup>[3]</sup> figurent le trouble explosif intermittent, la pyromanie, le jeu pathologique, la kleptomanie et le trouble du contrôle des impulsions non spécifié. Les trois premiers sont retrouvés plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes. Parfois, des anomalies électroencéphalographiques ou des signes neurologiques discrets sont possibles. L'alcool diminue les capacités de contrôle du patient par désinhibition. 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 <sup>[3]</sup>.

### DÉMENCE

Les actes médico-légaux dans la démence sont relativement rares. Ils sont liés à la détérioration intellectuelle, la perte du jugement, l'agressivité, les troubles du caractère, une complication psychiatrique. Des idées délirantes de préjudice, de persécution et de jalousie peuvent être associées. Il n'existe généralement pas de préméditation, les infractions étant exécutées avec maladresse et sans précaution<sup>[99]</sup>. Il s'agit de coups et blessures, d'agressions sexuelles, de vols ou dégradations matérielles diverses. À l'exemple des déments mentaux et des maniaques, les personnes démentes sont en réalité infiniment plus souvent victimes qu'auteurs de délits ou de crimes.

### ÉPILEPSIE

La maladie épileptique paraît prédisposer légèrement à la criminalité, la prévalence de l'épilepsie paraissant plus élevée en prison que dans la population générale. La forme temporaire semble plus volontiers à l'origine de comportements violents<sup>[33]</sup>. En réalité, il est nécessaire de ne pas sous-estimer l'importance des troubles intellectuels et affectifs associés à l'épilepsie. La violence peut être ainsi corrélée à des perturbations caractérielles intercritiques et à une éventuelle détérioration intellectuelle, le tout aggravé par un abus d'alcool ou de substances. Les troubles mentaux, notamment délirants, sont également plus nombreux chez les épileptiques. L'agressivité est ainsi en relation avec l'existence de ces manifestations pathologiques associées plutôt qu'avec la crise épileptique elle-même.

### DYSSOMNIES ET PARASOMNIES

Les violences pendant le sommeil sont rares. Elles peuvent survenir lors de la confusion qui suit un réveil soudain, au cours d'un épisode de somnambulisme ou être corrélées au contenu d'un rêve angoissant<sup>[4, 49, 72]</sup>. Le rôle des apnées du sommeil, d'un abus d'alcool a pu être souligné. Certaines maladies neurologiques (démence, maladie de Parkinson, atrophie olivo-ponto-cérébelleuse) peuvent favoriser des agressions pendant une phase de sommeil paradoxal<sup>[4]</sup>. Le diagnostic de ces parasomnies nécessite un enregistrement polygraphique du sommeil. Elles sont à différencier des actes de violence accomplis en pleine conscience après une longue rumination au cours d'une insomnie nocturne favorisant l'angoisse et désinhibition.

### TROUBLES ANXIEUX

Les troubles névrotiques sont rarement à l'origine d'un passage à l'acte médico-légal grave. Ce dernier est alors classiquement associé à une dimension de souffrance avec culpabilité et recherche inconsciente d'une punition. Des idées obsédantes ou des obsessions impulsives concernant un acte d'agressivité envers autrui ne sont pas rares. L'obsessionnel compulsif ne réalise cependant qu'exceptionnellement un tel acte lors d'une dynamique d'épuisement psychique après lutte intérieure incessante avec symptomatologie dépressive. De fausses hétéro-accusations d'agressions sexuelles sont classiquement décrites dans l'hystérie.

### CONDUITES ADDICTIVES

L'alcool et l'usage ou l'abus d'autres substances psychoactives augmentent la criminalité et les comportements agressifs pour les malades mentaux comme pour les sujets indemnes de troubles<sup>[102]</sup>. La prévalence des troubles abus et/ou dépendance à ces produits est également plus élevée parmi les personnes souffrant d'autres troubles psychiatriques<sup>[91]</sup>. Dans l'étude de Hodgins et al en 1996<sup>[52]</sup>, une proportion significativement élevée de sujets ayant 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. Dans les travaux portant sur

des cohortes de naissance non biaisées ou des échantillons d'auteurs d'homicides, des antécédents d'abus de substances et d'intoxication ont été retrouvés comme majorant le risque de comportement criminel, violent ou non<sup>[34, 35, 39, 50, 52]</sup>. Dans une récente recherche menée en Finlande<sup>[35]</sup> sur 1 423 auteurs d'homicides, les schizophrènes avaient un risque relatif d'homicide respectivement de sept et cinq fois supérieur pour les hommes et les femmes non alcooliques en comparaison avec des sujets indemnes de troubles, ce risque s'élevant respectivement à 17 et 80 fois plus en cas de diagnostic secondaire de trouble lié à l'usage d'alcool. Les mêmes conclusions ressortissent de l'analyse des données de l'étude ECA aux États-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<sup>[91, 102]</sup>.

#### ■ Alcool

L'association entre alcool et crime violent a été démontrée de façon extensive<sup>[34, 39, 50, 52, 79, 112]</sup>. L'alcool favorise toutes les violences, en particulier domestiques. Les mécanismes invoqués sont une désinhibition, l'impulsivité, la perte de contrôle. Les états d'ivresse aiguë peuvent ainsi entraîner un passage à l'acte médico-légal pouvant aller jusqu'à l'homicide. Les variétés cliniques d'ivresses pathologiques violentes (excitomotrices en pratique), accompagnées d'amnésie consécutive, sont souvent en cause. Dans l'alcoolisme chronique, les troubles du caractère ou la détérioration intellectuelle peuvent également favoriser un acte criminel. L'alcoolisme facilite également l'apparition de 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 idée fixe postonirique. 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 en faible quantité 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 d'homicide<sup>[34]</sup>. De nombreux patients 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<sup>[27]</sup>.

#### ■ Abus de substances

De nombreuses études montrent une association entre abus de substances psychoactives et criminalité<sup>[34, 35, 39, 50, 102, 112]</sup>. La toxicomanie est 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 : vols s'accompagnant de violences, recours à la prostitution. Certaines substances entraînent des manifestations psychiatriques favorisant des comportements criminels ou violents<sup>[93]</sup>. Un effet confusiogène peut être observé avec de nombreux produits, particulièrement avec l'association cannabis-alcool ou en cas d'abus de cannabis. Des épisodes paranoïdes violents sont possibles en cas d'utilisation de psychostimulants (amphétamines, ecstasy, cocaïne, crack), de phencyclidine (PCP ou « poussière d'ange »), de barbituriques d'action rapide.

Un effet désinhibiteur avec libération instinctuelle est quelquefois observé avec la prise d'alcool, de cannabis, de tranquillisants. Les benzodiazépines entraînent parfois des états d'obnubilation avec euphorie, ébriété, sentiment d'invincibilité, levée des inhibitions, agressivité, manifestations antisociales, le passage à l'acte étant suivi d'une phase d'endormissement avec amnésie antérograde. Ce tableau est potentialisé par l'alcool<sup>[93]</sup>. Les substances psychoactives sont habituellement associées entre elles, la consommation



**Tableau II. – Comportement lors du crime de deux grandes catégories de meurtriers (Bénézech, 1994<sup>[14]</sup>).**

Comportement criminel	Criminel psychopathe	Criminel psychotique
<i>Antécédents</i>	pénaux	psychiatriques
<i>Agressivité</i>	fréquente	rare
<i>Relation</i>	extravertie	introvertie
<i>Motivation</i>	rationnelle	délirante
<i>Arme</i>	souvent préparée	improvisée
<i>Crime</i>	organisé	désorganisé
<i>Violence</i>	variable	souvent grande
<i>Victime</i>	connue ou de rencontre	entourage proche
<i>Complices</i>	fréquents	agit seul
<i>Suicide</i>	rare	fréquent
<i>Relation à la justice</i>	cherche à s'échapper	se dénonce ou se laisse arrêter

polytoxicomanaque étant de règle. Les manifestations de sevrage peuvent enfin s'accompagner de troubles graves du comportement (alcool, héroïne, crack).

## Infractions médico-légales

### HOMICIDE

L'homicide franchement pathologique est réalisé par un agresseur unique, sans signes de participation de complices éventuels. La scène du crime témoigne d'un comportement désorganisé et violent, le mobile paraissant inexistant ou illogique. La victime présente des blessures multiples, témoignant d'un acharnement excessif et ne touchant pas spécifiquement les organes vitaux. Il y a de fréquentes lésions du visage (défiguration). Des actes sexuels ante- et post-mortem sont possibles. Une arme d'opportunité est en général utilisée : pieds, mains, objet contondant, arme blanche ou à feu, lien. Le meurtre est réalisé de près et d'ordre confrontational, l'étranglement étant fréquent, ainsi que les blessures de défense sur la victime. Il n'y a pas de mise en scène, de maquillage du crime, le cadavre étant abandonné sans précautions. La victime est souvent connue ou de proximité. Un homicide de masse est possible. L'arrestation de cette catégorie de meurtrier pathologique est habituellement facile car il reste sur la scène du crime ou dans son voisinage immédiat ou laisse de nombreuses traces permettant de l'identifier aisément. Il se dénonce ou se laisse arrêter sans résistance, sans chercher à échapper à la police. Une tentative de suicide après le meurtre (meurtre-suicide) n'est pas rare<sup>[14]</sup>. Un tel type d'homicide peut être commis par un grand psychotique, mais également par un sadique sexuel passagèrement incontrôlé, un sujet traversant une crise passionnelle, existentielle, coléreuse, émotive, liée à des difficultés familiales, professionnelles ou sociales. Nous proposons schématiquement de différencier l'homicide commis par un psychotique de celui réalisé par un sujet présentant une personnalité antisociale (tableau II).

Nous avons établi une classification originale des homicides pathologiques<sup>[15]</sup>. Les auteurs de ces crimes souffrent d'anomalies psychiques plus ou moins importantes à l'origine de leur comportement médico-légal. Ils se différencient des délinquants dotés d'une personnalité sensiblement normale ou présentant des traits caractéristiques 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) :

– *L'homicide impulsif* en cas de troubles intellectuels (déficience légère) et/ou de la personnalité (antisociale ou *borderline*), souvent commis en état d'ivresse avec colère pathologique lors d'un conflit, d'une frustration ou d'une crise. La victime peut être un proche ou une personne inconnue de l'agresseur ;

– *L'homicide passionnel* par incapacité à supporter une séparation ou une menace de rupture. La perte de l'objet entraîne une souffrance

intolérable à l'origine d'un processus émotionnel et dépressif meurtre-suicide. La victime est le plus souvent le ou la partenaire comme le sont parfois les enfants du couple ;

– *L'homicide sexuel*. Son auteur agit avant tout soit pour dominer la victime, soit par colère (haine envers les femmes ou haine indifférenciée), soit par plaisir (sadisme). Le crime est d'autant moins planifié et organisé que l'agresseur est jeune, inexpérimenté, sous l'influence de la drogue ou de l'alcool, ou présente des troubles mentaux. La scène du crime reflète alors la nature spontanée et désordonnée du passage à l'acte. La victime est généralement inconnue du meurtrier. Elle est sélectionnée en cas de crime organisé ou simplement ciblée (victime aléatoire d'opportunité) en cas de crime désorganisé.

– *L'homicide dépressif*. Son auteur présente une pathologie névrotique, une personnalité limite, une psychose maniacodépressive ou autre qui va entraîner ses proches dans la mort au cours d'un moment émotionnel de niveau mélancolique ou mélancoliforme. La régression fusionnelle avec la victime s'accompagne de culpabilité et de douleur morale intenses. La victime est quelquefois consentante en cas de « pacte suicidaire ». La motivation de l'agresseur se veut altruiste ou possessive ;

– *L'homicide psychotique non délirant*. Son auteur souffre soit de schizophrénie de type hébéphrénocatatonique ou héboïdophrénique, soit de séquelles de psychose infantile sous forme de dysharmonie évolutive. La motivation est d'ordre intellectuel plus qu'émotionnel. Le crime se produit parfois pour des causes insignifiantes dans un contexte de réaction impulsive brutale échappant à tout contrôle. Parents et personnes proches sont les victimes les plus exposées ;

– *L'homicide psychotique délirant*. Son auteur est atteint d'un état délirant aigu ou chronique en période féconde provoquant une altération importante des rapports avec la réalité. Le passage à l'acte survient habituellement dans un état émotionnel intense s'accompagnant parfois d'un niveau de conscience abaissé et d'une désorganisation de la personnalité. C'est la projection délirante sur la victime qui est à l'origine des sentiments de peur, de jalousie et de persécution motivant la réaction meurtrière défensive de l'agresseur. Là encore, les proches parents ont un risque victimologique élevé ;

– *L'homicide de cause organique*. Son auteur est soit sous l'emprise d'un ou plusieurs toxiques, soit porteur d'une pathologie somatique susceptible de provoquer des perturbations émotionnelles criminogènes : trouble métabolique, tumeur cérébrale, démence, trouble du sommeil. Le meurtre est réalisé souvent au cours d'un état d'excitation confusodélirant aigu par perception erronée de l'environnement avec vécu onirique persécutoire. Parmi ces troubles mentaux organiques, il faut citer les ivresses alcooliques pathologiques et les syndromes induits par d'autres substances psychoactives : stupéfiants, antidépresseurs, stéroïdes anabolisants ;

– *L'homicide non classable ailleurs*. Ce dernier groupe comprend une grande variété de crimes pathologiques, depuis le meurtre compulsif de motivation névrotique jusqu'au meurtre passagèrement psychotique, en passant par le meurtre réalisé par une personne souffrant d'hyperémotivité, de sentiment d'infériorité, de traits de personnalité passive-agressive.

Une telle classification est bien entendu réductrice. Un homicide passionnel a presque toujours une connotation dépressive, comme d'ailleurs certains meurtres impulsifs, sexuels ou psychotiques. Notre classement, fondé pour l'essentiel sur l'état mental des meurtriers et leur motivation éventuelle, nous paraît cependant correspondre à la réalité clinique des homicides pathologiques.

### PARRICIDE

Les auteurs de crimes familiaux sont souvent perturbés psychologiquement selon deux pôles dominants : un versant psychotique/vengeur pour le parricide et le fratricide, un versant passionnel/dépressif pour l'uxoricide et le filicide<sup>[15]</sup>. Les parricides représentent 3 à 6 % de l'ensemble des homicides<sup>[78]</sup>. Dans leur

grande majorité (90 %), ils sont commis par les fils prenant leur père pour victime<sup>[13]</sup>. Les adolescents parricides agissent habituellement dans un contexte non psychotique, le meurtre étant perpétré au cours d'une explosion coléreuse faisant suite à des abus répétés et à la violence intrafamiliale du père. Le souci de protéger la mère ou les autres membres de la fratrie est le mobile le plus souvent exprimé<sup>[83]</sup>.

La proportion de troubles psychotiques parmi les adultes auteurs de parricide est plus importante. Ces crimes représentent une proportion non négligeable 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 psychoses tuent préférentiellement leur mère, la schizophrénie étant de fait le diagnostic le plus fréquent<sup>[13, 78]</sup>. Si le passage à l'acte est habituellement décrit comme survenant dans un contexte paroxystique et soudain, beaucoup d'auteurs de parricides expriment un sentiment ancien d'impasse relationnelle, d'étouffement, d'échec de toutes les tentatives de prise de distance. Ils peuvent être confrontés à l'idée parricide depuis une longue période, essayant souvent d'obtenir une aide psychiatrique avant le drame<sup>[78]</sup>.

### INFANTICIDE ET LIBÉRICIDE

L'annuaire statistique de la justice en France recense actuellement de 50 à 100 infanticides ou libéricides par an, ce qui correspond à environ 5 % des homicides volontaires. L'infanticide est le meurtre ou l'assassinat d'un nouveau-né. La libéralisation de la contraception et de l'interruption volontaire de grossesse ont probablement beaucoup contribué à diminuer sa fréquence. Les auteurs d'infanticides sont presque exclusivement des mères indemnes de pathologie psychiatrique avérée et invoquant le non-désir d'enfant. Le pic de prévalence se situe à 20-25 ans et le milieu socioculturel est souvent modeste, une activité professionnelle n'étant que rarement exercée. On observe chez ces criminelles une personnalité immature, des difficultés à communiquer, une grande solitude affective, le déni d'une grossesse souvent cachée à l'entourage et l'illégitimité de l'enfant.

Les libéricides, qui concernent les enfants plus âgés, apparaissent davantage pathologiques. Les parents sont fréquemment en cause. Pour les victimes très jeunes, les auteurs sont plus souvent leurs mères que leurs pères, ce rapport tendant à s'inverser quand l'enfant progresse en âge<sup>[92]</sup>. Les agresseurs souffrent de troubles dépressifs et d'idées suicidaires préexistants au passage à l'acte<sup>[24, 92]</sup>. De 16 à 29 % des mères et de 40 à 60 % des pères se suicident immédiatement après le meurtre de leurs enfants<sup>[75]</sup>. La mélancolie, les psychoses du post-partum, les pathologies délirantes aiguës ou chroniques peuvent également être en cause. Les complications de l'alcoolisme sont encore à l'origine de violences et de sévices mortels envers les enfants. Citons pour mémoire le syndrome de Münchhausen par procuration.

### AGRESSION SEXUELLE

Les agressions sexuelles sont particulièrement graves par leur fréquence, leur tendance à la récurrence et la qualité des victimes. Deux lois (n° 94-88 du 1<sup>er</sup> février 1994 et n° 98-468 du 17 juin 1998) sont venues renforcer récemment 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 sociojudiciaire pouvant comprendre une injonction de soins<sup>[115]</sup>. Les auteurs d'agressions sexuelles sont maintenant la catégorie pénale la plus importante dans l'institution pénitentiaire française, représentant 20 % des 51 961 personnes détenues au 1<sup>er</sup> janvier 1999. Près de 50 % des affaires jugées en cours d'assises concernent des crimes sexuels dont la moitié se rapportent à un viol sur mineur commis en milieu familial par un proche (statistiques du ministère de la Justice).

L'incidence des affections psychiatriques parmi les délinquants sexuels, à l'exception des troubles de la personnalité, de l'alcoolisme

et de l'abus de substances, n'apparaît pas plus importante que dans la population générale de niveau socioéconomique équivalent<sup>[6]</sup>. Les sujets souffrant de troubles mentaux avérés ne représentent en effet qu'une faible proportion des auteurs de crimes ou délits sexuels<sup>[109]</sup>. Les questionnaires de personnalité et les épreuves projectives ne permettent pas de distinguer un agresseur sexuel d'un non-agresseur sexuel. Il n'existe pas de profil psychologique spécifique<sup>[77]</sup>.

La majorité des auteurs d'infractions sexuelles sont des hommes, une faible proportion de femmes étant également retrouvée aux États-Unis (10 %) <sup>[109]</sup>. Les adolescents sont de plus en plus fréquemment impliqués, en particulier dans les viols commis à plusieurs : 50 % des agresseurs sexuels adultes rapportent avoir commis leur premier délit sexuel dans l'adolescence<sup>[20]</sup>. On estime que les adolescents sont responsables de 25 % des viols et de 40 à 50 % des autres agressions sexuelles sur les enfants<sup>[20]</sup>. Entre 20 et 30 % des viols de femmes adultes sont également le fait d'adolescents<sup>[6]</sup>.

### ■ Exhibitionnisme

L'exhibitionnisme est la paraphilie la plus fréquente, la prédominance masculine étant écrasante. La signification inconsciente de ce comportement a été rapportée à une angoisse de castration, le sujet cherchant à se rassurer sur le fait qu'il a bien un pénis. Une dimension compulsive a pu être évoquée. Une faible estime de soi avec tendance à la dévalorisation, un déficit d'habiletés sociales et de connaissances sexuelles sont des caractéristiques usuelles. La symptomatologie débute souvent dans l'adolescence, une apparition tardive devant faire suspecter une étiologie médicale ou psychiatrique (confusion, démence, délire, manie). Des comportements exhibitionnistes sont décrits dans certaines affections neurologiques : maladie de Parkinson postencéphalitique, syndrome frontal, chorée de Huntington, épilepsie, encéphalopathie post-traumatique<sup>[86]</sup>. Il est nécessaire de rechercher d'autres paraphilies associées<sup>[86, 109]</sup>. Certains meurtriers ou violeurs en série ont des antécédents d'exhibitionnisme dans l'adolescence avec une escalade dans la gravité des comportements médicologaux. Le taux de récurrence légale est un des plus importants des paraphilies, les chiffres variant de 19 à 41 %<sup>[6]</sup>.

### ■ Viol

Le viol est défini par l'article 222-23 du Code pénal français 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 ».

#### Typologie des violeurs

Depuis les travaux de Groth (1979)<sup>[42]</sup>, de nouvelles typologies d'auteurs de viols ont été établies avec une rigueur méthodologique utilisant des méthodes statistiques (analyses de *clusters*) permettant d'identifier des groupes de sujets homogènes. Des facteurs tels que l'alcoolisme, l'abus de substances, la psychose, les troubles organiques ou la déficience intellectuelle n'apparaissent pas comme des critères de classification mais seulement comme pouvant influencer ceux-ci<sup>[77]</sup>. Une personnalité antisociale est souvent invoquée. Seuls 10 % des auteurs de viol réunissent les critères du « sadisme sexuel » où la souffrance de la victime est l'unique source d'excitation sexuelle chez l'agresseur<sup>[3, 109]</sup>. Quatre grandes catégories (opportunisme, rage indifférenciée, motivation sexuelle et motivation vindicative) sont ainsi proposées dans la classification de Knight (1990)<sup>[59]</sup>. La typologie la plus récente des viols, en fonction des motivations et du comportement de l'agresseur, est la suivante<sup>[55, 114]</sup>.

- *Recherche de réassurance ou compensation*  
(« *power-reassurance rape* »)

L'agression a une fonction de réassurance pour un violeur au vécu marqué par 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 se sentant inadaptés dans la vie en général et envers les femmes tout particulièrement, présentant des difficultés à initier ou entretenir une relation, menant une vie solitaire. La victime est sélectionnée dans le voisinage et son approche a lieu essentiellement par surprise. Le violeur utilise le minimum de force nécessaire, ne voulant pas la blesser, renonçant en cas de résistance. Il tend à rassurer sa victime, s'enquérant de ses désirs et recherchant sa participation. Il peut reprendre contact avec elle après l'agression, pensant que celle-ci a été appréciée et que sa victime éprouve un sentiment pour lui.

- *Recherche de pouvoir ou expression d'un sentiment de domination (« power-assertive rape »)*

Ces violeurs ont souvent une insertion sociale plus satisfaisante. L'égoïsme et l'importance qu'ils attachent à leur image « virile » les caractérisent avec le sentiment d'avoir le droit d'agresser sexuellement comme expression de leur domination masculine et de leur supériorité. La victime est sélectionnée ou d'opportunité, choisie pour une vulnérabilité particulière. Le viol a lieu avec une violence importante qui augmente avec la résistance de la victime. La recherche du contrôle, de la maîtrise et d'une humiliation de la victime, considérée comme un objet pour les fantasmes sexuels du violeur, est au premier plan.

- *Rage (colère, vengeance ou déplacement, « anger-retaliatory rape »)*

L'agression est brutale, souvent impulsive et spontanée, ayant pour but de dégrader et de détruire la victime. Le viol apparaît comme une extension de l'agression physique, les contacts sexuels étant une façon de plus d'humilier, de blesser et dégrader la victime. Un événement déclenchant est souvent évoqué dans les heures précédant l'infraction (dispute avec famille, conjoint ou employeur...), un sentiment de rage et de colère étant davantage ressenti par ces agresseurs qu'une véritable excitation sexuelle rattachable à des fantaisies déviantes. La victime n'a pas de caractéristiques particulièrement recherchées par son violeur : elle est souvent inconnue, représentative des objets de haine. Elle apparaît comme un substitut permettant le déplacement de la rage et du ressentiment envers les femmes, comme le réceptacle des pulsions agressives.

- *Sadisme (« anger-excitation rape »)*

Les viols sont préparés et planifiés selon un imaginaire érotique violent. Ils 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 du violeur mais sont sélectionnées, choisies en raison de caractéristiques particulières (âge, apparence, vêtements, statut social, vulnérabilité spéciale). Des objets (liens, instruments de torture) sont souvent apportés par l'agresseur. Les tortures impliquent de façon privilégiée les organes génitaux qui peuvent être l'objet de mutilations particulières. Les violences sont également psychologiques, le violeur prenant plaisir à terroriser sa victime en la menaçant de mort, en suscitant un sentiment de désespoir, en simulant une exécution. Il tue parfois sa victime pour ne pas être dénoncé et garde des souvenirs ou trophées de ses agressions.

Le taux de récidive est de 20 à 36 % pour les violeurs de femmes adultes ayant absorbé de l'alcool avant l'infraction ou commis des actes de violence physique lors de celle-ci<sup>[6]</sup>. La probabilité de récidive sexuelle augmente avec le nombre de délits sexuels antérieurs, d'antécédents de comportements violents et d'incarcérations.

### ■ **Pédophilie**

Les abus sexuels sur des mineurs prépubères sont fréquents, concernant un peu moins de 10 % des personnes interrogées lors d'enquêtes dans la population générale préservant l'anonymat<sup>[1]</sup>. Près de 20 % des femmes auraient été victimes d'abus sexuels dans

**Tableau III. – Typologie des pédophiles (adapté de Knight, Carter et Prentky, 1989<sup>[6, 58, 77]</sup>).**

- **Axe I** : Degré de fixation

- **Axe II** : Fréquence du contact avec les enfants

- **Grande quantité de contacts**

Signification du contact sexuel :

*Type I* : Signification interpersonnelle : l'enfant que l'adulte connaissait parfois depuis longtemps est perçu comme un objet d'affection, voire d'amour. L'activité sexuelle, non génitale, se limite à des caresses, des étreintes ou une masturbation de la victime par le sujet.

*Type II* : Signification narcissique : l'enfant est considéré comme un objet destiné à assouvir des pulsions avec recherche d'orgasme du sujet. La victime est le plus souvent inconnue de l'auteur de l'agression, le délit étant peu planifié, impulsif.

- **Faible quantité de contacts**

• **Violence réduite** : absence de blessures de la victime

*Type III* : Non sadique : le sujet agit par séduction ou persuasion, sans érotisation de l'agression ou de la peur suscitée chez la victime.

*Type IV* : Sadique : l'agresseur prend plaisir à faire mal ou à provoquer de la peur chez l'enfant, avec introduction de corps étranger, sodomie, actes sadiques réalisés selon un rituel précis.

• **Violence élevée**

*Type V* : Non sadique agressif : l'agression est liée à un sentiment de colère et de rage envers la victime, un de ses parents, sa classe sociale, les femmes. Le sentiment de rage est prédominant, sans érotisation évidente.

*Type VI* : Sadique : érotisation de l'agression avec plaisir à faire mal ou effrayer la victime. Les comportements sont ritualisés et/ou étranges allant au-delà d'une relation sexuelle normale (sodomie agressive, mutilation des organes génitaux...).

l'enfance ou l'adolescence, la moitié avant l'âge de 12 ans. Les auteurs de ces violences sexuelles sont quasi exclusivement des hommes, 20 à 30 % des enfants victimes étant des garçons<sup>[21]</sup>. La pédophilie appartient au groupe des paraphilies telles qu'elles ont été définies dans les classifications internationales actuelles. Il est nécessaire de distinguer la pédophilie primaire, dite encore d'élection ou chronique, forme la plus fréquente qui commence à l'adolescence, de la pédophilie réactionnelle ou transitoire, par remplacement ou compensation. La pédophilie peut rarement être secondaire à une affection mentale : schizophrénie, démence, déficience intellectuelle. Selon la nature de la relation affective entre l'adulte et l'enfant, il est classique de décrire une pédophilie de type « amoureux » (victime connue, activité non génitale) et une pédophilie de type narcissique-pervers (victime inconnue, actes génitalisés).

### Typologies des pédophiles

Groth et al (1982)<sup>[43]</sup> ont élaboré un modèle de classification en fonction du niveau de violence de l'agresseur sexuel, différenciant d'une part l'atteinte à la pudeur avec séduction, persuasion et recherche d'une réciprocité avec l'enfant et d'autre part le viol où menaces, intimidation et force physique sont utilisés. Dans ce second cas, la victime apparaît comme le réceptacle de l'hostilité du sujet ou de son désir de domination, étant investie de façon négative, dépersonnalisée, humiliée. Ces auteurs différencient « l'attentat à la pudeur » en deux types selon que la fixation (préférence sexuelle ancienne pour les enfants datant souvent de l'adolescence) ou la régression est prédominante. Knight, Carter et Prentky (1989)<sup>[58]</sup> ont proposé un modèle de classification plus récent, aux critères diagnostiques opérationnels, en utilisant des méthodes statistiques modernes. Leur classification comprend un axe I intéressant le degré de fixation, faible ou forte, selon l'intensité des intérêts envers les enfants, et le niveau de compétence sociale. L'axe II évalue la fréquence du contact avec les enfants (tableau III).

### ■ **Inceste**

Contrairement à une opinion répandue, la proportion d'adultes auteurs d'agressions sexuelles sur des enfants inconnus est faible, l'inceste étant beaucoup plus courant. De nombreuses études confirment par ailleurs la fréquence des abus sexuels dans l'enfance des agresseurs sexuels incarcérés (un tiers des cas), ce qui pose la question de la transmission transgénérationnelle de la maltraitance.

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 consciente 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. Il est possible de distinguer quatre catégories d'inceste : avec échange affectif (sans violence, recherche d'affection, de chaleur, de contact et d'intimité avec l'enfant), érotique, agressif, furieux. La relation incestueuse peut se prolonger sur plusieurs années, la révélation étant tardive ou absente. L'inceste se rencontre dans tous les milieux mais paraît prédominer dans les familles défavorisées. La confusion des générations, l'absence de repères entre parents et enfants sont souvent invoquées. L'alcoolisme paternel est fréquent, comme les antécédents de carences affectives et d'abus sexuels des parents. Une psychorigidité, un égocentrisme et une tendance autoritaire sont les traits de personnalité les plus souvent rencontrés chez les pères incestueux avec souci d'un conformisme social de façade. Par rapport à la pédophilie, les récidives sont moins fréquentes dans les agressions incestueuses (0 à 11 %) [6].

### ■ **Récidivisme**

Les facteurs pouvant favoriser l'émergence d'une activité fantasmatique sexuelle déviante ou d'une réaction coléreuse sexualisée 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 problèmes liés à l'image corporelle. Les conflits avec des adultes perçus comme injustes ou menaçants, avec des personnes en situation d'autorité, ainsi que des situations de solitude et d'abandon joueraient ce même rôle chez les pédophiles [77]. Au-delà de ces facteurs favorisants, une humeur générale négative apparaît comme étant la variable la plus fortement associée à l'émergence d'une activité imaginaire déviante. Les délinquants sexuels présentent souvent des déficits relationnels dans la confiance éprouvée envers les autres [6].

La motivation d'un agresseur à entreprendre un traitement a initialement un caractère utilitaire : éviter une incarcération, se présenter sous un jour favorable devant le magistrat, atténuer une peine [6]. La demande de soins est presque toujours fluctuante, nécessitant un encadrement légal attentif, tout spécialement en début de traitement. Les délinquants sexuels ont par ailleurs tendance à minimiser leur problématique sexuelle, rejetant la responsabilité sur l'agressé, cherchant à se donner un rôle de victime. Il est donc essentiel de recueillir des renseignements émanant de différentes sources, telles que rapports de police, déclarations de la victime ou contacts avec l'entourage. La consultation du dossier judiciaire complet est indispensable à une bonne évaluation diagnostique, pronostique et thérapeutique. L'analyse de la carrière criminelle, la description exacte et détaillée des antécédents pénaux sont également fondamentaux, le principal prédicteur du récidivisme étant le nombre et la gravité des antécédents criminels.

Certaines variables sont décrites comme des indicateurs d'un risque prévisible de récidive [6, 17, 40, 44, 45, 89]. Elles sont résumées dans l'encadré qui suit.

La comorbidité psychiatrique est importante à considérer dans le risque de récidive : existence d'un trouble anxieux ou de l'humeur, usage de substances psychoactives, présence d'une autre paraphilie, insuffisance du désir sexuel et de l'érection [90]. On estime que de 15 à 60 % des agresseurs sexuels non soignés récidivent sur une période de quelques années. Un traitement adapté est considéré comme pouvant faire diminuer de 20 à 30 % le risque de récidive et donc protéger les victimes potentielles [2, 41, 73, 109]. Il existe une sous-estimation du récidivisme réel, la plupart des études évaluant l'efficacité des programmes de traitement étant fondées sur la seule récidive légale [6]. L'hormonothérapie, les thérapies cognitivocomportementales, les antidépresseurs sérotoninergiques paraissent particulièrement intéressants [73, 109].

#### **Prédicteurs de dangerosité sexuelle potentielle**

- **Syndrome d'alcoolisme fœtal**
- **Antécédents de sévices sexuels dans l'enfance**
- **Jeunesse de l'agresseur**
- **Personnalité antisociale, sadisme**
- **Importance de la comorbidité psychiatrique**
- **Nombre et gravité des infractions sexuelles antérieures**
- **Antécédents de comportements violents et d'incarcérations**
- **Adhésion à des croyances sexuelles déviantes**
- **Préférences sexuelles déviantes, enfant prépubères victimes**
- **Alcoolisation avant les faits**
- **Agression sexuelle avec violence physique, viol**
- **Agression sexuelle extrafamiliale**
- **Multiplicité des victimes**
- **Agression des fillettes avec coït**
- **Pédophilie primaire (d'élection ou chronique)**
- **Pédophilie homosexuelle**
- **Conduite exhibitionniste**
- **Usage de la pornographie**
- **Traitement absent ou incomplet d'un agresseur sexuel à risque élevé**

### **INCENDIE CRIMINEL**

L'incendie volontaire est une infraction grave et fréquente. L'incendiaire primaire « type » est le plus souvent un homme jeune, d'une trentaine d'années, célibataire, sans antécédents psychiatriques ni judiciaires. Des carences éducatives dans l'enfance, un isolement social et affectif, une inhibition, un niveau intellectuel faible, une immaturité sont souvent décrits. La vengeance, la pulsion et l'attrance par le feu sont les trois motivations essentielles des incendiaires, un sentiment de colère ou de désespoir étant également fréquemment observé [62]. Les conduites incendiaires ne sont pas spécifiques d'une affection mentale particulière, la majorité de leurs auteurs ne présentant pas de pathologie avérée [8, 62]. Une personnalité antisociale, une déficience intellectuelle ou un alcoolisme sont des troubles souvent rencontrés en expertise. La fréquence des affects dépressifs et suicidaires chez les incendiaires a été soulignée. Le véritable pyromane est rare, sinon exceptionnel [8, 62]. La pyromanie est considérée comme un trouble du contrôle des impulsions dans les classifications internationales actuelles (DSM-IV) [3].

Laxenaire [62] dresse le portrait de l'incendiaire récidiviste : homme jeune dans 90 % des cas – entre 15 et 25 ans – ayant subi des carences sévères dans l'enfance et présentant une schizophrénie ou un alcoolisme grave. Ses antécédents comporteraient des contacts répétés ou intenses avec le feu, en particulier des actes incendiaires ou des brûlures par imprudence dans l'enfance. Il existerait de fait une corrélation entre une fascination pathologique pour le feu chez les jeunes de 5 à 10 ans et son utilisation à l'âge adulte lors de situations conflictuelles. Pour ces récidivistes, les motivations les plus fréquentes sont la pulsion et l'attrance par le feu, la vengeance et la dimension utilitaire passant au second plan. Une ou plusieurs tentatives de suicides antérieures sont un prédicteur important de récidive [31]. Les incendies prennent alors souvent une ampleur croissante.

### **VOLS PATHOLOGIQUES**

Les vols pathologiques sont à différencier des vols utilitaires, conscients et organisés. Pathologiques ou le plus fréquemment utilitaires, les vols représentent une proportion importante des infractions commises par les sujets à la personnalité antisociale et peuvent alors s'accompagner de violences envers autrui. Des vols utilitaires ou par nécessité sont également réalisés par des personnes souffrant de troubles mentaux graves sans être nécessairement reliés à leur pathologie.

Les vols pathologiques peuvent être observés au cours de nombreuses affections : état démentiel (vols absurdes), déficience

intellectuelle, trouble délirant (épisode délirant aigu, schizophrénie), trouble bipolaire (épisode dépressif majeur, hypomanie ou manie), état confusionnel, trouble obsessionnel-compulsif (collectionnisme), trouble dissociatif, conduite addictive, personnalité antisociale. Des vols sont également possibles dans le fétichisme (sous-vêtements féminins).

La kleptomanie est une entité nosographique considérée comme un trouble du contrôle des impulsions dans le DSM-IV [3]. Il résulte des recherches actuelles que cette « compulsion au vol » paraît plutôt associée à des troubles anxieux ou de l'humeur qu'aux troubles obsessionnels-compulsifs, entrant préférentiellement dans le cadre des troubles affectifs (*affective spectrum disorder*) [38, 76]. Elle serait également à inclure dans le spectre des conduites addictives à l'exemple de l'alcoolisme, la toxicomanie, la boulimie, le jeu ou les achats pathologiques, toutes addictions comportementales pouvant alterner ou se superposer, renforçant ainsi la validité du concept d'addiction, de trouble multi-impulsif [9, 16].

### Aspects neurobiologiques

Les recherches sur la neurobiologie de la violence tentent de découvrir des marqueurs (anatomiques, biochimiques, génétiques) permettant une meilleure compréhension de ses causes et mécanismes intrinsèques. Ces études tentent également de trouver des molécules pouvant agir sur les voies nerveuses qui fonctionneraient anormalement chez les personnes présentant des troubles mentaux et des accès récurrents de violence [74].

De nombreuses structures cérébrales sont impliquées dans l'agressivité dont l'aire septale, l'hippocampe, l'amygdale, le noyau caudé, le thalamus, l'hypothalamus ventromédian, le mésencéphale, le tegmentum, le pont ou les noyaux du raphé. La participation du cervelet a également été invoquée. Le cortex préfrontal apparaît comme un régulateur [32, 33]. Parmi les neuromédiateurs, la sérotonine, l'acide  $\gamma$ -aminobutyrique (GABA), la noradrénaline interviendraient dans l'inhibition des comportements agressifs, la dopamine et le glutamate ayant à l'inverse un rôle excitateur [23]. Des modèles animaux d'agressivité sont décrits depuis longtemps en relation avec une altération de la transmission de la sérotonine liée à une mutation d'un gène, à des lésions de voies nerveuses spécifiques ou à l'administration de substances inhibitrices.

Les premières études montrant une association entre une faible concentration d'acide 5-hydroxyindoléacétique (5-HIAA), principal métabolite de la sérotonine dans le liquide céphalorachidien (LCR), et des comportements suicidaires de nature impulsive et violente ont été largement reproduites dans plusieurs pays [22]. Un certain nombre de recherches ont également montré que des délinquants violents impulsifs ont des concentrations en 5-HIAA dans le LCR significativement plus basses que les sujets contrôles [28, 64, 65, 66, 70, 117, 118]. Linnoila et al [70] retrouvent cette différence en comparant des auteurs d'infractions violentes, impulsives et non impulsives. Des concentrations basses en 5-HIAA dans le LCR ont par ailleurs été constatées chez des incendiaires et des meurtriers récidivistes [117, 118]. Pour les hommes alcooliques violents ou incendiaires, ce trait a été retrouvé associé à des antécédents familiaux de violence paternelle et d'alcoolisme [119]. Les délinquants violents présentant ce trait biologique ont davantage d'antécédents suicidaires et un taux de récurrence criminelle plus élevé [117, 118]. Ce caractère biologique a également été observé chez des auteurs de libérides ou de tentatives de libérides ayant ensuite tenté de se suicider [64]. Des facteurs familiaux ont été observés dans des études longitudinales, l'agressivité précoce étant un prédicteur de comportements antisociaux et criminels, cette agressivité se retrouvant sur plusieurs générations [65].

L'ensemble des travaux concernant la sérotonine montrent qu'une certaine forme d'impulsivité, une agressivité excessive ou une incapacité à contrôler les pulsions agressives sont les variables comportementales associées à de faibles concentrations de 5-HIAA dans le LCR, indépendamment du groupe diagnostique et de l'acte

commis [22, 65]. Il s'agit d'un « trait » génétiquement transmis. Il est très probable que des facteurs épigénétiques potentialisent ces facteurs de risque : maltraitance et carences parentales pendant l'enfance. Les recherches de la génétique ont essentiellement porté sur l'existence d'un chromosome X ou Y supplémentaire, un risque de criminalité plus élevé pouvant cependant passer par d'autres facteurs : faible niveau intellectuel, mutation ponctuelle rare d'un gène lié à l'X sans anomalie du nombre de chromosomes. Les études sur les jumeaux et les adoptés sont en faveur de l'intervention à la fois de facteurs de risque génétiques et d'environnement [26]. Nous ne devrions plus nous contenter d'une évaluation purement clinique ou actuarielle des comportements criminels les plus graves. Des examens complémentaires d'exploration du système nerveux central (imagerie cérébrale) et biologiques sont maintenant justifiés [23, 103].

### Évaluation et expertise

Nous avons depuis longtemps souligné les évidentes insuffisances de l'expertise psychiatrique en matière d'appréciation de la dangerosité et de la stratégie thérapeutique. 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, 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 pronostics portés par les experts et ceux des psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire ou en unités pour malades difficiles [18, 97].

À la différence d'autres systèmes judiciaires étrangers [87], la France ne dispose pas de procédures d'évaluation permettant la mise en évidence et la quantification d'indicateurs concrets de dangerosité criminologique et psychiatrique. Un effort certain doit être accompli en matière d'expertise pour évaluer de façon satisfaisante et régulière le risque de récurrence. Bien sûr, prédiction ne veut pas dire certitude, le comportement humain étant infiniment complexe et ne pouvant se réduire à un bilan clinique, instrumental et biologique, même répété. Nous sommes dans le domaine des seules probabilités statistiques. Les prévisions les plus sérieuses sur l'état dangereux et les résultats de sa prise en charge laissent obligatoirement une place aux impondérables en matière d'activité humaine et de circonstances qui représentent une variable aléatoire, un élément conjoncturel. Pour autant, la recherche et l'évaluation des prédicteurs de violence criminelle, des besoins individuels et des apprentissages nécessaires, des facteurs pouvant favoriser une réinsertion et des possibilités thérapeutiques sont à même d'orienter au mieux vers des mesures préventives et curatives susceptibles de réduire les risques majeurs de violence [17, 87].

La création de centres régionaux d'évaluation et d'expertise criminologique pour les auteurs d'infractions graves, complexes ou récidivantes nous paraît en ce sens intéressante. La mission d'expertise pourrait être confiée à une équipe pluridisciplinaire utilisant l'examen clinique mais également des méthodes et échelles quantitatives d'évaluation des comportements et de la personnalité. L'observation médicopsychologique prolongée permettrait au psychiatre expert de mieux apprécier la responsabilité pénale et la dangerosité avant condamnation ou libération. De telles structures médico-légales pourraient également permettre de mieux évaluer le pronostic et d'élaborer un programme individualisé de traitement [17, 18]. On éviterait peut-être ainsi la concentration anormale de malades mentaux graves, tout spécialement psychotiques, dans les établissements pénitentiaires ou du moins on pourrait espérer qu'ils y soient mieux soignés et réinsérés [61, 71].

### Profilage criminel

Cette technique, utilisée dans les pays anglo-saxons, peut être utile dans certaines infractions violentes (incendie volontaire, agression sexuelle, homicide) lorsque l'auteur des faits reste inconnu [55, 113, 114].

L'établissement du profil possible de personnalité du coupable permet en effet quelquefois de faciliter son arrestation en orientant les recherches vers le ou les suspects les plus probables, venant en complément des méthodes classiques de l'enquête policière.

En cas d'homicide, divers aspects de la scène du crime sont intéressants à considérer : organisation ou désorganisation du mode opératoire, signature, dépersonnalisation, mise en scène, conduite de réparation, trophées ou souvenirs, fantômes criminels. Une visite sur les lieux après la phase de l'enquête initiale est indispensable afin d'apprécier l'environnement et les circonstances du crime. Il est également nécessaire de disposer de l'ensemble des éléments du dossier de l'enquête. La méthode du profilage doit maintenant trouver sa place en France à côté des investigations traditionnelles des services enquêteurs et des techniques modernes de la police scientifique.

## Conclusion

Contrairement aux idées antérieures, la plupart des auteurs s'intéressant à la question de la dangerosité criminelle reconnaissent actuellement l'existence d'un lien entre violence, homicide et maladie mentale, lien persistant même après contrôle des données

démographiques et socioéconomiques [74, 80]. Cette association paraît plus importante en cas de troubles mentaux sévères, en particulier psychotiques, le risque augmentant avec l'usage ou l'abus d'alcool et/ou de substances psychoactives. L'importance de cette association, bien que statistiquement significative, reste cependant modeste en comparaison d'autres éléments comme l'âge, le sexe, l'environnement familial, les niveaux d'éducation ou socioéconomique [74, 80, 102, 105]. La violence et les crimes pouvant être exclusivement attribués à la maladie mentale ne représentent en réalité qu'une faible proportion de la criminalité générale. Il est également nécessaire de souligner que la plupart des personnes souffrant de troubles mentaux ne commettront jamais 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 la télévision, le cinéma ou la littérature.

Les psychiatres sont sollicités de façon croissante dans le cadre d'expertises psychopathologiques pour éclairer la justice, évaluer la dangerosité et mettre en œuvre des protocoles de soins et de réhabilitation (injonction thérapeutique). Pour cela, ils devraient s'aider d'instruments validés et, dans leurs conclusions, s'en tenir prudemment aux données issues des études empiriques ayant isolé les principaux facteurs de risque en matière de récidive.

## Références

- [1] Alberne T. Criminologie et psychiatrie. Paris : Ellipses, 1997
- [2] Alexander MA. Sexual offender treatment efficacy revisited. *Sex Abuse: J Res Treat* 1999 ; 11 : 101-116
- [3] American psychiatric association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Traduction française coordonnée par Guelfij D. Paris: Masson, 1983, 1989, 1996
- [4] Arbus L. Les violences au cours du sommeil. In : Billiard M éd. Le sommeil normal et pathologique. Paris : Masson, 1994 : 364-369
- [5] Asnis GM, Kaplan ML, Hunderfean G, Saeed W. Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1997 ; 20 : 405-424
- [6] Aubut J. Les agresseurs sexuels. Théorie, évaluation et traitement. Paris : Maloine, 1993
- [7] Barratt ES, Stanford MS. Impulsiveness. In : Personality characteristics of the personality disordered client. New York : John Wiley, 1995 : 91-118
- [8] Barte HN, Ostapczef G. Criminologie clinique. Paris : Masson, 1992
- [9] Baylé FJ, Chignon JM, Adès J, Léo H. Addictions alternantes : à propos de trois cas. *Encéphale* 1996 ; 22 : 293-297
- [10] Baylé FJ, Olié JP. Concept d'impulsivité. *Ann Méd Psychol* 1998 ; 156 : 588-595
- [11] Benayoun MD, Bénézech M. Le psychotique pervers et la sanction pénale. Analyse clinique et psychodynamique. *Ann Méd Psychol* 1999 ; 157 : 657-672
- [12] Bénézech M. Dépression et crime : revue de la littérature et observations originales. *Ann Méd Psychol* 1991 ; 149 : 150-165
- [13] Bénézech M. De quoi souffrent les parricides ? *Perspect Psychiatr* 1992 ; 34 : 207-212
- [14] Bénézech M. Des crimes fous commis par les fous et les autres. *Forensic* 1994 ; 5 : 41-44
- [15] Bénézech M. Classification des homicides volontaires et psychiatrie. *Ann Méd Psychol* 1996 ; 154 : 161-173
- [16] Bénézech M. Considérations médico-psycho-sociales sur le vol pathologique. À propos d'une observation originale de kleptomanie. *Ann Méd Psychol* 2000 ; 158 : 774-780
- [17] Bénézech M. Introduction à l'étude de la dangerosité. Rapport pour les 13<sup>es</sup> rencontres nationales des services médico-psychologiques régionaux et unités pour malades difficiles ayant pour thème " Les dangersités ". Centre Chaillot-Galliera, Paris, 19 novembre 2001
- [18] Bénézech M, Auriacombe M, Martin C, Serin N. De la nécessité impérieuse de créer des centres d'évaluation et d'expertise criminologiques. *Ann Méd Psychol* 1995 ; 153 : 597-600
- [19] Bénézech M, Forzan-Jorissen S, Groussin A. Le concept d'état dangereux en psychiatrie médico-légale. *J Méd Lég Droit Méd* 1997 ; 40 : 323-333
- [20] Blatier C. La délinquance des mineurs. L'enfant, le psychologue, le droit. Saint-Martin-d'Hères (Isère) : Presses Universitaires de Grenoble, 1999
- [21] Bouhet B, Pérard D, Zorman M. De l'importance des abus sexuels en France. In : Gabel M éd. Les enfants victimes d'abus sexuels. Paris : PUF, 1992
- [22] Bourgeois M. Impulsivity, suicide and serotonin. *Hum Psychopharmacol* 1991 ; 6 : 31-36
- [23] Bourgeois M, Bénézech M. Dangerosité criminologique, psychopathologie et co-morbidité psychiatrique. *Ann Méd Psychol* 2001 ; 159 : 1-12
- [24] Bourget D, Bradford JM. Homicidal parents. *Can J Psychiatry* 1990 ; 35 : 233-238
- [25] Brown M, King E, Barraclough B. Nine suicide pacts: a clinical study of a consecutive series 1974-1983. *Br J Psychiatry* 1995 ; 167 : 448-451
- [26] Carlier M. Génétique, agression et criminalité. In: Alberne T éd. Criminologie et psychiatrie. Paris : Ellipses, 1997 : 377-381
- [27] Cloninger R. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 1987 ; 236 : 410-416
- [28] Coccaro EF. Central serotonin and impulsive aggression. *Br J Psychiatry* 1989 ; 155 : 52-62
- [29] Coid JW. DSM-III diagnosis in criminal psychopathy: a way forward. *Crim Behav Ment Health* 1992 ; 2 : 78-89
- [30] Davis S. Violence by psychiatric inpatients: a review. *Hosp Community Psychiatry* 1991 ; 42 : 585-590
- [31] De Jong J, Virkkunen M, Linnoila M. Factors associated with recidivism in a criminal population. *J Nerv Ment Dis* 1992 ; 180 : 543-550
- [32] Eichelman B. Aggressive behavior: from laboratory to clinic. Quo vadit? *Arch Gen Psychiatry* 1992 ; 49 : 488-492
- [33] Elliot FA. Violence. The neurologic contribution: an overview. *Arch Neurol* 1992 ; 49 : 595-603
- [34] Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 497-501
- [35] Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull* 1996 ; 22 : 83-89
- [36] Fava M. Crises de colère dans les troubles dépressifs unipolaires. *Encéphale* 1997 ; 23 (suppl III) : 39-42
- [37] Gendreau P, Little T, Goggin C. A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: what works! *Criminology* 1996 ; 34 : 575-607
- [38] Goldman M. Kleptomania: making sense of the nonsensical. *Am J Psychiatry* 1991 ; 148 : 986-996
- [39] Gottlieb P, Gabrielsen G, Kramp P. Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatr Scand* 1987 ; 76 : 285-292
- [40] Greenberg DM. Sexual recidivism in sex offenders. *Can J Psychiatry* 1998 ; 43 : 459-465
- [41] Grossman LS, Martis B, Fichtner CG. Are sex offenders treatable? A research overview. *Psychiatr Serv* 1999 ; 50 : 349-361
- [42] Groth AN, Birnbaum HJ. Men who rape: the psychology of the offender. New York : Plenum Press, 1979
- [43] Groth AN, Hobson WF, Gary TS. The child molester: clinical observations. *J Soc Work Hum Sex* 1982 ; 1 : 129-144
- [44] Grubin D. Predictors of risk in serious sex offenders. *Br J Psychiatry* 1997 ; 170 : 17-21
- [45] Hanson RK, Bussiere MT. Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *J Consult Clin Psychol* 1998 ; 66 : 348-362
- [46] Hare RD, Harpur TJ, Hakstian AR et al. The revised psychopathy checklist: reliability and factor structure. *Psychol Assess: J Consult Clin Psychol* 1990 ; 2 : 338-341
- [47] Harris GT, Rice ME, Quinsey VL. Violent recidivism of mentally disordered offenders: the development of a statistical prediction instrument. *Crim Justice Behav* 1993 ; 20 : 315-335
- [48] Harry B, Steadman HJ. Arrest rates of patients treated at a community mental health center. *Hosp Community Psychiatry* 1988 ; 39 : 862-866
- [49] Hartmann E. Two case reports: night terrors with sleepwalking. A potentially lethal disorder. *J Nerv Ment Dis* 1983 ; 171 : 503-505
- [50] Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992 ; 49 : 476-483
- [51] Hodgins S, Côté G. The prevalence of mental disorders among penitentiary inmates. *Can Ment Health* 1990 ; 38 : 1-5
- [52] 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 : 489-496
- [53] Holcomb WR, Ahr PR. Arrest rates among young adult psychiatric patients treated in inpatient and outpatient settings. *Hosp Community Psychiatry* 1988 ; 39 : 52-57
- [54] Hollander E, Cohen L, Simon L. Impulse-control disorders measures. In : Handbook of psychiatric measures. Washington : American Psychiatric Association, 2000
- [55] Jackson JL, Bekerian DA. Offender profiling. Theory, research and practice. Chichester : Wiley, 1997
- [56] Klassen D, O'Connor WA. A prospective study of predictors of violence in adult male mental health admissions. *Law Hum Behav* 1988 ; 12 : 143-158

- [57] Klassen D, O'Connor WA. Assessing the risk of violence in released mental patients: a cross-validation study. *Psychol Assess: J Consult Clin Psychol* 1990; 1 : 75-81
- [58] Knight RA, Carter DL, Prentky RA. A system for the classification of child molester. *J Interperson Viol* 1989; 4 : 3-23
- [59] Knight RA, Prentky RA. Classifying sexual offenders: The development and corollation of taxonomic models. In : Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE eds. Handbook of sexual assault: issues, theories and treatment of the offender. New York: Plenum Press, 1990 : 23-52
- [60] Kratzer L, Hodgins S. Adult outcomes of child conduct problems: a cohort study. *J Abnormal Child Psychol* 1997; 25 : 65-81
- [61] Lamb HR, Weinberger LE. Persons with severe mental illness in jail and prisons: a review. *Psychiatr Serv* 1998; 49 : 483-492
- [62] Laxenaire M, Kuntzburger F. Les incendiaires. Collection Médecine et Psychothérapie. Paris : Masson, 1995
- [63] Lecomte D, Fornes P. Homicide followed by suicide: Paris and its suburbs, 1991-1996. *J Forensic Sci* 1998; 43 : 760-764
- [64] Lidberg L, Asberg M, Sundqvist-Stensman UB. 5-hydroxyindoleacetic acid levels in attempted suicide who have killed their children. *Lancet* 1984; 2 : 928
- [65] 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
- [66] Lidberg L, Tuck JR, Asberg M, Scalia-Tomba GP, Bertilsson L. Homicide, suicide and CSF 5-HIAA. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 71 : 230-236
- [67] Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and crime: a longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry* 1990; 157 : 345-350
- [68] Link BG, Andrews H, Cullen FT. The violent and illegal behaviour of mental patients reconsidered. *Am Sociol Rev* 1992; 57 : 275-292
- [69] Link BG, Stueve A. Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. In: Monahan J, Steadman HJ eds. Violence and mental disorder. Chicago: University of Chicago Press, 1994 : 137-159
- [70] Linnoila M, Virkkunen M, Scheinin M, Nuutila A, Rimon R, Goodwin FK. Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior. *Life Sci* 1983; 33 : 2609-2614
- [71] Macheret-Christe F, Gravier B. Schizophrénie, psychose et prison. *Lettre Schizophr* 2001; 23 : 2-7
- [72] Mahowald MW, Bundlie SR, Hurwitz TD, Schenck CH. Sleep violence. Forensic science implications: polygraphic and video documentation. *J Forensic Sci* 1990; 35 : 413-432
- [73] Marshall WL, Anderson D, Fernandez Y. Cognitive behavioural treatment of sexual offenders. New York: John Wiley, 1999
- [74] Marzuk PM. Violence, crime and mental illness. How strong a link? *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53 : 481-486
- [75] Marzuk PM, Tardiff K, Hirsch CS. The epidemiology of murder-suicide. *JAMA* 1992; 267 : 3179-3183
- [76] McElroy SL, Pope HG, Hudson JL, Keck PE, White KL. Kleptomania: a report of 20 cases. *Am J Psychiatry* 1991; 148 : 652-657
- [77] McKibben A. La classification des agresseurs sexuels. In : Aubut J éd. Les agresseurs sexuels. Théorie, évaluation et traitement. Paris : Maloine, 1993 : 58-78
- [78] Millaud F, Auclair N, Meunier D. Parricide and mental illness. *Int J Law Psychiatry* 1996; 19 : 173-182
- [79] Modestin J, Berger A, Amman R. Mental disorder and criminality. Male alcoholism. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184 : 393-402
- [80] Monahan J. Mental disorder and violent behavior: perception and evidence. *Am Psychol* 1992; 47 : 511-521
- [81] Monahan J, Steadman HJ, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, Silver E et al. Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *Br J Psychiatry* 2000; 176 : 312-319
- [82] Moran P. The epidemiology of antisocial personality disorder. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1999; 34 : 231-242
- [83] Newhill CE. Parricide. *J Fam Viol* 1991; 6 : 375-394
- [84] Otto R. The prediction of dangerous behaviour. A review and analysis of "second generation" research. *Forensic Rep* 1992; 5 : 103-133
- [85] Pham T, Remy S, Dailliet A, Lienard L. Psychopathie et évaluation des comportements violents en milieu psychiatrique de sécurité. *Encéphale* 1998; 24 : 173-179
- [86] Pinard GF. L'exhibitionnisme. In : Alberhe T éd. Criminologie et psychiatrie. Paris : Ellipses, 1997 : 257-265
- [87] Programme de prévention de la violence. Manuel de formation à l'intention du personnel. Service correctionnel du Canada, 2000
- [88] Rabkin J. Criminal behavior of discharged mental patients: a critical appraisal of the research. *Psychol Bull* 1979; 86 : 1-27
- [89] Rasmussen LA. Factors related to recidivism among juvenile sexual offenders. *Sex Abuse: Res Treat* 1999; 11 : 69-85
- [90] Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F, Christenson GA, Miner M. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry* 1999; 156 : 786-788
- [91] Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264 : 2511-2518
- [92] Resnick PJ. Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. *Am J Psychiatry* 1969; 126 : 325-334
- [93] Richard D, Senon JL. Délinquance et toxicomanie. In : Alberhe T éd. Criminologie et psychiatrie. Paris : Ellipses, 1997 : 347-353
- [94] Robins LN, Regier PA. Psychiatric disorder in America. The epidemiologic catchment area study. New York : Free Press, 1991
- [95] Rosenbaum M. Crime and punishment. The suicide pact. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40 : 979-982
- [96] Rosenbaum M. The role of depression in couples involved in murder suicide and homicide. *Am J Psychiatry* 1990; 147 : 1036-1037
- [97] Saint P. Inadéquations entre l'expertise psychiatrique et la dangerosité criminologique. *Synapse* 1999; 160 : 37-42
- [98] Sattelfield J, Swanson J, Schell A, Lee F. Prediction of antisocial behavior in attention-deficit hyperactivity disorder boys from aggressive/defiance scores. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33 : 185-190
- [99] Senninger JL, Fontaa V. Psychopathologie des malades dangereux. Paris : Dunod, 1996
- [100] Smith AD. Aggressive sexual fantasy in men with schizophrenia who commit contact sex offence against women. *J Forensic Psychiatry* 1999; 10 : 538-552
- [101] Stone MH. The personalities of murderers : the importance of psychopathy and sadism. In : Skodol AE ed. Psychopathology and violent crime. Washington : American Psychiatric Press, 1998
- [102] 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 : 761-770
- [103] Tardiff K. The current state of psychiatry in the treatment of violent patients. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49 : 493-499
- [104] Tardiff K, Koenigsberg HW. Assaultive behavior among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1985; 142 : 960-963
- [105] Taylor P, Gunn J. Homicides by people with mental illness: myth and reality. *Br J Psychiatry* 1999; 174 : 9-14
- [106] Teplin LA. The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparison with the epidemiologic catchment area program. *Am J Public Health* 1990; 80 : 663-669
- [107] Teplin LA, Abram KM, McClelland GM. Does psychiatric disorder predict violent crime among released jail detainees? A six-year longitudinal study. *Am Psychol* 1994; 49 : 335-342
- [108] Teplin LA, Abram KM, McClelland GM. Prevalence of psychiatric disorder among incarcerated women: I. Pretrial jail detainees. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53 : 505-512
- [109] Thibaut F. Troubles des conduites sexuelles. Diagnostic et traitement. *Encycl Méd Chir* (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37-105-G-10, 2000 : 1-9
- [110] Tiihonen J, Eronen M, Hakola P. Criminality associated with mental disorders and intellectual deficiency. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50 : 917-918
- [111] Tiihonen J, Hakola P. Psychiatric disorders and homicide recidivism. *Am J Psychiatry* 1994; 151 : 436-438
- [112] Tiihonen J, Isohanni M, Räsänen P, Koiranen M, Moring J. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 Northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry* 1997; 154 : 840-845
- [113] Toutin T. Le profilage criminel. Paris : La Documentation Française, 2000
- [114] Turvey BE. Criminal profiling. An introduction to behavioral evidence analysis. London : Academic Press, 1999
- [115] Tyrode Y, Bourcet S, Senon JL, Olié JP. Suivi socio-judiciaire : loi du 17 juin 1998. *Encycl Méd Chir* (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37-901-A-60, 2001 : 1-5
- [116] Vanelle JM, Olié JP. Les homicides altruistes. In : Les séminaires du Girard. Paris : Euthérapie édition, 1986 : 17-25
- [117] Virkkunen M, Dejong J, Bartko J, Goodwin FK, Linnoila M. Relationship of psychobiological variables to recidivism in violent offenders and impulsive fire setters. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46 : 600-603
- [118] Virkkunen M, Dejong J, Bartko J, Linnoila M. Psychobiological concomitants of history of suicide attempts among violent offenders and impulsive fire setters. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46 : 604-606
- [119] Virkkunen M, Eggert M, Rawlings R, Linnoila M. A prospective follow-up study of alcoholic violent offenders and fire setters. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53 : 523-529
- [120] Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S, Ruschena D, Browne C. Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *Br J Psychiatry* 1998; 172 : 477-484
- [121] Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. HCR-20 : Assessing risk for violence -version 2. Vancouver : Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University, 1997
- [122] Wessely S. The epidemiology of crime, violence and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1997; 170 : 8-11
- [123] Wessely S, Taylor R. Madness and crime: criminology versus psychiatry. *Crim Behav Ment Health* 1991; 1 : 193-228
- [124] West DJ. Murder followed by suicide. London : Heinemann, 1965
- [125] Yudovsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry* 1986; 143 : 35-39