

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2016

THESE N°: 218

APPROCHE CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE
DE L'HOMICIDE CHEZ UN PSYCHOTIQUE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mr. Othman AYOUCHE
Né le 28 Juillet 1990 à Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Homicide – Psychose – Psychopathologie – Schizophrénie – Paranoïa.

JURY

Mr. M. Z. BICHRA

Professeur de Psychiatrie

PRESIDENT

Mr. J. MEHSSANI

Professeur de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mr. A. ELOUANNAS

Professeur de Psychiatrie

Mr. A. BOUREZZA

Professeur de Neurologie

Mr. M. EL KADIRI

Professeur de Psychiatrie

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

رَبَّنَا وَسِعْتَ كُلَّ شَيْءٍ
رَّحْمَةً وَعِلْمًا

سورة غافر

صَلَّى
الْعَظِيمِ



UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE – RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS

**ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih
Pr. TAOBANE Hamid*

Chirurgie Cardio-Vasculaire
Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

Pr. BENOSMAN Abdellatif

Chirurgie Thoracique

Novembre 1983

Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI

Rhumatologie

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne – *Clinique Royale*
Anesthésie -Réanimation
Pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima
Pr. BENSaid Younes
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. AJANA Ali
Pr. CHAHED OUZZANI Houria
Pr. EL YAACoubi Moradh
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAoui Mohamed

Radiologie
Gastro-Entérologie
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida
Pr. HERMAS Mohamed

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Traumatologie Orthopédie

Décembre 1989

Pr. ADN AOUI Mohamed
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali*
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne – **Doyen de la FMPR**
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOU DA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAoui Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – **Doyen de la FMPO**
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – **Dir. du Centre National PV**
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOU DA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DAOUDI Rajae
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad

Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie

Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL AOUAD Rajae
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. MOUDENE Ahmed*
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BRAHMI Rida Slimane
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. EL ABBADI Najia
Pr. HANINE Ahmed*
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes

Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Traumatologie- Orthopédie **Inspecteur du SS**
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation – **Dir. HMIM**
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale

Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. MOHAMMADI Mohamed
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. CHAOUIR Souad*
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. OUAHABI Hamid*
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. EZZAITOUNI Fatima
Pr. LAZRAK Khalid *
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*
Pr. LABRAIMI Ahmed*

Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - **Directeur ERSM**
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Neurologie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Gastro-Entérologie
Neurologie – **Doyen Abulcassis**
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Traumatologie Orthopédie
Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AIT OURHROUI Mohamed
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. HSSAIDA Rachid*
Pr. LAHLOU Abdou
Pr. MAFTAH Mohamed*
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. NASSIH Mohamed*
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Neurologie

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

Pr. ABABOU Adil
Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*

Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale

Pr. DRISSI Sidi Mourad*
 Pr. EL HIJRI Ahmed
 Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 Pr. EL MADHI Tarik
 Pr. EL OUNANI Mohamed
 Pr. ETTAIR Said
 Pr. GAZZAZ Miloudi*
 Pr. HRORA Abdelmalek
 Pr. KABBAJ Saad
 Pr. KABIRI EL Hassane*
 Pr. LAMRANI Moulay Omar
 Pr. LEKEHAL Brahim
 Pr. MAHASSIN Fattouma*
 Pr. MEDARHRI Jalil
 Pr. MIKDAME Mohammed*
 Pr. MOHSINE Raouf
 Pr. NOUINI Yassine
 Pr. SABBAH Farid
 Pr. SEFIANI Yasser
 Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Radiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 Pr. AMEUR Ahmed *
 Pr. AMRI Rachida
 Pr. AOURARH Aziz*
 Pr. BAMOU Youssef *
 Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 Pr. BENZEKRI Laila
 Pr. BENZZOUBEIR Nadia
 Pr. BERNOUSSI Zakiya
 Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
 Pr. CHOHO Abdelkrim *
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. EL MANSARI Omar*
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
 Pr. NAITLHO Abdelhamid*
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RACHID Khalid *

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie

Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOUGHALEM Mohamed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHABOUZE Samira
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. LEZREK Mohammed*
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENHALIMA Hanane
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Cardiologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie (*mise en disponibilité*)
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire

Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. ESSAMRI Wafaa
Pr. FELLAT Ibtiham
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. GHADOUANE Mohammed*
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AMMAR Haddou*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*

Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
ORL
Parasitologie
Anesthésie réanimation

Pr. BALOUCH Lhousaine*
 Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GANA Rachid
 Pr. GHARIB Noureddine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MOUTAJ Redouane *
 Pr. MRABET Mustapha*
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
 Pr TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. AGDR Aomar*

Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Neuro chirurgie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologique
 Parasitologie
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

Médecine interne
 Pédiatre

Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMAHZOUNE Brahim*
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. AZENDOUR Hicham*
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. L'KASSIMI Hachemi*
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
 Pr. ZOUHAIR Said*

Chirurgie Générale
 Neurologie
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie orthopédique
 Hématologie biologique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Microbiologie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-phtisiologie
 Microbiologie

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*

Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 ORL
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie

Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. LEZREK Mounir
 Pr. MALIH Mohamed*
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie
 Gastro entérologie
 Anatomie pathologique
 Ophtalmologie
 Pédiatrie
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie générale
 Hématologie
 Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
 Pr. ABOUELALAA Khalil*
 Pr. BELAIZI Mohamed*
 Pr. BENCHEBBA Driss*
 Pr. DRISSI Mohamed*
 Pr. EL ALAOUÏ MHAMDI Mouna
 Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
 Pr. EL OUAZZANI Hanane*
 Pr. ER-RAJÏ Mounir
 Pr. JAHID Ahmed
 Pr. MEHSSANI Jamal*
 Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
 Anesthésie Réanimation
 Psychiatrie
 Traumatologie Orthopédique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Médecine Interne
 Pneumophtisiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie pathologique
 Psychiatrie
 Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir
 Pr. AIT EL CADI Mina
 Pr. AMRANI HANCHI Laila
 Pr. AMOUR Mourad
 Pr. AWAB Almahdi
 Pr. BELAYACHI Jihane
 Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
 Pr. BENCHEKROUN Laila
 Pr. BENKIRANE Souad
 Pr. BENNANA Ahmed*
 Pr. BENSEFFAJ Nadia
 Pr. BENSGHIR Mustapha*
 Pr. BENYAHIA Mohammed*
 Pr. BOUATIA Mustapha
 Pr. BOUABID Ahmed Salim*
 Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
 Pr. CHAIB Ali*
 Pr. DENDANE Tarek
 Pr. DINI Nouzha*
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
 Pr. ELFATEMI Nizare

Pharmacologie – Chimie
 Toxicologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Réanimation Médicale
 Anesthésie Réanimation
 Biochimie-Chimie
 Hématologie
 Informatique Pharmaceutique
 Immunologie
 Anesthésie Réanimation
 Néphrologie
 Chimie Analytique
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie
 Cardiologie
 Réanimation Médicale
 Pédiatrie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Neuro-Chirurgie

Pr. EL GUERROUJ Hasnae
 Pr. EL HARTI Jaouad
 Pr. EL JOUDI Rachid*
 Pr. EL KABABRI Maria
 Pr. EL KHANNOUSSI Basma
 Pr. EL KHLOUFI Samir
 Pr. EL KORAICHI Alae
 Pr. EN-NOUALI Hassane*
 Pr. ERRGUIG Laila
 Pr. FIKRI Meryim
 Pr. GHANIMI Zineb
 Pr. GHFIR Imade
 Pr. IMANE Zineb
 Pr. IRAQI Hind
 Pr. KABBAJ Hakima
 Pr. KADIRI Mohamed*
 Pr. LATIB Rachida
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr. MEDDAH Bouchra
 Pr. MELHAOUI Adyl
 Pr. MRABTI Hind
 Pr. NEJJARI Rachid
 Pr. OUBEJJA Houda
 Pr. OUKABLI Mohamed*
 Pr. RAHALI Younes
 Pr. RATBI Ilham
 Pr. RAHMANI Mounia
 Pr. REDA Karim*
 Pr. REGRAGUI Wafa
 Pr. RKAIN Hanan
 Pr. ROSTOM Samira
 Pr. ROUAS Lamiaa
 Pr. ROUIBAA Fedoua*
 Pr. SALIHOUN Mouna
 Pr. SAYAH Rochde
 Pr. SEDDIK Hassan*
 Pr. ZERHOUNI Hicham
 Pr. ZINE Ali*

Médecine Nucléaire
 Chimie Thérapeutique
 Toxicologie
 Pédiatrie
 Anatomie Pathologie
 Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Physiologie
 Radiologie
 Pédiatrie
 Médecine Nucléaire
 Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
 Pr. GHOUNDALE Omar*
 Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Urologie
 Médecine Interne

****Enseignants Militaires***

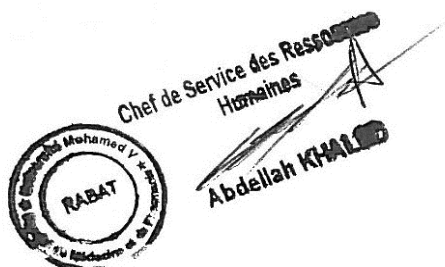
2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. BARKYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootechnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbès	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

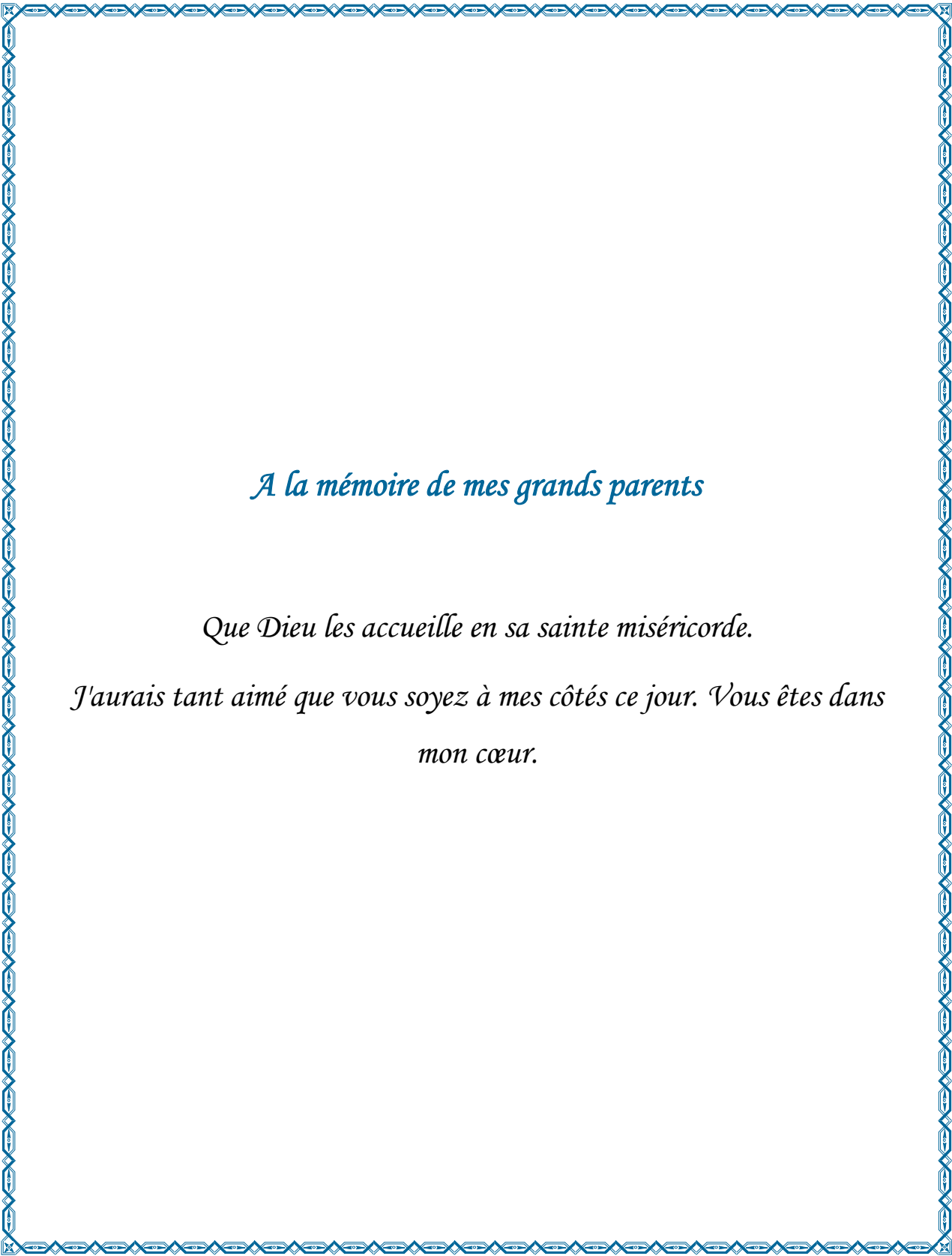
*Mise à jour le 09/01/2015 par le
Service des Ressources Humaines*

- 9 JAN 2015





DEDICACES



A la mémoire de mes grands parents

Que Dieu les accueille en sa sainte miséricorde.

*J'aurais tant aimé que vous soyez à mes côtés ce jour. Vous êtes dans
mon cœur.*

À mes très chers parents

*Aucune expression, ni aucune dédicace ne pourrait exprimer mes
meilleures reconnaissances.*

*Vous avez guidé mes premiers pas, et vous étiez toujours une source
intarissable d'amour et de sacrifice.*

*J'espère réaliser en ce jour un de vos rêves, et être digne, toute ma vie
personnelle et professionnelle, de votre éducation et de votre confiance.*

Puisse Dieu vous protéger, vous accorder santé et longue vie.

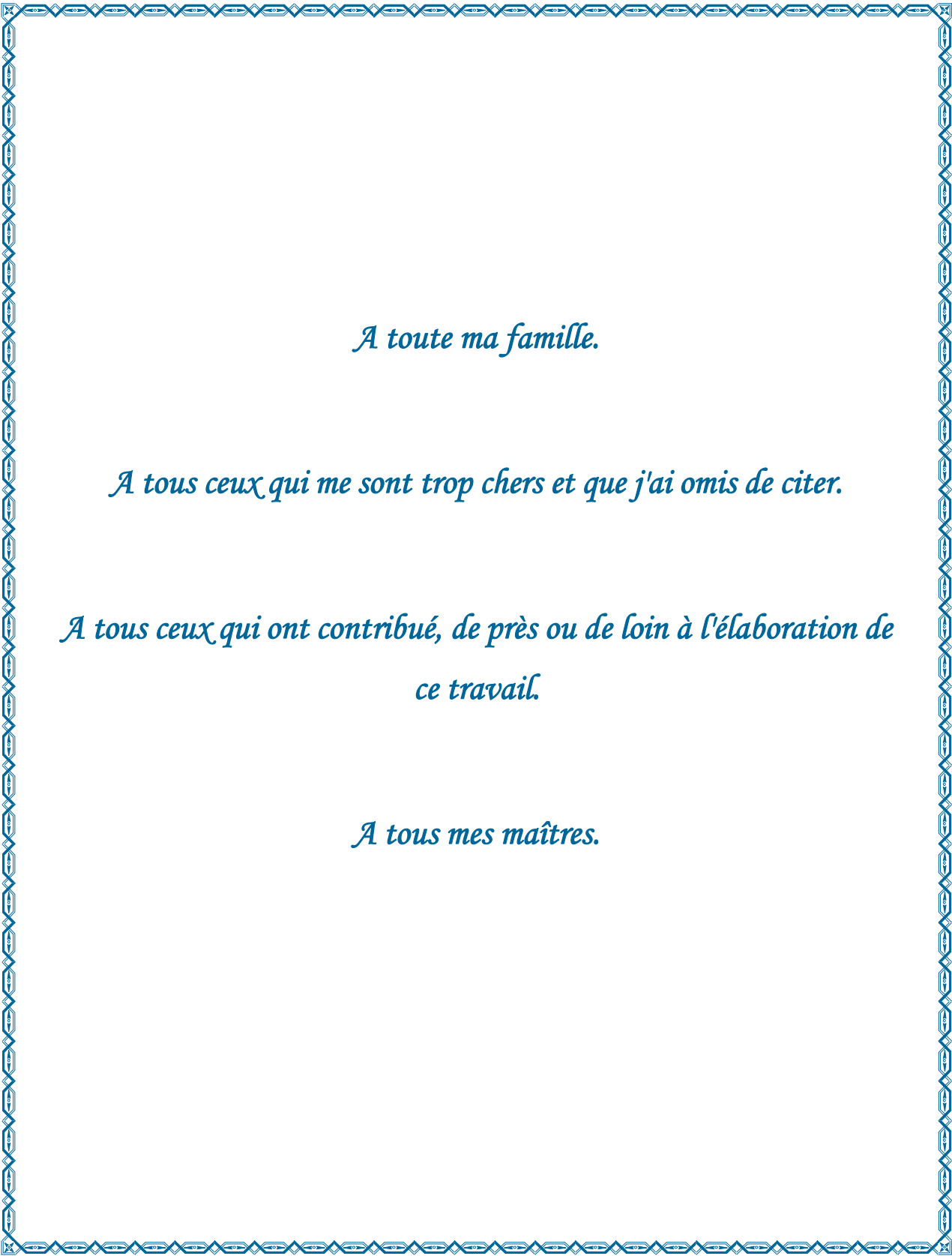
A mes chers frères : ADNANE ET TARIK

*Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour
et du soutien que vous m'avez toujours donné.*

*Je vous remercie énormément pour votre soutien et j'espère que vous
trouverez dans cette thèse l'expression de mon affection pour vous.
Que Dieu vous protège et consolide les liens sacrés qui nous unissent.*

A MES CHERS AMIS

*JE vous remercie pour votre soutien tout le long de ces années de
travail et pour les moments passés de joie ou de tristesse toujours on a
été épaulés l'un a l'autre*



À toute ma famille.

À tous ceux qui me sont trop chers et que j'ai omis de citer.

*À tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin à l'élaboration de
ce travail.*

À tous mes maîtres.



REMERCIEMENTS

À Notre Maître Et Président De Thèse

Monsieur Le Colonel-Major Bichra Mohamed Zakaria.

Professeur de psychiatrie

Hôpital militaire Mohammed V

Par votre compétence, votre profond savoir et par la clarté de votre enseignement, vous avez donné à la médecine ses lettres de noblesse.

Je vous remercie chaleureusement d'avoir aimablement accepté de présider le jury de ma thèse.

Veillez accepter, cher maître, dans ce travail, mes sincères remerciements et toute la reconnaissance que je vous témoigne.

À Notre Maître Et Directeur De Thèse
Monsieur Le Colonel-Major Mehssani Jamal
Professeur de psychiatrie
Hôpital militaire Mohammed V

*Je tiens à vous remercier infiniment de m'avoir fait confiance pour
l'élaboration de ce travail.*

*Vous m'avez prodigué tant de précieux conseils et directives, et ce
malgré vos innombrables tâches, je vous suis très reconnaissant.*

*J'ai été marqué et touché profondément par vos qualités humaines et
personnelles, votre dynamisme et votre modestie qui n'ont d'égal que
votre compétence professionnelle.*

*Puisse ce travail être pour moi l'occasion de vous exprimer ma gratitude
et mon dévouement.*

À Notre Maître Et Juge De Thèse

Monsieur Ouanass Abderrazak,

Professeur de psychiatrie

Hôpital AR-RAZI SALE

*Vous avez aimablement accepté de juger mon travail et je suis très
sensible à cet honneur que vous me faites.*

*Votre simplicité, votre amabilité et votre modestie sont à l'origine de
ma profonde admiration.*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon intime gratitude et
ma respectueuse considération.*

À Notre Maître Et Juge De Thèse
Madame Le Colonel Bourazza Ahmed.
Professeur de Neurologie
Hôpital militaire Mohammed V

*Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de
juger mon travail.*

*Votre compétence, votre sens profond de l'humanité ainsi que votre
modestie sont connus de tous.*

*Veuillez agréer, cher Maître, l'expression de ma vive reconnaissance
et de ma respectueuse gratitude.*

À Notre Maître Et Juge De Thèse
Monsieur Le Colonel Kadiri Mohamed.
Professeur de psychiatrie
Hôpital militaire Mohammed V

Je suis très reconnaissant de la spontanéité et la gentillesse avec lesquelles vous avez accepté non seulement de juger mon travail mais aussi d'aider à son élaboration.

Je garderai un excellent souvenir de votre sollicitude et de votre dévouement au travail. J'ai apprécié votre accueil bienveillant et vos conseils bien précieux.

Votre bonté humainement appréciée, vos compétences et vos qualités humaines n'ont cessé de susciter ma grande admiration.

C'est un grand honneur pour moi de vous voir siéger parmi mon jury de thèse. Veuillez accepter, cher Maître, l'expression de ma vive gratitude et de ma haute considération.

*LISTE DES
ILLUSTRATIONS*

LISTE DES ABRÉVIATIONS

5-HIAA	: 5-Hydroxyindoleacetic acid
5-HT	: 5-hydroxytryptamine receptors
5-HTT	: 5-hydroxytryptamine transporters
ADHD	: Attention deficit and hyperactivity disorder
ADN	: Acide désoxyribonucléique
AMP	: Anomalies physiques mineures
APA	: American Psychiatric Association
BZD	: Benzodiazépines
CIM	: Classification internationale des maladies
DES	: Dissociative Experience Scale
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DZ	: Dizygote
EEG	: Electroencéphalographie
EF	: Fonctionnement exécutif
ERP	: Potentiel lié à l'événement
FBI	: Federal Bureau of Investigation
HCR-20	: Historical, Clinical, Risk Management-20
IQ	: Intelligence quotient
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
IRMf	: Imagerie par résonance magnétique fonctionnelle.
IS	: Insight Scale
LCR	: Liquide céphalorachidien

MDMA	: Méthylènedioxyméthamphétamine
MOAS	: Modified Aggression Scale
MZ	: Monozygote
NCAVC	: The National Center for Analysis of Violent Crime
OAS	: Overt Aggression Scale
OMS	: Organisation mondiale de la Santé
OR	: Odd-ratio
P300	: Forme d'onde résultant d'un potentiel lié à un événement
PANSS	: Positive and Negative Syndrome Scale
PCL-R	: Hare's Psychopathy Checklist-Revised
PCP	: Phencyclidine
QI	: Quotient intellectuel
SAF	: Syndrome d'alcoolisme foetal
SAI	: Schedule for the Assessment of Insight
SAI-E	: Schedule for the Assessment of Insight Expanded-version
SUMD	: Scale to assess Unawareness in Mental Disorder
TAH	: Théorie de l'adaptation de l'homicide
TCO	: Threat Control Override
TEP	: Tomographie par émission de positron
THC	: Tétrahydrocannabinol
UMD	: Unite de malade difficile
VASA	: Violence and Suicide Assessment Scale

LISTE DES FIGURES

FIG 1 : MODELE BIO-PSYCHO-SOCIAL DE LA VIOLENCE SELON STEINERT ET WHITTINGTON	81
FIG. 2: MODELISATION DU PASSAGE A L'ACTE DU SCHIZOPHRENE	93
FIG 3: CRISE HOMICIDAIRE	98
FIG.4: HIERARCHIE DE LA PARANOÏA	105
FIG. 5: FACTEURS DE MAINTIEN DES DELIRES	107
FIG.6: ROLE DES CONCEPTS DU « SOI » DANS LA FORMATION DES DELIRES DE PERSECUTION	108
FIG 7: MODELE DE L'INTRICATION DES VARIABLES DU DELIRE SELON O.CHAMBON.	110

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I : LES TYPOLOGIES DE L'HOMICIDE	87
TABLEAU II : ÉTUDES DE PRÉVALENCE DE L'HOMICIDE CHEZ LE SUJET PSYCHOTIQUE	131
TABLEAU III : SYNTHÈSE DES ÉTUDES ILLUSTRANT LES PRINCIPAUX TROUBLES MENTAUX CHEZ LES AUTEURS D'HOMICIDE.	148
TABLEAU IV : HYPOTHÈSES SUR LES FONCTIONS DE LA DISSOCIATION SELON VANDEVOORDE[352].	160
TABLEAU V : RELATION ENTRE CONSOMMATION DE SUBSTANCE ET VIOLENCE[389].	178



SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE I : RAPPELS	4
I. RAPPEL HISTORIQUE	5
A. Antiquité	5
B. Moyen âge et temps modernes	6
C. Époque contemporaine	6
II. PSYCHOSE	8
A. Définition.....	8
B. Concepts de psychose	8
1. Déconstruction du terme	8
2. Genèse du concept	9
3. La psychose comme processus pathologique	10
4. Notion médico-sociale de la psychose	10
C. Classification de la psychose	11
1. CIM-10 (classification internationale des maladies)	12
2. DSM-5	13
D. Conclusion	13
III. HOMICIDE	15
A. Définitions	15
1. Homicide	15

2. Meurtre	15
3. Assassinat	15
4. Tentative	16
5. Homicides multiples	16
a. Meurtrier de masse.....	16
b. Tueur de bordée	16
c. Meurtrier en série	16
B. Concepts clés associés à l'homicide	16
1. Risque de violence	17
a. Concept de dangerosité	18
2. Concepts annexes	22
a. Danger	22
b. État dangereux	22
c. Violence	24
d. Agressivité et Agression	26
e. Impulsion et impulsivité.....	28
IV. MODELES THEORIQUES DE L'HOMICIDE	31
A. Explications biologiques de l'homicide.....	31
1. Déficiences physiques	32
2. Hérité et génétique	34
a. Études d'adoption et études de jumeaux	34

b. Hypothèse du XYY	35
c. Épigénétique	36
d. Recherche neurocomportementale	36
e. Cerveau et Système nerveux central	43
f. Psychophysiologie	51
3. Irrégularités biologiques induites par l'environnement	54
a. Drogues et alcool	54
b. Nutrition	55
c. Risques périnataux	55
d. Tabagisme pendant la grossesse	56
e. Alcoolisme fœtal	56
f. Complications fœtales et néonatales	57
B. Théories psychologiques	59
1. Modèle de frustration-agression	59
2. Modèle de l'apprentissage	60
3. Transmission de violence ou cycle de violence	62
4. Création de criminels violents	63
5. Jack Katz et le «sens» de l'homicide	64
6. Approche cognitive	64
7. Apport de la psychologie évolutionniste: théorie de l'adaptation de l'homicide (TAH)	65
8. Théories de la personnalité criminelle	69

a. Modèle d'Eysenck.....	69
b. Personnalités « sur-contrôlées » et « sous-contrôlées »	70
c. Personnalité criminelle de Jean pinatel.....	71
d. Personnalité et psychanalyse:.....	72
9. Modèle pulsionnel de l'agression	73
C. Modèles sociologiques d'Homicide	74
1. Théories structurelles d'homicide	74
2. Communautés et Désorganisation sociale	75
3. Théorie de la contrainte	75
4. Théories culturelles d'homicide	77
5. Perspectives interactionnelles	78
6. Victimologie	79
7. Dynamiques situationnelles	79
8. Microenvironnement et Homicide	80
V. APPROCHE TYPOLOGIQUE DES HOMICIDES	82
A. Classification de l'unité des sciences comportementales du bureau fédéral d'investigations (FBI)	82
1. Homicide désorganisé	82
2. Homicide organisé	82
B. Centre national du FBI pour l'analyse des crimes violents (NCAVC)	83

1. Homicide d'entreprise criminelle : meurtres de contrats, meurtres motivés, gang/succession de meurtres liés.....	83
2. Homicide de cause personnelle : meurtres liés à la violence conjugale, meurtres politiques et religieux, ou euthanasie.....	83
3. Homicide sexuel : viol et assassinat.	83
4. Homicide de groupe : culte, extrémisme et terrorisme.	83
C. Manuel de classification de la criminalité	83
D. Holmes et Holmes	84
1. Tueurs visionnaires	84
2. Tueurs missionnaires	84
3. Tueurs hédonistes	84
4. Tueurs manipulateurs	84
E. Salfati et al	85
1. Homicides expressifs	85
2. Homicides instrumentaux	85
F. . Fox et Levin	85
VI. PARTICULARITES DE L’HOMICIDE CHEZ LE PSYCHOTIQUE	88
A. Approche typologique	88
B. Approche psychodynamique	92
1. Homicide du schizophrène	92
a. Phase de pré-homicide	93

b. Homicide	99
c. Période post-homicide.....	101
d. Conclusion.....	102
2. Homicide du paranoïaque	105
a. Mécanismes de la paranoïa.....	105
b. Conceptions générales	109
c. Dynamique de l’homicide	114
d. Cas particuliers : défenses paranoïaques du schizophrène .	119
e. Conclusion	121
PARTIEII: MATÉRIEL.....	122
PARTIEIII : MÉTHODES	126
I. REVUE DE LITTERATURE	127
A. Recherche des données	127
B. Sélection des données	127
C. Analyse des données	128
II. CAS CLINIQUE	128
PARTIE IV : RÉSULTATS ET DISCUSSION.....	129
I. REALITE DE L’HOMICIDE CHEZ LE SUJET	
PSYCHOTIQUE	130
II. APPROCHE CRIMINOLOGIQUE	134
A. Schizophrénie	134
1. Scène du crime	134

2. Auteur du crime	135
3. Mobile du crime.....	135
4. Relation à la victime	136
B. Paranoïa	136
1. Scène du crime	136
2. Auteur du crime	137
3. Mobile du crime.....	137
4. Relation à la victime	138
C. Conclusion	138
III. Facteurs de risque d'homicide chez le psychotique	140
A. Facteurs statiques	140
1. Facteurs individuels	140
a. Age	140
b. Sexe	140
c. État matrimonial	141
d. Statut socio-économique	141
2. Facteurs historiques	142
B. Facteurs dynamiques	143
1. Approche Clinique	143
a. Pathologies sous jacentes et comorbidités	143
b. Phase aiguë de la psychose	149

c. Délire	149
d. Dissociation	159
e. Hallucinations	162
f. Insight	165
g. Trouble de la personnalité	169
h. Dépression	174
i. Mésusage de substances.....	175
j. Déficiences intellectuelles.....	186
k. Anomalies cérébrales	188
l. Accès aux soins	191
m. Hospitalisation forcée	192
n. Suicide	192
2. Facteurs contextuels	193
a. Lieu de vie	193
b. Affectivité	193
c. Profession	194
IV. CONCLUSION	194
CONCLUSION	196
RÉSUMÉS	200
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE	204



INTRODUCTION

À l'époque où la violence et les crimes alimentent les médias, la rareté des études sur l'homicide est une réalité à laquelle nous sommes confrontés aujourd'hui. L'idée qui domine chez les psychiatres est que les malades mentaux ne semblent pas plus dangereux que la population générale [1].

L'homicide est par définition : "un acte de tuer un être humain par un autre" [2]. L'horreur suscitée par l'homicide éveille une multitude de peurs. Cette dernière est amplifiée par les médias qui, par la diffusion de certains crimes commis par des malades mentaux, tendent à stigmatiser et accroître ce phénomène [3].

Cette réalité est accentuée dans notre contexte marocain, baignant dans des croyances mystiques et des pratiques religieuses questionnables.

C'est cette conception erronée qui nous a poussé à faire un travail sur la catégorie marginalisée d'individus dans notre société que sont les psychotiques, et plus particulièrement sur les homicides d'entre eux.

Les connaissances que nous trouvons en psychiatrie légale ne concernent habituellement que la clinique du passage à l'acte et sont issus de cas individuels, et c'est dans cette optique que se situe ce travail.

En effet, l'homicide est le résultat de l'interaction de deux ou plusieurs personnes auteurs et victimes qu'il convient d'étudier.

Dès lors, cette étude concernera une catégorie particulière d'individus : les "psychotiques", incluant les schizophrènes et les paranoïaques dans une approche clinique et psychopathologique.

Notons que nous excluons de notre étude le reste des psychoses.

En outre, s'il est possible aujourd'hui d'établir un lien entre les psychoses et l'homicide, la majorité des meurtriers ne présentent pas de maladie mentale : 80 à 85 % des auteurs d'homicides en sont indemnes [4].

Les recherches sur ce sujet sont truffées de difficultés à savoir :

- L'homicide est un événement rare dans la vie du psychotique.
- L'absence de statistiques récentes Maroc.
- Les conceptions différentes entre pays francophones et anglo-saxons, citons pour exemple le "trouble paranoïaque" engendrant une difficulté plus accrue pour les études comparatives.

L'objectif de cette étude est de déterminer l'éthiopathogénie de l'homicide chez le patient psychotique à travers une revue de littérature et un cas clinique. Cela se fera comme suit:

- Définir la psychose, ses concepts et sa place dans les classifications actuelles.
- Définir l'homicide, sa typologie et exposer les modèles éthiopathogéniques actuels.
- Comprendre les particularités de l'homicide chez le psychotique à travers d'une part, les approches typologique et psychodynamique sur le plan théorique, et d'autre part, des approches criminologiques et cliniques sur le plan pratique.

PARTIE I : RAPPELS

La partie « rappels » sera divisée en quatre chapitres : le premier sera un bref rappel historique. Le deuxième traitera de la psychose, de ses nombreux concepts et de sa place dans les classifications actuelles. Le troisième concernera l'homicide, ses différents modèles théoriques et sa typologie. Enfin, le quatrième et dernier chapitre jettera la lumière sur les particularités de l'homicide chez le psychotique à travers deux approches : typologique et psychodynamique.

I. RAPPEL HISTORIQUE :

A. Antiquité :

Considérons cette déclaration sur le rôle de l'expert:

« Si vous avez clairement affirmé que l'auteur est dans un état permanent d'aliénation et donc incapable de raisonner, après avoir levé toute suspicion de simulation lors du meurtre de sa mère, vous n'avez pas à vous poser la question sur sa responsabilité. Il devrait être mis sous observation voir enchaîner si cela est nécessaire » [5].

Plusieurs éléments essentiels peuvent être relevés :

- L'importance d'une « affirmation claire » soulignant l'exactitude de la pathologie mentale.
- Les questions médico-légales sur la possibilité de « simulation » et la « responsabilité » pénale de l'accusé.
- Finalement la possibilité d'une intervention thérapeutique : « d'enchaînement ».

Cette déclaration de Macer, datant de 180 avant Jésus-Christ (AJ), se distingua à l'époque de l'empereur Marc Aurèle. Cette dernière se caractérisait par l'application d'une loi brutale édictant que tout meurtre commis par un aliéné était passible de l'exécution de toute sa famille.

En 880 AJ, les lois en inde privilégiaient l'atténuation de délits commis par les personnes souffrant de retard mental ou dont l'âge est inférieur à 15 ans.

La loi islamique considère le meurtre commis par un malade mental comme homicide involontaire.

L'époque classique grecque vit naître le code légal de Draco qui permettait de distinguer l'homicide involontaire du meurtre volontaire [5].

B. Moyen âge et temps modernes:

En Europe médiévale, l'église considérait les malades mentaux comme des hérétiques ayant vendu leurs âmes au diable. Cette conception erronée persista jusqu'en 1775, date de la dernière exécution sous l'application de cette loi [5].

C. Époque contemporaine :

C'est qu'en 1790, que le philosophe Emmanuel Kant publia, dans un livre précurseur du Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales(DSM), mettant en exergue quatre psychoses relevant du domaine de la psychiatrie médico-légale : amentia (pensée chaotique), dementia (délire de référence), insania (trouble du jugement), et versania (trouble du raisonnement), synonyme de schizophrénie.

De 1820 à 1850, la monomanie qui est un délire caractérisé par une préoccupation unique, devint très popularisé en France. Le diagnostic de la monomanie faisait l'objet d'une vulgarisation de la part des médecins de l'époque qui le considérait comme le sommet de l'habileté médicale.

Les théories avancées d'Emil Kraepelin ont eu plusieurs implications révolutionnaires. Il considéra la psychiatrie médico-légale comme science médicale, le crime comme maladie mentale et la délinquance comme une maladie sociale.

Enfin le 19^{ème} siècle verra la naissance du concept de l'expert psychiatrique donnant une place plus importante à la médecine en tant que discipline pénale [5].

Après avoir vu l'évolution de l'homicide en particulier et de la psychiatrie médico-légale en général, nous entamerons la psychose dans le chapitre suivant.

II. PSYCHOSE :

Le chapitre psychose sera traité comme suit : nous définirons la psychose, ensuite nous rappellerons les différentes contributions qui ont participé à la constitution de son concept puis nous déterminerons sa place dans les différentes classifications actuelles.

A. Définition:

La psychose est un syndrome clinique composé des symptômes suivants : délire, hallucinations, désorganisation du comportement et de la pensée et des symptômes négatifs.

B. Concepts de psychose :

1. Déconstruction du terme:

La composition de la psychose de plusieurs symptômes a conduit à la suggestion de déconstruire le terme selon ses symptômes [6, 7]. L'analyse des symptômes de la psychose dans les troubles mentaux graves, comme la schizophrénie, conduisent généralement à la détermination de cinq facteurs comprenant les hallucinations , les délires, la désorganisation, l'excitation et détresse émotionnelle [8].

Potuzak et al, après avoir examiné les études disponibles sur la structure multidimensionnelle de la psychose, et des analyses factorielles, est venu à la conclusion qu'il existe des preuves relativement constantes sur les catégories et les dimensions appropriées pour caractériser la psychose [9].

La majorité des études ont montré que quatre dimensions décrivent la psychose, avec des symptômes positifs, négatifs, la désorganisation et les dimensions affectives.

Dans des études similaires, il a été démontré que la distinction entre troubles psychotiques affectifs et non affectifs avait encore une validité et que les symptômes de troubles psychotiques sont des caractéristiques cliniques plutôt stables lors d'analyses de groupes réalisées sur des périodes d'observation supérieures à 25 ans [10].

2. Genèse du concept :

La psychose était un concept diagnostic comprenant toutes les formes généralisées de la folie distinguées par Esquirol [11] à savoir : la lypémanie (la mélancolie anciennement), la monomanie (la folie partielle), la manie (folie pure), la démence et l'imbécilité (ou l'idiotie) ; ainsi que tous les différents états mentaux décrits par Griesinger dont les dépressions mentales (lypémanie), les exaltations mentales (monomanie et manie) et la faiblesse mentale (démence et imbécilité) [12].

Griesinger perçut la psychose (folie) comme un symptôme de maladie neurologique [12]. Compte tenu des conclusions de Bayle qu'une démence est précédée par un état de monomanie et un état de manie dans l'arachnoïdite chronique[13], Griesinger suggéra que les différents états mentaux étaient des stades du développement d'une maladie neurologique en cours. Il adopta dans son classique *Pathologie et thérapie de la maladie mentale* [13], le concept unitaire de psychose "*Einheitspsychose*" de Guislain dans lequel il postula que chez les sujets ayant des syndromes caractérisés par l'absence de manifestations

neuropathologiques, on pouvait observer des symptômes psychotiques à un stade ultérieur du développement de la maladie [14].

La théorie de la dégénérescence de Morel [15] constitue la première théorie génétique de la maladie mentale. Il s'est basé sur l'hypothèse selon laquelle la psychose était le résultat d'un défaut biologique héréditaire qui se manifestait ultérieurement dans les syndromes psychiatriques graves.

La théorie de l'endogénie de Moebius [16], qui impliquait une prédisposition constitutionnelle accompagnée par l'anticipation-génétique [15], perdura jusqu'à ce jour et donna lieu aux mutations par répétition de trinuécléotides dans la recherche génétique moléculaire de Morel [17, 18].

3. La psychose comme processus pathologique :

En dépit de son utilisation fréquente, le terme psychose restait vaguement expliqué [17], jusqu'à ce que Jaspers définisse la psychose comme une maladie qui saisit l'individu dans son ensemble, qu'il s'agisse d'un trouble héréditaire commençant à un certain moment de la vie ou d'un trouble non héréditaire provoqué par une lésion exogène [19, 20].

Schneider quant à lui, définit les psychoses comme des maladies avec une symptomatologie psychique et une étiologie somatique. Ainsi, il les divisa en psychoses somatiquement déterminées "cyclothymie" et schizophrénie [21].

4. Notion médico-sociale de la psychose :

Le concept de psychose a été transformé en un concept médico-social par FISH en incluant des manifestations psychopathologiques, comme le manque d'insight, la distorsion de la personnalité, la construction d'un faux

environnement sur des expériences subjectives et le trouble brut de fonctionnement de base, y compris l'auto-préservation, couplée avec une incapacité à faire une adaptation sociale raisonnable [22].

L'interaction entre la psychopathologie et l'adaptation sociale a été développée dans les critères diagnostiques pour la recherche (DCR) à Budapest-Nashville[23], dans lesquels la psychose a été définie comme un syndrome non spécifique caractérisé par le manque d'insight et des symptômes psychopathologiques d'une gravité suffisante pour perturber le fonctionnement quotidien et la vie sociale, pouvant conduire à l'hospitalisation psychiatrique.

Dans le DCR, les psychoses sont divisées en somatiquement déterminées et en fonctionnelles.

Les psychoses fonctionnelles sont divisées en réactives [21, 24, 25] et endogènes avec les psychoses délirantes entre les deux [26, 27].

Les psychoses endogènes sont divisées en affectives (y compris la maladie maniaco-dépressive, la mélancolie pure, la manie pure, les dépressions pures et euphories pures), cycloïdes et schizophrènes.

La schizophrénie est divisée en non systématiques (cataphasia, paraphrénie affective et catatonie périodique) et systématiques (paraphrénie, hébéphrénie et catatonies) [25].

C. Classification de la psychose :

À l'aube du 20^{ème} siècle, les concepts de névrose et de psychose se limitèrent à la distinction des névroses par Freud [28] et à l'adoption par Kraepelin des termes de psychose (psychoses d'infection, psychoses

d'épuisement, psychoses d'intoxication et psychoses d'involution) et névrose (névroses psychogènes) [29].

En effet, en introduisant les concepts diagnostics de la folie maniaco-dépressive et de la démence précoce, il a établi les bases de la dichotomie des psychoses endogènes, les séparant en psychoses organiques et fonctionnelles [30].

Bonhoeffer sépara les psychoses en : exogènes/symptomatiques (associées à des agents toxiques, des infections, ou à une maladie systémique) et organiques (associées à des maladies neurologiques) [17].

Un autre développement important fut la distinction de Wimmer des psychoses fonctionnelles en réactives et endogènes [24].

Pour surmonter les difficultés créées par l'utilisation de différents critères et termes fixés par les écoles de psychiatrie ainsi que les différentes cultures et régions linguistiques, les classifications consensuelles ont été élaborées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [31, 32] et l'American Psychiatric Association (APA) [33, 34].

Cette classification basée sur le consensus, est un ensemble de formulations diagnostiquées et convenues par un corps de psychiatres expérimentés et bien informés [35].

1. CIM-10 (classification internationale des maladies) :

Le terme psychotique a été retenu dans la CIM-10, comme un terme descriptif pratique, qui indique simplement la présence de certains symptômes, tels que les hallucinations, les délires, l'excitation brute et l'hyperactivité, un

retard psychomoteur marqué, ou un comportement catatonique dans certains des troubles psychiatriques [32].

Néanmoins, il est également utilisé dans le diagnostic d'une catégorie de maladies nouvellement introduites : les troubles psychotiques aigus et transitoires dans lesquels les symptômes psychotiques sont la caractéristique dominante du tableau clinique [32].

2. DSM-5 :

Selon le DSM-5, le diagnostic de psychose ne repose plus sur la gravité du déficit fonctionnel, mais sur la présence de certains symptômes. Parmi ces derniers figurent les délires et les hallucinations (non perceptibles dans leur nature pathologique et les hallucinations prononcées perçues comme des expériences hallucinatoires) et quelques autres symptômes positifs, comme le discours désorganisé [34].

Notez qu'une définition formelle de «psychose» ne figure pas dans le glossaire du *DSM-5*. Seules les caractéristiques psychotiques sont définies (idées délirantes, hallucinations et trouble de la pensée formelle) [34]. En plus, le «psychotisme» y est défini comme un trouble de la personnalité présentant un large éventail de comportements et des connaissances bizarres, excentriques ou inhabituelles ; y compris le processus (par exemple, la perception) et le contenu (par exemple, les croyances) [34].

D. Conclusion :

Robins et Guze ont inspiré la recherche d'une nosologie psychiatrique basée sur l'étiologie et la physiopathologie. La psychose est donc représentée comme un ensemble de caractéristiques observables cliniquement. Bien qu'il y

ait un aperçu de l'étiopathogénie et la physiopathologie des symptômes psychotiques, nous ne pouvons pas encore en déterminer les mécanismes exacts.

Ainsi, la psychose est toujours définie par le tableau clinique et non par des enquêtes biologiques, génétiques ou de neuro-imagerie. L'ensemble des symptômes utilisés pour une définition devraient être clairement observables, typiques et aidant à délimiter des diagnostics différentiels. Les symptômes qui affectent les fonctions de tous les jours ne devraient pas faire partie de la définition de la psychose.

Le texte introductif précise que les troubles psychotiques sont définis par des anomalies de l'un ou plusieurs des cinq domaines suivants: idées délirantes, hallucinations, désorganisation de la pensée (la parole), comportement moteur désorganisé ou anormal (y compris la catatonie) et symptômes négatifs [36].

En conclusion la psychose est un syndrome clinique englobant, dans un certain nombre de compositions possibles, des symptômes variables individuellement dont les domaines psychopathologiques se limitent aux délires, hallucinations et désorganisation de la pensée. Elle est complétée par les domaines affectifs.

Cette notion est soutenue par les résultats de l'analyse de facteurs communs à la plupart des pathologies appartenant à ce spectre, ainsi que la constatation de symptômes caractéristiques de la psychose se produisant dans différents troubles mentaux ; avec un chevauchement considérable entre les présentations cliniques [16].

III. HOMICIDE :

Avant d'aborder les particularités de l'homicide chez le psychotique, nous entamerons la définition du terme puis la description des nombreux modèles théoriques de l'homicide en terminant avec une approche typologique.

A. Définitions :

L'homicide est un geste qui revêt un caractère singulier. Nous allons procéder dans ce chapitre à la définition de certains termes qui l'entourent.

1. Homicide :

L'acte de tuer un être humain par un autre est qualifié d'homicide. C'est un terme général qui peut se référer à un acte criminel ou non criminel. Certains sont considérés comme des homicides justifiables, comme le meurtre d'une personne pour empêcher la perpétration d'un crime ou pour aider un représentant de la loi. D'autres homicides sont dit excusables, comme l'auto-défense. L'homicide criminel est celui qui est considéré par le code pénal comme injustifiable ou inexcusable. Tous les systèmes juridiques font des distinctions importantes entre les différents types d'homicide et les peines varient considérablement selon l'intention du tueur, la dangerosité de sa conduite et les circonstances d'action [2].

2. Meurtre :

C'est le fait de donner la mort, sans préméditation, à une personne.

3. Assassinat :

C'est le fait de donner la mort, avec préméditation, à une personne. Cela constitue un facteur aggravant prouvant la volonté de tuer.

4. Tentative :

Elle est constituée dès le commencement de l'exécution, sans suspension de l'acte.

5. Homicides multiples :

a. Meurtrier de masse:

C'est un individu qui commet des homicides avec au moins quatre victimes, sur un laps de temps très court et surtout au cours d'un seul événement et en un seul lieu [37].

b. Tueur de bordée:

Le tueur de bordée "*spreemurder or rampage killer*" commet plusieurs meurtres (au moins deux homicides) sur un laps de temps court (parfois quelques jours ou plusieurs semaines) mais à des endroits différents[37].

c. Meurtrier en série:

Le meurtre en série correspond à trois homicides ou plus. Chaque acte meurtrier est séparé par une période d'accalmie émotionnelle qui peut être de plusieurs jours, plusieurs semaines ou plusieurs mois le "*Cooling Off*". Le meurtrier en série prémédite ses crimes qui sont souvent fantasmés et planifiés avec détails [37].

B. Concepts clés associés à l'homicide :

Afin d'étudier l'homicide, il est nécessaire de mettre en place un cadre dans lequel il pourra s'épanouir. Ainsi nous définirons certains concepts qui ressortent souvent au niveau de la littérature médico-légale.

1. Risque de violence :

La dangerosité est un concept vaste intéressant plusieurs domaines. Elle peut être relayée par l'agressivité ou la violence, termes que nous aurons l'occasion de traiter.

Le passage à l'acte peut être évalué par cette dangerosité qui peut être révéler par un acte criminel. La dangerosité est un concept médico-légal dont il s'agit de trouver la place en clinique [38].

M. Bénèzéch la définit comme un «état, situation ou action dans lesquels une personne ou un groupe de personnes font courir à autrui ou aux biens un risque important de violence, de dommage ou de destruction» [39] et donc, la dangerosité exprimerait l'évaluation du risque de passage à l'acte homicide. Elle est souvent corrélée à la dangerosité criminelle.

Pour Zagury «il s'agit de conserver la notion d'état dangereux à condition de la reconsidérer par une analyse clinique rigoureuse, centrée sur un sujet abordé à travers sa singularité»[40], ce qui lui confère un aspect médico-légal [38].

Selon Pratt : « le changement qui est intervenu par la suite consistait à rejeter complètement le concept de dangerosité en faveur du concept de risque de violence. Ce dernier est un concept purement statistique et probabiliste, et n'indique absolument aucun attribut véritable de l'individu. Là où on démontrait que le diagnostic clinique était imparfait, la démarche actuarielle allait réduire la possibilité de l'erreur humaine au moyen de la comparaison statistique de profils correspondant à la population dangereuse » [41].

Actuellement on ne parle plus de dangerosité, mais de risque de violence. Néanmoins, il nous serait redevable de décrire ce concept vaste en étudiant une certaine terminologie qui lui est toujours associée. Nous entamerons cette description dans le chapitre suivant par l'étude du concept de dangerosité.

a. Concept de dangerosité

Le concept de dangerosité revêt deux aspects différents : pour le psychiatre c'est une manifestation liée à l'expression directe de la maladie mentale, alors que le criminologue envisage le comportement du sujet à travers sa capacité à commettre une infraction de nature criminelle ou délictuelle, portant atteinte aux personnes et/ou aux biens et par son risque de récidive.

➤ Dangerosité psychiatrique

Le terme dangerosité est issu du latin '*domnarium*', pouvoir, lui-même issu du mot '*Dominus*', seigneur, maître, celui qui est susceptible d'exercer sa toute puissance.

Comme cité auparavant, Bénézech et al proposent la définition suivante pour la dangerosité : « 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 » [39].

La dangerosité psychiatrique est une dangerosité pathologique engendrée directement par la maladie mentale ou par un trouble de la personnalité, même si ce dernier point est davantage sujet à discussion pour certains auteurs. Or il serait logique qu'un dysfonctionnement de la personnalité soit traité au même rang que celui provoqué par une maladie mentale [40].

Freud considère que tout comportement humain est régi par deux pulsions, qui sont indispensables à l'équilibre de l'individu. La pulsion de vie dirigée vers l'accroissement, provient de la reproduction de la vie[42] dont l'énergie est la libido. S'oppose à cette dernière la pulsion de mort [43]. Cependant, toutes les deux sont indispensables à l'équilibre de l'être humain car la pulsion de mort tendrait à la réduction complète des tensions, ramenant l'être vivant à l'état anorganique.

En effet, elle serait d'abord tournée vers l'intérieur et conduirait à une autodestruction, puis elle serait secondairement dirigée vers l'extérieur prenant l'aspect d'une pulsion d'agression ou de destruction.

Dans « Totem et Tabou », Freud fait une interprétation par la psychanalyse de la vie sociale des peuples primitifs. Il suppose que la rivalité pour les femelles poussait les jeunes mâles à manger le vieux père. Mais la culpabilité liée à ce crime œdipien originaire a donné lieu aux lois totémiques tribales interdisant le meurtre et l'inceste. Ces deux lois sont le fondement de notre civilisation. Le transgresser est un crime grave qui mérite d'être jugé et puni. [44].

Ainsi sont nés deux hypothèses concernant le meurtre: le meurtre de remord du "père primitif" et le meurtre de collaboration "d'intérêt" [44].

La psychiatrie a fait très tôt de la notion de dangerosité sa référence fondatrice. E. Kraepelin affirmait que « tout aliéné constitue un danger permanent pour son entourage et surtout pour lui-même » [45].

Senninger montre la difficulté de porter un diagnostic de dangerosité pathologique, puisque cela reviendrait à réaliser un pari sur la vie d'un individu [40].

Malgré les études, le pronostic reste largement imprécis. Or, établir un pronostic sur la dangerosité psychiatrique du patient est ce qui est de plus en plus demandé à l'expert par la loi elle-même. La dangerosité implique également une prise en charge sociale, judiciaire et même familiale au plus près des racines du sujet.

Selon Barbier, « la dangerosité psychiatrique est due au risque de passage à l'acte à cause de l'existence de troubles mentaux. Elle implique trois critères : l'existence de troubles mentaux avérés, une dangerosité au sens du risque de passage à l'acte violent, et une relation de cause à effet entre les deux ». La notion de danger est variable selon les auteurs [46].

Ainsi, le concept de dangerosité psychiatrique devient un complexe de conditions sous l'action desquelles il est probable qu'un individu commette un acte violent.

➤ **Dangerosité criminologique**

Alors que la dangerosité psychiatrique étudie le risque de passage à l'acte en cas de troubles mentaux sous-jacents, tout en sachant pertinemment que très peu de malades mentaux commettront un crime.

La dangerosité criminologique s'intéresse à la dynamique de l'acte délinquant, aux notations sociologiques, aux positionnements subjectifs et d'une certaine compréhension de la personnalité, le tout s'inscrivant dans une finalité visant à assimiler le sujet à son «projet» criminel et à classer les délinquants [47].

Inspirée de la théorie de « l'homme criminel » de Lombroso, Ferri classe la dangerosité criminologique en cinq types principaux : le criminel-né, le criminel-fou, le criminel par habitude acquise, le criminel par passion et le criminel par occasion [48].

De nos jours, les psychiatres tentent de classer les crimes selon deux approches différentes.

Une approche classique est de privilégier la dimension psychopathologique de l'acte en fonction des perturbations mentales observées, de la qualité de la victime et du mobile principal du passage à l'acte.

Une autre approche consiste en une analyse stratégique de la délinquance. Ce dernier concept a été surtout développé par Cusson, où le criminel s'engage dans la déviance parce que c'est la voie la plus accessible qui s'offre à lui. Certains individus choisiraient une carrière criminelle, le sujet est alors fixé dans l'instant présent. Il agit en fonction des opportunités du moment [49].

Selon Dublineau, l'évaluation de la dangerosité s'appuie sur l'analyse d'une potentialité agressive, ouvrant la perspective d'une prédiction qui ne saurait être un jugement, à priori en figeant une incertitude évolutive en un état de fait, quand bien même elle ne serait «possible que dans le virtuel» [50].

Néanmoins, certains auteurs restent sceptiques. Selon Archambault et Mormont, la dangerosité ne se superpose pas exactement au risque de récidive, même si celle-ci constitue souvent le danger à évaluer [51].

Roure donne à la dangerosité un double sens, celui d'état dangereux et celui d'une potentialité d'agressivité, dont le point commun est le caractère prédictif qu'on lui rattache. La dangerosité serait donc «la probabilité la plus

manifeste qu'un sujet a, de devenir auteur de délit ou de commettre de nouvelles infractions» [52].

Ainsi, La dangerosité est un concept complexe mais gravite autour de concepts annexes qui sont : le danger, l'état dangereux, la violence, l'agressivité et l'impulsivité.

2. Concepts annexes:

a. Danger:

Le Larousse définit le danger: ''Tout ce qui constitue une menace, un risque pour quelqu'un, quelque chose' '[53].

Ce qui suppose l'interaction de l'individu avec un environnement menaçant constituant un risque pour lui-même ou pour un objet. Le danger suppose deux notions ; celle du risque et celle des conséquences

De Montleau, Clervoy, Bichra et Southwell avaient souligné que le suffixe « ité » était abusif compte tenu de l'existence du mot danger désignant : «ces situations, ces lieux, ces personnes fortement susceptibles de produire une atteinte nocive qui, si elle n'est pas encore effective, fait peser une menace sur chacun» [54].

b. État dangereux:

Le terme d'état dangereux a été employé pour la première fois (formulé aussi sous les termes de *témébilité*, *péculosité* ou encore *redoutabilité*) par Garofalo : « un état à partir duquel le sujet est porté au passage à l'acte en fonction de sa témibilité, laquelle tendance s'oppose à sa capacité d'adaptation ou à son adaptabilité aux lois de la société dans laquelle il vit » [55].

Le concept d'état dangereux initié a été partagé à ses débuts entre deux écoles : Grispiini le définit comme « un état créant pour le sujet la possibilité de devenir l'auteur d'un méfait » [56].

C.Debuyst le définit comme un « phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de grandes probabilités pour un individu de commettre une infraction contre les personnes ou contre les biens » [57].

De Greeff qualifie la dangerosité d'état. Il vient inscrire le sujet dans un courant déterministe où la perpétration de crimes ou d'actes violents est considérée comme inéluctable [58].

Loudet qualifie encore l'état dangereux comme une modalité psychologique et morale dont le caractère est d'être antisocial, en différenciant des indices légaux, médico-psychologiques et sociaux [59].

Selon Thélén : «Le diagnostic, dans un sens métaphorique, de l'état dangereux est fondé sur l'observation ; il implique un pronostic dont le degré de certitude est des plus variables. Il peut être fondé sur des faits objectifs et comporter notamment une part d'arbitraire. C'est un peu le cas de tout jugement par anticipation» [60].

L'état dangereux s'analysant ici comme l'a bien décrit D.Zagury comme l'articulation dynamique des rapports du sujet à ses objets, à son monde, à un moment donné et sous certaines conditions.

Le concept d'état dangereux a fait l'objet de nombreuses critiques dues à l'absence de méthodes susceptibles d'établir avec certitude cet état et sa relativité dépendante de la législation de chaque pays. Nous poursuivrons notre tentative

de dévoiler les facettes de ce terme en abordons dans le chapitre suivant la notion de violence.

c. Violence :

Il convient, lorsque l'on parle de dangerosité, d'évoquer la notion de violence. En effet, la dangerosité est habituellement abordée comme risque de violence et, dans la littérature internationale, elle est étudiée sous l'angle de passage à l'acte violent ou des condamnations pour acte violent.

La violence est universelle, elle comporte deux niveaux ; d'une part la force physique ou brutalité et d'autre part, la transgression des lois, des règlements, des normes et des coutumes.

Le mot violence est issu du latin '*violentus*', '*violentia*', qui signifie un caractère farouche forçant la transgression. Il désigne un «abus de la force».

Apparu au XIII siècle, le terme de violence rassemblait deux concepts indissociables : celui d'un dommage à autrui, et celui d'une force en mouvement, désordonnée et incontrôlable, venant s'exprimer en dehors des règles sociales et des usages ; c'est -à-dire en dehors de toute légitimité. Pouget et Costeja postulent ainsi qu'il y a violence « quand la force prime sur le droit» [61].

Senninger insiste à partir de l'étymologie latine du terme de violence sur la dimension de force physique et brutale, et celle de la transgression en venant perturber un ordre préétabli, ce qui confère relativité et subjectivité au concept de violence [40].

Michaud la définit comme une action directe ou indirecte, massée ou distribuée, destinée à porter atteinte à une personne ou à la détruire ; soit dans son intégrité physique ou psychique, soit dans ses possessions, soit dans ses participations symboliques [62].

Elle est sous-tendue de plusieurs facteurs d'ordre individuels, sociaux, culturels, économiques et politiques. Elle se situe à quatre niveaux : individuel, relationnel, communautaire et sociétal [40].

Pour l'OMS, qui en donne une définition plus large, il s'agit de l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence [63].

Le modèle de violence retenu par l'OMS apparaît ainsi écologique, en considérant l'ensemble des facteurs biologiques, sociaux, culturels, économiques et politiques susceptibles d'influencer la violence biologique, dans une analyse à plusieurs niveaux : ceux de l'individu, de la communauté et de la société.

Le facteur individuel, et notamment psychopathologique, dans la chaîne de causalité de la violence est ainsi situé par rapport aux autres facteurs de risque, en permettant une rupture dans la linéarité de la relation causale.

Un individu peut avoir des pensées ou des fantasmes violents sans que cela le conduise à un acte de violence, à moins qu'il perde le contrôle de lui-même sous l'action de certains facteurs, tels que la prise d'alcool ou de toxiques, ou du fait d'un événement extérieur fortement anxiogène.

Pour F.Millaud, le terme «violence», de par son origine latine violentia, désigne un «abus de la force». Celle-ci peut donc être vue comme une conséquence possible de l'agressivité. Le patient violent serait celui qui a déjà abusé de la force sur un objet [64].

Pour aborder le patient psychiatrique auteur d'homicide, nous utiliserons la définition de J. Bergeret, « la violence est une nécessité primitive, naturelle, innée et fondamentale où interagissent en même temps moteurs et paramètres d'actions et dont le but serait la survie. Elle serait sans amour ni haine, sans préoccupation pour le sort de l'objet, ni même pour son existence » [65].

Cette notion de violence pose d'emblée un problème de concept avec la notion d'agressivité puisque de nombreux auteurs utilisent indifféremment les deux termes dans leurs réflexions sur la violence.

d. Agressivité et Agression

L'agressivité est issue du mot latin '*ad gradere*', marcher vers. Elle serait une tendance à attaquer.

On appelle « agressivité » toute forme de comportement visant à faire du mal ou à blesser une autre personne. Ce comportement dépend des événements qui précèdent ou qui suivent les actes d'agression.

Les termes « agression » et « agressivité » font l'objet d'une distinction, puisque l'agressivité désignerait « une intention agressive sans acte agressif », avec toute la distance qui sépare un acte d'une intention.

Pour Lorentz, l'agressivité appartient aux instincts élémentaires de l'espèce. Elle est présente comme un élément régulateur dans la nature dont le

but est de maintenir un certain équilibre, elle ne devient dangereuse que lorsqu'elle se convertit en agression [66].

Dans la théorie psychanalytique, l'agressivité se conçoit à travers la notion de pulsion, d'agression ou de destruction. Freud intégrera l'agression à la pulsion de mort. Dans sa théorie dualiste des pulsions, la pulsion d'agression représenterait la partie de la pulsion de mort tournée vers l'extérieur. Son but est la destruction de l'objet [67].

J.Bergeret la considère comme une intégration minimale de la dynamique sexuelle et prend donc la valeur d'une activité mentale élaborée, mettant en échec les tentatives de sublimation de la libido [64].

Pour F.Millaud, l'agressivité est la tendance , l'agression est un comportement social représentant une action avec une volonté de nuire [64].

Porot, cité par Minkowski, explique les différents sens que les psychologues attribuent à l'agressivité. Pour les uns, l'agressivité signe des actes à caractère hostile, destructeur et malfaisant. Pour les autres, l'agressivité est un concept désignant des tendances actives, tournées vers l'extérieur, affirmatives en soi, possessives et constructives. Ainsi, soit l'agressivité est synonyme d'hostilité et s'inscrit comme réaction, soit l'agressivité signifie expansivité et extériorisation [68].

Nous définirons ainsi l'agressivité comme un comportement, violent ou pas, conduisant à l'éloignement ou la soumission du congénère envers qui elle s'exerce. L'intention de destruction n'est pas nécessaire, car il s'agit plutôt d'une démonstration de force, "ritualisée selon Demaret", "secondarisée selon Bergeret" et qui ajoute à l'idée de dominer, celle de nuire à l'autre [65, 69].

e. Impulsion et impulsivité:

L'impulsion, étymologiquement "*impulsio*" «pousser vers», peut également signifier le choc, le heurt ou une disposition à faire quelque chose à quelqu'un. Si l'impulsivité est une disposition, le dictionnaire Larousse définit l'impulsion comme un penchant irrésistible qui pousse quelqu'un à une action.

Chaslin fera une distinction hiérarchique de ces tendances plus ou moins impérieuses à agir depuis le passage trop prompt à l'acte renvoyant à une tendance stable à agir sans réflexion préliminaire : le raptus, acte soudain et rapide lié à un vécu émotionnel intense, et l'impulsion, acte irréfléchi et brutal lié à un trouble essentiel de la volonté [70].

L'impulsion deviendra, avec Henri Ey, l'acte lui-même, en tant « qu'acte incoercible et soudain qui échappe au contrôle du sujet », dont les coordonnées essentielles seront son caractère involontaire, automatique et forcé [71].

Le terme de passage à l'acte sera par la suite préféré à celui d'impulsion dans la terminologie clinique psychiatrique, en recouvrant de façon hétérogène les actes impulsifs violents, agressifs ou délictueux.

Laplanche et Pontalis définissent la pulsion comme un processus dynamique consistant dans une poussée (charge énergétique, facteur de motricité) qui fait tendre l'organisme vers un but [72].

Le concept analogue « d'acting out » désigne, selon Laplanche et Pontalis, les actions présentant le plus souvent un caractère impulsif relativement en rupture avec les systèmes de motivation habituels du sujet, relativement isolable dans le cours de ses activités et prenant souvent une forme auto ou hétéro-agressive [72].

Apparaît ainsi la notion de rupture dans le passage à l'acte, de discontinuité dans le fonctionnement du sujet marqué par la faillite des mécanismes de contrôle habituels. On est passé progressivement d'une définition psychologique à une approche descriptive d'un comportement ; d'un état d'esprit et d'une intention à un acte agit : un glissement analogue à celui observé dans l'approche actuelle de la dangerosité.

Selon Freud, la pulsion a sa source à l'intérieur de l'individu, avec l'objet, la poussée et le but. Cette source ainsi conçue est un élément caractéristique de la pulsion. Elle a sa source dans un état de tension ; son but est de supprimer l'état de tension qui règne à la source pulsionnelle. C'est dans l'objet ou grâce à lui que la pulsion peut atteindre son but [73].

Winnicott remet en cause cette origine interne de la pulsion. Selon lui, au départ, les excitations pulsionnelles peuvent s'avérer aussi externes qu'un grondement de tonnerre ou une claque. Cette conception de la pulsion s'inscrit dans un nouveau cadre épistémologique, en rupture/continuité avec celui de Freud, un cadre où originellement le psychisme individuel n'existe pas. Les conditions facilitatrices de l'environnement seront nécessaires pour le faire advenir. La pulsion prend racine dans la structure individu-environnement, qu'il propose comme un nouveau territoire pour l'évolution de la polarité sujet-objet [74].

Pour Senninger, l'impulsivité est définie comme étant « l'incapacité à différer une réponse comportementale à type d'agression ». Elle est de plus le reflet de décharges pulsionnelles comportant une grande affectivité et dont la mise en acte fait suite à une réflexion très courte. Il défend également l'idée

d'une «impulsivité basale», faite de composantes génétiques et psychologiques acquises au cours de l'enfance, qui en fonction de l'influence facilitatrice ou inhibitrice de facteurs psychopathologiques, aboutirait à une «impulsivité résultante»[40].

En somme, l'homicide englobe un ensemble de concepts accompagnateurs sans lesquels la recherche dans ce domaine serait amoindrie. Néanmoins, il serait difficile d'approcher l'homicide chez le psychotique sans passer par la case des modèles théoriques. Le chapitre suivant sera un essai de réponse à ce vaste sujet. Avant d'aborder les différentes recherches sur l'homicide chez le psychotique, il est nécessaire de présenter les théories retenues le plus souvent par les auteurs pour l'expliquer. Les chercheurs s'appuient sur ces théories pour choisir le type d'étude, sélectionner certaines variables et proposer des liens à posteriori entre leurs résultats. L'explication du passage à l'acte est loin de faire l'unanimité et les théories sur l'homicide sont nombreuses.

IV. MODELES THEORIQUES DE L'HOMICIDE :

Après avoir éclairci certaines notions inhérentes à la compréhension de l'homicide, nous aborderons dans la partie ci-dessous les différents modèles décrits dans la littérature, proposant une tentative de compréhension de l'homicide en général.

Dans le cadre d'un modèle bio-psycho-social de l'homicide, cette description sera divisée en trois volets : biologique, psychologique et sociologique. Vous allez nous demander pourquoi autant de détails pour un sujet qui concerne l'homicide en population générale. La raison est que le sujet psychotique ne tue pas toujours pour des facteurs en relation avec sa maladie, mais peut également tuer pour des facteurs s'inscrivant dans la psychopathologie de l'Homme normal.

A. Explications biologiques de l'homicide

Ce chapitre décrit et évalue les contributions de la biologie à notre compréhension de l'homicide. Les théories biologiques ont eu un renouveau ces dernières années en raison des progrès dans les domaines de la génétique et de la neurochimie. En outre, les théories biologiques se sont révélées particulièrement attrayantes pour ceux qui tentent d'expliquer la violence.

La première section de ce chapitre examine la contribution de Lombroso à la biologie et ses diverses applications à l'homicide. Ceci sera suivi dans la deuxième section par les contributions récentes de la biologie, qui ont profité des avancées significatives dans le domaine de la génétique et les neurosciences. Enfin, les effets pharmacologiques de la drogue et de l'alcool ainsi que les effets de la nutrition et des toxines sur la violence seront pris en compte dans la

troisième section. À noter que l'une des principales difficultés des théories biologiques est leur tendance à négliger le contexte social dans lequel se produit l'homicide.

1. Déficiences physiques :

Cesare Lombroso est généralement crédité comme le père fondateur de la discipline distincte de la criminologie. Il a été parmi les premiers à réclamer une relation entre l'apparence physique et les tendances criminelles. Influencé par la théorie darwinienne de l'évolution, le principe central de l'explication de Lombroso était que les criminels présentaient une forme de dégénérescence manifeste dans leurs caractéristiques physiques qui reflètent les formes antérieures de l'évolution. Des caractéristiques telles que les longues mâchoires inférieures, les grandes oreilles, les lèvres minces, les cheveux noirs bouclés et le nez aquilin étaient parmi celles identifiées par Lombroso comme indicateurs à la fois de l'Homme primitif et de la tendance à la criminalité. Lombroso a affirmé qu'une grande partie du comportement criminel était innée, bien qu'il proposades exceptionsà ce point de vue dans ses écrits ultérieurs [75]. Même s'il n'existe aucune preuve pour soutenir une association entre le physique et la criminalité, cette ligne de recherche n'a pas été abandonnée.

Cortes et Gatti ont ajouté une nouvelle dimension au débat sur le physique et le crime, affirmant que la « mésomorphie » était une caractéristique criminelle et que les criminels étaient physiquement supérieurs. Cela contredit Lombroso qui décrivit les criminels comme physiquement inférieurs [76].

Bull et McAlpine ont suggéré que les gens avaient des stéréotypes à l'apparition de visages criminels pouvant affecter les jugements de culpabilité ou d'innocence devant le tribunal [77].

Deux théories bien connues de la criminalité ont signé un retour à l'individualisme. Wilson et Hernstein soutiennent que les individus diffèrent dans leurs tendances criminelles sous-jacentes et que le crime dépend des avantages perçus qui priment sur les coûts potentiels [78].

Hernstein et Murray avait publié un article faisant part du fait que les individus ayant un faible QI étaient plus susceptibles de commettre des crimes par manque de prévoyance et d'incapacité à distinguer le bien du mal [79].

Gottfredson et Hirschi affirment que les gens diffèrent dans leurs motifs criminels. Ces différences apparaissent au début de la vie et restent stables tout au long d'elle. Le facteur clé de leur théorie est «une faible maîtrise de soi» selon laquelle les individus sont vulnérables aux tentations du moment. Les personnes à faible contrôle de soi sont impulsives, prennent des risques, ont de faibles compétences cognitives et académiques, sont égocentriques, antipathiques et manquent de prévoyance. Tous ces traits font que ses individus soient susceptibles aux avantages qui pourraient être associés à la délinquance[80].

2. Hérité et génétique :

a. Études d'adoption et études de jumeaux :

Les études de jumeaux et d'adoption ont été entamées pour prouver «scientifiquement» la relation entre l'héritage et la criminalité. Les études de jumeaux impliquent la comparaison des niveaux de criminalité chez des jumeaux monozygotes (MZ) et dizygotes(DZ).

Les chercheurs affirment que si les niveaux de criminalité sont plus similaires entre les jumeaux (MZ), par opposition aux jumeaux (DZ), cela fournira la preuve d'un lien entre l'héritage génétique et la criminalité. Les éléments de preuve et les conclusions des études réalisées sont très mitigés [81-83].

En outre, des études d'adoption ont tenté de déterminer les effets relatifs de l'hérité et de l'environnement/éducation, en comparant la criminalité des enfants adoptés avec celle de leurs parents biologiques et adoptifs.

Mednick et al ont réalisé l'une des études d'adoption les plus fréquemment citées. Il s'agit d'une série d'études longitudinales qui ont comparé les casiers judiciaires des enfants adoptés avec ceux de leurs parents biologiques et adoptifs. Les résultats ont révélé que plus de 13% des enfants adoptés avaient une condamnation pénale que ni le père adoptif ni biologique n'avaient. Ce chiffre a légèrement augmenté à 14,7% lorsque le parent adoptif de l'enfant avait un casier judiciaire. Les enfants adoptés étaient plus susceptibles d'être condamnés pour des crimes quand le père biologique avait un casier judiciaire (20%). Toutefois, si le père adoptif avait aussi un casier judiciaire, la probabilité devenait encore plus importante (24,5 %). Ces résultats peuvent être interprétés

de plusieurs façons. Certains chercheurs ont pris ces résultats comme très suggestifs du rôle de la génétique, tandis que d'autres ont souligné que le rôle de l'environnement ou de l'acquis devait être crucial pour expliquer ces constats [84].

Les chercheurs ont conclu que les traits héréditaires peuvent conduire certains individus, qui sont élevés d'une certaine manière et qui vivent dans certaines circonstances, à devenir criminel par rapport aux personnes qui vivent dans la même situation sans avoir ces traits héréditaires [85, 86].

b. Hypothèse du XYY:

Le «syndrome XYY» illustre certains des problèmes fondamentaux du positivisme biologique et est particulièrement pertinent à la violence masculine.

Au milieu des années 1960, beaucoup d'excitation a été temporairement générée par ce qui semblait être une relation entre la possession d'un chromosome supplémentaire Y et la criminalité.

Les chercheurs, d'abord en Écosse et plus tard aux États-Unis, ont affirmé que la possession d'un chromosome Y mâle supplémentaire produit un «supermâle» XYY plus agressif et criminel que le XY mâle «normal» [87, 88].

Des chercheurs ultérieurs ont affirmé au contraire que les personnes atteintes du syndrome XYY étaient en fait moins agressifs que les mâles XY «normaux» et que leur crimes étaient souvent des infractions minimales.

Dans l'analyse finale, l'hypothèse XYY ne donne pas une explication de la criminalité en général ou de la violence en particulier [89].

c. Épigénétique:

Une autre discipline intéressante est l'épigénétique. « Épi » à partir du préfixe grec qui signifie «sur», «en dehors de» ou «autour», se réfère aux mécanismes des changements à long terme dans l'activité des gènes qui ne font pas partie du code génétique [90]. Les modifications possibles, en activant certains gènes et en inhibant d'autres, sont basées sur des signaux provenant des cellules environnantes et de l'environnement péri cellulaire [91]. Ces possibilités sont si grandes que, à chaque pas, l'expression possible d'un gène dans un organisme donné (génome), est considérée comme potentiellement infinie. Même si des individus ont une «combinaison à haut risque», la majorité d'entre eux ne seraient jamais violents [92]. Ainsi, les gènes ne sont pas fiables ni pour prédire le risque de violence, ni en tant que marqueurs pour des interventions thérapeutiques [93].

d. Recherche neurocomportementale:

Dans cette section, nous allons examiner une série de théories fondées sur la biologie, qui ont une incidence sur la réflexion contemporaine sur l'homicide. Certaines de ses théories ont été mises au point grâce aux progrès récents dans les domaines de la génétique et des neurosciences.

➤ Déséquilibre Hormonal:

• Rôle du cortisol dans l'agression :

Le cortisol est une hormone qui fait partie des mécanismes de réactivité du corps face au stress. Il sert à mobiliser les ressources de l'organisme et à fournir de l'énergie en cas de stress [94]. Il existe des preuves considérables suggérant

que les niveaux de cortisol sont réduits chez les enfants, adolescents et adultes antisociaux.

Chez les enfants, les niveaux bas de cortisol ont été associés à l'extériorisation de comportement, à une faible anxiété [95, 96] et à des troubles de conduite [97]. Une faible cortisolémie a été observée chez les adolescents atteints de troubles du comportement [98] ou d'une diminution de l'expression des émotions [99]. Enfin, des niveaux bas de cortisol ont été trouvés chez les adultes violents [100] et chez les délinquants psychopathes [101]. Les niveaux inférieurs de cortisol peuvent indiquer que les individus sont moins sensibles aux facteurs de stress et peuvent avoir moins peur des conséquences négatives telles que la peine potentielle.

• Rôle de la testostérone dans l'agression :

Une grande partie des études épidémiologiques pointent du doigt la prépondérance du sexe masculin au niveau de l'homicide.

Certains chercheurs affirment avoir trouvé des preuves d'un lien entre les niveaux de testostérone et les tendances violentes [102]. Cependant, Bain et al. ont comparé les niveaux de testostérone chez un groupe de meurtriers et leurs contrôles non-violents et n'ont pas établi de différences significatives dans les niveaux moyens d'hormones au hasard entre les groupes [103]. La grande majorité des données existantes sont essentiellement corrélationnelles [104].

La testostérone agit comme une pro hormone qui, lorsqu'elle est convertie en 5-alpha-dihydrotestostérone, elle agit sur les récepteurs androgènes, qui lorsqu'ils sont convertis en estradiol par une aromatase, agissent sur les récepteurs d'œstrogène. Il existe des preuves que la plupart des effets de la

testostérone dans la médiation de l'agression surviennent après aromatisation [105]. Dans une étude, l'intensité du comportement agressif était directement corrélée avec l'activité de l'aromatase dans l'hypothalamus postérieur[106]. En général, Les hommes sont beaucoup plus agressifs que les femmes. Ce fait important conduit les chercheurs à étudier les liens possibles entre les niveaux d'hormones et les comportements agressifs.

La testostérone peut affecter les niveaux d'agression depuis le jeune âge. Dans une étude menée auprès de 48 enfants d'âge préscolaire, les enfants ont été filmés tout en jouant. Les niveaux d'agression dans des situations sociales et de jeu ont été observées et les niveaux salivaires de testostérone évalués. Les résultats indiquent une corrélation positive chez les garçons (mais pas chez les filles) entre les niveaux de testostérone et l'agressivité grave dans des situations sociales. Aucune corrélation n'a été démontrée avec l'agressivité ludique[107].

Une étude de 4.462 hommes a révélé que la délinquance, la toxicomanie et une tendance à un comportement agressif en excès est l'image globale chez les hommes avec une testostérone élevée. Ces hommes ont plus de problèmes avec les enseignants, plus de partenaires sexuels, sont plus susceptibles de présenter des problèmes de discipline au cours de leur service militaire et d'utiliser des drogues «dures» ; en particulier s'ils ont un faible niveau d'éducation ou de faibles revenus [108].

Les mesures des niveaux salivaires de testostérone chez 692 détenus adultes de sexe masculin ont montré que ceux qui ont commis des crimes violents ou sexuels, avaient des niveaux de testostérone plus élevés par rapport à ceux incarcérés pour des crimes de propriété ou de toxicomanie. Cette étude

montre également que les détenus ayant des niveaux plus élevés de testostérone ont violé plusieurs règles en prison, en particulier celles impliquant la confrontation ouverte [109].

On peut donc conclure que les niveaux élevés de testostérone jouent un rôle dans certains comportements criminels, en particulier lorsque d'autres facteurs de risque tels que le faible statut socio-économique sont présents.

Le problème fondamental de ce genre de preuve est que nous ne pouvons pas en déduire une relation de cause à effet. Plusieurs chercheurs soutiennent que les niveaux de testostérone sont élevés en raison du comportement violent. En d'autres termes, les niveaux élevés de testostérone n'augmentent pas la violence. C'est plutôt la violence qui augmente les niveaux de testostérone[104].

➤ **Neurotransmetteurs :**

D'autres facteurs biochimiques importants ont été associés à la violence au sein de la littérature, en particulier, les neurotransmetteurs (sérotonine, dopamine et noradrénaline).

La sérotonine a été impliquée dans la réduction de l'agressivité en inhibant les réponses comportementales aux stimuli émotionnels. La dopamine et la noradrénaline sont des neurotransmetteurs excitateurs qui contrecarrent les effets inhibiteurs de la sérotonine. Un déséquilibre dans les niveaux de ces neurotransmetteurs a également été associé à des troubles de l'humeur et à un comportement agressif [110]. Nous nous intéresserons de plus près à la sérotonine, puisque c'est le neurotransmetteur le plus corrélé à l'agressivité.

• **Sérotonine :**

Plusieurs études ont démontré un lien entre le système sérotoninergique et l'agression [111, 112]. Une baisse de l'activité sérotoninergique a été proposée pour expliquer l'agression impulsive [113]. Cette hypothèse s'appuie d'une part sur la baisse de la réponse centrale à la fenfluramine qui agit en permettant la relâche de la sérotonine dans la fente synaptique et en activant les récepteurs postsynaptiques 5-HT_{2B} et 5-HT_{2C} [114, 115]. Siever et al. observaient, à l'aide de la tomographie par émission de positron (TEP), un niveau plus bas du métabolisme après l'administration de la fenfluramine au niveau du cortex orbitofrontal, frontal médial et cingulaire chez des personnes qui manifestaient de l'agressivité impulsive par rapport à un groupe témoin. Ces observations sont probablement en lien avec leurs incapacités à inhiber ou à freiner les affects agressifs [112]. Toutefois, le mécanisme exact de cette baisse demeure obscur [115]. D'autre part, l'hypothèse d'une baisse de la transmission sérotoninergique s'appuie sur les observations d'une baisse de l'acide 5-hydroxyindolacétique (5-HIAA) dans le liquide céphalorachidien (LCR) chez les personnes présentant une agressivité contre soi ou autrui [112, 114]. Le 5-HIAA est le principal produit de dégradation de la sérotonine [114]. Ainsi, les individus atteints d'un trouble de personnalité associé à l'agressivité ou qui font preuve d'une criminalité à caractère violent (homicide) ou encore qui ont fait des tentatives de suicide violentes présentaient une diminution du niveau du 5-HIAA dans le LCR. Cette dernière serait le reflet d'une transmission abaissée de la sérotonine centrale [114]. En ce qui concerne les crimes, cette observation s'avérait davantage associée aux crimes violents et impulsifs qu'à ceux commis de manière préméditée et non violente [114].

Chez les enfants de moins de trois mois, à qui l'on avait prélevé du LCR pour un état fébrile, on retrouvait une histoire familiale de personnalité antisociale chez ceux qui présentaient un niveau bas de 5-HIAA [116]; avec plus de comportements agressifs et externalisés dès l'âge de 30 mois. Cependant, aucun tempérament précis n'a pu être lié à cette observation [117]. Ceci suggère un dysfonctionnement du système sérotoninergique débutant très tôt dans la vie et qui représente un facteur de vulnérabilité chez l'individu.

- **Tryptophane :**

Précurseur de la sérotonine, une altération du cheminement du tryptophane que ce soit au niveau de sa synthèse, de sa relâche ou de sa dégradation pourrait expliquer la diminution de l'activité sérotoninergique centrale [114]. L'agressivité et des niveaux élevés de tryptophane plasmatique s'avèrent reliés chez les personnes ayant commis des crimes violents et chez les personnes présentant un trouble de la personnalité antisociale et un problème d'alcool [114]. Ces observations suggèrent une baisse de l'activité de la tryptophane hydroxylase qui pourrait expliquer l'augmentation du tryptophane plasmatique de même que la baisse du 5-HIAA dans le LCR [114].

- **Récepteurs 5-HT :**

Différents types de récepteurs sérotoninergiques existent. On retrouve les récepteurs 5-HT_{1A} et 5-HT_{1B}, qui sont présynaptiques et postsynaptiques, ainsi que les récepteurs postsynaptiques 5-HT_{2A}, 5-HT_{2C}, 5-HT₃, 5-HT₄, 5-HT₅, 5-HT₆ et 5-HT₇ [118]. Au niveau génétique, chez l'humain, des variantes des récepteurs 5-HT_{1B}, 5-HT_{2A} et 5-HT₇ ont été associées aux comportements impulsifs et

agressifs [119]. En effet, l'activation de l'autorécepteur 5-HT_{1B} bloque la relâche de sérotonine et provoque une diminution de la réponse agressive [120]. On remarque donc une diminution du flux des neurones sérotoninergiques ce qui n'appuie pas la théorie d'une baisse de la transmission sérotoninergique menant à l'agression impulsive [118]. Il a été proposé qu'une augmentation de la relâche de sérotonine puisse survenir lors de l'événement agressif. En outre, un trait de base de l'inhibition du tonus sérotoninergique et de l'augmentation des récepteurs sérotoninergiques serait présent au long cours [120].

Par ailleurs, une augmentation de l'attachement aux récepteurs postsynaptiques 5-HT_{1A} en TEP a été observée au niveau du cortex préfrontal et cingulaire antérieur chez les personnes faisant preuve d'un niveau d'agressivité plus élevé [121]. La recherche post-mortem, chez les personnes décédées par suicide, a montré une augmentation des récepteurs 5-HT_{2A} dans le cortex préfrontal [114]. L'attachement de la sérotonine aux récepteurs 5-HT de la membrane des plaquettes, qui sont semblables à ceux retrouvés dans le cerveau, a également été observé comme étant plus élevé chez les personnes démontrant des comportements suicidaires et davantage de comportements agressifs [114].

• **Transporteur de la sérotonine 5-HTT :**

Des modifications au niveau du 5-HTT ont été associées à l'agressivité. Au niveau génétique, le polymorphisme du 5-HTT a deux variantes. L'allèle court (s) code pour un transporteur qui est moins actif que l'allèle long (l) et qui est relié au trait de névrotisme et particulièrement au trait d'hostilité [122]. La recherche post-mortem, chez les personnes décédées par suicide, a montré une diminution de l'attachement au 5-HTT [114]. Les études en TEP montrent aussi

qu'il y aurait une diminution de l'activité du transporteur à la sérotonine dans le cortex cingulaire antérieur et orbitofrontal chez les patients agressifs [112].

e. Cerveau et Système nerveux central :

Raine et ses collègues ont rapporté que les meurtriers avaient des niveaux beaucoup plus faibles de d'absorption du glucose dans le cortex préfrontal du cerveau que les témoins appariés [123]. L'échantillon comprenait 22 meurtriers (ou des individus qui avaient tenté de commettre un assassinat) et 22 sujets témoins soigneusement appariés. Les meurtriers avaient plaidé non coupables pour raison de folie dans les tribunaux. Les deux groupes ont été soumis à un balayage du cerveau par TEP. Raine et ses collègues ont ensuite élargi leur étude pour inclure 41 meurtriers (39 hommes et 2 femmes), appariés avec 41 sujets témoins. Encore une fois le groupe de tueurs a montré une diminution du glucose dans le cortex préfrontal, ainsi que certaines autres régions du cerveau. Raine et al ont alors déduit qu'ils avaient découvert les premières indications de processus cérébraux anormaux qui peuvent prédisposer certaines personnes à la violence. Cependant, il faut être très prudent dans l'interprétation de ces résultats.

Niehoff explore le cerveau et sa chimie en termes d'un système de développement qui est modulé par l'environnement. Elle fait valoir qu'un comportement adapté, qui est l'agression, dégénère en comportement inadapté, qui est la violence [124]. Le cerveau est ainsi sensible et flexible aux défis de l'environnement. Cependant, il est seulement capable de fonctionner avec succès sous certaines pressions environnementales jusqu'à un certain point. Le stress à long terme peut conduire à un système nerveux plus réactif ou sous-réactif et

une incapacité à faire face à des situations problématiques. Ceci peut finalement conduire à la violence [124].

➤ **Neuropsychologie:**

Les déficiences neuropsychologiques ont longtemps été associées à un comportement criminel et antisocial. De nombreux domaines de fonctionnement ont été trouvés altérés dans les populations criminelles. En particulier, les chercheurs ont mis l'accent sur la capacité globale intellectuelle, ainsi que le fonctionnement exécutif.

• **Intelligence :**

De nombreux chercheurs ont trouvé une association entre la diminution du fonctionnement intellectuel et les comportements antisociaux. En outre, le comportement antisocial et le faible QI ont une base génétique commune [125, 126]. La plupart des recherches sur le fonctionnement intellectuel dans cette populationa cependant mis en évidence un écart entre QI verbal et QI de performance. Les mesures du QI verbal comprennent des tests qui exigent aux participants de répondre oralement, encouvrant souvent les connaissances de faits (définition des mots ou résolution de problèmes mathématiques à haute voix). L'évaluation du QI de performance, en revanche, implique un raisonnement spatial et non verbal (manipulation de blocs ou recherche de symboles sur une page).

Une diminution du QI verbal, par rapport au QI de performance, a été trouvée chez les enfants[127], les adolescents [128] et les adultes avec un comportement antisocial [129]. Cependant, certaines études n'ont pas montré de déficit par rapport au QI verbal dans les populations antisociales [130, 131]. Une

méta-analyse récente de cet écart entre les deux QI a constaté que si les résultats étaient statistiquement significatifs pour tous les groupes d'âge, l'effet du QI verbal réduit était plus négligeable chez les enfants que chez les adultes. En revanche, l'effet de cet écart chez les adolescents antisociaux était plus proche de celui retrouvé chez les adolescents délinquants. Par conséquent, le déficit du QI verbal par rapport au QI de performance semble caractériser les populations antisociales, en particulier pendant l'adolescence [132].

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer la différence entre les mesures verbales et non verbales de la capacité des populations antisociales. Une théorie importante est que les déficits préexistants de la capacité verbale conduisent à l'échec scolaire, qui est, à son tour, un facteur de risque de comportement antisocial [133]. D'autres soutiennent que le comportement antisocial dans l'enfance et l'adolescence conduit souvent à un refus de l'école ou à des lacunes dans l'éducation en raison de suspensions ou d'incarcérations. Les lacunes dans l'éducation produisent un déficit relatif des scores du QI verbal [132]. Ce déficit relatif est dû au fait, comme indiqué plus haut, que les tests de QI verbal nécessitent souvent des connaissances acquises à l'école, tandis que les tests de QI de performance sont moins dépendants de l'éducation. Une autre hypothèse est que les déficits verbaux peuvent conduire à l'échec de la socialisation en affectant le développement de l'auto-contrôle [134, 135]. Ainsi, on ne sait pas ce qui sous-tend la relation entre les déficits de QI verbal et le comportement antisocial, mais les chercheurs continuent de sonder cette question.

• **Fonctions exécutives (EF) :**

En plus du QI global, le fonctionnement exécutif (EF) a tendance à être altéré chez les populations antisociales. Il comprend les processus cognitifs qui maintiennent les représentations et permettent la réalisation des objectifs. Les tâches couramment utilisées pour mesurer ce facteur nécessitent généralement une certaine flexibilité mentale, la formation de la stratégie, l'attention sélective, et une capacité à la suppression des réponses habituelles. Les processus sous-jacents sont soupçonnés d'être contrôlé en grande partie par le cortex préfrontal. Ainsi, les tâches de l'évaluation du fonctionnement exécutif sont souvent utilisées pour identifier les patients présentant des lésions du lobe frontal [136].

Jusqu'à présent, les recherches ont démontré que les populations antisociales avaient de faibles scores aux tests [137]. Des études plus récentes ont soutenu ces résultats chez les adultes de sexe masculin [138] ainsi que les délinquantes de sexe féminin [139] par rapport à la violence [140], et non à la délinquance non violente [141]. Comme avec le QI, ce déficit dans les fonctions exécutives a été corrélé à une faible maîtrise de soi, qui à son tour, peut conduire à des comportements délinquants et criminels [142].

➤ **Neuroplasticité :**

Des découvertes récentes sur la neuroplasticité à l'âge adulte ont fait changer la donne sur le rôle des influences sociales sur la neurobiologie [143]. L'anatomie du cerveau est ainsi modifiée tous les jours, avec des voies et des connexions qui changent avec de nouvelles expériences. Les changements de comportement, la création de nouveaux neurones sous l'influence de l'environnement ainsi que le *remapping* du cerveau après une blessure

contribuent à forger des voies cérébrales et à transmettre des signaux tout au long de la vie [144].

Les facteurs sociaux sont essentiels sur le plan biologique de part leur rôle dans la création de certains traits chez une personne, y compris la violence.

Cette nature plastique du cerveau explique de nombreuses particularités humaines. Premièrement, le fait est que le cerveau dépend de la stimulation externe pour son développement et que la période de maturation du cerveau est la plus longue chez les humains. Ceci rend la stimulation sociale des parents, des frères et sœurs et des pairs particulièrement importante.

Lorsque ses sujets sont privés de contact social, ou exposés à des expériences émotionnellement traumatiques ou violentes, une profonde influence se grave sur le développement du cerveau [145]. D'autre part, l'influence de l'environnement explique la grande variabilité entre les individus. La capacité d'adaptation à des environnements différents, la résolution de problèmes, et l'imagination font partie d'une personnalité unique qui se dégage chez l'individu en bonne santé.

➤ **Neuroimagerie**

L'utilisation accrue d'une variété de modalités de neuroimagerie au cours de la dernière décennie a fourni des preuves d'une relation entre les déficiences cérébrales structurelles et fonctionnelles d'une part, et le comportement criminel de l'autre. À ce jour, la preuve la plus forte implique le cortex préfrontal, l'amygdale et l'hippocampe suggérant que ces régions sont essentielles dans l'inhibition des impulsions de comportement et la régulation des émotions associées.

Des études d'imagerie structurelle ont lié la réduction du volume de matière grise fronto-temporale aux comportements antisociaux dans la population. Elles ont trouvé une réduction du volume de la substance grise préfrontale au niveau du cerveau gauche chez les patients épileptiques agressifs [146].

Yang et al. ont constaté une réduction du volume et de l'épaisseur de la matière grise dans le gyrus frontal moyen et le cortex orbitofrontal ainsi qu'un effacement des scissures chez les psychopathes avec des condamnations pénales antérieures par rapport aux psychopathes sans conviction et aux contrôles non psychopathiques [147].

D'autres études ont révélé des anomalies hippocampiques chez des individus criminels et psychopathiques. Dans une autre étude, Yang et al ont trouvé une réduction du volume de la substance grise de l'hippocampe et du parahippocampe chez les meurtriers schizophrènes par rapport aux patients schizophrènes non violents et aux contrôles sains [148]. Ces résultats concordent avec une étude réalisée par Boccardi et ses collègues montrant une morphologie anormale de l'hippocampe chez les délinquants violents [149].

Conformément à ces résultats, Craig et al. ont trouvé une perturbation des connexions entre l'amygdale et le cortex orbitofrontal chez les psychopathes avec convictions criminelles en utilisant une tractographie par IRM de diffusion [150]. L'amygdale fait partie intégrante du circuit d'association-renforcement nécessaire à l'apprentissage [151]. Étant donné l'importance de l'amygdale dans le conditionnement de la peur et l'hippocampe dans la mémoire émotionnelle, les déficits en particulier de l'amygdale et de l'hippocampe

peuvent prédisposer à un manque d'appréhension pour la punition et entraîner la perturbation du développement moral normal.

Bien que des études antérieures ont porté principalement sur les régions préfrontales et médio-temporales, plusieurs études récentes d'imagerie cérébrale structurale ont révélé des dépréciations supplémentaires dans d'autres régions telles que le septumpellucidum et le striatum[152, 153]. Malgré certaines différences, ces études suggèrent que les déficiences structurelles, en particulier dans les régions frontales et temporales, sont associées à un comportement criminel.

Plusieurs études d'imagerie fonctionnelle des cerveaux de délinquants ont également révélé une altération du fonctionnement dans plusieurs régions cérébrales, en particulier dans le cortex préfrontal et temporal. L'une des premières études d'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) dans une population criminelle violente a été menée par Raine et al. Ces derniers ont trouvé un métabolisme réduit du glucose au cours d'une tâche continue de performance dans les régions préfrontales médianes antérieures, orbitofrontales et frontales supérieures du cortex des meurtriers par rapport aux témoins normaux [123].

De même, Hirono et al. ont constaté que les personnes reconnues coupables d'infractions violentes impulsives ont montré une diminution de la perfusion cérébrale dans les parties antérieure gauche temporale, dorsofrontale bilatérale et au niveau du cortex pariétal droit [154].

Dans une autre étude, Raine et al ont révélé une activation réduite dans le cortex temporal droit chez les délinquants violents qui ont des antécédents

d'abus par rapport aux témoins au cours d'une tâche stimulant la mémoire de travail [155]. Après l'utilisation des images en relation avec des affects, Müller et al. ont trouvé une perturbation des activités préfrontale et temporale au cours du traitement de l'émotion chez les psychopathes criminels par rapport aux témoins sains [156, 157].

En outre, une étude récente de Lee, Chan et Raine a montré chez les auteurs de violences domestiques, une augmentation de la réponse du cerveau à des stimuli de menace dans l'hippocampe, le cortex orbitofrontal et d'autres régions par rapport aux témoins [158].

Une autre étude suggère que les perturbations dans le système dopaminergique, y compris le noyau accumbens, peuvent être associées à des traits psychopathiques impulsifs [159]. Ces études suggèrent que, en plus des déficits structurels, les dysfonctionnements dans plusieurs régions du cerveau peuvent également contribuer à un comportement criminel et violent.

Bien que loin d'être concluantes, des études de neuroimagerie utilisant une variété de populations et de méthodes suggèrent que la perturbation de l'intégrité structurelle de la morphométrie et la connectivité des régions fronto-temporales peuvent prédisposer au comportement criminel et violent. La dépréciation des régions frontales, temporales, et sous-corticales peut conduire à des difficultés de socialisation morale, une inhibition comportementale, un trouble de la régulation des émotions, une génération et un conditionnement de la peur. Ces difficultés peuvent se traduire par une réduction de l'empathie pour les victimes, des difficultés à réguler la colère, l'inhibition des impulsions violentes, et l'incapacité à apprendre « la punition ».

f. Psychophysiology

Les mesures psychophysiological, y compris la conduction de la peau, la fréquence cardiaque, l'électroencéphalographie (EEG), et les potentiels liés à l'événement (ERP) se sont avérés précieux pour combler l'écart entre le risque génétique pour la criminalité et les anomalies cérébrales qui donnent lieu à un comportement antisocial et criminel [160].

➤ Rythme cardiaque

L'association entre la faible fréquence cardiaque de repos et le comportement antisocial et criminel est l'un des résultats les plus reproductibles dans la littérature.[161, 162] Cela a également été retrouvé chez les enfants et les adolescents [163].

Cette association a également été observée dans l'étude de Cambridge. En effet, les chercheurs ont constaté que deux fois plus de garçons (411 garçons au total ont été étudiés) avec de faibles taux cardiaques (65 battements par minute ou moins, mesurée à 18 ans) ont été condamnés pour violence. Une fréquence cardiaque basse au repos a également été significativement associée à la violence auto-déclarée et à l'agression des enseignants. En outre, elle était significativement liée à trois mesures de violence, indépendamment de toutes les autres variables mesurées dans le projet y compris diverses mesures de la personnalité et des réalisations, ainsi que les facteurs socio-économiques et familiaux (tels que la mauvaise éducation des enfants, les parents avec condamnations pénales, les faibles revenus et de les logements insalubres) et enfin les mesures physiques (telles que le faible poids) [164].

➤ **Stimulation et agression:**

Des études empiriques ont montré de façon constante que la mauvaise conductance de la peau et le conditionnement à la peur sont associés à un comportement agressif et antisocial chez les populations d'enfants, d'adolescents et d'adultes [165-167]. Plus précisément, une mauvaise conductance de la peau conditionnée à l'âge de 3 ans est prospectivement liée à un comportement plus agressif à l'âge de 8 ans et à un comportement criminel à l'âge de 23 ans [168]. En outre, l'augmentation des réponses au conditionnement, ainsi que la haute excitabilité ont un rôle protecteur contre les comportements antisociaux [169].

Des facteurs de protection psychophysiologiques similaires ont également été trouvés dans la descendance des pères criminels qui mettent fin à leur criminalité [170].

Il a été proposé que les niveaux d'excitation soient toujours plus faibles chez les criminels, et que les comportements antisociaux aient pour objet d'augmenter le seuil optimal de stimulation. Alternativement, l'hypostimulation du système autonome (par exemple, une faible fréquence cardiaque) peut indiquer un manque de peur ou d'anxiété, ce qui peut réduire l'efficacité de la peine, entraver les processus de socialisation et éventuellement prédisposer à des comportements antisociaux [161].

➤ **Electroencéphalogramme (EEG) et agression:**

En ce qui concerne le fonctionnement du système nerveux central, les résultats les plus fréquemment rapportés sont des ondes lentes à l'EEG réfléchissant la sous-stimulation du sujet, surtout dans les régions frontales et

temporales du cerveau. Plus précisément, une étude a émergé démontrant que l'augmentation de l'activité à ondes lentes à l'EEG à l'adolescence, prédit l'augmentation des condamnations pénales plus tard dans la vie. Cette augmentation excessive des ondes lentes peut indiquer l'immaturité corticale. Cette immaturité corticale entraîne une altération du contrôle inhibiteur, ou une sous-stimulation corticale qui prédispose à la recherche de stimulation, ce qui donne finalement lieu à une dysrégulation émotionnelle et comportementale chez les personnes sujettes à des comportements criminels.

En outre, l'asymétrie frontale atypique a été retrouvée chez les enfants à comportements extériorisés [171] et chez les adultes atteints de troubles explosifs intermittents et ayant des traits agressifs. Ces associations peuvent varier en fonction du sexe et des facteurs sociaux. Cette asymétrie frontale atypique à l'EEG peut indiquer une réactivité émotionnelle anormale, ce qui donne lieu à un comportement perturbateur chez les criminels.

Enfin, l'ERP se réfère aux changements de l'activité électrique du cerveau en réponse à des stimuli externes. L'association la plus cohérente a été trouvée pour la P300 (forme d'onde positive se produisant environ 300 millisecondes après un stimulus) qui est sensée représenter le déploiement des ressources neuronales à l'information pour des tâches pertinentes. La réduction de l'amplitude de la P300 ou sa latence, indique une capacité inefficace de traitement cognitif. Ces modifications sont caractéristiques de comportements antisociaux [172, 173]. Bien que les conclusions sur la P300 et la psychopathie ont été contradictoires, les déficits des ondes P300 ont également été associés à l'extériorisation d'autres problèmes de comportement, y compris l'abus de substances, les troubles de la conduite chez l'enfant, et le trouble du déficit de

l'attention avec hyperactivité(ADHD) [160]. Ceci suggère que l'anomalie de l'onde P300 peut être un indicateur psychophysologique du comportement d'extériorisation caractérisé par des problèmes de contrôle des impulsions.

Dans l'ensemble, la recherche psychophysologique a donné une grande perspicacité dans l'étiologie du comportement criminel, bien qu'il reste beaucoup à apprendre sur le développement de la criminalité et l'interface dynamique entre les processus psychologiques et physiologiques.

3. Irrégularités biologiques induites par l'environnement:

Dans cette section, nous considérerons le rôle possible de certains produits chimiques et toxiques par rapport à la délinquance violente. Mis à part la possibilité d'une composante biologique innée qui pourrait prédisposer un individu à se livrer à la violence meurtrière, il a également été suggéré que certaines substances pourraient nuire au fonctionnement biologique.

a. Drogues et alcool:

Il existe diverses façons selon lesquelles les médicaments et l'alcool peuvent jouer un rôle crucial dans l'émergence de la violence et de l'homicide. Pour les drogues, le lien pharmacologique est difficile à déchiffrer et dépend certainement de quelles formes considérées.

La consommation d'alcool imprègne de nombreux incidents d'homicide(ou d'autres formes de violence). Le lien entre les deux est loin d'être simple et n'est certainement pas limité à un effet pharmacologique.

Les liens entre les drogues, la consommation d'alcool et l'homicide seront discutés dans divers autres chapitres.

b. Nutrition:

L'idée que la nutrition peut influencer sur le comportement ou sur la santé, n'est pas nouvelle. Le Cholestérol, les carences en vitamines et les allergies alimentaires ont tous été examinés par rapport à un comportement violent. Des histoires anecdotiques d'anomalies nutritionnelles sont communes dans les meurtres en série [174].

Virkkunen et ses collègues ont suggéré que l'hypoglycémie était fréquente chez les criminels et les délinquants qui se livrent régulièrement à des comportements violents [100, 175]. Ces mêmes chercheurs ont également revendiqué une association entre le taux de cholestérol et la violence [176]. Bien qu'il semble y avoir des preuves d'une association entre l'hypoglycémie ou le taux de cholestérol bas et la violence, la recherche à ce jour souffre d'un certain nombre de lacunes méthodologiques. Par exemple, dans les études par Virkkunen et ses collègues, tous les délinquants violents, dont la glycémie a été testée, avaient des antécédents d'abus d'alcool conduisant souvent à un régime pauvre. D'autres difficultés retrouvées tournent autour des évaluations inadéquates de l'apport nutritionnel entre les sujets et les contrôles violents avec une incapacité à envisager d'autres différences potentiellement importantes entre les deux groupes ; tels que les niveaux d'activité.

c. Risques périnataux:

La recherche a révélé que plusieurs facteurs, y compris l'exposition prénatale à la nicotine et à l'alcool, les complications à la naissance, les anomalies physiques mineures (AMP) et la malnutrition augmenteraient de

manière significative le risque de comportement antisocial et criminel dans l'enfance, l'adolescence et à l'âge adulte.

d. Tabagisme pendant la grossesse:

De nombreuses études ont démontré que les personnes exposées au tabagisme maternel pendant la grossesse ont un risque élevé de comportement criminel et antisocial tout au long de leur vie [177]. Le tabagisme prénatal prédit des troubles de conduite et une délinquance à l'âge adulte [178-180]. Trois études ont également constaté une relation dose-réponse entre le degré de tabagisme maternel pendant la grossesse et le degré de comportement antisocial plus tard dans la progéniture [181, 182].

e. Alcoolisme fœtal :

L'exposition à l'alcool au niveau foetal a longtemps été reconnue comme un facteur de risque de comportement antisocial chez les adolescents et les adultes [183]. Alors que la consommation d'alcool pendant la grossesse peut entraîner un syndrome d'alcoolisme foetal (SAF), les déficits se trouvent même chez ceux qui ne répondent pas aux critères de diagnostic du SAF [184]. Deux études ont montré que les enfants et les adolescents exposés à l'alcool foetal avaient des taux élevés de délinquance [185, 186]. En outre, la recherche a montré que les adolescents qui ont été exposés à l'alcool avant la naissance sont surreprésentés dans le système judiciaire [187]. Une étude a révélé que 3% des adolescents dans une unité hospitalière de psychiatrie légale pour mineurs ont été diagnostiqués avec le SAF, et 22 % ont été diagnostiqués avec des effets d'alcoolisme foetal [187]. Une autre étude a révélé que 58% des adultes, 61% des

adolescents et 14% des enfants âgés de 6 à 11 ans, avec une notion d'alcoolisme fœtal, avaient des antécédents de problèmes avec la loi [183].

f. Complications fœtales et néonatales:

Les complications de naissance comprennent une naissance prématurée, un faible poids de naissance, un placement dans une unité néonatale de soins intensifs, un accouchement au forceps, une césarienne, une anoxie, une réanimation nécessaire après l'accouchement, une prééclampsie chez la mère, ou un faible score d'Apgar. Ces complications modifient directement ou indirectement le fonctionnement du cerveau dans le système nerveux central du nouveau-né [188]. Plusieurs études ont démontré que les complications à la naissance interagissent avec les facteurs de risque psychosociaux dans la prévision des troubles de la conduite, la délinquance, le crime impulsif et la violence à l'âge adulte. Par exemple, Raine et al. ont trouvé une interaction significative entre les complications à la naissance ou un rejet maternel et la prédisposition à la criminalité violente à la fin de l'adolescence [123]. Une autre étude a révélé une corrélation entre les complications obstétricales graves, les mauvaises conditions familiales et l'augmentation du risque de récidive violente à l'âge de 17 ans [189].

D'un autre côté, Les anomalies physiques mineures (AMP) sont un biomarqueur de mauvais développement neural du fœtus pendant le premier et le deuxième trimestre de la grossesse, lorsque le cerveau du fœtus est en pleine croissance.

Des exemples de ces anomalies physiques subtiles comprennent un cinquième doigt courbe, une langue sillonnée, un pli palmaire unique, et des oreilles bas implantées [190].

Arseneault et al ont montré que les AMP retrouvées à 14 ans chez 170 hommes ont prédit la délinquance violente à 17 ans, une association qui était indépendante de l'agression à l'enfance et des mauvaises conditions familiales [191]. En outre, Kandel et al ont constaté que le comportement criminel violent et la récidive vers 20-22 ans étaient associés à une augmentation du nombre d'AMP à des âges entre 11-13 ans.

La recherche suggère également que les AMP interagissent avec les facteurs sociaux dans la prédisposition à des comportements violents et criminels. En effet, Mednick et Kandel ont constaté qu'être élevé dans une famille intacte stable diminue le risque d'une relation entre AMP et crimes violents. Ces AMP ne prédisaient tout de même pas le risque de violence chez les enfants élevés dans des foyers instables [192].

Brennan, Mednick et Raine ont rapporté une conclusion similaire dans un échantillon de 72 progénitures mâles de parents avec des diagnostics psychiatriques. Les taux de crimes violents adultes particulièrement élevés ont été retrouvés chez les personnes qui avaient à la fois de mauvaises conditions familiales et des AMP, par rapport à ceux qui avaient un seul de ces facteurs de risque [170].

Bien que la nature exacte des modalités avec lesquelles les facteurs de risque contribuent à un comportement antisocial ne soit pas entièrement connue, les chercheurs ont proposé que les facteurs de risque modifient négativement les

structures du cerveau et des fonctions essentielles à l'apprentissage, la mémoire, l'attention, les systèmes de récompense et la régulation des émotions et peuvent donc à la fois directement et indirectement prédisposer à la criminalité.

B. Théories psychologiques:

1. Modèle de frustration-agression:

Il a été proposé par Neal E. Miller, il stipule que toute agression est une conséquence de la frustration et toute frustration engendre une forme d'agression. La relation entre frustration et agression serait linéaire. L'intensité de la réponse agressive est proportionnelle à l'intensité de la frustration. De plus, l'inhibition de l'agression est proportionnelle à la temporalité de la punition [193, 194]. Pour qu'elle soit efficace, la punition doit être immédiate. Cependant, les études montrent que ce n'est pas la punition en elle-même qui possède cette action inhibitrice, mais plutôt son occurrence. Plus la menace d'une punition est forte, plus l'inhibition de l'agression est importante. Par ailleurs, l'expression active de l'agression diminue la tendance à agresser. Ce phénomène prend le nom de catharsis ou abréaction.

L'inhibition empêche le passage à l'acte agressif, mais ne diminue pas la tendance à l'être. Le passage à l'acte pourra se produire dès la levée de l'inhibition.

Berkowitz reprend le modèle de l'Université de Yale en excluant la linéarité du rapport frustration-agression. Il introduit des éléments intermédiaires dont un élément interne qui est la colère ; et un élément externe qui est la nécessité d'indices évocateurs indispensables à l'actualisation de l'agression [193, 194].

La frustration provoque la colère dont l'expression dépend du sens donné par le sujet au comportement d'autrui dans une situation particulière d'interaction sujet-agresseur. Son intensité dépend également d'indices évocateurs externes représentés par des signaux d'agression plus généraux (tels que les armées en tout genre, les films à contenu agressif). La colère engendre alors en fonction de ces indicateurs externes l'agression.

2. Modèle de l'apprentissage:

L'apprentissage social montre que l'organisme a une capacité à adapter son comportement à des situations précises en fonction des expériences antérieurement acquises. Différents mécanismes d'apprentissage sont mis en évidence [195]. Bandura suggère qu'il y a trois aspects essentiels à la compréhension de l'agression [196]:

- Acquisition du comportement agressif.
- Processus d'instigation de l'agression.
- Conditions qui maintiennent l'agression.

Il existe des preuves suggérant que le comportement agressif peut être acquis par renforcement direct [197] et par observation [198]. En ce qui concerne l'instigation, Bandura a noté que le résultat attendu d'une rencontre aggressive était d'une importance vitale, de telle sorte que certaines conditions environnementales, précédemment associées à l'agression, font qu'elle soit susceptible de se reproduire [196].

En outre, la théorie de l'apprentissage social reconnaît que certaines conditions environnementales peuvent soulever l'excitation émotionnelle à des niveaux qui facilitent l'incitation à l'agression (comme le surpeuplement [199], la provocation verbale et physique [200]).

L'apprentissage par observation définit l'agression comme un comportement social appris. Les individus font acte de violence parce qu'ils ont acquis des réponses agressives à travers l'expérience passée. Ils peuvent recevoir ou anticiper différentes formes de récompense pour l'accomplissement de telles actions (exemple de la décoration militaire) [193].

Les racines de l'agressivité se trouvent dans les expériences du passé qui forment l'apprentissage de l'agresseur et sont facilitées par de nombreux facteurs externes liés à différentes situations.

Le conditionnement classique selon la théorie de Pavlov annonce qu'à un stimulus donné correspond une réaction donnée.

L'apprentissage instrumental de Skinner est basé sur un apprentissage par essais et par erreurs. Il se fait par le jeu de renforcement qui peut être positif ou négatif. Le renforcement positif correspond aux succès. Si l'agression est vécue comme un succès, elle sera reproduite. Le renforcement négatif correspond aux échecs. le comportement est alors inhibé et exclu [201].

L'apprentissage par imitation d'un modèle par le sujet explique les phénomènes d'entraînement de groupe.

3. Transmission de violence ou cycle de violence:

Une hypothèse de longue date au sein de la criminologie est que «la violence engendre la violence». Autrement dit, ceux qui sont victimes de violence physique et émotionnelle au cours de leur développement risquent de devenir des individus violents. Ces hypothèses sont fondées, en partie, sur les idées de l'apprentissage social et sur l'hypothèse stipulant que les expériences de vies négatives peuvent créer des individus psychologiquement «endommagés».

Dans son analyse réfléchie et détaillée de la littérature concernant la transmission intergénérationnelle de la violence, Spatz Widom observe que la plupart des études qui ont cherché une corrélation entre les premières expériences de violence et la participation ultérieure au crime, sont en proie à des défauts et des problèmes méthodologiques. Ceci pourrait expliquer la diversité et la contradiction des résultats actuels. En d'autres termes, il faudra expliquer comment certains enfants évoluent vers la délinquance alors que d'autres ne le font pas. Les expériences négatives précoces de la vie se manifestent de manière très différente en fonction de l'individu [202].

Actuellement, plusieurs chercheurs émettent l'hypothèse d'un substratum neuro-anatomique pour expliquer les tendances agressives de certaines personnes. Plusieurs études montrent une association entre sévices physiques dans l'enfance et un comportement agressif ultérieur. Les sujets victimes de sévices physiques sévères pourraient souffrir de séquelles neurologiques secondaires, qui les prédisposeraient biologiquement à un comportement violent [193].

Dès l'enfance, certains facteurs individuels comme l'hyperactivité, l'agressivité ou les troubles de conduite permettent de prédire les comportements antisociaux ou de violence à l'âge adulte [203]. Ces comportements ont des composantes génétiques modulées par des facteurs environnementaux. Le style autoritaire des parents, le manque de supervision parentale et une structure familiale éclatée contribuent à augmenter le risque futur de comportements antisociaux [203]. Différents auteurs se sont intéressés à déterminer l'interaction entre les composantes de l'environnement et les aspects génétiques dans une perspective développementale.

4. Création de criminels violents :

Selon Athènes, les criminels représentent le produit final d'un long et tortueux processus de développement [204]. Plus précisément, il affirme que les criminels violents sont créés en passant par quatre étapes:

- La brutalisation : traumatisme psychologique causé par «l'assujettissement violent» et «le coaching violent».
- La belligérance : période d'incubation caractérisée par la rage et des sentiments d'insuffisance et d'humiliation refoulés.
- Les performances violentes : l'individu décide de riposter en cas de provocation.
- La virulence : le sujet embrasse sa notoriété violente nouvellement acquise et décide d'adopter cette violence, même en l'absence de provocation.

Athènes tient à souligner que toutes les étapes doivent être traversées avec succès pour que l'individu abusé puisse se développer en agresseur violent [204].

5. Jack Katz et le «sens» de l'homicide :

Katz enquête sur «l'expérience subjective» de l'homicide, en accordant une attention particulière aux états émotionnels des tueurs au moment où ils sont impliqués dans des altercations violentes. Il parle de trois niveaux émotionnels distincts ou couches qui sont impliquées dans « l'homicide typique».

Pour Katz, l'homicide typique est lourdement chargé d'émotions, de telle sorte que le tueur commet une «attaque passionnée» de la victime d'une manière semblable à l'humiliation qu'il avait subie.

Le tueur devrait entrer dans un état émotionnel dans lequel il se définit comme virtueux défenseur du «bien» contre le «mal» , exigeant un combat pour défendre sa valeur de base [205].

Afin de continuer sur la voie de la violence, le tueur doit transformer ce qu'il perçoit d'abord comme une situation humiliante en rage. Lorsque cette transformation se produit, la confrontation est plus probable. Katz appelle ce processus un projet pratique qui ne nécessite pas forcément la mort de la victime, mais de transcender l'humiliation subie.

6. Approche cognitive:

La théorie cognitivo-comportementale stipule que trois étapes distinctes se succèdent pour qu'un comportement soit émis: l'étape perceptive (stimulus), l'étape cognitive et l'étape comportementale (réponse). Suite à la perception d'un

stimulus, l'information est assimilée aux schémas centraux. Ces schémas sont le résultat d'un ensemble de plans et constituent des structures cognitives profondes et stables qui permettent d'intégrer les connaissances et de donner une signification aux événements. Chez les personnes ayant un certain degré de psychopathologie, ils prennent la forme d'une verbalisation intérieure ruminante et souvent négative. L'activation prédominante de certains schémas rigides, au détriment d'autres plus pertinents, est à l'origine de biais systématiques dans le traitement de l'information. Ces biais amènent des erreurs de jugement, des pensées irrationnelles et dysfonctionnelles et plus encore des distorsions cognitives. Dès lors il y a choix d'une stratégie de réponse qui se traduit en émotion ou en comportement [206].

Zillmann pense que les processus centraux internes n'interviennent que dans certaines conditions. Tedeschi et Da Gloria pensent que les processus cognitifs constituent la trame même de l'explication du comportement agressif. Il s'agit de la théorie de l'attribution [193].

7. Apport de la psychologie évolutionniste: théorie de l'adaptation de l'homicide (TAH) :

La théorie centrale de la TAH est que les humains possèdent des adaptations psychologiques pour le meurtre qui ont évolué en réussissant avec succès à résoudre des problèmes adaptatifs récurrents spécifiques dans notre passé ancestral [207, 208].

Autrement dit, ses adaptations ont été sélectionnées par des individus ayant plus de succès reproductifs dans des environnements historiques [208]. Il est

proposé que les humains possèdent des adaptations psychologiques différentes pour l'homicide qui ont évolué pour résoudre des problèmes spécifiques.

Ces adaptations comprennent le meurtre intime, de coalition et d'enfants biologiques [207-210]. Il est important de reconnaître ici que, bien que la TAH ait pu être évaluée comme une théorie de l'évolution générale de l'homicide, il existe un certain nombre d'hypothèses spécifiques concernant les origines évolutives des mécanismes psychologiques pour un certain nombre d'homicides.

Il est tout à fait plausible que certaines adaptations proposées pour le meurtre soient soutenues par des preuves.

Au centre de la TAH est l'idée que, dans certains contextes très limités, les avantages de la mise à mort et des adaptations psychologiques l'auraient emporté sur les coûts.

Une liste partielle des avantages supposés est fourni par Duntley et Buss[208], citons :

- La prévention de l'exploitation, des blessures, du viol et d'auto-suicide.
- La gestion de la réputation.
- La protection des ressources, du territoire, du logement et de la nourriture.
- L'élimination d'individus dilapidateurs qui n'ont pas de liens génétiques (par exemple, les enfants du conjoint).

En bref, on fait valoir que, dans certaines circonstances, le meurtre de congénères aurait augmenté la survie et le succès reproducteur et donc aurait été choisi à cette fin.

En plus des avantages évolutifs proposés pour l'homicide, Duntley et Buss offrent trois principales sources de preuve à l'appui de la TAH. Tout d'abord, il est à noter que beaucoup d'espèces animales tuent leurs congénères dans des circonstances particulières et dans de nombreux cas, cela reflète l'évolution des adaptations spécifiques pour tuer [207, 208].

Parmi d'autres exemples, Duntley et Buss citent le meurtre cannibale des males par les femelles veuves noires, le meurtre des nourrissons par des lions mâles et l'assassinat intergroupe de coalition chez les chimpanzés [207, 208].

Ils suggèrent un soutien à l'idée que ses adaptations spécifiques pour tuer pourraient avoir évolué chez les humains. Une deuxième ligne de preuves se rapporte aux modèles et à la fréquence des homicides.

En outre, ils suggèrent que les taux actuels d'homicide sont nettement inférieurs à ceux du passé (en partie grâce à l'influence de la médecine d'urgence moderne) et sensiblement plus élevés chez les populations de chasseurs-cueilleurs.

Le point essentiel ici est que l'homicide aurait été assez fréquent parmi les populations humaines ancestrales et que les mécanismes psychologiques responsables de l'homicide auraient été conformes à la sélection naturelle.

Duntley et Buss font également valoir que la tendance générale de l'homicide est conforme aux propositions fondamentales de la TAH. Autrement dit, l'homicide est plus susceptible de se produire dans les contextes où il y a des avantages évolutifs. Les exemples incluent l'assassinat de conjoints infidèles par leurs partenaires, le meurtre de mâles rivaux dans les litiges de l'état [208].

Une troisième ligne de preuves utilisée par Duntley et Buss pour soutenir la TAH, est l'existence d'idées d'homicide, voire de fantasmes homicides [207, 208].

Dans deux études impliquant 762 étudiants universitaires de premier cycle en psychologie, Kenrick et Draps ont trouvé qu'environ 70% des participants admettent avoir eu au moins un fantasme d'homicide [211]. Les hommes ont en plus que les femmes. Dans cette étude, les fantasmes des hommes étaient plus susceptibles d'être liés à «une menace personnelle» impliquant des étrangers que ceux des femmes.

Cette étude et une autre similaire (non publiée) mentionnée par Buss [209] sont utilisées à l'appui de la TAH puisque la grande majorité des personnes éprouvent des pensées meurtrières précisément dans les circonstances dans lesquelles l'homicide a été un moyen efficace de résoudre des problèmes [208].

Les théories sociales et culturelles de l'homicide ont joué un rôle considérable dans l'explication de l'homicide (en particulier les variations interculturelles dans les taux d'homicide). Elles sont considérées comme des valeurs relativement limitées dans la compréhension de la nature de l'homicide.

L'autre grande théorie de l'évolution de l'homicide, est l'idée que celui-ci n'est pas une adaptation, mais un sous-produit d'autres adaptations [212, 213].

Cependant, Duntley et Buss rejettent l'hypothèse du sous-produit, indiquant qu'ils ne peuvent pas tenir compte des contextes spécifiques dans lesquels se produisent les homicides, la présence d'homicide chez d'autres espèces, ou la présence d'idées d'homicide et de pré-méditation [208].

En somme, la TAH est proposée pour combler une lacune importante dans la littérature sur l'étiologie de l'homicide. La TAH est considérée par ses auteurs comme un progrès par rapport aux explications existantes, car elle est fondée sur la théorie évolutionniste : « assassiner existe, parce que les humains possèdent un certain nombre d'adaptations spécifiques pour tuer ».

8. Théories de la personnalité criminelle:

Embarquées dans la tradition positiviste, la grande majorité des théories de personnalité violente convergent vers l'étude des délinquants violents en comparaison avec des personnes non violentes, en vue d'isoler certains «traits psychologiques» qui diffèrent entre les deux groupes.

Pour les psychologues, les personnes ayant un certain type de personnalité sont susceptibles de se comporter d'une façon particulière dans des situations singulières. Dans ce registre, les psychologues ont développé des dichotomies et typologies nombreuses de personnalités : passives/agressives, sur-contrôlées/sous-contrôlées, extraverties/introverties ou névrotiques/psychotiques.

a. Modèle d'Eysenck:

Essentiellement, Eysenck a affirmé que certaines personnalités dont les caractéristiques biologiques, en conjonction avec une éducation sociale particulière, peuvent engendrer une augmentation du risque de comportement antisocial.

Il repère différentes composantes de la personnalité selon trois dimensions classiques : le psychotisme (P), l'extraversion (E) et le névrosisme (N). La combinaison « PEN » constituerait le résultat de prédispositions génétiques. La

distinction de Hans Eysenck a conduit au développement ultérieur de la personnalité psychopathique qui est l'une des typologies les plus largement testées et documentées par rapport à la criminalité.

Le psychotisme représente l'agressivité, l'impulsivité, les difficultés émotionnelles et l'absence d'empathie. L'extraversion conduit l'individu à rechercher des émotions quelles que soient les informations issues du contexte. Le névrosisme caractérise chez l'individu l'anxiété, la dépression et une certaine fragilité émotive. Si ces trois facteurs PEN sont élevés et associés à une faible capacité de compréhension et d'assimilation des règlements et modalités habituelles d'interaction sociale, l'apprentissage et l'intégration des valeurs sociales sont difficiles. Ceci favorise l'augmentation du risque de criminalité [214].

b. Personnalités « sur-contrôlées » et « sous-contrôlées » :

Megargee a été l'un des premiers chercheurs à proposer un lien direct entre la personnalité et la violence [215].

Il était particulièrement préoccupé d'expliquer pourquoi tant de personnes, apparemment dociles, étaient trouvées parmi les meurtriers. Ainsi, il a fait la distinction entre les individus « sous-contrôlés » et « sur-contrôlés » [215].

Les premiers sont considérés comme possédants de très faibles inhibiteurs contre les pulsions agressives. Ils ont donc souvent recours à des actes de violence sous provocation perçue.

En revanche, les personnes sur-contrôlées sont rigidement inhibées contre l'expression de l'agression. La violence se produit sous l'influence d'une provocation intense ou de longue durée.

Par conséquent, Megargee prédit que la personnalité sur-contrôlée se trouverait chez des individus ayant commis des actes de violence extrême (comme l'homicide), mais ne se trouverait pas parmi ceux ayant des antécédents d'agressions mineures fréquentes [215].

c. Personnalité criminelle de Jean Pinatel:

La définition de la personnalité criminelle donnée ultérieurement par Pinatel repose sur la mise en évidence d'un noyau fait de quatre traits : l'égoïsme, la labilité, l'agressivité et l'indifférence affective. Ces traits constitutifs du noyau central de la personnalité criminelle s'articulent entre eux pour conduire à l'agir délictueux.

L'égoïsme, tout d'abord, correspond à la capacité de juger un problème moral d'un point de vue strictement personnel. Il a pour effet une absence d'inhibition et un non-respect des normes. La labilité est prise dans son sens d'instabilité du caractère et de soumission aux désirs sans intégration des conséquences. Elle a pour effet la non-évaluation des sanctions encourues. L'agressivité rend possible l'acte criminel et permet à l'auteur de dépasser les obstacles matériels auxquels il pourrait être confronté au moment du crime. L'indifférence affective et l'insensibilité à la souffrance de la victime sont associées à une absence de culpabilité. Elle évite au sujet d'être confronté au mal qu'il occasionne à sa victime.

Selon Jean Pinatel, pour qu'il y ait passage à l'acte, il faut que l'individu soit affranchi des contraintes sociales par une autolégitimation subjective, favorisée par son égoïsme. Il faut également qu'il surmonte la crainte des châtiments encourus par sa labilité ou son imprévoyance, et qu'il triomphe par

son dynamisme agressif de tous les obstacles susceptibles de rendre l'exécution matériellement impossible et enfin, qu'il soit sourd à la résistance intérieure d'ordre affectif.

d. Personnalité et psychanalyse:

Selon la théorie psychanalytique, un comportement peut avoir des explications différentes dépendamment de l'organisation psychique de la personne : sa structuration psychotique, son astructuration limite ou sa structuration névrotique [216].

Chez le névrotique, la dynamique psychique est plus évoluée et possède entre autres, une caractéristique distinctive des autres organisations de la personnalité à savoir: la capacité de mentalisation. Cette capacité permet de gérer les conflits, les frustrations et les pulsions agressives. Ainsi, théoriquement, à moins d'une circonstance exceptionnelle, un individu ayant une structure de personnalité névrotique compensée ne risque pas de commettre un homicide.

Le type de relation de dépendance et l'angoisse de perte d'objet sont les caractéristiques psychiques d'un individu ayant une astructuration limite. Il y a également chez ces gens une incapacité de mentalisation, entraînant des passages à l'acte de toutes formes.

La structure de personnalité psychotique est fréquemment mise en exergue dans la compréhension de l'homicide. Certains auteurs ont suggéré que la thématique de la mort et de la destruction est relativement commune chez les auteurs d'homicides. La limite entre le fantasme et la réalité est fragile. Ainsi sans l'objet, le sujet n'existe plus. Il suffit d'un incident où l'individu se sent

menacé pour que son fantasme de destruction devienne ingérable par ses mécanismes de défense archaïques (tel le délire, l'hallucination et le déni) et que le passage à l'acte soit la seule issue possible à la survie intrapsychique de la personne.

9. Modèle pulsionnel de l'agression :

Il regroupe deux principaux concepts :

- Un concept psychanalytique : mettant en évidence un équilibre interne de l'individu. Il s'agit des pulsions de vie et de mort, opposition d'Éros et de Thanatos, qui feraient de l'agression un comportement instinctif [73]. Dans un autre registre, en abordant la personne dans son milieu, Winnicott a vu dans la tendance antisociale la recherche d'un environnement stable susceptible de contenir la personne.

- Un concept éthologique : insistant sur la nécessité d'assurer la vie sociale et l'évolution de l'espèce. Lorenz et Eibl-Eibesfeld considèrent l'agression comme l'expression d'un instinct de survie que l'Homme a en commun avec les autres espèces animales [66, 193]. Ce qui rejoint la théorie défendue par la psychologie évolutionniste.

Les nombreuses approches psychologiques ont essayé d'apporter certains éléments de réponse à la réalité de l'individu au sein de la dynamique criminelle.

Les volets suivants traiteront de l'influence de l'environnement social du sujet et de ses répercussions.

C. Modèles sociologiques d'Homicide :

L'approche sociologique à l'étude de la criminalité peut être largement distinguée des approches biologique et psychologique. En effet, elle met l'accent sur les racines sociales de la délinquance, par opposition aux prédispositions personnelles.

Plutôt que de sonder les défauts de l'individu, les sociologues sondent les défauts de la société. Dans cet esprit, il est possible d'observer deux points de départ largement distincts pour l'explication et l'analyse de l'homicide au sein de la littérature sociologique. Ces points de départ sont l'approche «structurelle/culturelle» et «interactionnelle». Les chercheurs structurels et culturels ont été préoccupés principalement par l'explication de certains modèles décrivant les caractéristiques sociales des délinquants. En revanche, l'approche interactionnelle interroge la mesure selon laquelle le comportement est déterminé par la structure ou la culture, mettant l'accent sur la place de la dynamique interactionnelle parmi les délinquants et les victimes et le rôle du microenvironnement.

1. Théories structurelles d'homicide :

Les promoteurs du modèle structurel affirment que certaines forces structurelles, telles que la pauvreté ou le manque d'opportunités, permettent de créer des conditions qui peuvent finalement conduire à la criminalité violente. La recherche a mis l'accent sur la relation entre l'homicide et deux formes de privation économique, à savoir la privation «absolue» et «relative».

La privation absolue se réfère à une privation «réelle» ou pauvreté au vrai sens du terme. C'est l'accès aux maigres ressources économiques qui sont à

peine suffisantes pour répondre aux besoins de base. Elle est généralement liée à l'homicide en terme de sentiments de stress, de tension, de frustration, d'aliénation, de démoralisation et d'impuissance résultant de ces conditions[217].

En revanche, la privation relative se réfère à l'inégalité en matière d'accès aux ressources économiques entre différents groupes ou sections de la société par opposition à la pauvreté en soi. Les personnes intéresséesmettent l'accent sur l'inégalité, plutôt que sur la mesure absolue deprivation, comme source de délinquance (en particulier l'inégalité raciale). On suppose que la perception et l'expérience subjective de la privation relative motivent ou libèrent les individus pour se livrer à la violence [218].

2. Communautés et Désorganisation sociale :

La désorganisation sociale fait référence à l'incapacité d'une structure communautaire à réaliser les valeurs communes de ses résidents et de maintenir un contrôle social efficace [219]. Parmi les sources considérées de désorganisation sociale, on retrouve l'hétérogénéité de la population et la privation économique [218]. La désorganisation sociale met l'accent sur la nature criminogène de certaines juridictions particulières ou de quartiers spécifiques et non sur les individus qui les habitent.

3. Théorie de la contrainte :

En utilisant le concept de la privation relative, Merton a fait valoir que ce n'était pas la privation en soi qui était importante, mais plutôt la façon dont les individus ont connu subjectivement la privation [220, 221].

La «théorie de la contrainte» de Merton représente un mélange des théories structurelle et culturelle dans la mesure où il a fait valoir que le crime suscite un conflit entre les objectifs culturels de la «société» et les limites structurelles au sein des couches sociales.

Il suggéra que la population des États-Unis était devenue de plus en plus encouragée à viser le succès monétaire, mais que les individus de la classe inférieure sont souvent empêchés d'atteindre un tel succès par des moyens légitimes (tels que l'éducation ou l'emploi). Ceci, a suggéré Merton, pourrait conduire à la frustration et finalement à la déviance. Dans ce cas, la personne frustrée pourrait adopter l'une des quatre réactions déviantes: «innovation», «ritualisme», «retrait» ou «rébellion» [220, 221]. L'innovation a tendance à être plus associée à la commission du crime, parce qu'elle implique des individus restant déterminés à l'objectif culturel d'acquérir des richesses, mais implique le gain par des moyens illégitimes.

Plus récemment, les chercheurs ont élargi la théorie des contraintes. Ceci suggère que l'incapacité de parvenir à une variété d'objectifs pourrait produire une souche. Cela élargit certainement l'applicabilité potentielle de la théorie de la souche à la compréhension de l'homicide.

En dépit d'un consensus général au sein de la littérature de recherche en ce qui concerne une certaine forme d'association entre la pauvreté, l'inégalité, la privation, la désorganisation sociale et les taux d'homicides, il est important de noter qu'il existe un certain nombre de constatations et conclusions de recherche incohérentes et contradictoires, qui ont pour raisons l'utilisation de différentes définitions et mesures des conditions économiques.

En résumé, le point de vue structurel est précieux car il a démontré que certaines personnes (ou communautés) présentent des niveaux nettement plus élevés d'implication dans l'homicide. Toutefois, cette ligne de recherche a été un peu moins efficace pour découvrir comment et pourquoi ces personnes sont surreprésentées dans la violence meurtrière.

4. Théories culturelles d'homicide :

Alors que les théories structurelles se concentrent sur les conditions sociales qui peuvent favoriser la criminalité, les théories culturelles mettent l'accent sur les idées et les valeurs que des groupes particuliers détiennent et comment celles-ci peuvent générer l'implication dans le crime.

Il est essentiel de savoir que les sociétés complexes comprennent une diversité de groupes dont les conceptions du bien et du mal diffèrent. Certains groupes sanctionnent les comportements illégaux dans une plus grande mesure que d'autres. Les personnes qui s'associent à ces normes sont susceptibles de favoriser des actes illégaux, y compris la violence, par le biais d'un processus de socialisation.

Sutherland développa la «théorie de l'association différentielle» axée sur la transmission des définitions favorables au droit de rupture, ainsi que le contenu spécifique de ce qui est appris pour commettre des crimes et les rationalisations qui accompagnent la criminalité [222].

Miller a ensuite proposé une théorie culturelle des gangs, en faisant valoir que tandis que la classe moyenne a des valeurs telles que la réalisation, la classe inférieure a des préoccupations focales qui comprennent la ténacité, l'intellect,

rester en dehors de l'ennui, l'excitation, le destin, l'autonomie et le ressentiment de l'autorité et des règles [223].

La théorie de la «sous-culture de la violence» est la théorie sous-culturelle la plus connue qui traite spécifiquement de la criminalité violente et de l'homicide.[224]. Dans ce contexte, cette théorie part du principe que l'homicide se produit principalement parmi les personnes appartenant aux groupes socio-économiques les plus faibles dans la société.

En outre, Wolfgang et Ferracuti affirment que de nombreux actes de violence, y compris l'homicide, surviennent à la suite d'incidents qui sont relativement triviaux, tels que des insultes ou des échauffourées mineures. Ces résultats peuvent apparemment être expliqués par le fait que la grande majorité de ces personnes partagent des croyances qui sont propices à l'utilisation de la force ou la violence si insultées ou remises en question.

La théorie de la « sous-culture de la violence » a fait face à de vastes critiques. La raison est que la preuve empirique n'a pas réussi à prouver que les personnes qui se livrent à des comportements violents détiennent des valeurs différentes des autres personnes non violentes [225].

5. Perspectives interactionnelles :

D'une manière générale, les théories sociologiques, tels que celles décrites ci-dessus, ont été concernées par l'explication des taux élevés de criminalité au sein des groupes socio-économiques défavorisés. Ils proposent que les deux origines et le développement de la criminalité soient structurellement déterminés, et prétendent également offrir un cadre général pour comprendre

tous les crimes en affirmant que le refus d'occasions légitimes agit comme le principal facteur de précipitation.

6. Victimologie :

La victimologie se définit comme une branche de la criminologie qui étudie principalement les victimes d'actes criminels et tout ce qui leur est relié [226].

La plupart des typologies développées par les chercheurs placent les victimes le long d'un continuum en fonction de leur degré de provocation ou de culpabilité. Ces typologies classent ces victimes entre l'innocence totale et la responsabilité. Ainsi Ressler identifie différents types de victime [227]:

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

7. Dynamiques situationnelles :

L'approche majeure qui a guidé les enquêtes sur les processus menant à la violence provient de l'interactionnisme symbolique. Cette approche met l'accent sur le rôle des identités situationnelles ou des images de soi en interaction [228].

La recherche de Luckenbill, basée sur l'analyse de 70 opérations meurtrières, décrit en détail l'échange dynamique de mouvements et contre-mouvements entre les délinquants, les victimes et souvent les spectateurs

d'homicide. Il décrit ces interactions en procédant par plusieurs étapes où les acteurs développent, en réponse aux actions des autres, des lignes d'actions principalement axées vers le maintien de «visage», le maintien de la réputation ou la démonstration du caractère. De même, Goffman a affirmé que les transactions résultant en homicide impliquent la contribution conjointe du délinquant et de la victime à l'escalade d'un «concours de caractère»; une confrontation dans laquelle une tentative s'établit de sauver la face au frais de l'autreen maintenant la mimique faciale face à l'adversaire [229].

8. Microenvironnement et Homicide :

Le microenvironnement de la criminalité peut être défini comme le contexte social qui unit les délinquants et les victimes et comprend à la fois les dimensions physiques et sociales[230]. Dans cette perspective, le crime doit comprendre non seulement l'étude des délinquants et des victimes impliquées, mais aussi «le cadre et les accessoires [231]. Des recherches antérieures indiquent clairement que la criminalité, y compris l'homicide, n'est pas distribuée au hasard à travers le temps et l'espace. Certains endroits, comme les maisons de plaisir, les clubs publics ou les rues et ruelles à proximité, sont considérés des points chauds de violence ; comme le sont certaines périodes de temps, de sorte que le temps et l'espace deviennent des facteurs importants à considérer. De même, l'alcool et/ou la consommation de drogues imprègnent de nombreuses situations dans lesquelles se produisent la violence en général ou l'homicide spécifiquement [232, 233].

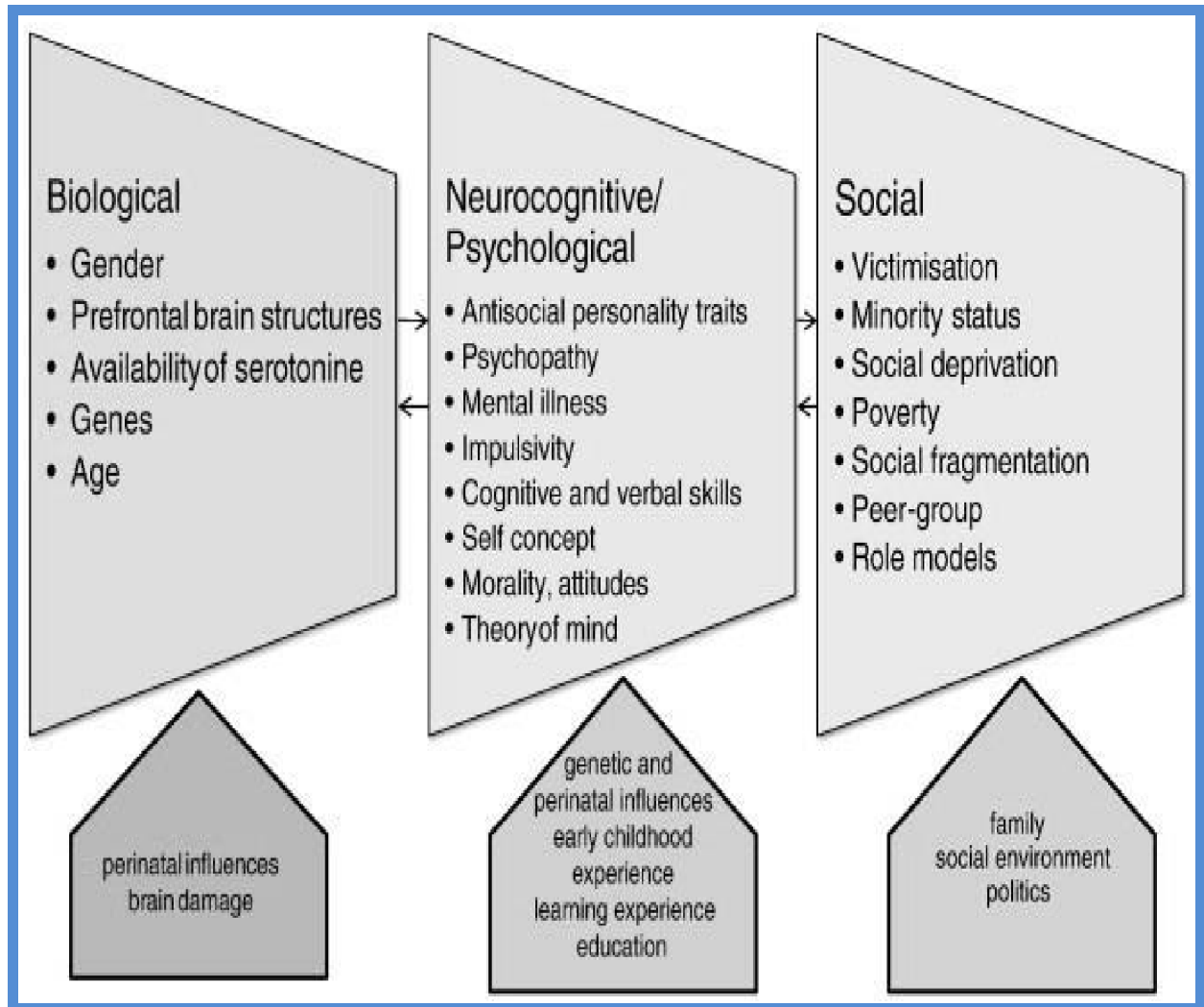


Fig 1 : Modèle bio-psycho-social de la violence selon Steinert et Whittington [234].

V. APPROCHE TYPOLOGIQUE DES HOMICIDES :

Au cours des dernières années, en plus de leurs efforts pour comprendre la nature des caractéristiques des délinquants homicides et les contextes sociodémographiques de la délinquance homicide, les criminologues et les chercheurs de la justice pénale ont également développé un certain nombre de typologies d'homicides ou schémas de classification afin de déterminer le profil et expliquer la personnalité des criminels [235].

A. Classification de l'unité des sciences comportementales du bureau fédéral d'investigations (FBI) :

Une des classifications les plus anciennes et largement connues est celle des homicides organisés et désorganisés. Utilisée par le FBI et dérivée de la compréhension de la scène du crime, la logique de cette réflexion se base sur la qualité de l'organisation de cette scène.

1. Homicide désorganisé :

Les scènes du crime désorganisé représentent les délinquants homicides qui manquent de compétences sociales et de famille stable. Ils sont victimes de violence psychologique et sont retirés de la société. Ils sont plus susceptibles d'être des décrocheurs du secondaire avec un QI au-dessous de la moyenne.

Les auteurs d'homicide désorganisé laissent une scène de crime chaotique, avec une dépersonnalisation de leurs victimes.

2. Homicide organisé :

Les scènes du crime organisé suggèrent la présence de délinquants qui ont toutes les caractéristiques d'une personnalité psychopathique : QI élevé, socialement habile, éduqué, urbain, mobile et ayant une histoire de promiscuité sexuelle.

Les auteurs d'homicides organisés laissent une scène de crime contrôlée et développent plus de relations personnelles avec leurs victimes.

B. Centre national du FBI pour l'analyse des crimes violents (NCAVC)

Le NCAVC a élaboré une typologie basée sur les indicateurs de la scène du crime pour l'étude des motivations d'homicide.

1. Homicide d'entreprise criminelle : meurtres de contrats, meurtres motivés, gang/succession de meurtres liés.

2. Homicide de cause personnelle : meurtres liés à la violence conjugale, meurtres politiques et religieux, ou euthanasie.

3. Homicide sexuel : viol et assassinat.

4. Homicide de groupe : culte, extrémisme et terrorisme.

C. Manuel de classification de la criminalité :

Il classe les homicides en six catégories [236]:

- Homicide simple.
- Double homicide.
- Triple homicide.
- Meurtre de masse.
- Meurtre de bordée.
- Meurtre en série.

D. Holmes et Holmes :

Holmes et Holmes classent les tueurs en série, en fonction de quatre catégories [237]:

1. Tueurs visionnaires :

En général, ils tuent au nom de Dieu, du diable ou d'un ange. Ils pensent avoir obtenu des commandes de certains pouvoirs surnaturels pour tuer.

2. Tueurs missionnaires :

Les tueurs missionnaires sont entraînés par des missions terrestres d'établir un régime juste ou un groupe. Ils sont entraînés par leur propre rationalité construite : l'élimination des maux de la société.

3. Tueurs hédonistes :

Les tueurs hédonistes, d'autre part, tuent à la recherche de sensations fortes, de luxe et de plaisir. Tuer pour eux est l'expression de leur principe de plaisir.

4. Tueurs manipulateurs :

Ils tuent pour symboliser leur pouvoir de contrôle sur les victimes. Tuer pour eux est une façon de reprendre le contrôle de leur esprit et de leur personnalité fracturée.

E. Salfati et al :

Ils ont classé les homicides en deux catégories sur la base d'indicateurs de la scène du crime [238, 239]:

1. Homicides expressifs :

Les homicides expressifs sont liés au viol, un incendie criminel, ou une attaque physique induite par la colère. La violence extrême, les blessures multiples, l'utilisation de plusieurs armes, la suffocation et le démembrement des corps des victimes caractérisent les scènes.

Ces homicides lient la violence au volet de cambriolage où les délinquants sont motivés par des objectifs inavoués pour l'argent ou le sexe.

2. Homicides instrumentaux :

Dans une scène de crime instrumentale, les corps ne sont pas cachés, et les délinquants laissent des traces d'armes, de sang, de semence et des vêtements. Les perpétrateurs expriment souvent des sentiments de honte et de culpabilité.

F. . Fox et Levin :

Ils ont étudié la question de la typologie des tueurs en série depuis plus d'une décennie, divisant ainsi l'homicide en trois catégories principales[240-242]:

- Meurtres en série.
- Meurtres de masse.
- Meurtres de bordées.

Sur la base de ces trois catégories, ils ont développé une typologie de motivation :

- Homicides de puissance.
- Homicides de revanche.
- Homicides de fidélité.
- Homicides à but lucratif.
- Homicides de terreur.

Ces typologies ont considérablement amélioré notre connaissance de la nature de la délinquance et de l'homicide. Ce qui leur manque cependant, est une analyse de la façon dont elles peuvent prédire la récidive homicide ou ce qu'on appelle la dangerosité.

La préoccupation majeure de la plupart de ces typologies est d'être en mesure d'attaquer l'esprit intérieur des délinquants condamnés pour homicide et de déterminer les trajectoires complexes de leurs motivations. Ceci est un véritable défi intellectuel en criminologie [243-245].

Néanmoins, Il semble que pour utiliser une typologie d'homicide comme prédicteur de dangerosité et développer des politiques fondées sur des preuves, nous avons besoin d'une plus grande compréhension de l'écologie sociale au sein de laquelle les délinquants vivent et où ils seront de retour après leur libération [235].

Tableau I. Les typologies de l'homicide[235]

Author/ Origin	Nature Homicide Typology	Homicide Categories	Core Focus
Behavioral Science Unit, FBI. 1971	Two-fold Typology	Disorganized Homicides Organized Homicides	Homicide Motivations
NCAVC, FBI, 1978	Four-fold Typology	Criminal Enterprise Homicides Personal Cause Homicides Sexual Homicides Group Cause Homicides	Homicide Motivations
Holmes & Holmes (1998; 2001)	Four-fold Typology	Visionary Killers Mission Killers Hedonistic Killers Power Killers	Homicide Motivations
Salfati (2001)	Two-fold Typology	Expressive Homicides Instrumental Homicides	Homicide Motivations
Fox and Levin (2005)	Five-fold typology	Power-based Homicides Revenge-based Homicides Loyalty-based Homicides Profit-Based Homicides Terror-based Homicides	Homicide Motivations

VI. PARTICULARITES DE L'HOMICIDE CHEZ LE PSYCHOTIQUE :

Les particularités de l'homicide chez le psychotique seront traitées selon deux approches : typologique et psychodynamique.

A. Approche typologique :

L'étiologie du comportement violent devient difficile à établir quand plusieurs facteurs susceptibles d'être «inducteurs» de violence sont présents. Ainsi, plusieurs auteurs se sont donnés pour objectif le dessin d'une véritable cartographie criminelle. Nous en retiendrons trois ayant tenté de déterminer des trajectoires criminologiques pour le patient psychotique.

Senninger distingue cinq trajectoires pour les patients à risque d'homicide [40]:

- Le patient «dangereux précoce» inaugurant ses troubles psychiques par un acte violent; le prototype pourrait en être le crime immotivé (ou supposé tel) du schizophrène.
- Le patient «dangereux tardif» passant à l'acte après une longue maturation de ses troubles ; le prototype pourrait en être le délirant persécuté paranoïaque qui ne se résout à tuer qu'après épuisement de tous ses autres moyens de défense contre les persécuteurs.
- Le patient «dangereux par intermittence» dont la dangerosité suit l'évolution discontinue de sa maladie; le prototype en serait le trouble bipolaire.
- Le patient «dangereux aigu» passant à l'acte de façon brutale et imprévisible dans un contexte qui n'est d'ailleurs pas forcément celui d'une

pathologie aiguë. Ainsi, l'agression peut émerger en même temps qu'un ordre hallucinatoire de tuer, dans un contexte de psychose chronique.

- Le patient «dangereux chronique» évoquant d'emblée le déséquilibre psychopathique dont la violence semble être une nécessité vitale impérieuse.

De plus, il n'existe pas de lien simple entre une agression et le type d'évolution d'une pathologie donnée. Un même acte peut être commis dans des contextes variés. Inversement, une même trajectoire psychopathologique peut être à l'origine d'actes de nature très diverse.

Benezech établit une classification originale des homicides pathologiques [39]. Les auteurs sont classifiés selon plusieurs trajectoires criminologiques en se basant sur les caractéristiques cliniques et motivationnelles du passage à l'acte :

- Homicide impulsif : en cas de déficit intellectuel léger et/ou trouble de la personnalité en l'occurrence 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.

- 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. La victime est le plus souvent le ou la partenaire ou parfois les enfants du couple.

- 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 substances, 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.

- Homicide dépressif : son auteur présente une pathologie névrotique, une personnalité limite, une psychose maniaco-dépressive 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.

- 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.

- 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.

- 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 crimino-gènes: trouble métabolique, tumeur cérébrale, démence ou 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.

- 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.

Pour Putkonen et al, il y aurait trois catégories diagnostiques de psychotiques qui tuent ou tentent de tuer une autre personne : des diagnostics «purs» pour 25 % (une majorité de schizophrénies, de troubles schizo-affectifs et d'autres troubles psychotiques), un tel diagnostic associé à un diagnostic d'abus de substances (double diagnostic pour 25 % de leurs sujets) et enfin l'un ou l'autre de ces deux diagnostics associés aux troubles de personnalité antisociale (47%) [246].

En conclusion, L'étude de l'homicide à travers une approche criminologique revêt plusieurs avantages dont la possibilité d'étudier, en isolation, les différents acteurs et la dynamique de l'homicide. Néanmoins en pratique régulière, le praticien est souvent confronté à un sujet dans sa globalité le long d'un continuum pathologique, d'où la nécessité d'une approche psychodynamique permettant au psychiatre d'avoir une idée des processus mentaux et leur traduction pathologique au niveau du passage à l'acte.

B. Approche psychodynamique :

1. Homicide du schizophrène :

Le schizophrène peut tuer pour un grand nombre de raisons. La complexité du processus schizophrénique, de la maladie dans son évolution et les difficultés thérapeutiques rendent difficile l'appréhension du passage à l'acte d'un patient schizophrène. Les symptômes de la maladie, l'association entre symptômes délirants et signes négatifs, les modifications de communication liées à la pathologie rendent fréquemment le passage à l'acte imprévisible. Le schizophrène ne prévient ni ne menace, car il ne recherche ni le contact ni la rencontre.

En fait, il a été noté dans un processus de passage à l'acte meurtrier quelques points de repères, tantôt liés aux lois de la psychologie de «l'Homme normal», tantôt à la pathologie spécifique de la schizophrénie, ce qui nous permet de tracer le chemin que le schizophrène peut parcourir[247].

Notons tout de suite que le schizophrène ne suit pas toujours d'un bout à l'autre l'itinéraire que nous allons décrire : il peut revenir en arrière, s'arrêter et tuer à n'importe quel endroit de la trajectoire.

Plus le schizophrène franchit les étapes de cet itinéraire, plus la dynamique de l'homicide relève de la psychopathologie schizophrénique et s'éloigne de la psychologie du meurtrier sain d'esprit.

En revanche, plus tôt le schizophrène s'arrête dans ce trajet, plus la dynamique homicide respecte les lois de la psychologie du meurtrier sain d'esprit. Les quatre étapes principales sont les suivantes :

Première étape : Situation dangereuse	Deuxième étape : Recherche de causes	Troisième étape : Recherche de solutions	Quatrième étape : L'homicide
➤ Accumulation de frustrations, d'échecs, ➤ Altération des rapports interpersonnels, ➤ Menace de l'intégrité physique et psychique, ➤ Impasse, angoisses.	➤ Le monde extérieur, source de danger, ➤ Ou, pluralisation des origines du danger.	➤ Éloignement de la situation de danger (fugues, voyage, tentative de suicide), ➤ Affrontement à la situation de danger par des demandes d'aide d'autrui (hôpitaux psychiatriques, police, justice), ➤ Mécanisme d'annulation de la situation de danger : modalité idéative psychotique (contenus délirants d'invulnérabilité ou d'omnipotence).	Tentative inadéquate de résolution de la situation dangereuse

Fig. 2 :Modélisation du passage à l'acte du schizophrène[248].

a. Phase de pré-homicide :

La compréhension de cette période du passage à l'acte, pourrait nous aider à réaliser une meilleure prise en charge du patient schizophrène dans une perspective prévisionnelle. Cette phase d'alarme est appelée *acting out* en psychanalyse[249].

Le concept de crise catathymique développé par Maier et Wertham a permis de donner une certaine dynamique à la phase périhomicidaire, ainsi il introduit cette crise en cinq phases [250]:

- Conflit affectif inconscient provoquant une tension psychique.
- La tension psychique atteint son paroxysme, le sujet se replie sur lui-même. Une idée de suicide ou d'homicide se constitue comme échappatoire à cet état.
- L'idée de suicide ou d'homicide culmine.
- L'acte d'homicide a un effet de soulagement. La tension se dissipe, le meurtrier devient calme et serein.
- Rétablissement de l'équilibre psychique ou régression au premier stade avec risque de récurrence.

Cette phase périhomicidaire se traduit donc par un état de tension interne intense accompagné d'une forte angoisse aboutissant à une conclusion inconsciente au patient étant que sa délivrance se fera par la mort : un crime ou un suicide. Schlesinger définit une phase «d'incubation» qui peut durer de quelques jours à plusieurs années [251].

Nivoli a pu mettre en évidence des signes prémonitoires de passage à l'acte: annonce par le patient, achat d'une arme, menaces verbales, idées suicidaires et antécédents judiciaires [252, 253].

Certaines émotions présentes avant le passage à l'acte ont pu aussi être mises en évidence telle la colère, la peur, la jalousie, la tristesse, la passion [252] ou encore le soulagement des sensations de tension intense [254].

Il est également décrit une recrudescence de symptômes notamment une forte anxiété, une dépression, un repli sur soi, un refus de soin ou encore une insomnie et une anorexie [255]. D'autres phénomènes comme la déréalisation et/ou la dépersonnalisation ont également été observés [253].

L'existence d'un ou de plusieurs facteurs précipitants pré-crimes ou précritiques a donc été démontrée, mais ne permettent pas de connaître l'élément précis déclencheur du passage à l'acte.

Milaud sépare cette phase pré-homicide en trois étapes que nous traiterons dans les chapitres suivants[253].

➤ **Naissance de la situation dangereuse:**

Le schizophrène accumule un ensemble de frustrations et d'échecs surtout sur le plan social. Ajoutons à cela les handicaps inhérents à la maladie qui rendent plus difficiles les rapports interpersonnels et transforment la réalité en situations dangereuses pour sa liberté d'expression ou son intégrité physique et psychique. Il faut souligner que ces frustrations peuvent être aussi la cause d'un comportement agressif chez des individus non malades.

➤ **Recherche de causes:**

Ses frustrations et ses situations pénibles transforment le monde extérieur en source de danger. Le schizophrène, dans la recherche de causes, peut passer par au moins deux étapes caractéristiques qui sont la pluralisation et la concrétisation des causes du danger.

Lors de la pluralisation, tout devient cause de danger. Pour mieux comprendre cette phase, il faut considérer le type particulier de bouleversement

psychique bien connu en clinique psychiatrique, tantôt continu, tantôt intermittent, tantôt progressif, tantôt régressif, tantôt vécu d'emblée, tantôt succédant à une poussée aiguë qui constitue le vécu délirant ou «expérience délirante primaire».

En ce qui concerne la «causalité psychologique projetée», rappelons que l'attitude du schizophrène envers le monde extérieur, perçu comme hostile et menaçant, peut présenter une certaine analogie avec l'attitude de quelques peuples primitifs envers la nature[141]. Pour le primitif, le monde est peuplé de forces occultes invisibles qui étendent leur influence sur les choses, les animaux et les Hommes. Ces forces mystérieuses sont toujours présentes dans son esprit : avant d'entreprendre un voyage, une guerre, un mariage. Le primitif tient compte de ces influences pour ses succès échecs.

Cette interprétation rappelle celle de nombreux schizophrènes avant l'exécution du crime: il y a toujours à l'origine une «influence maléfique». Une telle façon d'interpréter les faits est une «interprétation psychologique» pour laquelle «chaque antécédent nécessaire de chaque fait est un acte de volonté».

Selon Arieti, Il s'agit d'une «causalité psychologique projetée» qui se retrouve chez les paranoïaques et les paranoïdes qui interprètent chaque événement comme l'expression d'une intention psychologique liée à leurs complexes délirants [256].

À la conception du monde perçu comme hostile par le malade fait suite, par degrés, la conviction que seulement quelqu'un ou quelque chose en particulier est à l'origine de la situation dangereuse. Ce processus est appelé «concrétisation» [256, 257].

Le schizophrène est encore capable d'une conceptualisation abstraite, mais en devient incapable quand il est trop anxieux : il transforme l'abstrait en concret. C'est-à-dire qu'au concept de «tout le monde me menace», il substitue «eux» ou bien «lui me menace».

➤ **Recherche de solutions:**

Dans cette étape, le malade essaie de résoudre la situation dangereuse. Les modalités de cette résolution sont nombreuses et plus ou moins adaptées à la réalité. Elles peuvent être divisées en trois réactions:

- Éloignement de la situation de danger.
- Affrontement de la situation de danger.
- Annulation de cette situation.

L'éloignement de la situation de danger peut comprendre fugues, voyages ou tentatives de suicide. Le désir et la nécessité de fuir, de se cacher pour échapper à une situation se manifeste peu de temps avant le crime. Dans quelques cas, le schizophrène pourrait expliquer avec clarté les motifs de sa fuite. D'autres fois, il est plus vague. La tentative de suicide peut donc représenter une étape qui précède l'homicide.

Le schizophrène, quand il choisit l'affrontement avec la situation de danger, peut demander de l'aide à autrui ou essayer de résoudre le problème seul. Il peut avoir l'illusion qu'il suffit d'exprimer un désir, en particulier selon une certaine verbalisation ou rituel, pour obtenir un changement de la réalité ou modifier le cours des événements.

Outre l'éloignement ou l'attaque *fight or flight*, le schizophrène peut aussi essayer de mettre en place un mécanisme d'annulation de la situation de danger selon une «modalité idéative psychotique», un mode de pensée délirant. Cela peut consister par exemple en contenus délirants d'invulnérabilité ou d'omnipotence.

En conclusion, la troisième étape comprend tous les éléments fondamentaux du passage à l'acte: avant de tuer, la majorité des schizophrènes essaient de résoudre leurs problèmes autrement que par l'homicide. C'est surtout à ce niveau que des moyens de prévention de l'homicide devraient être préconisés.



Fig 3 :Crise homicidaire [248].

b. Homicide :

➤ **Homicide comme élimination de l'agresseur :**

Le schizophrène essaie d'éliminer le persécuteur dans l'illusion de se délivrer de ses malheurs et de sa vie pénible. Ce concept d'élimination de l'agresseur est strictement lié à la présence et la perception d'une personne clairement identifiée par le malade comme étant à l'origine de ses échecs personnels. Ce délit est prémédité et annoncé à la victime qui fait souvent partie de l'entourage. Le malade tente aussi par de nombreux moyens de trouver une solution de rechange avant de passer à l'action.

➤ **Homicide comme élimination des agressés :**

Le schizophrène persécuté n'a pas réussi à se défendre, fuir ou attaquer, n'est pas capable d'envisager d'autres solutions que le suicide. Il n'éprouve pas le sentiment d'être le seul en danger et l'étend à ceux (par exemple sa femme et ses enfants) qu'il déclare «aimer et ne pas vouloir laisser en danger dans cette vie». Dans ce cas, le schizophrène, avant de se suicider, peut tuer une ou plusieurs personnes dans une dynamique d'homicide altruiste.

➤ **Homicide comme acte dissuasif :**

Il a pour but d'imiter les supposés persécuteurs au moyen d'une démonstration de puissance. Dans cette dynamique, le schizophrène n'a pas réussi à découvrir l'identité de ses persécuteurs, car il n'a pas bien concrétisé sa situation de danger. Il tue alors un inconnu, comprend très bien que la victime est innocente, mais il estime qu'il n'aurait pu agir autrement: «il fallait le faire».

➤ **Homicide comme sacrifice propitiatoire :**

Dans ce genre d'homicide, le schizophrène affirme avoir entendu des voix ou avoir eu des visions qui lui «ordonnaient» de tuer quelqu'un pour sauver d'autres personnes.

Assez souvent, par la suite, le schizophrène abandonne ce langage symbolique et s'exprime, apparemment, plus clairement: il ne s'agit plus de sauver une personne ou l'humanité, mais de sauver sa propre vie.

L'homicide «par sacrifice» peut être considéré, au niveau symbolique, comme l'offre désespérée du malade qui, pour obtenir une grâce est prêt à payer ce qu'il pense être le «prix pour se sauver».

➤ **Homicide par déplacement symbolique :**

Dans ce cas, l'intention d'homicide est transférée d'une victime à une autre. La pensée du schizophrène est alors caractérisée par des mécanismes associatifs qui permettent la substitution au persécuteur d'une autre personne qui lui ressemble. Ces homicides sont précédés d'une période d'agitation psychique et d'états anxieux.

➤ **Homicide par concrétisation de l'agressivité**

Le délit est précédé d'une période de «préparation» dans laquelle le schizophrène se montre très anxieux, agité du point de vue psychique et moteur. Il présente un état délirant et verbalise des contenus agressifs envers l'entourage. Cette période peut être suivie d'un meurtre inexplicable par le patient.

Ce genre d'homicide est souvent accompli avec une technique d'exécution brutale et apparaît parfois comme une agression réactionnelle.

➤ **Homicide par condensation d'une autre victime :**

Les schizophrènes ont tendance à impliquer plusieurs victimes. Il peut s'agir de victimes englobées dans le même délire, de l'extension automatique d'une violence homicide ou d'un comportement agressif de la seconde victime.

Seul le meurtre de la première victime est explicable tandis que la seconde victime est perçue comme n'ayant pas d'individualité précise, qu'elle est sujette à des phénomènes «d'absorption» (phénomène où deux ou plusieurs éléments peuvent se fondre dans un seul)[258]. La condensation, processus primaire, n'est pas seulement impliquée dans l'élaboration onirique, mais, comme le suggère Jung, peut être présente chez le schizophrène à l'état de veille[259].

➤ **Homicide par automatisme mental :**

Syndrome clinique contenant des phénomènes automatiques de trois ordres : moteur, sensitif et idéoverbal [260]. Le schizophrène tue sa victime soudainement, sans motivation, souvent par exécution d'une commande interne. Le sujet englobe souvent sa victime dans le délire et a l'impression de ne plus avoir de contrôle sur son corps[253].

c. Période post-homicide:

La réaction postcritique immédiate serait un effet de libération, de soulagement, de satisfaction et de suicide finalement. Le patient se voit revivre sous un jour nouveau, sans cet élément qui l'empêchait d'avancer. L'indifférence et le détachement sont également des ressentis fréquents [253, 254].

L'attitude de l'auteur après l'acte donne d'ailleurs des indices sur le caractère pathologique de celui-ci. Il a été démontré que le plus souvent, l'auteur

manifestait des conduites de réparation, comme appeler la police ou se présenter au poste de police. Le cadavre est alors laissé sur place, non dissimulé. L'auteur ne laisse ni note ni document. Un peu plus tardivement, s'il ne se livre pas aux autorités, il va présenter un ensemble de comportements et d'indices menant à lui. Il sera ainsi retrouvé et avouera rapidement les faits [252, 254, 261].

Une atténuation de la violence après l'acte et une pauvreté de verbalisation accompagnée d'une sorte d'étrangeté à l'acte ayant pour résultante l'effet économique de la libération d'une surtension longtemps contenue, font que le patient se satisfait inconsciemment d'avoir trouvé une solution évitant sa destruction psychique. Il n'exprimera d'ailleurs que rarement de sa culpabilité [262, 263].

d. Conclusion:

Les auteurs semblent retrouver dans le passage à l'acte violent du patient schizophrène certaines caractéristiques.

Dans la plupart des cas, ce passage à l'acte n'est pas prémédité ni préparé techniquement. L'agression est la plupart du temps brutale, soudaine, mais l'on peut trouver préalablement une dispute. L'acharnement et une violence excessive sont très fréquemment constatés dans les cas d'homicides, signant le caractère émotionnel de l'acte. L'intention n'est pas seulement de tuer, mais de détruire, de faire disparaître, d'anéantir.

Après le passage à l'acte homicide, dans la majorité des cas, le sujet schizophrène ne tente pas de cacher son crime et fait la démarche spontanée de se dénoncer immédiatement.

La froideur affective à l'évocation des drames est très fréquente, le passage à l'acte étant décrit avec une indifférence apparente, une absence d'expression affective et de culpabilité. Il n'existe pas de critique du passage à l'acte.

Le crime fait partie du délire. Il apparaît le plus souvent comme une réaction de défense nécessaire à la survie du patient qui évoque régulièrement le fait que sa vie était en jeu, qu'il n'avait pas d'autres choix. Ces menaces peuvent être ressenties, comme des menaces pour la vie psychique ou physique.

Benezech et al évoquent l'acte homicide d'un patient schizophrène sur un homosexuel. Ils mettent en avant deux hypothèses psychopathologiques. Celle d'un psychopathe pervers sexuel, devant la préméditation, le scénario organisé, la présence et l'ancienneté de fantasmes déviants, la recherche jouissive de la souffrance de la victime, l'absence de culpabilité et la tentative d'échapper à la victime. L'autre hypothèse est celle d'une conduite perverse chez un psychotique, devant la cruauté et la violence gratuite, l'indifférence froide, le syndrome d'influence avec injonction meurtrière [50].

Pour ces auteurs, le passage à l'acte est à comprendre comme une défense contre la destruction psychotique et comme une solution à un désordre libidinal en s'attaquant à sa propre homosexualité à travers l'image de la victime.

Du point de vue psychopathologique, il semblerait que les actes auto et hétéro-agressifs soient dus, majoritairement, à de profondes perturbations affectives ressenties par ces patients.

Le passage à l'acte du schizophrène naît d'une situation ressentie comme dangereuse. Face à cette situation menaçante, le schizophrène va en rechercher l'origine et se concentrer sur le monde extérieur, seule source possible de

menace. Dans un mouvement projectif, le schizophrène va commencer à percevoir le monde comme étrange et angoissant.

Puis le sujet schizophrène va rechercher des solutions face à cette menace. Une fugue, une tentative de suicide pour tenter de s'éloigner de la source du danger. L'homicide ou la tentative d'homicide peuvent être un moyen de résoudre cette situation et d'éliminer le persécuteur.

Les patients schizophrènes présentant un délire de persécution peuvent passer à l'acte dans le cadre de ces idées délirantes. Dans un contexte d'insécurité et de fragilité émotionnelle, la conviction délirante peut se développer, du fait de distorsions cognitives qui ne permettent pas de traiter de façon adaptée une situation affective ou émotionnelle stressante. Le passage à l'acte hétéroagressif et même l'homicide sont ensuite vécus comme libérateurs[264].

On parle fréquemment, face au passage à l'acte homicide de patients schizophrènes, de crimes « immotivés » du fait de l'incompréhension et de l'impression d'absence de sens[265].

Claude Balier parle de « psychose froide » pour désigner des patients violents, sans délire verbalisé, dont le mécanisme psychopathologique principal est le clivage, mais sans pour autant être affirmés dans une authentique schizophrénie[266].

Ces différentes formes de passage à l'acte du patient schizophrène rendent ce trouble particulièrement soumis à la vindicte populaire. Les passages médico-légaux pouvant survenir à tous les stades de l'évolution de cette maladie et pas seulement lors de l'entrée dans la schizophrénie.

2. Homicide du paranoïaque:

Nous traiterons ce chapitre en deux parties. Nous décrirons tout d'abord les mécanismes de la paranoïa en général puis nous entamerons la description des particularités psychodynamiques de l'homicide chez les sujets atteints de trouble paranoïaque.

a. Mécanismes de la paranoïa:

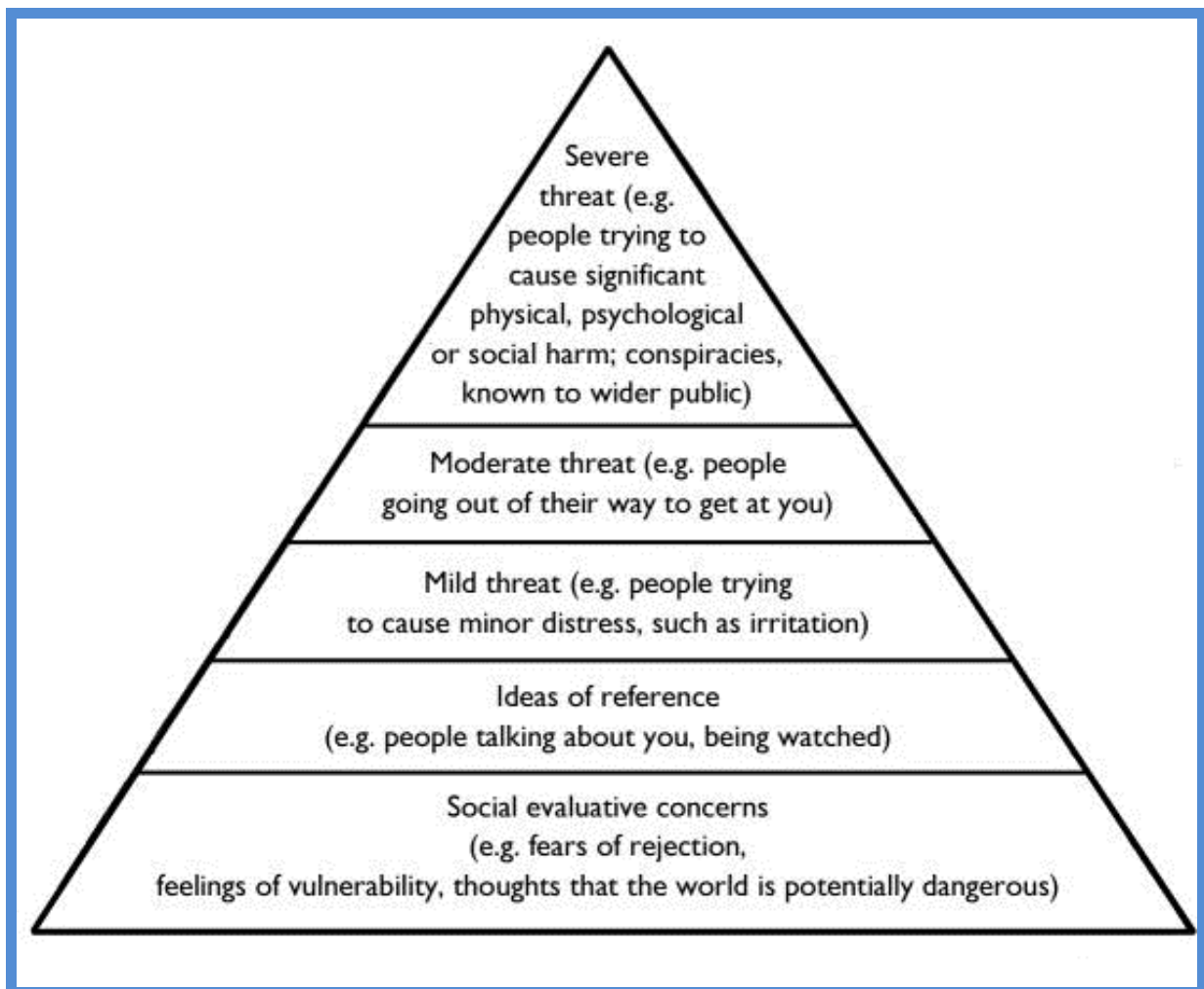


Fig.4: Hiérarchie de la paranoïa[267].

Aujourd'hui, beaucoup de personnes sont soumises à des idées de complot et d'hostilité perpétrés par des proches ou des étrangers. Cela conforte les résultats d'anciens travaux qui stipulent qu'un certain niveau d'idéation obsessionnelle est tout à fait normal [268]. D'un certain point de vue, ceci n'est pas surprenant puisqu'avoir un niveau d'alerte par rapport à certaines situations de la vie quotidienne entre dans le cadre de l'adaptabilité de l'individu.

Au niveau culturel, la peur d'autrui est incorporée dans le climat social et politique actuels. En général, ce type de pensée ne présente aucun problème clinique sauf en cas d'exagération ou d'excès.

Les patients présentant des niveaux élevés de paranoïa ont été associés avec des conduites d'évitement, de soumission et des attitudes négatives vis à vis de leurs émotions.

La suspicion est bâtie sur des problèmes émotionnels de tous les jours et suit un arrangement hiérarchique dans sa conception [267].

Le délire paranoïaque est aussi fréquemment rencontré que l'anxiété et la dépression dans la population [269, 270].

➤ **Genèse et maintien des délires :**

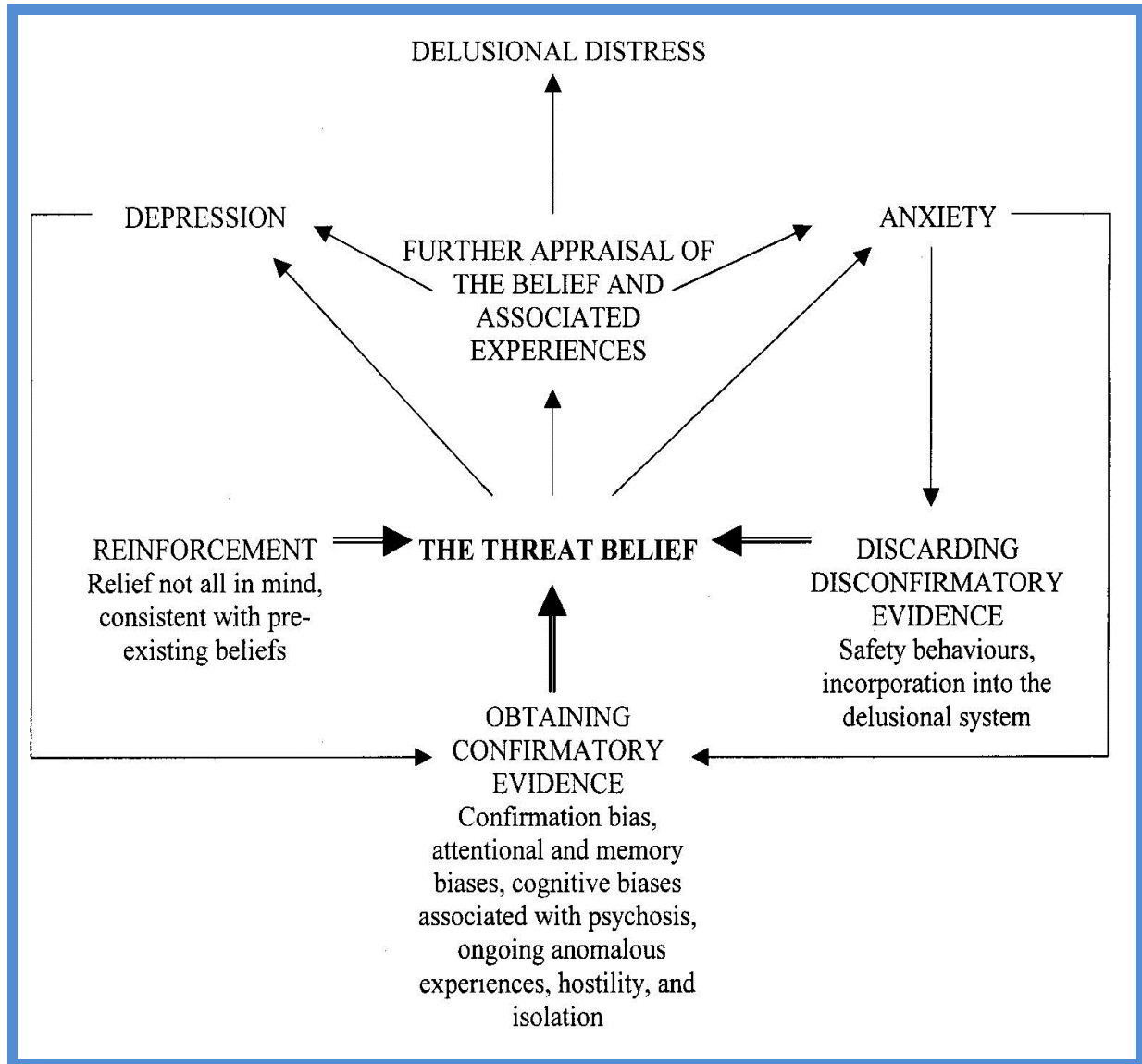


Fig. 5:Facteurs de maintien des délires [271].

➤ **Particularité du délire paranoïaque :**

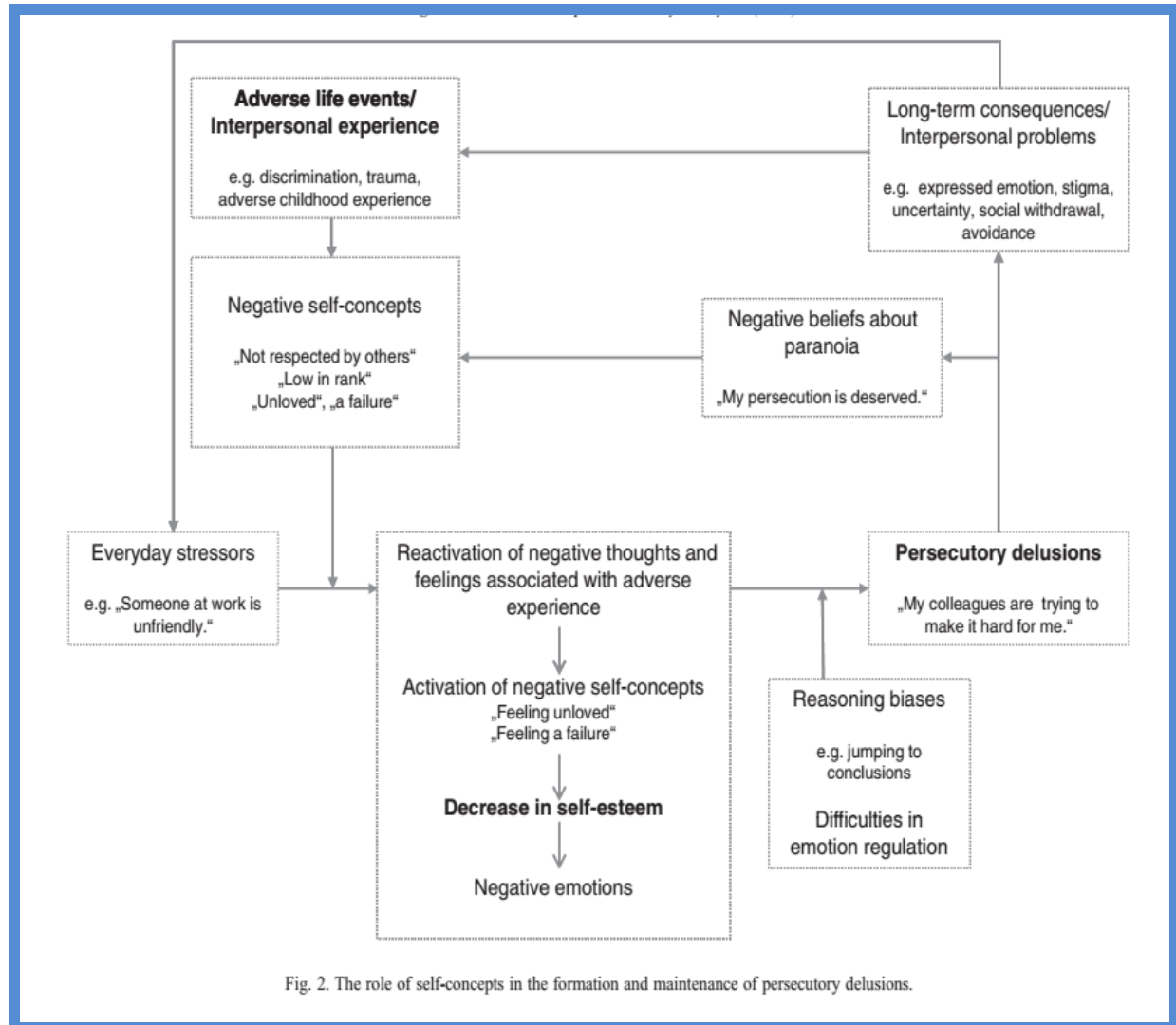


Fig.6:Rôle des concepts du « soi » dans la formation des délires de persécution[272].

b. Conceptions générales:

Emil Kraepelin considérait la paranoïa comme une maladie mentale fondamentalement différente du reste des désordres. Pour lui, la paranoïa résulte d'un trouble du jugement[273].

Il avait une conception de la paranoïa comme le résultat de l'évolution de la personnalité en interaction avec l'expérience du sujet, tout en soulignant que des forces psychologiques internes étaient responsables de la défaillance du jugement donnant naissance au délire et aux différents aspects de la maladie[264].

Les idées paranoïaques sont caractérisées par le recrutement d'idées rares parfois même du domaine du bizarre. La suspicion est bâtie sur des problèmes émotionnels de tous les jours et suit un arrangement hiérarchique dans sa conception. Le délire de persécution des paranoïaques, construit de façon claire et paralogique, mobilise toute la personnalité et la vie du sujet[264].

O. Chambon émet l'hypothèse que les croyances des délires de persécution sont influencées par le même type de variables que celles qui affectent les croyances normales [274-277]. Il propose un modèle, montrant la corrélation des variables entre elles : événement → perception → inférences arbitraires → croyances pathologiques.

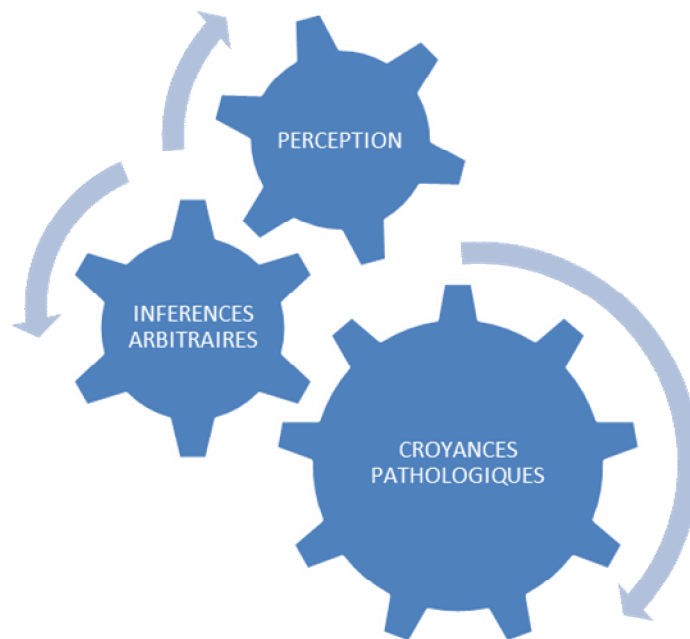


Fig 7 : Modèle de l'intrication des variables du délire selon O.Chambon.

Les croyances anormales chez les sujets délirants persécutés reflètent des perturbations à une quelconque de ces étapes. Il existe bien sûr, dans le cadre des délires de persécution et de préjudice, des personnalités beaucoup moins structurées, beaucoup plus floues et dissociées, chez lesquelles on trouve ce type de processus délirants. C'est le cas des psychoses schizophréniques, et plus particulièrement de la schizophrénie dans sa forme paranoïde[264].

Le délire de persécution a été la source de nombreuses études et interrogations, aboutissant à l'édification de différentes classifications [264, 278]. Les premiers aliénistes ont axé leurs descriptions sur le contenu de ce délir [279-281]. Leurs successeurs l'ont classé selon ses mécanismes (délire d'interprétation de Sérieux et Capgras [282] et délire passionnel de De Clérambault [283]), puis selon son organisation et sa structure. Kurt Schneider a

soutenu que les symptômes psychotiques incluant les délires devaient être définis selon un diagnostic bâti sur le «comment» [284].

E. Bleuler classa les délirs de persécution selon leur appartenance ou non à la schizophrénie[285]. L'école anglo-saxonne les englobe dans les formes délirantes de la schizophrénie. Actuellement, ils sont classés dans le groupe de la schizophrénie et autres troubles psychotiques du DSM-5 [34].

Les psychoses paranoïaques (ou délires chroniques systématisés) sont, d'après E. Kraepelin, des psychoses présentant des systèmes délirants durables et inébranlables[273]. Ces délires se développent la plupart du temps chez des sujets de «constitution» paranoïaque et ce, de manière cohérente puisque pris dans la construction même de la personnalité du sujet[29]. Pour J. Leyrie, ces délires peuvent avoir une incidence médico-légale en raison des caractères de la structure paranoïaque et de l'importance de l'agressivité au service du délire [286].

Comme nous venons de le voir, il existe un parallélisme dans l'étiologie psychodynamique de ce type de passage à l'acte paranoïaque ou paranoïde.

Dans les deux types d'organisation pathologique de la personnalité, les vécus délirants de persécution génèrent un climat émotionnel d'intensité croissante qui provoque des comportements d'évitement, de fuite ou même d'agression pour maîtriser ou éliminer la source de la persécution éprouvée. La différence réside essentiellement dans le traitement de l'information et dans les mécanismes d'expression de l'activité délirante.

Sous le sceau de la psychorigidité paranoïaque, ces délires sont paralogiques, systématisés et cohérents en apparence, alors que dans la

schizophrénie, ils sont marqués par la dissociation mentale, et peuvent donc être polymorphes, flous et beaucoup moins structurés, moins systématisés voire très incohérents.

Ce processus (malaisance et/ou persécution éprouvées → angoisse, peur, souffrance, ressentiment, colère → évitement, fuite, agression) se retrouve également chez le sujet sain [264]. Dans ce contexte, l'agression défensive n'a en elle-même rien de pathologique. Elle est la manifestation de l'instinct de conservation et d'autoprotection qui assure la survie des espèces supérieures [210, 264]. Toutefois, ce qui différencie le comportement normal du comportement pathologique, c'est qu'à partir d'une persécution ou d'une maltraitance réelle, le sujet normal va organiser des mécanismes de défense adaptés et proportionnés à l'intensité de la menace ou de l'agression.

Vaillant définit la projection comme un mécanisme immature de défense prédominant principalement dans les troubles de personnalité (dont la paranoïa) et chez les toxicomanes. Elle répond que très rarement à l'interprétation verbale seule [287].

J. Lacan développe une théorie de la paranoïa ; un apport considérable à la psychopathologie [288-291].

Dans les psychoses paranoïaques, l'homicide intervient comme un acte qui vise à libérer de la persécution vécue en supprimant celui auquel cette persécution est imputée, pour des raisons essentiellement projectives, en une cristallisation hostile. Un état d'équilibre ou de rupture des tensions sociales existe normalement chez l'individu. La criminalité apparaît dans le contexte de

cette tension relationnelle dont la paranoïa constitue le paradigme pathologique avec les formes délirantes voisines (jalousie, érotomanie, interprétation)[291].

Ces formes délirantes sont unies par une structure et justifient dès lors la même analyse. L'acte criminel constitue une réaction passionnelle justifiée par les arguments du délire[291].

La pulsion agressive sert de base à la psychose. Dans la mesure où cette pulsion est inconsciente, elle n'a accès à la conscience que sous la forme d'un compromis avec les exigences sociales intégrées par l'individu. Ce compromis fournit le matériel du délire. Il est à la fois un construit justificatif et négateur de la pulsion criminelle. Cette dernière reprend, dans certains cas, les aspects d'un acte de moralité ; parfois encore elle a la portée d'une expiation [73, 291].

Les experts arrivent parfois à des conclusions erronées parce que le caractère manifeste du délire varie. Ces variations suivent celles de l'agressivité qui s'atténue avec son assouvissement. Seule la structure psychique demeure constante et c'est elle qui doit être repérée.

Il s'agit, dans la paranoïa, d'une inversion anormale du complexe fraternel en désir [290]. L'hostilité primitive entre les frères devient une fixation amoureuse. Celle-ci est la condition de la première intégration des pulsions individuelles aux tensions sociales, mais elle devrait être dépassée par la traversée du complexe d'Œdipe où l'enfant, prenant appui sur le personnage paternel, apprend à rivaliser avec soi-même et non plus avec un double idéalisé et aliénant. La situation du criminel se trouve fixée à ce moment très narcissique où «l'objet» choisi est cette pulsion agressive au sujet.

C'est ainsi qu'on a pu parler d'homosexualité désignant moins par là une pratique sexuelle, plutôt marquée par l'hypogénitalité qu'une configuration des rapports au semblable. Cette tendance homosexuelle ne s'exprime la plupart du temps qu'en une «négation éperdue d'elle-même»[291].

c. Dynamique de l'homicide:

Les délires paranoïaques de persécution sont à risque de passage à l'acte médico-légal. Si l'idée délirante prend souvent son origine dans la réalité extérieure ou la vie courante, on observe, après une étape essentiellement interprétative, une période pendant laquelle le sujet vit le monde extérieur, sur lequel il projette toute responsabilité comme hostile. De nombreux éléments extérieurs viennent corroborer et alimenter l'interprétation délirante. L'élaboration de plus en plus erronée qui s'ensuit peut entraîner une anxiété importante, générer un état de désarroi et un climat émotionnel de crainte et d'angoisse insoutenable, d'où le caractère impérieux de résoudre le préjudice dans un passage à l'acte procédurier ou violent. Les croyances anormales chez les sujets délirants persécutés reflètent des perturbations dans la perception des événements.

Dans le cadre des délires de jalousie et des crimes « passionnels », existe la notion de perte d'objet. La personnalité de ces criminels « passionnels » peut être marquée par l'égoïsme, le sentiment « d'avoir droit » ou une dépendance avec besoin de réassurance. Les relations à l'autre oscillent entre idéalisation et dévalorisation d'autrui. Il existe un manque d'empathie à l'égard des sentiments d'autrui et une incapacité à supporter l'abandon. La relation possessive est marquée par une grande dépendance du sujet à l'objet. La menace

de la perte d'objet, entraîne une atteinte narcissique avec menace de l'intégrité du psychique. Le passage à l'acte criminel intervient comme une défense contre l'effondrement psychique.

À propos des crimes passionnels, De Greff (cité par Ambrosi) a décrit trois étapes dans l'évolution vers le passage à l'acte[292]:

- Acquiescement mitigé : le sujet commence à dévaloriser la future victime et à fonder l'idée de la disparition accidentelle de cette dernière. Le fantasme homicide peut se réaliser à travers d'actes manqués ou de lapsus.

- Acquiescement formulé : l'individu est en lutte avec lui-même et sa conscience morale et se laisse envahir par la perspective du crime sans exclure les idées auto-agressives.

- État de crise : il se traduit par un sentiment de souffrance imméritée dont le sujet rend sa victime coupable. L'autre devient un danger à neutraliser. C'est au paroxysme de ce climat émotionnel qu'intervient l'acte.

➤ **Période pré-homicide:**

Nous entreprendrons une tentative de compréhension du mouvement psychopathologique qui permet d'éclairer l'homicide du paranoïaque, mais surtout d'en entrevoir la potentialité afin d'en prévenir l'actualisation. Néanmoins, il faudrait souligner l'importance des formes mineures de violence dans la mesure où elles annoncent parfois des suites plus inquiétantes.

- **Système paranoïaque :**

Il s'agit de maintenir la cohésion du monde comme si elle était celle de soi-même et de sauvegarder un rapport significatif avec ses objets. Le

surinvestissement intellectuel œuvre constamment à soutenir la place du sujet dans son monde. Il est verrouillé contre une attaque fantasmatique intérieure et contre les menaces du monde extérieur.

- **Contrôle paranoïaque:**

Toute relation avec le monde doit être soigneusement filtrée, contrôlée et prévue afin que soit prévenue et anticipée la défaillance du système. La projection paranoïaque implique l'attribution de l'antériorité de l'action à l'objet. C'est l'une des raisons pour lesquelles la violence criminelle n'est quasiment jamais suivie d'un mouvement de culpabilité.

Le paranoïaque établit avec son persécuteur un lien soudé par la haine et marqué par la nécessaire pérennité du conflit, lien qui prend racine dans sa théorie des origines et qui s'impose à lui comme matrice de toute relation humaine.

- **Angoisse paranoïaque:**

Pour l'appréhender au plus près, il convient de la distinguer de celle du schizophrène qui expérimente l'horreur du clivage et de la perte des limites psychiques, mais qui se défend par le retrait.

Pour le paranoïaque, la menace des dissociations plane mais ne se réalise pas ou de manière extrêmement fugace. En maintenant l'objet à proximité raisonnable, il se garantit contre la réinternalisation de la menace externe qui le ferait exploser. L'angoisse paraît résider chez le paranoïaque dans l'échec de la projection, ainsi c'est l'horreur de cet échec qui se muerait en identification projective. Contrairement au schizophrène, le paranoïaque n'a pas recours à la

régression. Il la craint et maintient la solidité de son système dont la faillite le ferait sombrer.

Outre cette angoisse de type paranoïde, il convient de décrire également une angoisse de déplétion narcissique marquant le retour à la faillite inaugurale, ainsi après un homicide on observe souvent un retour du sujet paranoïaque à son système par « peur de se perdre ».

• **Déstabilisation du système:**

La déstabilisation du système paranoïaque est souvent un précurseur d'homicide, nous tenterons de décrire ici certains de ses mécanismes.

- Le dérobement de l'objet de persécution.
- L'affrontement d'une réalité qui désavoue ses constructions.
- Le sentiment qu'il ne fait plus peur et le retour de la fragilité narcissique.
- L'arrêt des appels au secours.
- Le renoncement à la justice.

Tous ses éléments sus-cités sont à prendre au sérieux car ils représentent les prodromes d'un homicide futur.

➤ **Période de l'homicide:**

C'est un crime accompli sans cruauté inutile, dans lequel on ne rencontre pas l'horreur de certains meurtres schizophrènes. Il peut seulement arriver chez le paranoïaque que, pris dans la dynamique frénétique de l'action, il soit débordé par le déchaînement pulsionnel, en particulier lorsqu'il existe un contexte

d'excitation psychomotrice ou d'exaltation passionnelle. Une fois la victime éliminée, le paranoïaque explicite, revendique et légitime son geste et rien ne vient transparaître du vertige de l'écroulement ainsi escamoté.

Le sauvetage par le recours à l'agir violent représente donc un effort de survie. L'absence de regret après l'acte frappe tous les observateurs, d'autant qu'elle est souvent accompagnée d'une satisfaction affichée[253].

Toutefois, la clinique nous confronte à des variantes qui ont pour point commun de conférer à l'auteur le statut irréductible de victime. Ainsi, il peut reconnaître s'être trouvé débordé ou hors de lui mais affirme que la victime l'avait poussé à bout. À un degré de plus, l'auteur et sa victime sont englobés dans un même complot dont ils ont été les jouets[253].

La clinique nous révèle régulièrement d'autres types de violences, en réaction à ce qui serait plutôt une angoisse de déplétion narcissique (un père qui tue son épouse et ses deux enfants et survit à son suicide). Ces patients ont en commun leur haut rang social durement acquis. Ils vont basculer dans la violence d'un suicide accompagné après un moment de détresse massive mais brève, qu'on peut qualifier de mélancolique[253].

➤ **Période post-homicide:**

Après la défaillance des défenses, on observe une phase de reconstruction et de légitimation de l'acte. Les motivations et les justifications que le paranoïaque donne lui-même de sa violence sont trop souvent prises à la lettre. La violence du paranoïaque se présente classiquement comme le prolongement d'une histoire menée jusqu'à son terme logique; de l'exagération des traits de

caractère au délire et de l'aboutissement de la thématique délirante à sa mise en acte. Sa violence paraît répondre à une continuité.

Le paranoïaque réagit souvent dans un but de vengeance. Le mécanisme psychologique de la réaction est très facile à saisir chez l'interpréteur qui s'imagine être victime d'une machination, chez le revendicateur qui se croit lésé par la justice, chez l'érotomane et le jaloux, poussés par le dépit passionnel, chez l'inventeur qui projette la responsabilité de ses échecs, chez l'hypocondriaque qui attribue à un médecin la détérioration de son état de santé[253].

Dans l'après coup d'un geste légitimé, parfois précédé de menaces de réalisation, cette violence apparaît inéluctable ou tout du moins dans l'ordre des choses. En s'attaquant à ses ennemis, le paranoïaque vise à prévenir la défaillance de tout un édifice à la structuration très élaborée, à rétablir une continuité qui nous leurre en court-circuitant le moment où il a frôlé la néantisation[253].

d. Cas particuliers : défenses paranoïaques du schizophrène:

Il est d'observation clinique courante que certains schizophrènes paranoïdes ébauchent de façon plus ou moins stable et plus ou moins durable des modalités défensives d'allure paranoïaque[264].

C'est un fait d'importance médico-légale majeure car ces sujets, lorsqu'ils échouent, forment un contingent notable au sein des criminels psychotiques. Bénézech et collègues relèvent qu'à l'intérieur de ce groupe, les schizophrènes paranoïdes sont majoritaires parmi les malades mentaux internés en unité de maladies difficiles (UMD)[255]. Ils ajoutent que leur existence est parfois jalonnée d'une réaction paranoïaque aiguë avec un comportement médico-légal

qui, perdant provisoirement les caractéristiques classiques du délit schizophrénique, s'inscrit dans la logique de cohérence et prévisibilité du paranoïaque[255].

Ces malades mentaux incarnent à certains moments de leurs parcours évolutifs, un risque de passage à l'acte extrême.

Dans le cadre de cette étude psychopathologique, nous observons que leur singularité découle de la tentative de sauvetage désespéré de leur moi endossant l'armure paranoïaque.

Ces sujets sont marqués par un goût particulier pour les armes à feu. Ils essaient parfois de s'embrigader dans des groupes extrémistes et collectionnent des articles de journaux concernant des faits divers violents. La dimension mégalomaniacale d'une revanche à la mesure de la souffrance délirante subie devient l'ultime projet qui les soutient face à la menace de fragmentation. Ceci leur permet momentanément d'échapper au morcellement. On retrouve la dimension d'omnipotence psychotique macabre dans la démesure et l'horreur de leurs passages à l'acte. Ils reconnaissent donc l'intensité de leur souffrance, mais l'attribuent à un sujet ou à un groupe.

Leur système paranoïaque est en danger constant et c'est l'écart ouvert entre le désordre schizophrénique et l'ordre paranoïaque qui exaspère les tensions et active le risque du passage à l'acte criminel. En cherchant à maintenir à tout prix un contact avec le monde pour échapper à leur propre désintégration, ils iront parfois jusqu'à désintégrer l'individu, le groupe ou la collectivité auxquels ils attribuent leur souffrance.

e. Conclusion:

Au-delà de la variété des expressions cliniques de la paranoïa et de la diversité des conduites criminelles, le paranoïaque demeure la victime centrale du drame dont il a été l'auteur. Le danger découle de la menace de faillite de son système qui crée les conditions du passage à l'acte.

La cible n'est pas aussi déterminée par identification au système paranoïaque. Il faut pouvoir interpréter les menaces et les agressions et savoir décrypter sa souffrance et les paroxysmes qui annoncent souvent l'imminence du passage à l'acte.

Malgré les apparences à tout prix maintenues, après le passage à l'acte vient s'intercaler l'angoisse. Elle résulte de l'échec de l'ordonnement du monde par la projection.

Enfin, le risque de violence extrême incarné par certains schizophrènes qui tentent de se sauver d'un vécu de fin du monde en adhérant à un mode de pensée paranoïaque.

PARTIE II: MATÉRIEL

CAS CLINIQUE:

Notre patient a été hospitalisé dans le service de psychiatrie de l'HMIMV suite à des crises d'agitations clastiques.

Ses éléments biographiques étaient les suivants : il était âgé de 42 ans, célibataire, deuxième d'une fratrie de cinq, habitant chez ses parents toujours mariés avec lesquels il avait de bons rapports.

Il avait été scolarisé jusqu'en première année du Baccalauréat ; tout en ayant subi un échec au brevet. Il avait de bonnes relations avec ses professeurs et son entourage. Il avait ensuite intégré les rangs de la gendarmerie royale où il avait subi une dégradation de son poste à la suite d'un accident de la voie publique.

La recherche d'antécédents médico-chirurgicaux retrouve : un diabète suivi depuis 11ans mis sous antidiabétiques oraux, un lymphoedème du membre inférieur gauche. Il a été opéré pour fracture du Fémur gauche suite à un accident de la voie publique il y a 20 ans.

Nous avons retrouvé les antécédents psychiatriques suivants: trois hospitalisations antérieures à l'hôpital « Arrazi » pour psychose, avec notion d'addiction au cannabis et au tabac. Aucun antécédent psychiatrique familial n'a été noté.

Nous avons retrouvé également des antécédents judiciaires : une incarcération pendant deux ans, puis un placement judiciaire en institution pendant les deux années qui ont suivi cette détention.

L'histoire de la maladie est la suivante : le début de sa symptomatologie remonte à huit ans avant l'acte. Pendant cette période, il rapporte l'apparition de troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement suite à la présence de ruminations de voix dans sa tête ; associés à des crises d'agitations multiples.

Et là, brutalement, il changea de comportement, de façon inexplicable. La communication devint très difficile. Il suspectait constamment une poursuite et surveillance accrues des éléments de la sécurité nationale.

Suite à une crise d'agitation, il est interpellé par les services de la gendarmerie royale qui l'évacuent à l'hôpital militaire.

Il est admis au service de psychiatrie et mis sous Haldol, Nozinan, et Artan, avec une bonne évolution clinique.

Il sort deux mois plus tard et arrête brusquement son traitement. Il rapporte la réapparition de ses hallucinations auditives avec une insomnie totale.

Il fume du tabac, du cannabis, en quantité variable, sous forme de joints. Il consomme également d'autres substances notamment des benzodiazépines.

Sa mère rapporte que, refusant de lui donner de l'argent pour se procurer de la drogue, il se mit à bouger dans tous les sens, poussa des cris et cassa la télévision.

Deux ans après son premier épisode, Il fut réhospitalisé.

La vie de notre patient évolue au gré de multiples hospitalisations en psychiatrie et de rechutes anxio-dépressives secondaires à un délire de persécution majoré par l'inobservance chimio thérapeutique.

Quelques jours avant l'acte, après des prises de plus en plus excessives de cannabis, il se renferma encore plus. Il fût envahi par des hallucinations auditives et visuelles : « Je suis envahi par un démon, Satan me dit que mon père veut me tuer pour chasser le mal qui est en moi ».

Le jour de l'homicide : « des voix me disaient de tuer mon père. J'ai attendu qu'il entre dans la salle de bain. Je l'ai étranglé, puis plus rien, je ne me rappelle plus de rien ».

Il dit ne pas se souvenir de son acte, mais affirme avoir ressenti un moment de soulagement intérieur juste après. Il éprouve quelques difficultés pour communiquer sa souffrance.

D'un point de vue clinique, on trouve un homme calme, humeur neutre, présentant un syndrome délirant à type de délire de persécution et d'influence. Un syndrome dissociatif a également été observé chez le patient.

PARTIE III: MÉTHODES

I. REVUE DE LITTÉRATURE :

A. Recherche des données :

La revue de la littérature a été conduite sur plusieurs bases des données d'articles scientifiques qui ont été privilégiés par leur pertinence dans le secteur de la recherche scientifique (PubMed), et de la recherche psychiatrique et psychologique (PsychInfo). Nous avons également réalisé une recherche au niveau de la littérature grise en utilisant (Google scholar) comme moteur de recherche.

En considération de l'ancienneté du sujet, aucune limite temporelle n'a été fixée. Par ailleurs, avec le même souci, tout type d'articles scientifiques (recherches qualitatives, quantitatives, revues de littérature et métaanalyses) et tout modèle théorique ont été pris en considération.

Les mots-clés retenus ont été choisis afin de cerner l'homicide (*homicide*) et les psychoses (*psychosis*) dont la schizophrénie (*schizophrenia*) et le trouble paranoïaque (*paranoïa, paranoïd schizophrenia*), mais également le terme de psychopathologie (*Psychopathology*).

B. Sélection des données :

Elle a été conduite sur des articles de langue anglaise et française. D'abord, la sélection des articles scientifiques a été conduite par titres. Ainsi, les articles retenus ont été ceux présentant dans le titre le nom d'une des pathologies psychiatriques reconnues par les deux principales classifications internationales de troubles psychiatriques, le DSM-5 et le CIM-10. Les articles ont ensuite été sélectionnés sur la base de la pertinence de leurs résumés, puis du texte lui-même.

Par ailleurs, les références bibliographiques de chaque article retenu ont été contrôlées afin de déceler d'éventuels articles absents dans les résultats de la recherche dans les bases de données.

C. Analyse des données :

Afin d'apporter une réponse globale à la question et par soucis de clarification de certaines notions, nous avons préféré aborder notre sujet sous tous ses volets épidémiologique, criminologique et clinique ; cela grâce à un découpage en plusieurs chapitres dans la partie «résultats et discussion».

II. CAS CLINIQUE :

Il s'agit d'une étude descriptive à partir d'une revue d'un dossier avec entretien d'un patient masculin ayant été hospitalisé avant l'acte d'homicide à l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V(HMIMV). Il a été libéré par la suite au cours de la réalisation de notre étude mais est soumis à des conditions de suivi médical.

Cette étude concerne les patients psychotiques ayant commis un homicide. Nous avons retenus les patients pour lesquels un délit d'homicide a été signalé. Parmi ces patients, nous avons choisi un patient du service qui correspondait au profil.

Les diagnostics ont été établis de manière clinique en adoptant la terminologie du DSM IV-TR .Les diagnostics que nous avons retenus se basaient sur ceux établis par les psychiatres du service de psychiatrie de l'HMIMV.

Dans cette analyse, nous avons considéré pour l'étude les diagnostics de schizophrénie et de trouble paranoïaque, et exclu les autres pathologies s'inscrivant dans la définition de psychose.

*PARTIE IV :
RÉSULTATS
ET DISCUSSION*

Dans la partie « résultats et discussion », nous dresserons un état de certaines études pertinentes trouvées dans littérature. Nous tenterons également de donner un sens à ses études le long de la discussion à travers trois approches épidémiologique, criminologique et clinique.

I. REALITE DE L'HOMICIDE CHEZ LE SUJET PSYCHOTIQUE :

L'existence d'une relation entre pathologie mentale et violence est connue depuis longtemps par le grand public. La progression des méthodes épidémiologiques a permis d'accumuler des preuves quand à l'association de l'homicide et de la maladie mentale.

En ce qui concerne l'homicide, il existe un certain nombre d'études épidémiologiques. Nous en distinguons: des études portant sur des populations de détenus, des études ambulatoires et communautaires, des cohortes de naissance, des études sur des patients hospitalisés et celles portant sur des populations d'homicide.

Nous entreprendrons d'exposer ici un certains nombre de ces études en prenant soin de les agencer selon leur résultats.

TABLEAU II : ÉTUDES DE PRÉVALENCE DE L'HOMICIDE CHEZ LE SUJET PSYCHOTIQUE

Études de prévalence de la violence				
Population étudiée	Auteurs	Participants	Méthodes	Résultats
Patients psychiatriques suivi en ambulatoire	Asnis et al (1997) [293]	517 patients	Instruments d'autoévaluation : <i>Harkavy-asnis suicide survey demographic form, Symptom checklist-90-R (SCL-90-R), homicidal behavior survey(HBS)</i>	-La prévalence des tentatives d'homicides était de 4%. -La prévalence des idées d'homicides étaient de 22%. -3/10 patients ayant une planifier un homicide avaient des antécédents de tentative d'homicide. -Les 3 patients ayant fait des tentatives d'homicide avaient tentés un suicide
Communauté	Swanson et al (1990) [294]	10000 individus	Basée sur les données de <i>epidemiologic catchement area</i> . L'instrument utilisé pour l'évaluation est le <i>diagnostic interview schedule (DIS)</i> .	-La prévalence de violence était augmentée 10 à 15 fois par l'abus de substances. -L'association d'anxiété et de trouble dépressif augmentait la prévalence de 1 à 1.5 fois. -L'association d'anxiété et de trouble d'humeur l'augmentait de 5fois.
Détenus	Teplin (1990) [295]	728 hommes incarcérés.	Étude comparative de la prévalence des troubles mentaux entre des les prisonniers et la population générale. Instrument: DIS	-La prévalence de la schizophrénie dans la population carcérale (2.7%) est trois fois plus importante que dans la population générale (0.91%) après contrôle des statuts socio-économiques. -La prévalence des épisodes dépressifs majeurs dans la population carcérale est de 3.94% contre 1.07% dans la population générale. -Celle de la manie est de 1.36% contre 0.12% dans la population générale.
	Teplin 1994 [296]	728 détenus masculins.	Instrument: DIS	-La prévalence de troubles d'abus de substance est de 29.1% au moment de l'étude et de 61.3% sur la vie entière. -Le trouble de la personnalité antisociale affecte environ 50% de l'échantillon. La prévalence de trouble mental majeur est de 6.2% (durant l'étude) ou de 8.94% (vie entière) dans la population carcérale. -2.98% de troubles schizophréniques, 1.18% de manie et 3.42% d'épisodes dépressifs majeurs
	Teplin (1997) [297]	1272 détenus femmes incarcérées entre 1991-1993.	Instrument DIS	-La prévalence de troubles psychiatriques dans cette population est de 78%.

Cohorte de naissance	Tiihonen et al (1997) [298]	12058 individus	Examen du risque quantitatif de comportement criminel associé aux troubles mentaux sur une cohorte de naissance en 1966, suivie pendant 26 ans.	-Les recherches ont commencé pendant la grossesse. Elles se sont basées principalement sur les morbidités psychiatriques et les enregistrements criminels. -La prévalence de crimes violents chez les hommes sans troubles mentaux est de 7% (387 sur 5285). -Sur 503 hommes délinquants, 116 (23%) avait un diagnostic psychiatrique. -Sur les 51 sujets schizophrènes de la cohorte, 10 (19.6%) ont au moins une condamnation pour une infraction criminelle (OR= 3) dont 7 (13.7%) pour un crime violent (OR=7.2). -15 de ces sujets schizophrènes ont une co-morbidité d'abus de substance. -Le risque pour un individu présentant une schizophrénie d'être condamné pour un crime violent est 7 fois plus important que celui indemne de trouble psychiatrique. -Le risque d'infractions criminelles est 4 fois plus important chez les sujets schizophrènes chez qui il existe une co-morbidité d'abus de substance. -Seuls 7 patients schizophrènes dans cette étude avaient un dossier criminel pour violence[298]
Patients hospitalisés	Mc Niel et Binder (1986) [299]	Étude sur 203 patients hospitalisés, admis à l'hôpital pour des troubles psychiatriques aigus entre 1989 et 1990	Registres d'admission	-23% de ces patients avaient été impliqués dans une agression physique à l'égard d'autrui durant l'hospitalisation. -33% des patients étaient schizophrènes, 28% maniaques et 27% présentant une psychose organique (47).
	Abderhalden et al(2007) [300]	L'échantillon de 2017 patients sur un total de 41560 jours de traitement.	Etude prospective multicentrique dans 12 hôpitaux psychiatriques en Suisse. Patients évalués par la <i>Staff Observation Aggression Scale (SOAS-R)</i> .	-Un total de 760 incidents agressifs a été enregistré dont 252 agressions physiques. -Le taux moyen de sévérité des agressions est d'environ 9 sur une échelle de 22 points (<i>SOAS-R severity measure</i>) -Seulement 2% des agressions physiques ont nécessité un traitement pour la victime. -Aucun incident agressif n'a été enregistré chez 1755 (87%) des 2017 patients. -38 patients (1,9%) sont à l'origine de 51% de tous les incidents.

Prévalence de troubles mentaux chez les auteurs d'homicides				
Population étudiée	Auteurs	Participants	Méthodes	Résultats
Auteurs d'homicides	Putkonen et al (2004) [246]	90 hommes présentant des troubles mentaux et qui avaient commis un homicide ou une tentative d'homicide.	Ils ont utilisé pour cela un entretien clinique structuré pour l'Axe 1 et 2 du DSM-IV. Ils ont également étudié les dossiers et interrogé des proches.	-78% des auteurs d'homicides étaient schizophrènes, 17% présentaient des troubles schizo-affectifs, 5% une autre psychose. -Un trouble d'abus de substance a été détecté chez 74% des patients et 72% présentaient un alcoolisme. -Les troubles de la personnalité sont retrouvés chez 51% des patients. -Dans 47% des cas, il s'agit d'un trouble de la personnalité antisociale. -Tous les sujets présentant un trouble de la personnalité ont également un trouble d'abus de substance.
Cas d'homicides	Nielssen et al (2007). [301]	1052 cas homicides	Homicides commis durant des épisodes psychotiques en Australie entre 1993 et 2002 Étude à partir de dossiers psychiatriques.	-93 (8.8%) des homicides ont été commis durant un trouble psychotique. Les 88 personnes condamnées pour ces 93 homicides avaient commis cet acte durant une phase aiguë de leur trouble mental. -Chez ces 54 cas (61%), l'acte d'homicide a eu lieu durant le 1 ^{er} épisode psychotique. 19 sujets avaient des condamnations criminelles avant le 1 ^{er} épisode psychotique. 61 (69%) avaient commis l'homicide durant la première année de la maladie. Sur les 27 sujets restants, 10 sont décrits comme résistant au traitement.

II. APPROCHE CRIMINOLOGIQUE :

Nous nous attarderons dans ce chapitre sur les particularités criminologiques inhérentes à la compréhension de l'homicide du psychotique. Néanmoins, il serait intéressant de souligner qu'une association existe entre les troubles mentaux et la vulnérabilité à l'homicide comme le souligne des études récentes [302, 303]. Afin de permettre une meilleure compréhension de l'homicide, une approche criminologique s'avère nécessaire dans l'élucidation de la dynamique criminelle.

A. Schizophrénie :

1. Scène de crime :

Le crime est le plus souvent commis le soir ou la nuit. Les schizophrènes commettent également majoritairement leur crime au domicile de la victime mais aussi dans un autre lieu [304, 305].

L'agression est en règle brutale, brève. Une dispute préalable est également retrouvée. Une violence excessive est rarement rencontrée chez le schizophrène [261].

Pour Richard-Devantoy, les armes les plus utilisées sont des armes à feu ou des armes blanches. Les armes à feu sont corrélées aux homicides de revanche ; les armes blanches aux homicides impulsifs [4, 306].

Pour Nielssen, les méthodes d'homicide retrouvées sont les agressions au couteau (60%), les coups (17%), la strangulation ou la suffocation (11%), l'incendie (7%) et seulement 4 sujets (5%) ont utilisé une arme à feu [301].

Cela est probablement dû à la différence de législation concernant l'achat d'armes entre les pays ainsi que la différence des populations étudiées.

Certains meurtriers schizophrènes laissent des textes ésotériques sur le lieu du crime [261].

2. Auteur du crime

Il s'agit d'hommes jeunes, d'une moyenne d'âge de 31 ans, célibataires, sans enfant, au faible niveau d'éducation, majoritairement sans emploi et dont l'enfance a été émaillée de carences socio-affectives (décès d'un parent, placement en foyer, séparation parentale). Les antécédents judiciaires sont fréquents. Seulement une minorité des schizophrènes auteurs d'homicides sont inconnus des services de psychiatrie [4, 261].

Les formes cliniques se répartissent en sous types paranoïde (fréquent), indifférencié et résiduel. Les thématiques persécutrices sont fréquentes, sexuelle ou métaphysique, alimentant les propos délirants du sujet, dont les mécanismes sont hallucinatoires et/ou constitués d'un automatisme mental. La discordance et la dimension négative de la maladie sont souvent rencontrées [261].

Les comorbidités associées sont par ordre de fréquence : consommation et dépendance alcoolique, personnalité psychopathique et débilité mentale [261, 307].

3. Mobile du crime

Les motivations de l'homicide du schizophrène sont parfois en lien avec la psychopathologie délirante, discordante, dépressive ou suicidaire passant au

premier abord pour un crime immotivé. Une rationalisation discordante peut également tenter d'expliquer le crime [4, 261].

4. Relation à la victime

Le sujet schizophrène tue dans son entourage proche : mère, fils, amis ou connaissances, très rarement un inconnu. Les conjoints sont épargnés dans la plupart des études [4, 261, 306]. Toutefois, il faudrait souligner que le schizophrène peut également être une victime, ainsi la prévalence de mort par homicide pour le schizophrène est 1.8 fois par rapport à la population [302]. Une autre étude vient conforter ce constat. Elle stipule que le tueur et la victime se connaissent dans 1.5% cas, et que dans 1.9% la victime schizophrène est tuée par un autre patient [303].

B. Paranoïa:

1. Scène de crime:

Le crime est perpétré dans la majorité des cas au domicile de la victime, plus rarement chez l'agresseur ou à l'extérieur et n'a pas de spécificité temporelle [4, 304, 305].

L'auteur est le seul exécutant. L'agression est en règle brutale, soudaine, n'excédant pas quelques minutes. Une dispute préalable (notamment conjugale) est retrouvée dans certaines expertises [261, 306].

Les armes utilisées sont surtout les armes à feu, ce qui indique le caractère revanchard de l'homicide [4, 306].

Un acharnement et une violence excessive ne sont pas fréquents. Toutefois, le nombre de coups est supérieur à deux, ce qui est un indicateur du caractère

volontiers émotionnel de l'acte. Les lésions par armes blanches sont souvent multiples [261, 306]. Les meurtriers paranoïaques ne laissent aucun document [261].

2. Auteur du crime

Ce sont des hommes, d'âge mur, autour de la cinquantaine, mariés, pères de famille, majoritairement sans emploi ou dans certains cas en activité au moment des faits [4, 261].

Leur enfance a été marquée par des pertes (décès d'un ou des deux parents). Ils n'ont pas d'antécédents judiciaires ni psychiatriques. Il a été relevé des délires de revendication, de jalousie et d'interprétation. Des intuitions suivies d'interprétations délirantes alimentent des thématiques persécutrices, de jalousie ou de préjudice. La moitié des sujets présentent une consommation d'alcool au moment des faits [261].

3. Mobile du crime:

Pour les paranoïaques, il s'agit d'une réaction de légitime défense : le meurtre s'impose comme seule issue. L'homicide du paranoïaque est marqué par le seau de la persécution. Cette angoisse persécutrice se conjugue parfois à un état confuso-onirique. La vengeance ou la jalousie motivent aussi l'acte homicide. Parfois, il s'agit de tuer un traître [4, 261].

Les homicides des paranoïaques répondent plus souvent à des facteurs émotionnels ou affectifs secondaires à la symptomatologie délirante qu'au délire lui-même [261].

4. Relation à la victime :

Le délirant paranoïaque commet également son crime dans son entourage proche : conjoint, voisin, ami, parents ou amant de sa femme. Les enfants sont épargnés, étant plus rarement intégrés dans le système délirant du paranoïaque [261, 306].

C. Conclusion :

À partir des études sus-citées, nous avons pu conclure que la schizophrénie est le trouble mental le plus fréquent. Les comorbidités relevées sont la dépendance à l'alcool et aux drogues ainsi que les troubles de personnalités et le déficit mental.

L'auteur schizophrène est souvent un homme jeune, célibataire, au faible niveau d'éducation, sans emploi, de faible statut socio-économique. Son enfance est émaillée de carences. Il est connu des services de psychiatrie et du système judiciaire.

À contrario, l'auteur paranoïaque est un homme d'âge mur, marié, père de famille et sans emploi. Son enfance est marquée par des pertes. Il n'a pas d'antécédents judiciaires ni psychiatriques.

La scène du crime du schizophrène est caractérisée par sa désorganisation. L'homicide est commis le soir au domicile de la victime. L'acte est bref et brutal. Les armes les plus utilisées sont les armes blanches.

La scène du crime du paranoïaque est également désorganisée. L'homicide est commis au domicile de la victime sans spécificité temporelle. Il est précédé d'une dispute. L'arme la plus utilisée est l'arme à feu, avec des lésions souvent multiples.

Le mobile du crime chez le psychotique est en relation avec son délire. Il tue essentiellement dans son entourage.

Chez notre patient, le diagnostique de schizophrénie a été retenu. Il présente une comorbidité à type d'addiction au cannabis. C'est un homme jeune, célibataire, aux faibles niveaux d'éducation et socio-économique. Inconnu des services juridiques et psychiatriques avant l'homicide. La scène du crime était désorganisée. L'homicide a été commis le soir, au domicile de la victime. L'acte était bref et brutal par strangulation. Le mobile du crime était en relation avec son délire. La victime était son père.

Notre patient rentre dans le cadre établi par les études internationales. Il ne présente comme particularité que l'absence d'antécédents judiciaires et de contact avec les services de psychiatrie avant l'acte. Autre particularité est la méthode d'agression (strangulation) peu fréquente. Ceci peut être du à l'adaptation du sujet à sa symptomatologie positive avant le passage à l'acte et à l'absence d'une arme à proximité au moment de l'agression.

III. Facteurs de risque d'homicide chez le psychotique :

L'approche criminologique nous a permis de décrire les différents composants de la dynamique homicidaire. Nous allons à présent décrire les caractéristiques de l'homicide, à travers l'étude de ses facteurs de risque. Cela nous permettra de dresser la clinique de cet acte.

A. Facteurs statiques :

1. Facteurs individuels :

a. Age :

Les études montrent que les adultes jeunes sont plus enclins à commettre un homicide que le reste de la population. En ce qui concerne les malades mentaux, le risque est plus élevé chez les patients de moins de 30 ans [308, 309].

b. Sexe :

Le sexe masculin est le plus prédominant chez les auteurs d'homicide [252, 309].

La maladie mentale augmente le risque de violence exercée par les femmes [310]. Une étude aux États-Unis a montré que les femmes commettent autant d'agressions physiques que les hommes dans le mois précédant leur admission en psychiatrie [294]. Les trajectoires de violence semblent similaires. Toutefois, les études sont contradictoires en terme de sévérité des blessures [311].

Ainsi, bien que les hommes soient de façon très nette plus violents que les femmes (ils réalisent environ 90 % de la violence), lorsqu'il s'agit de malades mentaux le sexe ne peut plus être retenu comme facteur discriminant [312].

Dans une étude longitudinale, Teplin et al 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 récidive élevé ; puisque 50 % d'entre eux sont réincarcérés pour un acte criminel au cours des 6 années suivantes. En cas de symptomatologie psychotique (délire, hallucinations), ce risque apparaît légèrement supérieur en matière de crimes violents [313].

La prévalence des troubles mentaux chez les femmes incarcérées est également importante à considérer. Dans un échantillon non sélectionné de 1272 femmes détenues, entre 70 et 80 % réunissaient les critères d'un trouble psychiatrique sur la vie entière ou au cours des 6 derniers mois. L'ensemble des troubles étaient significativement plus fréquents que dans la population générale de l'étude *Epidemiologic Catchement Area* (ECA), à l'exception de la schizophrénie et du trouble de panique [297].

c. État matrimonial :

Les célibataires représentent un risque plus élevé de commettre un homicide que les gens mariés ou vivant en couple [4, 261].

d. Statut socio-économique :

La faiblesse du statut socioéconomique était identifiée antérieurement comme un facteur de risque[4]. Cependant, lorsque certains facteurs sont pris en compte (exposition à des groupes violents, utilisation de services cliniques), les éléments sociodémographiques ne semblent plus significativement associés à la violence [314].

Dans une étude de 107 homicides commis par 98 individus, Mc Grath trouva 84% étaient sans emploi au moment des faits [309, 315, 316].

2. Facteurs historiques :

Toutes les études d'importance considèrent les antécédants de gestes de violence comme le meilleur prédicteur de violence. Les hommes paraissent plus violents que les femmes dans la plupart de ces études. Les proportions sont de l'ordre de neuf hommes pour une femme. L'étude de la prévalence de la violence à l'hôpital psychiatrique est assez compliquée du fait de la définition différente de la violence en fonction des études et de la diversité des services psychiatriques.

Parmi les principales conclusions de ces études :

Les antécédants les plus fréquemment retrouvés sont l'exposition à un environnement familial perturbé, à des modèles violents et à de mauvais traitements dans l'enfance [317], les antécédents délictuels [314], notamment d'homicide ou de violence [4, 261].

Le type de manifestations violentes observées est une idée, un fantasme, une menace ou un geste physique. Il peut s'agir de violence sexuelle ou non.

La cible de la manifestation violente est une personne ou un groupe. Dans le cas de violences répétées, il peut s'agir de la même cible visée. Il peut également s'agir d'objets ou d'animaux [37].

L'entourage étant la principale cible de violence des malades mentaux, le domicile est souvent le lieu d'exercice de la manifestation de violence. Ce peut être également l'unité d'hospitalisation lorsque le patient est hospitalisé. Dans ce

contexte, l'entourage du malade devient le personnel soignant. Ce peut être également, bien que de façon plus rare, d'autres lieux qui peuvent avoir un caractère spécifique comme, par exemple, le lieu de travail ou un lieu symboliquement plus investi par tel ou tel patient [261].

Le temps d'élaboration de la manifestation de violence est important. Une manifestation de violence immédiate, impulsive, nous donne d'emblée des orientations d'investigation très différentes d'un geste de violence longuement mûri sur plusieurs jours, semaines ou mois.

Les éléments démographiques et d'histoire personnelle appartiennent à ce qu'on appelle les facteurs statiques et constituent la toile de fond, immuable, du tableau clinique [318]. Ces éléments peuvent faire, dans certains cas, l'objet de recommandations spécifiques au moment de la prise en charge et de décisions judiciaires éventuelles [319].

B. Facteurs dynamiques :

1. Approche Clinique :

En ce qui concerne la psychogenèse de l'agression, l'analyse diagnostique doit laisser place à une analyse sémiologique, qui est à la base de l'étude clinique de l'homicide. Cette approche, certes minimaliste, nous permettra d'analyser le rôle de chaque symptôme dans le processus homicide.

a. Pathologies sous jacentes et comorbidités :

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 [320, 321].

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 [320].

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. 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 [322].

La prévalence de la schizophrénie chez les auteurs d'homicide est relativement importante, entre 8 et 15 % [323]. Gottlieb et al 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 perpétrés par psychotiques (notamment schizophrènes) [324].

Dans une étude sur 203 hommes détenus, Taylor, utilisant un interrogatoire sur leur passé de troubles mentaux, l'infraction commise et ses circonstances, avait trouvé que 90 hommes étaient schizophrènes, 6 paranoïaques, 25 ayant un trouble affectif avec symptômes psychotiques et 82 ne présentant pas de troubles psychotiques. Sur les patients schizophrènes, 40 avaient commis un acte de violence physique contre autrui. Cet acte de violence était apparu dans 88% des

cas après le début de la maladie chez les patients schizophrènes et dans 80% des cas chez les patients présentant une psychose affective[325].

Dans une étude rétrospective sur les comportements agressifs dans une unité psychiatrique d'admission, Grassi et al ont retrouvé que sur 1534 patients admis durant la période de suivi, les patients les plus violents avaient un diagnostic de schizophrénie ou de syndrome délirant (55.1%) [326].

Benezech et addad ont étudié les dossiers de 109 psychotiques (101 hommes et 8 femmes) auteurs d'homicides, hospitalisés dans quatre unités pour malades difficiles. Parmi ces patients, 40% étaient schizophrènes (dont 2/3 de paranoïdes), 20 % paranoïaques. 15% étaient atteints de psychoses infantiles et d'héboïdophrénie, 13% de bouffées délirantes aiguës, 5% de psychose hallucinatoire chronique et 2% étaient maniaco-dépressifs [327].

Cote et hodgins ont mis en évidence que 35% des détenus ayant commis au moins un homicide présentait un trouble mental majeur. Chez les malades mentaux ayant commis un homicide, 83% avaient une histoire d'abus ou de dépendance à l'alcool et 64% à une drogue [328].

En utilisant des diagnostics validés, Taylor et Gunn ont étudié les statuts psychiatriques de 2743 détenus d'une prison de Londres. 9% de ces prisonniers présentaient des symptômes importants de trouble psychiatrique et 8,6% des symptômes d'abus de drogue ou d'alcool. 8,7% des hommes avaient les critères d'un trouble psychotique et 70% d'entre eux étaient schizophrènes (6% de la totalité des prisonniers). La prévalence de schizophrénie chez les auteurs d'homicides est de 11% et de 30% pour les auteurs d'incendie volontaire, ce qui

est une plus grande prévalence que celle retrouvée dans la population générale de la même région (0.1-0.4%) [329].

Tiihonen et al ont étudié le risque d'homicide chez des patients sortis d'un hôpital psychiatrique médico-légal, sur une période de 14 ans. Ce risque a été comparé avec celui d'un groupe contrôle. Au total, 1476 meurtres ont été commis en Finlande entre 1980 et 1991. La police a identifié 1428 auteurs dont 1302 hommes et 121 femmes. Sur les 1428 auteurs d'homicides, 86 sont diagnostiqués comme présentant un trouble schizophrénique. Le risque pour un schizophrène de commettre un homicide est multiplié par 9,8 comparé à la population générale. Ces auteurs ont mis en évidence que le risque de commettre un homicide chez les patients sortis de l'hôpital psychiatrique légal est plus de 50 fois celui de la population générale durant une période de 7-8 ans, et qu'il est multiplié par 300 au cours de la première année [298].

Le Bihan et Benezech ont étudié 42 patients hospitalisés en UMD pour parricide. 83,3% souffraient de schizophrénie, 14.3% présentaient un délire paranoïaque, 2.4% un épisode confuso-délirant dans un contexte de prise de toxique [330].

Shaw et al ont effectué également une étude nationale sur les personnes condamnées pour homicide (1594) en Angleterre et au Pays de Galles entre 1996 et 1999. Sur les 1594 auteurs d'homicides, 34% présentaient un trouble mental ; 5% (85) étaient donc schizophrènes et 10% avaient des symptômes de troubles mentaux au moment de l'homicide. Shaw et al conclurent qu'il existe une association entre la schizophrénie et l'homicide avec 5% de schizophrènes parmi les auteurs d'homicides [331].

Corrado et al. ont étudié la prévalence des troubles mentaux dans une population de 790 hommes incarcérés à Vancouver entre août 1989 et juillet 1990. La présence de troubles mentaux a été recherchée en utilisant le «*Diagnostic Interview Schedule*» et le *brief psychiatric rating scale* (BPRS). Les résultats ont mis en évidence une prévalence très importante de troubles de la personnalité antisociale (64,3%) et de troubles d'abus de substance (85,9%). La prévalence de troubles mentaux sévères est de 15,6% dont 4,5% de schizophrénie, 4,1% de troubles bipolaires, 6% de dépression sévère[332].

Brennan et al ont relevé toutes les arrestations pour violence et les hospitalisations pour troubles mentaux dans une cohorte de naissance suivie jusqu'à l'âge de 44 ans. Ils se sont intéressés à l'existence de dossiers criminels pour violence envers autrui. L'échantillon est composé de 173 668 hommes et 162 322 femmes. Environ 2% des hommes de la cohorte ont été hospitalisés pour un trouble mental majeur et ont commis 10% des crimes violents perpétrés par tous les hommes de la cohorte. 2.6% des femmes ont été hospitalisées pour trouble mental et sont responsables des 16% de crimes violents commis par les femmes de la cohorte. 2.7% des hommes sans troubles mentaux, 11.3% des patients schizophrènes (OR=4.6) et 5.2% des patients présentant un trouble affectif avec symptômes psychotiques (OR=2) sont auteurs d'un crime violent [333].

Tableau III. Synthèse des études illustrant les principaux troubles mentaux chez les auteurs d'homicide.

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

b. Phase aiguë de la psychose :

Shaw et al ont effectué également une étude nationale sur les personnes condamnées pour homicide en Angleterre et au Pays de Galles entre 1996 et 1999. Ils conclurent que la plupart des criminels avec une histoire de trouble mental ne sont pas en phase aiguë de la maladie au moment du meurtre et que la plupart n'ont jamais reçu de soins psychiatriques, suggérant que ces services n'ont pas pu prévenir leur crime [331].

Nielssen et al ont étudié les homicides commis durant des épisodes psychotiques dans une région d'Australie entre 1993 et 2002. Sur les 1052 homicides, (93) (8.8%) ont été commis durant un trouble psychotique, l'acte homicide a eu lieu durant le 1^{er} épisode psychotique. Pour ces auteurs, le risque de commettre un homicide durant le 1^{er} épisode psychotique est de 1 sur 200 nouveaux cas [301].

c. Délire :

Le délire est souvent cité comme facteur criminogène majeur. Le syndrome délirant, dans sa forme, peut être situé entre les deux extrêmes que seraient le délire simple, structuré, compréhensible du paranoïaque et le délire polymorphe, complexe, totalement incompréhensible du schizophrène [40].

Le délire du paranoïaque est structuré. Cela n'a pas une importance criminogène majeure, mais tout simplement aide à la compréhension du passage à l'acte ce qui, tout de même, peut avoir une valeur prédictive de la dangerosité dans certains cas. L'agression est, chez le paranoïaque, en cohérence totale avec ses idées délirantes [40].

Le thème du délire revêt une importance criminologique essentielle. Le délire de persécution est particulièrement à prendre au sérieux, même si la réaction du patient est fortement dépendante de la structuration prémorbide de sa personnalité [40]. Le passage à l'acte, lorsqu'il a lieu, est surtout le fait des délires qui évoluent en secteur.

Pour Kennedy et al, les patients paranoïaques qui ont commis un acte de violence, présentent des sentiments envahissants et persistants de colère et d'agressivité, avec des idées délirantes et des actes qui sont congruents à l'humeur[334].

Parmi eux, le délire de revendication a pour thème essentiel un préjudice subi. Ce préjudice peut toucher différents secteurs comme par exemple la justice (quérulent processif) ou la santé (hypocondrie délirante, rare, contre le corps médical). Le délire de jalousie et l'érotomanie concernent le domaine affectif.

La jalousie se voit surtout dans les couples où le mari alcoolique, face à sa propre déchéance qu'il nie, acquiert la certitude que sa femme le trompe et n'a de cesse que de retrouver son prétendu rival. Le risque criminogène concerne autant le conjoint que le rival désigné.

Le délire érotomane se déroule en trois phases. Durant la première phase d'espoir, le sujet est convaincu que l'autre désigné l'aime. Cette phase n'est pas criminogène. En revanche, la dangerosité apparaît et s'accroît au cours des deux autres phases, d'abord le dépit, puis la rancune. L'autre aimé devient l'autre haï et se retrouve en danger [335].

D'une manière générale, le risque de passage à l'acte est d'autant plus important que le sujet possède une conviction forte du préjudice. Il se place en tant que victime et réclame réparation qu'il ne va pas tarder à réaliser lui-même en guise de légitime défense. Il tue préférentiellement un persécuteur désigné sur lequel il projette toute la responsabilité de sa souffrance. Les infractions sont généralement précédées d'agressions verbales ou physiques avec escalade vers un passage à l'acte meurtrier [264].

Chez le paranoïaque, la blessure narcissique imaginaire est insupportable, sa surestimation de soi étant mise à mal. Le crime est prémédité. Il est organisé, le sujet mettant tous les atouts de son côté. Il obéit à un raisonnement paralogique (il paraît logique mais il est fondé sur une fausse conception sur laquelle va se déployer le délire). La vengeance et la légitime défense en sont les moteurs. Ce crime est considéré comme juste et mérité, à valeur de châtiment ou d'exemple [253].

Les moments privilégiés du passage à l'acte sont les épisodes féconds du délire, les périodes d'alcoolisation et les moments de dépression. La conviction délirante inébranlable et la désignation d'un persécuteur favorisent le passage à l'acte [264].

Chez le paranoïaque, la violence pathologique survient très généralement après une longue évolution du délire et parfois après des réactions plus modérées [40].

Cheung et al ont trouvé que les patients qui ressentaient une émotion négative, comme la colère, la tristesse et l'anxiété, du fait du contenu de leur délire, étaient plus susceptibles de comportements violents [336]. Il faut

particulièrement porter son attention sur ces réactions qui ont une valeur clinique prédictive majeure d'un futur passage à l'acte.

Le mécanisme du délire est aussi important à analyser. Logiquement, plus l'expérience vécue est prégnante dans son immédiateté, plus un passage à l'acte est à redouter.

Les interprétations sont habituellement moins redoutables, sauf dans le cadre d'un délire interprétatif systématique, provoquant un harcèlement persécutif incessant et omniprésent, rendant ainsi toute fuite inutile. Enfin, le mécanisme imaginatif est souvent peu criminogène. Le risque agressif est majoré lorsque la conviction délirante est forte [40].

La dangerosité du schizophrène délirant est beaucoup moins évidente. L'acte violent est le plus souvent imprévisible car sous-tendu par une logique délirante incompréhensible [337].

• **Délire de persécution :**

Les premières études suggéraient que les délires de persécution étaient associés à une augmentation du risque de violence [338].

Il a été retrouvé, chez des patients psychotiques auteurs d'homicide, que lorsqu'il existait un délire aigu au moment du passage à l'acte, les patients ayant commis un homicide présentaient plus d'idées délirantes centrées sur un proche (92%vs72%). Pour cet auteur, les patients psychotiques qui commettent un homicide ou une tentative d'homicide sont caractérisés par un délire paranoïde, impliquant une cible accessible, comme un membre de la famille [339].

Cheung et al. ont trouvé une association entre le délire de persécution et le risque de violence, les patients non violents ayant plus tendance à avoir un délire à thème de grandeur [336].

Addad et Benezech ont constaté que parmi 63 patients schizophrènes hospitalisés ayant commis des actes de délinquance, les schizophrènes paranoïdes étaient les principaux auteurs de violences physiques et d'homicide alors que le vol caractérisait les héboïdophrènes [340].

Taylor et al retrouvent une augmentation de la prévalence du délire à thème de persécution chez les auteurs de violence physique. Ils concluent que lorsqu'un psychotique commet des violences graves, le délire est souvent un facteur majeur dans la commission de l'infraction [341].

Erb et al retrouvent également une majorité de schizophrénie paranoïde (65,5%) chez les individus schizophrènes auteurs d'homicide en Allemagne avec principalement des délires d'interprétation et de persécution (88%) [342].

Bjorkly a retrouvé une augmentation du risque de violence associée au délire et principalement au délire à thème de persécution[343].

Nolan et al. ont constaté que les patients violents dont le passage à l'acte était en lien avec des symptômes psychotiques, présentaient des idées délirantes à thème de persécution plus fréquemment que des ordres hallucinatoires [344].

Selon Stompe et al, les patients schizophrènes présentant un délire de type paranoïde sont à risque de violence sévère [345].

Le Bihan et Benezech ont retrouvé le délire paranoïde de façon prépondérante (70%) chez les malades mentaux auteurs de parricide. Les autres

formes de schizophrénie retrouvées par ces auteurs étaient l'hébéphrénie (7.1%), ou la forme indifférenciée (7.1%). Les thèmes délirants sont la persécution dans 76.2% des cas et le vol de la pensée dans 47.6% des cas ou d'influence dans 42.6% des cas [39].

Joyal et al ont retrouvé 78% de schizophrénie paranoïde chez 58 patients schizophrènes ayant commis un homicide ou une tentative d'homicide et environ 60% des homicides étaient en lien avec un délire ou des hallucinations. Par contre, ces auteurs ont mis en évidence que l'acte homicide avait été influencé par des symptômes psychotiques chez 83% des schizophrènes sans trouble de personnalité associé, mais dans seulement 46% des cas chez les individus schizophrènes avec trouble de personnalité antisociale [346].

Le Bihan et Bénèzech, dans une étude sur la récurrence homicide chez des patients hospitalisés en UMD, ont relevé 50% de schizophrénie paranoïde, 17% de délire paranoïaque et 8% de troubles schizo-affectifs. Presque 70% des patients ayant commis une récurrence homicide présentaient des productions mentales délirantes, principalement des idées de persécution et de jalousie, au moment du passage à l'acte [255].

Nielssen et al ont mis en évidence, chez 88 patients psychotiques ayant commis un homicide, que les symptômes les plus fréquemment présents au moment du passage à l'acte étaient des hallucinations auditives associées à un délire de persécution, les sujets pensant que la victime représentait un danger pour eux. Pour 36% des patients, la victime avait planifié un meurtre, pour 18% la victime était le diable [301].

Dans une étude sur 1410 patients schizophrènes suivis pendant 6 mois, Swanson a mis en évidence que l'association de symptômes positifs comme les idées de persécution augmente le risque de violence mineure et sévère, alors que les symptômes négatifs entraînent une diminution du risque de violence sévère. Les symptômes positifs qui sont le plus liés à la violence majeure sont l'hostilité (OR=1,65), les idées de persécution (OR=1,46), les hallucinations (OR=1,43), les idées de grandeur (OR=1,31) et l'excitation psychomotrice (OR=1,30). Les symptômes positifs, comme les idées de persécution augmentent le risque de violence mineure et sévère, mais le risque de violence sévère est corrélé positivement avec l'intensité à des symptômes positifs, particulièrement lorsqu'il existe peu de symptômes négatifs. Pour ces auteurs, la présence de symptômes négatifs, principalement le ralentissement psychomoteur (OR=0.66) et le retrait social (OR=0.67), jouerait un rôle protecteur face au risque de comportements violents sévères chez les patients schizophrènes [347].

• **Syndrome d'influence :**

Le syndrome d'influence est un résultat logique du caractère passif des expériences du sujet. Ses sensations de passivité sont souvent expliquées par le patient comme le résultat d'un hypnotisme, d'une possession démoniaque ou d'ondes de contrôle [348].

Des chercheurs ont mis en évidence que les délires caractérisés par un sentiment de menace et la sensation d'un contrôle de l'esprit par une force extérieure (syndrome d'influence) étaient associés à une augmentation du risque de violence [345, 349].

Ces délires impliquent de croire que la pensée du patient est contrôlée par des forces extérieures. Link et al ont retrouvé que les symptômes du syndrome d'influence participaient aux risques de violence des patients présentant des troubles psychotiques ou bipolaires et que les autres symptômes psychotiques n'étaient pas reliés aux comportements violents [349].

De façon similaire, Swanson et al ont mis en évidence que les personnes rapportant ce syndrome étaient deux fois plus fréquemment engagées dans un comportement d'agression que celles présentant d'autres symptômes psychotiques avec cinq fois plus de risque que celles ne présentant aucun trouble mental [294]. ils ont également mis en évidence que le syndrome d'influence multipliait par trois le risque de comportement de violence physique envers autrui [350].

Dans une analyse des données de deux études épidémiologiques en Israël, Link et al ont indiqué que la sensation de danger et le syndrome d'influence étaient indépendamment de forts facteurs prédictifs de violence et que ce concept était utile pour la prédiction de comportements violents [349].

À contrario, dans l'étude Mac Arthur, Appelbaum et al n'ont pas retrouvé d'association entre la présence d'un délire et le risque de violence, ni entre le syndrome d'influence et une violence future. Ils ont même mis en évidence un plus faible niveau de violence chez les sujets présentant un délire d'influence comparativement à ceux qui n'ont pas ce syndrome. Par contre, ils ont trouvé qu'une attitude suspicieuse envers autrui associée à de la colère et une impulsivité étaient liées à un risque de comportement violent. Pour ces auteurs, la présence d'un délire ne justifie pas une hospitalisation, dans une volonté de

prévention de la violence, en absence d'autres indicateurs de risque. Ils concluent que si les délires sont susceptibles de favoriser la violence dans des cas individuels, ils n'augmentent pas globalement le risque de violence chez les malades mentaux dans l'année suivant leur sortie de l'hôpital [351].

- **Automatisme mental :**

L'automatisme mental est un syndrome hallucinatoire qui peut se rencontrer dans la schizophrénie mais aussi dans d'autres maladies mentales telles la psychose hallucinatoire chronique. Il est caractérisé par une impression du sujet d'un fonctionnement automatique et spontané d'une partie de sa vie psychique. Leurs actions leur paraissent guidées et ils ne se pensent plus maîtres de leur volonté. DeClérambaut décrit le petit et le grand automatisme mental [260].

Nous nous intéresserons au grand automatisme mental qui touche trois fonctions : idéique, idéo verbale et motrice. Ce sont des mouvements que le patient fait sans pouvoir les contrôler. Il a l'impression que ses actes sont contrôlés de la même manière que le sont ses pensées. Ses actions peuvent aussi résulter d'injonctions des voix entendues, ce qui rentre dans le cadre d'un syndrome d'influence. Les hallucinations peuvent être sensitive et sensorielle : olfactives, gustatives, visuelles ou cénesthésiques [260].

Dans le cas de l'homicide, les actes peuvent se manifester de façon automatique, le patient se sentant obligé de les réaliser.

- **Délire de haine :**

Les délires amoureux, pouvant être qualifiés de psychotiques, sont connus depuis toujours : mélancolie amoureuse de Ferrant, poursuite amoureuse,

érotomanie qui originellement traduisait ce genre d'obsession envahissante ; alors que depuis Clérambault, on désigne ainsi un délire particulier caractérisé par la conviction d'être aimé. Néanmoins, au 3ème stade de ce délire passionnel se situe la rancune.

Symétriquement, il existe des délires de haine (trouble paranoïaque), moins classiques, probablement assez fréquents et beaucoup plus dangereux. Certains adultes éprouvent ce sentiment conscient, parfois obsédant, douloureux et culpabilisant d'être empêché de vivre pleinement par la présence d'une autre personne. Ce sentiment peut susciter des formations réactionnelles intenses.

Legrand du Saulle oppose le meurtre prémédité, préparé, accompli de sang-froid, dû à la haine, à la vengeance ou à la cupidité à l'assassinat consommé bruyamment sans frein et sous l'emprise d'une jalousie ou d'une provocation outrageante [335].

En plus de l'hostilité/suspicion, la présence d'autres émotions associées au délire et à la violence a été décrite. Appelbaum et al ont mis en évidence que les idées délirantes de persécution entraînaient un niveau élevé d'affects négatifs, ce qui peut expliquer pourquoi les individus avec ce type de délire sont plus susceptibles de passage à l'acte, parfois violent, en réponse à l'aspect dysphorique de leurs symptômes. Lorsque les idées délirantes rendent l'individu triste, anxieux ou en colère, il est plus susceptible d'agir de manière agressive [352].

Dans une revue de six études, Bjorkly a mis en évidence que la répercussion émotionnelle du délire (anxiété, peur) était associée à un risque de passage à l'acte violent. Finalement, la propension à agir en fonction du délire

en général est significativement associée à une tendance à commettre des actes violents. Il est donc important que les cliniciens, en plus des antécédents de violence, interrogent le patient sur les antécédents d'actes résultant d'idées délirantes [343].

d. Dissociation

La littérature scientifique propose de concevoir la dissociation comme une altération de l'état de conscience ou bien une rupture entre la mémoire, la perception, la conscience et l'identité, ou bien comme un mécanisme d'adaptation permettant à l'être humain de se protéger face à des émotions intolérables. Le processus consiste à provoquer une déviation subjective du sentiment de soi et du monde ou un jeu de bascule entre divers états de conscience.

Dans l'étude finlandaise de Maaranen, parmi les 2% de sujets ayant un score dissociatif dit pathologique, seulement 29% garderont un score élevé trois ans plus tard. Les auteurs concluent que la dissociation est un phénomène instable et relativement rare [353].

Concernant la population générale, une étude effectuée dans une métropole canadienne avec la *Dissociative Experience Scale* (DES) suggère que 3,3% de l'échantillon présente un score morbide à l'échelle (au-dessus de 30). Une autre étude obtient un taux autour de 4 % [354, 355].

Laroi et Vander Linden mettent en évidence que 24% des 236 patients qui ont participé à l'enquête vivent fréquemment des phénomènes à coloration hallucinatoire et auditive. Ce chiffre descend à 17% pour les hallucinations visuelles [356].

Plusieurs auteurs soulignent le lien entre la dissociation et certains passages à l'acte violent comme le suicide ou l'homicide. Ainsi, les épisodes dissociatifs peuvent induire une variation de l'activité psychologique : la hausse d'un sentiment d'irréalité, l'accroissement d'un sentiment narcissique, une immersion oniroïde, une mise à distance du sujet et de ses actes par l'amnésie, une modification des signaux sensoriels, une altération de l'activité préfrontale et de la régulation des fonctions exécutives, un phénomène de confusion émotionnelle, une baisse de la peur et des freins de la motricité agressive. Vandevooede résume dans le tableau ci-dessous certaines implications de la dissociation [357].

Tableau IV. Hypothèses sur les fonctions de la dissociation selon Vandevooede[357].

Tableau 4 Hypothèses sur les fonctions de la dissociation.	
Composante psychologique	Composante neuropsychologique
sentiment d'irréalité	Altération de l'activité préfrontale impliquée dans la régulation de l'action et les fonctions exécutives
Création d'un phénomène impersonnel et d'un isolement	Régulation des irrptions émotionnelles intense, confusion émotionnelle, régulation de l'expérience subjective
Accroissement du narcissisme, du sentiment de contrôle, pouvoir, puissance	Création d'un scanner multisensoriel
Ouverture d'une fenêtre fantasmatique, immersion oniroïde, ambiance hypnoïde	Baisse de la peur à passer à l'acte, régulation du système autonome
Création d'une amnésie, d'une distance entre le sujet et ses actes, déresponsabilisation	Utilisation d'un mode moteur automatique
Reconfiguration de la carte mentale du soi et modification des signaux corporels	Perte du sens de l'agentivité

L'étude de Lipsanen et al montre que 21% des patients psychiatriques hospitalisés et 13% des non hospitalisés présentent un score dissociatif supérieur au seuil pathologique. Ils ont en concluent que les troubles dissociatifs sont encore nettement sous-diagnostiqués[357].

Le problème de la dangerosité du dissocié est de toute première importance. Les données épidémiologiques sont innombrables, mais les plus valides ont été réalisées dans la population générale. La schizophrénie est la représentante des pathologies mentales où laquelle figure la dissociation comme élément majeur.

Swanson estime que le risque de comportement violent est multiplié par six en cas de diagnostic de schizophrénie et par dix s'il s'y associe une comorbidité[294]. Mais Lachaux estime qu'il faut faire la part entre le fantasme et le réel [358] ; d'une part, car le risque de crime violent chez le schizophrène reste faible. D'autre part, le risque de dangerosité, chez les patients souffrant de schizophrénie, est beaucoup plus faible que le risque de dangerosité lié, dans la population générale, à l'usage de toxiques et aux troubles de la personnalité. Enfin, le risque de criminalité, chez les patients souffrant de schizophrénie, est majoré par l'usage de toxiques [307].

La dissociation psychique notamment lorsqu'elle atteint la sphère affective, confère à l'agression du schizophrène le caractère incompréhensible et immotivé. Le schizophrène agresse avec une froide détermination. Après l'acte, il choque par son absence de culpabilité, par sa froideur et son indifférence [40, 253]. Pourtant, ce stéréotype clinique superficiel semble recouvrir deux types d'agressions, selon qu'il existe ou non un lien affectif entre le schizophrène, auteur de l'agression, et sa victime.

Lorsque la victime n'a aucun lien affectif avec l'agresseur, il existe un acte singulier, fortement révélateur de troubles dissociatifs chez son auteur. La victime est un passant anonyme, n'ayant aucune caractéristique particulière.

Plusieurs patients dissociés ayant commis ce type d'agression nous ont révélé l'importance de l'échange d'un regard. Ils ont agressé la personne avec laquelle leurs regards se sont croisés et ils ont tous eu l'impression fulgurante de leur néantisation dans le regard de leurs victimes [359].

Lorsque la victime a un lien affectif avec l'agresseur, c'est l'ambivalence affective qui s'exprime dans l'acte agressif qui revêt une dimension profonde de nature sexuelle. Le matricide psychotique serait une forme de rejet absolu d'un désir incestueux inacceptable. Néanmoins, un patient dissocié peut commettre une agression en toute lucidité et hors du champ de sa pathologie. Un acte commis par un schizophrène peut aussi n'avoir qu'une motivation psychologique et non psychopathologique, comme dans le cas d'un meurtre passionnel [4, 253].

e. Hallucinations :

Des progrès considérables ont eu lieu ces dernières années dans la compréhension des hallucinations. Une étude précise de celles-ci est importante pour déterminer la façon dont leur présence augmente le risque qu'un acte de violence. En général, la présence d'hallucinations n'est pas reliée à des actes dangereux, mais certains types d'hallucinations peuvent augmenter le risque de violence [360].

Dans une revue de 17 études sur les liens entre les phénomènes hallucinatoires et le risque de violence, Bjorkly a constaté que seulement quatre études avaient mis en évidence une relation certaine entre les hallucinations et le risque de comportement violent et que dans trois autres, ce lien existait mais

n'était pas significatif. Cinq études ne révélaient, par contre, aucune relation entre les phénomènes hallucinatoires et le risque de comportement violent [343].

Selon Cheung et al, les patients schizophrènes sont plus susceptibles d'être violents si leurs hallucinations entraînent des émotions négatives comme l'anxiété, la colère ou la tristesse et si les patients n'ont pas développé de stratégies efficaces pour cohabiter avec leurs voix [336].

•Particularités des commandements hallucinatoires ou hallucinations auditives impératives :

Les commandements hallucinatoires sont des hallucinations auditives où une voix commande à l'individu de commettre tel ou tel acte. L'action secondaire à l'ordre donné peut être dangereuse et peut entraîner des comportements violents. Elles peuvent induire une impression de risque de mort immédiate et, de ce fait, être à l'origine d'une réaction de défense par l'attaque. Les études sur la relation entre ces commandements hallucinatoires et le risque de violence donnent des résultats variables.

Dans une revue examinant la relation entre les commandements hallucinatoires et la violence, aucune d'entre elles n'a démontré de relation positive entre les commandements hallucinatoires et la violence et une des études a même retrouvé une relation négative.

Dans leur étude sur 31 patients schizophrènes violents, Cheung et al n'ont pas retrouvé d'association entre les commandements hallucinatoires et la violence [336].

À contrario, dans une étude sur 103 patients psychiatriques hospitalisés, Mc Niel et al ont rapporté que 33% de ces patients avaient présenté des ordres

hallucinatoires visant à blesser autrui durant l'année précédente et que 22% des patients rapportaient avoir répondu à ces commandements. Les auteurs ont conclu que les patients qui avaient présenté des commandements hallucinatoires visant à blesser autrui étaient deux fois plus à risque de violence que les patients psychotiques ne présentant pas d'hallucinations avec commandement d'actes violents [337].

Rogers et al ont retrouvé que 56% des sujets ayant commis un passage à l'acte avaient obéi directement à un ordre hallucinatoire. Ils insistent sur le fait que les conséquences des ordres hallucinés soient souvent dramatiques (automutilation, suicide, homicide). Ces auteurs remarquent que les patients ont tendance à être réticents pour évoquer ces ordres hallucinatoires ce qui rend parfois difficile leur évaluation [361].

Junginger et al rapportent que les commandements hallucinatoires sont plus susceptibles d'être suivis lorsqu'ils sont en lien avec les idées délirantes ou si les voix entendues sont familières et qu'ils constituent alors un risque de comportement de violence. Dans leur étude, 39,2% des 51 patients psychotiques, ont agi conformément aux ordres hallucinatoires [362].

Dans une étude sur 121 hommes psychotiques incarcérés, Taylor a trouvé que sur les 23 hommes psychotiques dont le comportement criminel pouvait être attribué directement aux symptômes psychotiques, cinq mettaient en cause leurs hallucinations au moment du passage à l'acte pour expliquer leur comportement[325].

Dans l'étude Mac Arthur, il n'a pas été retrouvé de relation entre la présence d'hallucinations ou de commandements hallucinatoires non violents et

la violence. Par contre, une relation existe entre des commandements hallucinatoires poussant à un acte violent et le risque de passage à l'acte [363].

Dans leur étude sur la récurrence d'homicides pathologiques, Le Bihan et Benezech n'ont relevé l'existence d'hallucinations auditives comme motivation du passage à l'acte que chez 14% des patients [255].

Globalement, ces études montrent que les hallucinations à type de commandement, augmentent le risque de passage à l'acte violent si elles présentent certaines caractéristiques. Pour que l'ordre hallucinatoire soit suivi par le patient, il est nécessaire que l'individu ressente la puissance et le pouvoir de la voix et qu'elle soit familière. De plus, le contenu de l'ordre donné influence la compliance à cet ordre. La plupart des auteurs semblent penser que seuls les ordres dont les individus pensent qu'ils n'entraîneront pas de mise en danger d'autrui ou de soi-même sont suivis [364].

À contrario, Junginger et al retrouvent 40% de compliance à un ordre hallucinatoire considéré comme dangereux. L'existence d'idées délirantes congruentes aux ordres hallucinatoires est également considérée comme un facteur influençant la compliance aux ordres [362].

f. Insight:

Afin d'évaluer les symptômes positifs de la psychose, le clinicien doit aussi évaluer la capacité d'insight des patients par rapport à leur maladie et aux conséquences légales potentielles de leur trouble. Pourtant, peu d'études ont été réalisées sur le lien entre l'insight et le risque de violence chez les sujets souffrant d'un trouble schizophrénique.

La première étude prospective a été réalisée par Arango et al dans une unité d'admission d'un hôpital psychiatrique, à partir d'une population de 63 individus souffrant de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif. Les actes agressifs commis pendant l'hospitalisation ont été évalués à l'aide de l'*Overt Aggression Scale* (OAS) [365]. L'insight a été évalué à l'aide de la *Scale to assess Unawareness in Mental Disorder* (SUMD). Seize patients avaient significativement moins d'insight dans la reconnaissance des symptômes de leur maladie et concernant la nécessité du traitement par rapport aux patients non violents. Ils ont également mis en évidence que l'insight dans les symptômes psychotiques était le meilleur facteur prédictif de violence, avec une haute valeur prédictive positive et négative.

Yen et al ont suivi prospectivement 74 patients souffrant de schizophrénie, en ambulatoire pendant un an. Ils ont évalué l'insight au début de l'étude avec la *Schedule for the Assessment of Insight* (SAI) et la *Schedule for the Assessment of Insight Expanded-version* (SAI-E), et la violence (violence hétéro-agressive contre les personnes ou les biens) avec la *Violence and Suicide Assessment Scale* (VASA) après le suivi d'un an. Onze des patients ont été violents. Les auteurs ne retrouvent aucune différence dans les scores d'insight entre les patients violents et non violents[366].

Dans une étude prospective de suivi de 29 patients hospitalisés et présentant des troubles mentaux graves, Waldheter et al ont évalué les capacités d'insight avec l'*Insight Scale* (IS). Les actes de violence sont relevés à partir de la *Modified Aggression Scale* (MOAS) (agressions verbales, physiques contre les objets ou contre soi et contre autrui). Dans cette étude, l'insight n'est pas associé à la violence future chez les individus souffrant d'un trouble mental

grave, mais il n'y a pas de résultats spécifiques pour les sujets présentant une schizophrénie [367].

Dans une autre étude, Arango et al ont suivi pendant un an 46 patients souffrant de schizophrénie et ayant déjà été violents. Les auteurs n'ont pas retrouvé de différence d'insight (mesuré par la SUMD au début de l'étude) entre les patients ayant réitéré des actes de violence et ceux n'ayant pas récidivé (violence avec lésions physiques à la MOAS) [368].

Enfin, Lincoln et al ont suivi en ambulatoire, pendant deux ans après leur sortie de l'hôpital, 209 sujets souffrant de schizophrénie dont 27 ont commis un acte violent (violence physique contre autrui, violence avec menace d'une arme ou violence sexuelle) ; la violence étant rapportée par le patient lui-même ou par un proche [369].

L'insight était quant à lui évalué par la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) et l'*Historical, Clinical, Risk Management-20* (HCR-20). Ces auteurs n'ont pas retrouvé de lien entre le niveau d'insight et la survenue de comportements violents après contrôle des variables de psychopathie (scorées à la *Hare's Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R)) et d'intensité de la symptomatologie psychotique positive (PANSS) [369].

Concernant les études rétrospectives, il existe également des différences dans les méthodes de mesure de l'insight et de la violence.

Cheung et al ont comparé 31 patients schizophrènes ayant commis des actes de violence physique à des patients schizophrènes n'ayant jamais été violents. Ils n'ont pas retrouvé d'association significative entre l'insight et la violence [336].

De même, dans une étude rétrospective sur la violence physique chez des patients présentant des troubles mentaux, Swartz et al n'ont pas retrouvé d'association entre la violence et la capacité d'insight [370].

Dans une étude sur 226 schizophrènes ou schizo-affectifs, Buckley et al ont trouvé que les patients schizophrènes qui avaient commis des actes de violences physiques avaient une faible capacité d'insight concernant leur maladie et les complications légales de leur comportement lorsqu'ils étaient comparés à un groupe de patients non violents [371]. Dans une étude sur la violence au cours du premier épisode psychotique, Foley et al ont constaté que le manque d'insight augmentait le risque de violence par trois [372].

En étudiant la prévalence de comportements criminels avec ou sans violence chez 1662 schizophrènes, Soyka et al ont mis en évidence qu'une faible capacité d'insight était associée au risque de comportements criminels [373]. De même, dans une étude sur 60 patients psychotiques hospitalisés dans une unité de psychiatrie légale, Alia-Klein et al ont trouvé qu'une faible capacité d'insight concernant la maladie était associée à la sévérité de passages à l'acte violent envers autrui [374].

Selon Voyer, Jaafari et Senon, la présentation de ces études met en évidence une hétérogénéité des résultats. Le lien entre l'insight et le risque de violence apparaît difficile à établir. L'insight est une capacité du sujet qui varie avec le temps, c'est une variable dynamique. Les études évaluant prospectivement la violence, à distance de celles de l'insight, ne retrouvent aucun lien entre ces deux variables, montrant ainsi une efficacité prédictive de

l'insight plutôt sur la violence à court terme comme dans l'étude d'Arango [365].

De plus, un certain nombre de variables semblent interagir avec l'insight (intensité des symptômes, addiction, trouble de la personnalité antisociale...) dans l'émergence de comportements violents, mais ces variables sont rarement prises en compte dans les études, ce qui peut également modifier les résultats concernant le lien entre insight et risque de violence [375]. Ajoutons que les violences prises en compte dans ces études sont disparates, rendant difficiles les comparaisons. Enfin, aucune étude ne prend en compte l'impact de la prise en charge thérapeutique qui peut modifier les résultats.

Du fait des nombreux biais mis en évidence, il est à l'heure actuelle impossible d'affirmer l'existence d'un lien entre un faible insight et une augmentation du risque de survenue d'actes de violence [375].

g. Trouble de la personnalité :

Le trouble de la personnalité multiplierait le risque de commettre un homicide par dix à 29 chez l'homme [320, 376] et par 10,5 chez la femme [320] par rapport à une population indemne de trouble psychiatrique. Les auteurs qui étudient cette association mentionnent un diagnostic de trouble de la personnalité, majoritairement du *cluster B* du DSM-IV (personnalité antisociale, borderline, hystérique ou narcissique), chez 2,7 à 34% des meurtriers selon les séries [320, 331, 377, 378]. La personnalité antisociale multiplierait respectivement ces risques par 15 chez l'homme et par 75 chez la femme [320].

L'étude de Eronen et al retrouve un tiers de trouble de la personnalité dans une population de 994 meurtriers (n=343 ; 313 hommes et 30 femmes dont 114 personnalités antisociales : 103 hommes et 11 femmes) [320].

Un tiers des 2005 meurtriers de la série de Fazel et al reçoivent un diagnostic principal ou secondaire de trouble de la personnalité. 227 meurtriers (11,3%) ont un diagnostic principal de trouble de la personnalité dont 24 personnalités du *cluster A* du DSM-IV, 71 du *cluster B*, 16 du *cluster C* et 116 personnalités non spécifiées [377].

Une étude de Coid 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% [379].

Dans une étude sur un échantillon de 707 détenus hommes, Vicens avait trouvé que 82% (n=582) avaient des troubles de la personnalité, 67%(n=475) avaient deux ou plus. La prévalence des troubles du *cluster B* était de 44% pour la personnalité *borderline*, 33% pour la personnalité narcissique, 23% pour la personnalité antisociale. Le trouble de personnalité paranoïde était le plus fréquent des troubles du *cluster A* avec une prévalence de 37% (n=263) [380].

• **Personnalité psychopathique :**

Tout semble avoir été dit sur les rapports étroits entre dangerosité et personnalité psychopathique considérée comme altération du caractère et du comportement. Toutes les études montrent une prévalence de la personnalité antisociale beaucoup plus élevée en prison (60%) que dans la population générale (2 à 3%) [381].

De plus, un psychopathe n'a pas accès à la culpabilité ou si peu. Il en est préservé par le mécanisme de la projection psychique qui l'amène à se positionner en tant que victime; position encore exacerbée s'il est exposé à la sanction pénale. Pour autant, contrairement au psychotique, il reste connecté à la réalité. La violence est, chez lui, une véritable modalité d'être au monde et un recours privilégié, voire exclusif, lors de difficultés existentielles [382].

Sa vie est émaillée de décompensations variées et, au-delà de son instabilité, impulsivité, irritabilité et intolérance à la frustration, ce sont plus souvent ces décompensations qui induisent des passages à l'acte [382].

Plus profondément, le psychopathe est un être blessé dès le jeune âge, aux bases narcissiques fragiles. Confronté à des situations existentielles traumatisantes entrant en résonance avec son vécu abandonnique primitif, son narcissisme peut s'effondrer dans l'éclatement psychotique. Son enfance est marquée par des carences affectives. Le père fait défaut à l'identification au moment de l'adolescence. C'est un père inconsistant, absent, rabroué par la mère. Il n'accomplit pas son rôle paternel de porteur de la loi. La mère est volontiers surprotectrice, confortant le vécu de toute société [382].

Pour autant, la violence du psychopathe n'est que rarement incohérente ou déconnectée de la réalité. La violence est chez lui une modalité d'être au monde. Le passage à l'acte se fait dans l'instant, en l'absence de toute préméditation. Il est poussé par un désir de revanche envers la société [382].

La violence contre les biens est fréquente et polymorphe (escroqueries, dégradations diverses,...). La violence contre les personnes est de fréquence et de gravité variables. Elle est favorisée par l'abus de substances psychoactives, alcool et autres, auxquelles le psychopathe a facilement recours. Suite à l'événement, il ne ressent aucune sorte de culpabilité ou de remords [382].

Dans une étude récente, Hodgins, Piatosa et Schiffer concluent à la présence d'une diminution du QI verbal, d'anomalies cognitives structurales et fonctionnelles chez le schizophrène associant une personnalité antisociale [383].

• **Personnalité limite ou *borderline* :**

L'état limite ou *borderline* est un trouble de la personnalité. Il est le diagnostic le plus employé mais aussi le plus polémique.

L'état limite va se forger sur des bases narcissiques fragiles. Aucun symptôme n'est pathognomonique de l'état limite. C'est l'existence d'une symptomatologie multiple, qui reste le premier argument clinique. Mais c'est au niveau de la perturbation relationnelle que se définit le mieux ce type de personnalité. Des antécédents personnels d'abus sexuels sont fréquemment retrouvés. Ils concernent plus de la moitié des adolescents états limites. Dans 70% de ces cas, l'abus est associé à une maltraitance physique. Ces abus sont, dans un tiers des cas environ, le fait du père, avec plus ou moins une négligence de soins de la part de la mère. Une énurésie dans l'enfance est souvent retrouvée [382].

Cette personnalité va toucher l'ensemble de l'être. Au niveau cognitif, on observe des troubles de l'attention et des difficultés de planification des tâches. Sur le plan des affects, l'état limite se caractérise par un vécu de vide ainsi qu'un sentiment d'abandon par autrui ou de rejet. Il décrit une profonde mésestime de lui-même. Il a tendance à interpréter les jugements d'autrui à son égard comme négatifs. Il est volontiers et rapidement en colère, hostile à autrui, ce qu'il va manifester par des décharges clastiques, soudaines et violentes [382].

Son comportement est dominé par l'impulsivité qui en fait toute sa potentielle dangerosité. Deux caractéristiques du comportement des individus *Borderline* fournissent les mécanismes possibles pour une relation à l'apparition de la violence homicide : instabilité de l'humeur et impulsivité [382].

Chez certaines personnes, ces humeurs sont reliées à la haine durable que ces patients éprouvent. Elles font partie d'une image dépressive concomitante. Le point crucial serait le cas où la rage accumulée croiserait une explosion impulsive [382].

Les troubles de conduite sont fréquents et variés, tels que des fugues, des tentatives de suicide à répétition ou des automutilations. Ils correspondent à des exutoires à la tension psychique constante vécue par l'état limite. Il multiplie les conduites à risque, d'autant plus délétères pour lui et pour autrui qu'il s'alcoolise volontiers ou qu'il consomme des substances psychoactives illicites, en l'occurrence du cannabis. Sa relation à l'autre est basée sur une relation anaclitique. L'autre disparaît de sa vue et tout s'écroule. Cela aboutit à une incapacité à tolérer la moindre frustration, départ, ou perte. Ces relations

interpersonnelles varient brusquement entre séparations et réconciliations, attitudes le plus souvent inexpliquées[382].

Les états limites se compliquent fréquemment d'un état dépressif, davantage exprimé par une sensation de vide et de colère que par une tristesse. Lors de périodes de grande décompensation, l'état limite peut présenter un tableau d'allure psychotique avec une appréhension troublée de la réalité[382].

Sur le plan psychopathologique, le clivage domine le psychisme. L'état limite a une vision manichéenne de lui et du monde : il apprécie les choses selon les principes absolus du bien et du mal, sans nuances[53]. Tout est bon d'un côté, tout est mauvais de l'autre. Il va tantôt être le bon objet, tantôt le mauvais. Ces deux parties de lui-même coexistent, il en a conscience, mais l'une ne peut servir à l'autre d'expérience. Il n'y a pas de synthèse harmonieuse. Néanmoins contrairement au psychotique, l'état limite a une perception correcte de la réalité, pouvant faire la distinction réel/imaginaire [382].

h. Dépression:

Traditionnellement, le dépressif aurait une violence engagée essentiellement envers lui-même. Néanmoins, Stapleton constate que, dans le cadre des troubles bipolaires, le risque de crime est plus important au cours des phases dépressives [384].

Gay et Mathis concluent que lors des syndromes dépressifs, le risque d'homicide est plus élevé et que le potentiel criminogène de la dépression serait donc sous-évalué. Celui-ci serait majoré par la présence d'un état de crise existentielle (séparation, épisode passionnel). Rappelons surtout le risque

d'homicide altruiste chez le mélancolique, lequel est plus grand si des éléments délirants apparaissent (de ruine, de damnation, etc.) [385].

En effet, le dépressif perçoit souvent avec une certaine attention alimentée par son sentiment de culpabilité, l'impact de sa souffrance sur ses proches, douloureusement affectés [359]. Il ne faut pas non plus sous-estimer le risque de raptus hétéroagressif induit par une angoisse massive brutale.

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 [386].

Dans l'étude de Swanson et al 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 [294]. Les idées et comportements homicides et suicides paraissent également fortement corrélés [293].

Les mouvements dépressifs et suicidaires semblent s'inscrire parmi les meilleurs prédictors 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 [387].

i. Mésusage de substances:

Les états de déstructuration de la conscience, quelles qu'en soient l'intensité et l'étiologie, bouleversent le rapport du malade à son monde. Toutefois, les violences ne sont généralement pas consécutives à la désinhibition instinctuelle qu'elles induisent. En revanche, le bouleversement du vécu

immédiat avec production d'hallucinations ou d'idées délirantes peut générer un vécu effrayant de risque vital chez le patient qui se défend alors par l'attaque.

Parfois, un ordre hallucinatoire de tuer émerge brutalement et impose une obéissance totale et immédiate. C'est l'angoisse vécue qui est la plus criminogène dans ces troubles à étiologies diverses. Parmi ces dernières, il y a lieu d'évoquer l'abus de substances.

Il est de plus en plus question actuellement de la dangerosité dépendante des toxiques (non alcooliques). Ces dépendances peuvent générer en aigu des comportements violents par altération de la conscience, par état de manque, voire par réactions paradoxales.

Il existe en général un consensus concernant l'association positive des psychoses et violences qui demeure plus importante avec l'adjonction de comorbidités[321, 345]. L'abus d'alcool et la dépendance sont des facteurs de risques de comportements violents, plusieurs études supportent le rôle des abus de substances dans la genèse de violences létales chez les psychotiques.

Il faut souligner également les nombreux rapports d'histoires d'abus de substances chez des individus avec un syndrome de Capgras avec des symptômes délirants et un trouble de l'identité perpétrant des violences sévères notamment l'homicide [339, 388, 389].

L'abus d'alcool et la dépendance augmentent l'incidence des homicides chez les schizophrènes de plus de 17 fois chez les hommes et 80 chez les femmes par rapport à la population [321, 339]. Les consommateurs chroniques de substances présentent plus de symptômes psychotiques [390].

Les patients schizophrènes présentent une prévalence des abus de substances cinq fois plus élevée que dans la population générale. D'ailleurs, chez les jeunes schizophrènes, l'utilisation des substances est en règle une comorbidité importante. L'association du premier épisode psychotique et d'abus de substance est la règle plutôt que l'exception avec une prévalence de 20-35% [301, 391-393].

Le début de l'abus de substances précède le début de la psychose souvent de plusieurs années, par ailleurs l'abus de substances en début de maladie augmente considérablement la sévérité des hallucinations et des idées délirantes ainsi que le risque de violence.

Rappelons également le problème de la pharmacopsychose ou plus globalement des remaniements psychotiques de la personnalité du toxicomane qui peuvent induire des comportements violents par des mécanismes purement psychotiques. C'est la nature du lien entre la consommation de psychotropes et les diverses formes de délinquance qui pose problème.

Les travaux du criminologue américain Goldstein ont servi de base à la distinction de divers types de relations entre substances psychoactives et délinquance :

- Lien psychopharmacologique: la consommation du produit, vécue comme une mise à l'épreuve du corps, engendrerait par elle-même des comportements violents.
- Lien économique compulsif : la dépendance ou le simple besoin ponctuel de se procurer le produit psychoactif conduirait l'utilisateur à commettre des actes délinquants.

- Lien systémique: la délinquance ferait partie intégrante du style de vie de la plupart des usagers de substances psychoactives, en prenant comme exemple les violences entre dealers de drogues.

Tableau V. Relation entre consommation de substance et violence [394].

Table 1. Goldstein et al.'s Tripartite Framework for Pathways by Which Controlled Substances May Influence Perpetration of Violence Toward Others	
Pathways by Which Controlled Substances May Influence Violence	Definition
Pathway 1 (psychopharmacological)	Physical and psychological effects of controlled substances on violence
Pathway 2 (economic compulsive)	Violence as the means for financing illicit drug use (e.g., assault in the course of robbery)
Pathway 3 (systemic)	Violence arising from disputes within illegal drug markets

• Un lien auto-induit: la société et ses lois créent artificiellement une délinquance en faisant poursuivre, par exemple, pour usage simple de stupéfiants un consommateur, indépendamment de la commission de tout acte répréhensible sur des personnes ou des biens [395].

Nous décrirons dans cette partie, le lien psychopharmacologique entre violence et consommation de substances. Les observations sur l'agressivité chez l'animal sont ici d'un intérêt limité, car elles ne rendent pas compte des déterminants des comportements violents chez l'homme [396]. Les études portant sur des usagers consommant de petites doses, à court terme, ne sont guère représentatives [396].

La majorité des délinquants/toxicomanes affirment que la participation des toxiques à leur délinquance reste négligeable.

La relation entre intoxication et crime est des plus complexe donnant lieu à la possibilité de défense contre certaines accusations [397]. Dans la majeure partie des cas, le sujet est jugé responsable de son crime en état d'intoxication [397].

Le modèle de la délinquance psychopharmacologique ne s'est révélé pertinent que pour établir une relation entre la consommation d'alcool et la violence, notamment intra-familiale [307].

Nielssen et al incriminent un certain nombre de substances impliquées dans l'homicide chez le psychotique par ordre de fréquence : cannabis (59%), amphétamines (26%) et alcool (23%). Certaines substances entraînent des manifestations psychiatriques favorisant des comportements criminels ou violents [398].

Les manifestations psychiatriques liées à l'usage de substances psychoactives et susceptibles d'engendrer des comportements délinquants sont essentiellement de trois types: psychodysléptique, psychotomimétique, et désinhibiteur.

- **Action psychodysléptique:**

Ce type d'action peut se manifester avec de nombreux psychotropes utilisés en grandes quantités ou en association. Elle est toutefois particulièrement fréquente lors de l'usage d'hallucinogènes (LSD, phéncyclidine, champignons), de psychostimulants (amphétamines ou cocaïne), mais aussi, plus banalement,

lorsque l'alcool et le cannabis sont associés ou lors de la consommation d'une forte quantité de tétrahydrocannabinol (THC).

- **Action psychotomimétique :**

Les psychostimulants (amphétamines, phényléthylamines dont l'ecstasy et ses analogues, cocaïne sous forme de crack, phéncyclidine) mais aussi les barbituriques d'action rapide (sécobarbital) peuvent être à l'origine d'actes violents survenant dans le cadre d'épisodes de persécution.

On note également des actes violents survenant lors des phases de manque chez des sujets alcoolodépendants ou chez des héroïnomanes.

- **Cocaïne et crack**

La consommation de cocaïne induit des troubles de l'humeur, des réactions psychotiques d'allure paranoïaque et de la violence. Celle-ci étant plus fréquente lorsque la drogue est consommée par inhalation (crack) que lorsqu'elle est sniffée [399, 400].

Si la cocaïne est un puissant psychostimulant lorsqu'elle est utilisée de façon ponctuelle, un recours prolongé à de fortes quantités de drogue se traduit par une diminution des performances intellectuelles résultant de la dépendance et des effets du sevrage [396].

Par ailleurs, il semble, au vu de travaux encore épars, qu'une exposition in utero à la cocaïne soit corrélée à divers types de délinquance et de violence à l'adolescence [401].

▪ **Amphétamines**

Hautement addictive, cette drogue donne lieu à une violence acquisitive. Les symptômes de manque (anxiété, dépression, vécu paranoïde ou paranoïaque, *craving* intense) sont éprouvants. L'usage chronique induit des troubles du sommeil, des troubles d'allure psychotique et des actes de violence auto ou hétéro-agressive [402].

▪ **Phényléthylamines :**

La méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA ou ecstasy), administrée en aigu, induit une vidange des neurones sérotoninergiques et, de plus, inhibe l'action de la tryptophane hydroxylase. L'abaissement des taux de sérotonine peut persister plusieurs jours après usage de la drogue. Or, la sérotonine est impliquée dans la modulation des impulsions et dans la régulation de l'humeur et de l'agressivité [403].

Si l'usage de MDMA a un effet empathogène à court terme, il induit, à distance de quatre jours de la consommation de la drogue, des réactions d'auto et d'hétéro-agression corrélées à son impact négatif sur la transmission sérotoninergique [403].

▪ **Phéncyclidine (PCP) :**

Cet anesthésique général de type dissociatif exerce à forte dose une action hallucinogène doublée d'une psychose toxique. Il est susceptible d'induire des réactions d'extrême hostilité et de violence impulsive avec passage à l'acte de type auto ou hétéro-agressif. L'action criminogène de cette drogue est particulièrement dépendante de l'existence éventuelle de troubles du comportement ou de la personnalité chez l'usager [404].

À contrario dans une autre étude aucune relation entre PCP et violence n'a été retrouvée. Ce qui laisse un point d'interrogation sur la question [394, 402].

▪ **Anabolisants stéroïdiens:**

L'usage prolongé d'anabolisants stéroïdiens a été décrit comme pouvant être à l'origine d'une perte des inhibitions et de troubles du jugement, notamment lors de phases d'excitation maniaque ou d'accès d'allure paranoïaque. La délinquance acquisitive n'est pas rare chez les consommateurs d'anabolisants stéroïdiens [405].

• **Action désinhibitrice:**

Cet effet est décrit chez l'utilisateur d'alcool, de cannabis, ainsi que chez les usagers de benzodiazépines et apparentés. Il existe une relation statistique entre usage d'alcool ou de cannabis et violence. les résultats de nombreuses études sont de nature corrélationnelle [394].

▪ **Alcool:**

La consommation d'alcool est classiquement reconnue comme inductrice de violence[406]. Cette croyance est soutenue par une corrélation positive entre les deux faits abusivement confondue avec un lien de causalité [307, 400]. Effectivement, l'alcool peut favoriser l'expression de la violence chez certains individus même à des doses [406].

La population observée est souvent construite par le système pénal et il s'avère difficile de mener des enquêtes en situation réelle. De ce fait, tous les actes délinquants ne sont pas repérés ou poursuivis.

La participation de l'alcool aux crimes sexuels est attestée par de nombreuses études avec des fourchettes très variables et toujours larges; ainsi à titre d'exemple: entre 13% et 63% des violeurs et entre 48% et 90% des auteurs d'agressions sexuelles de toute nature seraient sous l'influence de cette substance. Pour autant, cette co-occurrence ne prouve pas que ce soit l'alcool seul qui soit à l'origine de l'agression [407, 408]. Les victimes sont souvent également, alcoolisées, ce qui les rend moins vigilantes ou moins aptes à se défendre face à des actes délictueux ou criminels [400].

L'abus d'alcool est volontiers et à juste titre associé à la notion de dangerosité. L'alcoolisme remplit encore les prisons et pas tant du fait de ses complications psychiatriques par usage prolongé [307].

Ce sont les états d'ivresse qui génèrent encore le plus d'agressions. L'ivresse simple, banale, avec sa dissolution partielle de la conscience, peut provoquer un état d'excitation pseudomaniaque avec euphorie et levée des inhibitions. Les accès de colère traduisent la perte d'autocontrôle sur les forces pulsionnelles. Les actes de violence semblent toutefois garder au cours de l'ivresse non compliquée un minimum de cohérence avec la réalité, comme s'ils n'étaient que la caricature de la personnalité du sujet. L'association d'une dépendance sévère à l'alcool et d'une personnalité antisociale augmente nettement le risque d'homicide [320].

▪ **Cannabis:**

L'usage du cannabis, très banal, ne laisse pas d'interroger sur ses liens avec la délinquance et le passage à l'acte [409]. Cette drogue modifie le comportement et la cognition. Elle diminue la vigilance et perturbe les fonctions

sensorielles [396, 410], d'où la vigilance des autorités quant à sa participation aux infractions routières [411].

De plus, sa consommation, si elle inhibe les comportements agressifs à faible dose, peut se révéler, lors d'un usage prolongé et/ou à fortes doses, à l'origine de comportements violents [400]. Enfin, les effets du sevrage après une utilisation prolongée de la drogue (anxiété, troubles du sommeil, agressivité) influent sur les comportements du sujet [396].

▪ **Benzodiazépines et apparentés:**

Les benzodiazépines (BZD) et leurs apparentés (zopiclone, zolpidem, carbamates) comptent parmi les molécules les plus fréquemment prescrites mais aussi auto-administrées. Le rôle des BZD est fréquemment évoqué surtout dans les passages à l'acte violents ou dans les pratiques de «soumission chimique».

Parmi ces médicaments, le flunitrazépam (*Rohypnol*) retient l'attention du criminologue. Cet hypnotique manifeste des propriétés désinhibitrices et amnésiantes puissantes. Le tableau de l'intoxication a été décrit il y a une trentaine d'années, époque où des usagers de ce médicament ont été impliqués dans des affaires criminelles. Les BZD hypnotiques d'action rapide et de demi-vie courte sont particulièrement à risque, tout comme certains mélanges (extraits thyroïdiens, anorexigènes et BZD). L'association méprobamate-alcool a également été décrite comme puissamment désinhibitrice [412].

La faible potentialisation (alcool, stupéfiants, psychotropes divers) peut entraîner une vive réaction. Pour autant, le passage à l'acte criminel sous l'emprise de l'alcool seul reste plus courant [413]. Certains usagers ont sciemment recours à la prise de BZD avant de commettre des délits.

L'«autosoumission» leur permet de se livrer à des actes qu'ils ne pourraient avoir la volonté de commettre en toute lucidité [414].

Effectivement, les BZD sont connues comme susceptibles d'induire un état de semi-inconscience associant obnubilation, syndrome confuso-onirique, euphorie, irritabilité, ébriété, sensation d'invincibilité, levée des inhibitions avec agressivité, manifestations d'allure paranoïaque, passages à l'acte suivis d'une phase d'endormissement avec amnésie antérograde complète ou presque.

Ces produits donnent une forte tolérance. Ces réactions paradoxales, avec notamment l'existence de *rage access*, ont été identiques à ceux jadis observés avec les barbituriques. Elles concernent entre 0,3% et 0,7% des usagers [413], voire jusqu'à 6% avec le flunitrazépam [415]. Des profils comportementaux, diagnostiques ou syndromiques bien repérés sont associés aux effets paradoxaux:

- Mauvais contrôle pulsionnel habituel avec faible tolérance à la frustration et niveau d'hostilité élevé.
- Existence d'antécédents de comportements agressifs ou violents.
- fragilité psychologique susceptible de se manifester sous forme d'états dépressifs ou de troubles de la personnalité (personnalité limite, psychopathie).

L'élément prédictif le plus constamment retrouvé est un mauvais contrôle pulsionnel associé à un niveau d'hostilité élevé.

j. Déficiences intellectuelles:

Les retards mentaux sont rarement pourvoyeurs d'agressions répétées. L'insuffisance intellectuelle empêche d'échapper longtemps aux recherches policières.

D'une façon trop simpliste, il est souvent dit que l'importance de la dangerosité est corrélée avec le degré de déficit intellectuel. Il est vrai qu'alors, l'absence de précautions et la maladresse dans l'exécution de l'acte orientent facilement vers une origine psychopathologique.

Le retard mental correspond à une déficience intellectuelle. Selon le quotient intellectuel (QI), on retient : un retard léger ($50 < \text{QI} < 69$), un retard moyen ($35 < \text{QI} < 49$), un retard grave ($20 < \text{QI} < 34$) et un retard profond ($\text{QI} < 20$).

La déficience intellectuelle agit indirectement par une altération de l'affectivité. Le sujet ne peut mentaliser correctement ce qu'il ressent, il ne peut trouver la bonne distance par rapport aux personnes et aux situations. Il est fortement influençable. Le retard mental se caractérise par une insuffisance d'intégration des valeurs morales, une désinhibition instinctive, une immaturité affective, une intolérance aux frustrations, une irritabilité, une suggestibilité, un sentiment d'infériorité et un besoin d'affirmation de soi [39, 40].

Davantage que le déficit intellectuel qui altère le discernement, les perturbations affectives sont au premier plan des troubles du comportement. Il existe parfois des comorbidités qui aggravent le tableau : un délire, une personnalité antisociale avec impulsivité, une perversité ou une psychose infantile. Ces débilités entrent dans la catégorie des déficiences mentales dysharmoniques. Le risque de passage à l'acte médico-légal est augmenté [39].

De façon assez schématique, chez le déficient profond, une insuffisance de bagage intellectuel l'empêche de commettre des agressions élaborées. Il est volontiers en proie à des décharges de fureur aveugle [40]. Chez le déficient moyen, on observe un manque de contrôle, de jugement et de nuances dans ses relations affectives. Il peut réussir néanmoins à construire et à préméditer un acte violent un tant soit peu structuré [40].

Chez le déficient léger, un sentiment de dévalorisation va colorer ses faits. Il est fragile sur le plan émotionnel et ne réussit pas convenablement à différer ses réactions. Il est souvent incapable de médiatiser correctement ses affects par la parole. Il recherche des satisfactions immédiates. Il devient caractériel au point d'en être agressif [40].

De façon plus générale, le déficient intellectuel agit souvent manipulé par un tiers. L'alcoolisation et/ou l'appartenance à une bande de délinquants favorisent le passage à l'acte. Parmi les violences contre les biens, on retrouve les incendies. Les violences contre les personnes sont variées : meurtres, viols, coups et blessures. Le déficient intellectuel agit dans l'immédiateté. Il ne peut prévoir la conséquence de ses actes à long terme [39].

Concernant le QI et le risque de passage à l'acte violent, les études tendent à montrer que si la débilité légère semble surreprésentée dans la population des délinquants, elle ne l'est pas de façon incontestable. En effet, plusieurs études ont retrouvé chez les patients schizophrènes auteurs de violences sévères comme des homicides, des scores aux tests neuropsychologiques plus élevés que chez les autres patients et significativement plus élevés sur les tests de l'intelligence.

Nestor a mis en évidence que les patients psychotiques ayant commis des violences graves ont des capacités intellectuelles préservées et que cela leur permet de commettre des actes plus organisés en lien avec leur délire [416].

À partir d'une revue de la littérature, Naudts et Hodgins ont retrouvé que les patients schizophrènes présentant des comportements de violence ou antisociaux depuis l'enfance, comparativement aux patients schizophrènes n'ayant pas ces antécédents, réussissent mieux aux tests neuropsychologiques en ce qui concerne les fonctions exécutives spécifiques et moins bien à l'évaluation des fonctions orbito-frontales (fonctions qui interviennent dans l'inhibition des impulsions)[417].

Cela contraste avec les actes désorganisés et souvent sans facteurs déclenchants qui sont eux, souvent associés à des lésions ou troubles neurologiques. L'instabilité, l'irritabilité et l'émotivité qui peuvent être retrouvées dans les déficits dysharmoniques sont sources de violence.

Hodgins avait retrouvé auparavant que le risque de violence augmente chez les patients présentant une intelligence limitée ou un retard mental moyen. Il a rapporté que l'handicap intellectuel chez les hommes multipliait par cinq le risque de commettre une infraction violente et que cet handicap chez les femmes multipliait ce risque par 25 [310].

k. Anomalies cérébrales:

Volavka décrit des patients qui continuent de présenter des comportements agressifs à l'hôpital malgré un traitement neuroleptique qui semble adapté. Il existe des unités spécifiques pour ces patients permettant une amélioration de ces comportements. Néanmoins, environ 50% d'entre eux resteraient violents en

raison de troubles neurologiques. En effet, des troubles neurologiques similaires ont été mis en évidence chez d'autres individus violents non schizophrènes, comme des auteurs d'homicide [418].

La littérature implique les dysfonctions des lobes frontaux et temporaux dans la genèse de comportements violents. Les patients violents schizophrènes montrant un ralentissement frontal à l'EEG [419]. Cela se retrouve chez des patients présentant une psychose chronique de type indifférencié, associée à des signes neurologiques ou neuropsychologiques [419].

Ce groupe de patients réagit le plus souvent à une situation frustrante de la vie quotidienne. Leur violence est non planifiée. Elle est le plus souvent verbale et dirigée vers des objets. Lorsqu'elle est physique, elle occasionne rarement des blessures sérieuses. La récurrence est importante, leur violence étant notablement fréquente et persistante. Ce sous-groupe est particulièrement difficile à traiter, répond moins bien à la médication antipsychotique et requiert des séjours hospitaliers plus longs [419].

Krakowski et al ont étudié 55 patients schizophrènes hospitalisés dans une unité spéciale en raison de comportements violents [420]. Parmi ces 55 malades, 28 ont commis au moins deux agressions verbales ou physiques contre autrui ou contre des objets et constituent le groupe à « forte violence » ; 27 ont commis une agression et constituent le groupe à « faible violence ». Ces patients ont été comparés à des patients hospitalisés non violents. La présence d'anomalies neurologiques est le facteur qui différencie le plus les trois groupes de patients. Le groupe à « forte violence » présentait le plus de dysfonctions neurologiques, principalement des difficultés dans la stéréognosie, la graphesthésie, et les

mouvements associés à la marche ainsi que des difficultés dans le fonctionnement visuo-spatial [420].

Par contre, il n'existe pas de différences dans le domaine de l'attention et de la concentration entre les groupes. Ces derniers diffèrent donc principalement dans les aires de l'intégration des fonctions sensorielles et de la coordination complexe de l'activité motrice. Les séquences complexes d'actes moteurs sont très fréquemment anormales. D'autres anomalies comme l'asymétrie des réflexes et l'asymétrie faciale sont retrouvées [420].

Ces auteurs suggèrent que la violence aussi bien que les déficits neurologiques caractérisent des formes plus sévères de schizophrénie [420]. Ils relèvent que les anomalies neurologiques sont associées aux comportements de violence, mais également à la persistance de ce type de comportement. Ils pensent que ces dysfonctions neurologiques peuvent être associées à une diminution de la capacité à modifier son comportement ou à une réduction de la capacité d'auto-contrôle [420].

Ces dysfonctions pourraient également modifier indirectement les comportements violents en affectant la réponse au traitement, en réduisant, par exemple, l'impact de la médication par antipsychotiques. Mais la relation entre les symptômes neurologiques et la violence est peut-être plus spécifique. Dans le groupe présentant des comportements de violence persistants, les anomalies neurologiques sont associées à une hostilité et une suspicion persistante, mais non à l'excitation et aux troubles de la pensée [420].

Les anomalies neurologiques peuvent sous-tendre certains troubles cognitifs comme les difficultés dans les processus de communication

interpersonnelle. Ces difficultés peuvent contribuer à la suspicion et à l'hostilité et éventuellement conduire à un comportement violent[420].

Dans une étude sur des patients schizophrènes hospitalisés dans une structure de psychiatrie légale, Joyal et al ont relevé que ceux présentant des anomalies neurologiques associées avaient commis au moins six actes violents chacun (au sein de l'hôpital) durant la période de suivi de six mois. Ils étaient à l'origine de 52% des actes violents (n=197) alors qu'ils ne représentaient que 26% du groupe étudié (28/106). La majorité des agressions étaient verbales (n=138) et 13% consistaient en des actes de violence physique sur autrui [421].

Pour ces auteurs, la violence en institution est plus souvent secondaire à une impulsivité motrice qu'à des symptômes psychotiques. Les violences répétées, à l'hôpital, d'individus présentant une schizophrénie sont très souvent en lien avec des anomalies neurologiques [421].

I. Accès aux soins:

Plusieurs études ont tentés de répondre à la problématique de l'accès aux soins et sa relation avec l'homicide.

Shaw et al. retrouvent prévalence vie entière de 18% de contact avec les soins psychiatriques [331]. Mc Grath objective un temps moyen entre l'homicide et le dernier contact avec les structures de soins à 14,8 semaines[315].

Quand on considère uniquement les personnes souffrant de schizophrénie la proportion est nettement plus importante. Meehan et al retrouvent chez 72% des meurtriers schizophrènes, un contact avec les soins psychiatriques au moins une fois dans leur vie et 51% dans l'année précédent l'évènement [422].

Nielssen et al. retrouvent un contact avec les soins psychiatriques dans les deux semaines avant le passage à l'acte meurtrier dans 45% des cas [301].

Dans une étude des facteurs associés à l'homicide six mois après la sortie de patients schizophrènes, Fazel et al concluent qu'une mauvaise rémission, le manque d'adhésion au traitement, l'abus d'alcool ou de drogues étaient corrélés à une augmentation du risque [423].

m. Hospitalisation forcée :

Mc Grath retrouve que 60% des auteurs d'homicides psychotiques sont soumis à une hospitalisation forcée, dont 24% dans une unité pour malades difficiles. 68% de ses derniers n'adhèrent ni aux traitements ni à leur hospitalisation [315].

n. Suicide :

Dans une étude sur un échantillon de 180 détenus d'âge inférieur à 45 ans à Alberta (USA), Bland et al soulignèrent une prévalence de 22,8% de tentatives de suicide aussi importante [424]. West cité par Vielma et al, souligna que 30% des homicides en Angleterre sont suivis de suicide [309].

Dans une autre étude Russo et al sur une population de 125 criminels malades mentaux ayant commis un homicide, 86,67 % affirment avoir tenter de se suicider au cours de leur vie [316].

Dans une étude réalisée par Mc Grath sur 107 homicides commis par 98 individus, 51% disent avoir commis des actes d'autoagressivité : automutilation, ou tentative de suicide [315].

Asnis et al ont conforté la corrélation entre l'homicide et le suicide. En effet, 91% des patients ayant fait des tentatives d'homicides avaient tentés un suicide, et 86 % des patients ayant eu des idées d'homicides avaient des idées suicidaires [293].

2. Facteurs contextuels :

a. Lieu de vie:

Dans une étude faite par Russo sur 125 malades mentaux auteurs d'homicides, 58,67% vivaient dans un milieu rural, tandis que 41,33% vivaient en ville [316]. Ce fait constituerait un risque élevé d'être, avant tout, victime de violences criminelles ou sexuelles sévères chez le sujet schizophrène [425-427]. Pour ce qui est du patient paranoïaque aucune donnée actuelle n'est disponible.

Dans une autre étude, McGrath estime avoir trouvé des données quand au domicile de l'auteur. Sur 98 auteurs d'homicide, 75% vivaient dans une maison, 13% dans un abris social, 8% étaient à l'hôpital et 2% étaient sans abris [315].

b. Affectivité :

L'enfance du schizophrène a été émaillée de carences socio-affectives (décès d'un parent, placement en foyer, séparation parentale) [261]. À contrario pour les paranoïaques, leur enfance a été marquée par des pertes (décès d'un ou des deux parents) [261]. À l'âge adulte, les séparations et les divorces ainsi que l'isolement social et affectif, jouent un rôle intéressant dans la genèse de l'homicide [428].

c. Profession:

Le patient schizophrène a souvent un faible niveau d'éducation. Il est majoritairement sans emploi [261, 305]. Le paranoïaque est sans emploi dans 54% des cas au moment des faits [261].

IV. CONCLUSION :

À partir de l'étude suscitée, on a pu conclure que sur le plan clinique les délires et hallucinations sont les signes les plus associés avec l'homicide. Les délires de persécution, les commandes hallucinatoires et les hallucinations auditives sont les plus incriminés. Les répercussions émotionnelles de la symptomatologie ont également été incriminées en particulier la colère, la tristesse et l'anxiété. Le syndrome d'influence est fortement corrélé à l'homicide, ce risque augmente en cas de symptômes psychotiques surajoutés. Aucun lien n'a été trouvé entre la dissociation et l'homicide. Néanmoins, la dissociation est sous-évaluée au niveau de la population psychotique. Les études sur l'insight sont variées, certains auteurs associent un faible insight à un risque élevé d'homicide.

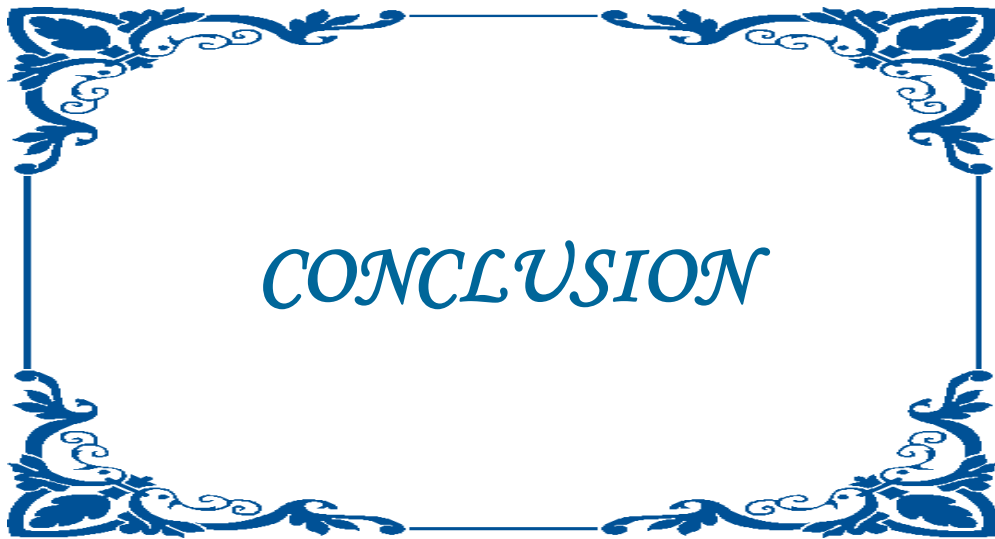
Les troubles de personnalité antisociale et borderline sont fortement associés à l'homicide chez le patient psychotique. La dépression est un facteur surajouté qui peut s'associer à la psychose et augmenter le risque de passage à l'acte.

Concernant les comorbidités addictives, le rôle de l'alcool et de la dépendance aux substances est démontré comme favorisant le passage à l'acte homicide chez le psychotique.

Le déficit intellectuel n'est pas corrélé à l'homicide, tandis que les anomalies neurologiques sont corrélées à un risque plus accentué de violences et d'homicides. L'absence de soins, l'hospitalisation forcée et les tentatives de suicide sont prépondérantes chez les meurtriers psychotiques.

Chez notre patient, l'homicide a eu lieu durant une période féconde de délire et de syndrome d'influence.

Les répercussions émotionnelles étaient à type d'anxiété. Le patient n'a pas de trouble de la personnalité associé, par contre la période de l'homicide a coïncidé avec une consommation d'alcool et de substances (cannabis et benzodiazépines). Le patient n'a pas de déficit intellectuel ni d'anomalies cérébrales associés. L'insight n'a pas été évalué chez notre patient. Les tentatives de suicide étaient inexistantes avant l'acte. Le patient n'a pas cherché à contacter les services de psychiatrie.



CONCLUSION

Quelques soient les controverses de la définition de la psychose, le psychotique est avant tout une personne qui souffre. Ce point souligne une des difficultés en matière de criminalité chez les malades mentaux : doit-on soigner ou punir? S'ajoute à cette interrogation celle de la récidive, qui effraie la société qui pointe la potentielle dangerosité du malade mental et qui pousse le législateur à durcir le système pénal après chaque affaire fortement médiatisée.

La question de la criminalité des malades mentaux est un défi à double niveau. En étudiant les caractéristiques de l'homicide chez le psychotique, il a fallu comprendre l'illogique, l'insensé et lui donner un sens. Dans un second temps, il s'agit de revoir les idées reçues concernant la criminalité des malades mentaux. Tous les criminels ne sont pas atteints de maladie mentale et tous les malades mentaux ne passent pas forcément à l'acte.

Parmi les affections mentales potentiellement criminogènes les psychoses sont les plus concernées, ce qui peut se comprendre dans la mesure où il s'agit d'un état traduisant un bouleversement radical des rapports du sujet avec la réalité et avec lui-même.

Le débat reste ouvert tant il est incompréhensible qu'une personne puisse décider de tuer ou d'agresser un autre être humain. Les chercheurs ont peu à peu abandonné l'assimilation de la criminalité à la maladie mentale. L'une des raisons tient en la variabilité des comportements criminels.

Reconnaître le risque de violence chez le malade mental est fondamental. Toutefois, la compréhension que l'on doit en avoir est celle d'un sujet dont les repères sont modifiés du fait de la maladie. Cette modification n'est pas le fait d'une personnalité à part, dite criminelle, ou d'une tare anthropologique.

Le passage à l'acte ne peut se comprendre que dans un ensemble où l'on retrouve un agresseur, une victime et une situation donnée. L'agresseur est un être à part entière au moment du passage à l'acte.

Notre travail a bien montré l'intérêt de la recherche du risque d'homicide chez la population des malades psychotiques.

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, l'hétéro-agressivité de façon générale ou les actes d'homicide de façon spécifique, sont dus à des maladies mentales. Ils sont essentiellement commis par les sujets psychotiques, spécialement les schizophrènes. D'où la nécessité d'une meilleure prise en charge psychiatrique et psychosociale de ces malades.

L'usage de certaines échelles d'évaluation du risque de violence s'avère important en matière de pratique clinique quotidienne.

La symptomatologie clinique joue un rôle important dans le risque de dangerosité des malades mentaux au sein de la communauté. Ainsi, la schizophrénie semble être le diagnostique majorant le plus le risque de passage à l'acte violent. La dangerosité de ces patients est augmentée en cas de délire de persécution, de syndrome d'influence, de manque d'insight, d'un trouble de la personnalité antisociale, d'abus d'alcool ou de drogues. La non-observance des traitements et une mauvaise adhésion aux soins sont également associées à une augmentation du risque d'homicide.

La prise en charge thérapeutique des patients homicidaires ou à risque de violence est essentielle afin de prévenir cette dangerosité. Ceci supposera un certain effort de la part du ministère de santé dans le recrutement et la formation

de nouveaux psychiatres, ainsi que l'élargissement de la couverture des structures psychiatriques.

Enfin, un accompagnement psychosocial visant à trouver au patient un logement dans un quartier calme et à l'aider à retrouver un emploi ou une activité afin de renouer des liens sociaux, fait également parti de la prévention de l'homicide. Ceci s'inscrira dans les mesures de réinsertions sociales au niveau national.

Si de telles mesures étaient mises en place, un certain nombre d'actes violents ou criminels commis par des malades mentaux pourraient-être évités.

Dans une ère où les théories gouvernent encore le monde psychiatrique, une certaine orientation vers une psychiatrie basée sur des preuves est nécessaire.



RÉSUMÉS

RÉSUMÉ

Titre : Approche clinique et psychopathologique de l'homicide chez un psychotique.

Auteur : Ayouche Othman.

Rapporteur : Pr Mehssani Jamal.

Mots clés : Homicide, psychose, psychopathologie, schizophrénie, paranoïa.

L'homicide commis par une personne atteinte de psychose est un événement rare. Cette thèse porte sur les caractéristiques de ces auteurs d'homicide à travers une approche clinique et psychopathologique. Nous avons envisagé en première partie de traiter d'une revue de littérature sur le concept de psychose et sa place dans les classifications actuelles, l'homicide et ses classifications, ses modèles théoriques : biologique, psychologique et sociologique, ainsi que la typologie et l'approche psychodynamique de l'homicide chez le psychotique.

Notre étude consiste en une étude descriptive réalisée au service de psychiatrie de l'Hôpital Militaire d'instruction Mohamed V de Rabat, comparant les caractéristiques cliniques et criminologiques d'un patient schizophrène auteur d'homicide à la littérature actuelle sur l'homicide.

Nous avons conclu qu'en comparaison avec les patients ayant commis un homicide dans la littérature, ce patient présente comme particularités l'absence de contact avec les services judiciaires et psychiatriques et l'absence d'antécédents de violence ou de tentatives de suicide. Sur le plan clinique, le patient avait présenté un syndrome délirant avec syndromes d'influence et dissociatif. Il rejoint les critères de l'homicide psychotique délirant selon la classification de Benzeval.

Nous avons entamé ensuite une comparaison avec le tueur paranoïaque. Nous avons conclu que les deux types de tueurs partagent certains points communs : sur le plan criminologique : la relation à la victime (entourage), le mobile (délire) et la scène (agression brutale et brève, au domicile de la victime) ; sur le plan clinique (absence d'antécédents délictuels, délire, angoisse).

ABSTRACT

Title: Psychopathological and clinical approach of Homicide among a psychotic.

Author: Ayouche Othman.

Thesis supervisor: Pr Mehssani Jamal

Keywords : Homicide, psychosis, psychopathology, schizophrenia, paranoia.

The homicide committed by a person with psychosis is a rare event. This thesis focuses on the characteristics of those homicides through a clinical and a psychopathological approach. We began with a review on the concept of psychosis and its place in the current classifications, homicide and its classifications, as well as its theoretical models: biological, psychological and sociological. The typological and psychodynamical approach to psychotic homicide was discussed too.

Our descriptive study was led in the psychiatric service of Mohamed V Hospital in Rabat, comparing clinical and criminological characteristics of a schizophrenic patient, author of homicide, to the current literature on homicide.

We compared our case with patients who committed homicide in past studies and we came to the following conclusions. Our patient had some particularities: a lack of contact with judicial and psychiatric services and no history of violence or suicide attempts. Clinically, the patient had a delusional syndrome with delusions of influence and a dissociative disorder. The patient joins the criteria of delusional psychotic homicide as classified by Benezech.

We came upon some commonalities with the paranoid killer. Criminologically: Perpetrator-victim relationship (known to the perpetrator), mobile (delusions), crime scene (brief and brutal aggressions, the victim's home); clinical symptomatology (no history of delinquency, delirium, anxiety).

ملخص

العنوان: النهج النفسي والسريري للقتل عند الذهاني.

من طرف: عثمان عيوش

الاستاذ المشرف: جمال المحساني

الكلمات الأساسية: القتل، الذهان، امراضية نفسية، فصام وجنون العظمة.

ان القتل المرتكب من قبل شخص مصاب بالذهان هو حدث نادر. ترتكز هذه الأطروحة على خصائص تلك الجرائم من خلال نهج سريري ونفسي. هدفنا في بداية الأطروحة هو مراجعة ما كتب حول مفهوم الذهان ومكانته في التصنيفات الحالية، وكذا القتل وتقسيماته ونماذجه النظرية: البيولوجية، النفسية والاجتماعية، فضلا عن النوعية والنهج الديناميكي النفسي للقتل لدى المصاب بالذهان.

انتقلنا لدراسة وصفية لمريض في قسم الأمراض النفسية بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط، حيث قمنا بمقارنة الخصائص السريرية والاجرامية لمصاب بمرض الفصام مع المستجدات الأدبية الحالية.

تميز هذا المريض بخصوصيات نذكر منها عدم وجود اتصال مع الاجهزة القضائية أو النفسية، عدم وجود تاريخ عنيفا ومحاولات انتحار. سريريا، كان المريض محاطا بوهمية تشمل أوهام النفوذ والاضطراب الفصامي. يدخل هذا المريض في إطار معايير القتل الذهاني الوهمي لتصنيف بينيزيچ.

يشترك القاتل المصاب بجنون العظمة مع نظيره المريض بالفصام في المميزات التالية: على المستوى الإجرامي، في العلاقة مع الضحية (حاشية)، السبب (أوهام)، ومسرح الجريمة (عدوان غاشم ووجيز، منزل الضحية)؛ على مستوى الأعراض السريرية (عدم وجود تاريخ انحرافي، الهذيان والقلق).

*REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES*

- [1] Guze SB. Criminality and psychiatric disorders. 1976.
- [2] Britannica E. Encyclopedia Britannica. INC Yayınları, C. 2000;9.
- [3] Link BG, Cullen FT, Frank J, Wozniak JF. The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. American journal of Sociology. 1987;1461-500.
- [4] Richard-Devantoy S, Chocard A-S, Bourdel M-C, Gohier B, Duflot J-P, Lhuillier J-P, et al. Homicide et maladie mentale grave: quelles sont les différences sociodémographiques, cliniques et criminologiques entre des meurtriers malades mentaux graves et ceux indemnes de troubles psychiatriques? L'Encéphale. 2009;35(4):304-14.
- [5] Gutheil TG. The history of forensic psychiatry. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online. 2005;33(2):259-62.
- [6] Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. Schizophrenia research. 2009;110(1):1-23.
- [7] Gaebel W, Zielasek J. The DSM-V initiative "deconstructing psychosis" in the context of Kraepelin's concept on nosology. European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 2008;258:41-7.

- [8] van der Gaag M, Hoffman T, Remijnen M, Hijman R, de Haan L, van Meijel B, et al. The five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale II: a ten-fold cross-validation of a revised model. *Schizophrenia research*. 2006;85(1):280-7.
- [9] Potuzak M, Ravichandran C, Lewandowski KE, Ongür D, Cohen BM. Categorical vs dimensional classifications of psychotic disorders. *Comprehensive psychiatry*. 2012;53(8):1118-29.
- [10] Häfner H, Maurer K, An der Heiden W. ABC Schizophrenia study: an overview of results since 1996. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013;48(7):1021-31.
- [11] Esquirol E. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal: chez JB Baillière; 1838.
- [12] Griesinger W. Die pathologie und therapie der psychischen krankheiten: für aerzte und studirende: A. Krabbe; 1861.
- [13] Bayle A. Recherches sur l'Arachnitis Chronique Considérée Comme Cause d'Aliénation Mentale. Paris, France: Gabon; 1822.
- [14] Marx OM. Wilhelm Griesinger and the history of psychiatry: a reassessment. *Bulletin of the History of Medicine*. 1972;46(6):519.
- [15] Morel B-A. Traite des degenerescences physiques, intellectuelles et morales de l'espece humaine et des causes qui produisent ces varietes malades par le Docteur BA Morel: chez J.-B. Bailliere; 1857.

- [16] Thomas AB. Evolution of diagnostic criteria in psychoses. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2001;3(4):257-63.
- [17] Thomas AB. Evolution of diagnostic criteria in psychoses. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2001;3(4):257.
- [18] Petronis A, Kennedy JL. Unstable genes-unstable mind? *American Journal of psychiatry*. 1995;152(2):164-72.
- [19] Jaspers K. *Allgemeine psychopathologie*: Springer-Verlag; 2013.
- [20] Jaspers K. *General Psychopathology*. Translated from the German 7th edition by Hoenig J and Hamilton MH. Manchester: Manchester University Press; 1963.
- [21] Schneider K. *Klinische Psychopathologie*.(3. Vermehrte Auflage der Beiträge Zur Psychiatrie Ed.). Stuttgart, Germany: Thieme; 1950.
- [22] Fish FJ, Casey PR, Kelly B. *Fish's clinical psychopathology: signs and symptoms in psychiatry*: RCPsych Publications; 2006.
- [23] Pethő B, Ban TA. DCR Budapest-Nashville in the diagnosis and classification of functional psychosis. *Psychopathology*. 1988.
- [24] Castagnini AC. Wimmer's concept of psychogenic psychosis revisited. *History of psychiatry*. 2010;21(1):54-66.
- [25] Leonhard K. *Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie: 54 Tabellen*: Georg Thieme Verlag; 2003.

- [26] Astrup C. The chronic schizophrenias: Univ.-Forl.; 1979.
- [27] Strömgren E. Psychogenic psychoses. Themes and variations in European psychiatry Wright, Bristol. 1974:97-117.
- [28] Freud S. The problem of anxiety. 1936.
- [29] Kraepelin E, Defendorf AR. Clinical Psychiatry: A Text-book for Students and Physicians: Abstracted and Adapted from the 6th German Edition of Kraepelin's" Lehrbuch Der Psychiatrie": Macmillan; 1904.
- [30] Möbius PJ. Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes: Marhold; 1904.
- [31] Organization WH. Glossary of mental disorders and guide to their classification: for use in conjunction with the International Classification of Diseases, 8th revision: World Health Organization; 1974.
- [32] Organization WH. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines: Geneva: World Health Organization; 1992.
- [33] Nomenclature APACo. Diagnostic and Statistical Manual, Mental Disorders: With Special Supplement on Plans for Revision: American Psychiatric Association; 1965.

- [34] Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:: DSM-5: ManMag; 2003.
- [35] Ban T. From DSM-III to DSM-IV: progress or standstill. Progress in Differentiated Psychopathology Würzburg, Germany: International Wernicke-Kleist-Leonhard Society. 2000.
- [36] Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 1970;126(7):983-7.
- [37] Leistedt S, Coumans N, Pham T-H, Linkowski P, editors. Psychopathologie du tueur en série. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique; 2008: Elsevier.
- [38] Gheorghiev C, Marty F. La dangerosité: un concept psychopathologique? L'Evolution psychiatrique. 2012;77(3):443-50.
- [39] Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois M. Criminologie et psychiatrie. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris). 2002.
- [40] Senninger J. Notion de dangerosité en psychiatrie médico-légale. EMC-Psychiatrie Paris: Elsevier Masson SAS. 2007.
- [41] Pratt J. Dangerosité, risque et technologies du pouvoir. Criminologie. 2001:101-21.

- [42] Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- [43] Freud S. Au-delà du principe de plaisir: Éditions Payot; 2013.
- [44] Freud S. Totem et tabou: Editions Flammarion; 2015.
- [45] Liberman R. L'institutionnalisation de la folie. Que sais-je? 2015;9:8-31.
- [46] Barbier D. La dangerosité. Approche pénale et psychiatrique. Toulouse, Privat; 1991.
- [47] Gravier B. Comment évaluer la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique et quels sont les difficultés et les pièges de cette évaluation. Commission d'audition publique sur l'expertise psychiatre pénale. 2007.
- [48] Ferri E. Les criminels dans l'art et la littérature: F. Alcan; 1902.
- [49] Cusson M. Criminologie actuelle: Presses universitaires de France; 1998.
- [50] Bourgeois M, Bénézech M, editors. Dangerosité criminologique, psychopathologie et co-morbidité psychiatrique. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique; 2001: Elsevier.

- [51] Godfryd M. Archambault JCMormont CDéviances, délits et crimes1998MassonParis128. L'Évolution Psychiatrique. 1999;64(2):435.
- [52] Roure L, Duizabo P. Les comportements violents et dangereux: aspects criminologiques et psychiatriques: (DEPRECIATED); 2003.
- [53] Larousse D. En ligne. consulté le. 2015;21.
- [54] de Montleau F, Clervoy P, Bichra Z, Southwell G. La dangerosité en psychiatrie. Perspectives Psy. 2005;44(3):226-33.
- [55] Kaluszynski M. Le retour de l'homme dangereux. Réflexions sur la notion de dangerosité et ses usages. Champ pénal/Penal field. 2008;5.
- [56] Senninger J-L. Dangerosité: étude historique. Information psychiatrique. 1990;66(7):689-96.
- [57] Senon J-L. Troubles de la personnalité et psychiatrie face au courant d'insécurité de la société: de la nécessité de penser le champ du soin face aux peurs collectives. L'information psychiatrique. 2008;84(3):241-7.
- [58] de Greeff E. Les Indices de l'Etat dangereux. Premier cours international de criminologie Paris: PUF. 1952.

- [59] Loudet O. Le diagnostic de l'état dangereux. Méthodologie. Actes du IIe Congrès international de criminologie, Paris, PUF, VI. 1950:449-62.
- [60] DAVIDOVITCH A. Actes du II e Congrès international de Criminologie. JSTOR; 1952.
- [61] Pouget R, Costeja J. La dangerosité. Rapport de médecine légale au congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris: Masson; 1988.
- [62] Michaud Y, Michaud Y. La violence: Presses universitaires de France; 1973.
- [63] Organisation mondiale de la Santé O. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, OMS Consultable sur: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf Référencé dans le rapport Painful lessons. 2002.
- [64] Millaud F. Comportements violents (Réflexion psychodynamique). Santé mentale au Québec. 1989;14(2):206-9.
- [65] Bergeret J. La violence fondamentale, 1984. Dunod, Paris.
- [66] Lorenz K. On aggression: Psychology Press; 2002.
- [67] Freud S, Freud A. Complete psychological works of Sigmund Freud: Random House; 2001.

- [68] Minkowski E. **Traité de psychopathologie: Presses universitaires de France Paris; 1966.**
- [69] DEMARET A. **L'agressivité chez les animaux et chez l'homme. Cahiers d'Ethologie appliquée. 1987;7(2):1-18.**
- [70] Chaslin P. **Eléments de sémiologie et de clinique mentales: Asselin; 1912.**
- [71] Ey H. **Etudes psychiatriques: Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience: Desclée de Brouwer; 1954.**
- [72] Laplanche J, Pontalis J-B. **Vocabulaire de la psychanalyse: Presses univ. de France; 1968.**
- [73] Freud S. **Pulsions et destins des pulsions: Éditions Payot; 2013.**
- [74] Winnicott DW, Gribinski M, Kalmanovitch J. **La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques: Gallimard; 1989.**
- [75] Lombroso C. **Crime, its causes and remedies: Little, Brown; 1911.**
- [76] Cortes JB, Gatti FM, editors. **Delinquency and crime: A biopsychosocial approach 1972: Seminar press.**
- [77] Bull R, McAlpine S. **Facial appearance and criminality. A Memon, A Vrij, & R Bull (eds), Psychology and law: truthfulness, accuracy and credibility. 1998:59-76.**

- [78] **Wilson JQ, Herrnstein RJ. Crime human nature: The definitive study of the causes of crime: Simon and Schuster; 1998.**
- [79] **Goldberger AS, Manski CF, Herrnstein RJ, Murray C. Review article: The bell curve by Herrnstein and Murray. JSTOR; 1995.**
- [80] **Gottfredson MR, Hirschi T. A general theory of crime: Stanford University Press; 1990.**
- [81] **Lange J. Verbrechen als schicksal. 1929.**
- [82] **Reid ST. Crime and criminology: Dryden Press Hinsdale, Ill.; 1976.**
- [83] **Rowe DC, Rodgers JL. Behavioral genetics, adolescent deviance, and "d": Contributions and issues. 1989.**
- [84] **Mednick SA, Gabrielli WF, Hutchings B. Genetic influences in criminal convictions: Evidence from an adoption cohort. Science. 1984;224(4651):891-4.**
- [85] **Mednick SA, Moffitt TE, Stack SA. The causes of crime: New biological approaches. 1987.**
- [86] **Pollock V, Mednick SA, Gabrielli Jr WF. Crime causation: Biological theories. Encyclopedia of crime and justice. 1983;1:308-15.**
- [87] **Jacobs PA, Brunton M, Melville MM, Brittain RP, McClellmont WF. Aggressive behaviour, mental sub-normality and the XYY male. 1965.**

- [88] Jarvik LF, Klodin V, Matsuyama SS. Human aggression and the extra Y chromosome: Fact or fantasy? *American Psychologist*. 1973;28(8):674.
- [89] Sarbin TR, Miller JE. Demonism revisited: The XYY chromosomal anomaly. *Issues Criminology*. 1970;5:195.
- [90] Bird A. Perceptions of epigenetics. *Nature*. 2007;447(7143):396-8.
- [91] Reik W. Stability and flexibility of epigenetic gene regulation in mammalian development. *Nature*. 2007;447(7143):425-32.
- [92] Tiihonen J, Rautiainen M, Ollila H, Repo-Tiihonen E, Virkkunen M, Palotie A, et al. Genetic background of extreme violent behavior. *Molecular psychiatry*. 2015;20(6):786-92.
- [93] Vassos E, Collier D, Fazel S. Systematic meta-analyses and field synopsis of genetic association studies of violence and aggression. *Molecular psychiatry*. 2014;19(4):471-7.
- [94] Kudielka BM, Kirschbaum C. Sex differences in HPA axis responses to stress: a review. *Biological psychology*. 2005;69(1):113-32.
- [95] van Goozen SH, Matthys W, Cohen-Kettenis PT, Gispen-de Wied C, Wiegant VM, van Engeland H. Salivary cortisol and cardiovascular activity during stress in oppositional-defiant disorder boys and normal controls. *Biological psychiatry*. 1998;43(7):531-9.

- [96] Snoek H, Van Goozen SH, Matthys W, Buitelaar JK, Van Engeland H. Stress responsivity in children with externalizing behavior disorders. *Development and psychopathology*. 2004;16(02):389-406.
- [97] Oosterlaan J, Geurts HM, Knol DL, Sergeant JA. Low basal salivary cortisol is associated with teacher-reported symptoms of conduct disorder. *Psychiatry research*. 2005;134(1):1-10.
- [98] Pajer K, Gardner W, Rubin RT, Perel J, Neal S. Decreased cortisol levels in adolescent girls with conduct disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2001;58(3):297-302.
- [99] Loney BR, Butler MA, Lima EN, Counts CA, Eckel LA. The relation between salivary cortisol, callous-unemotional traits, and conduct problems in an adolescent non-referred sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006;47(1):30-6.
- [100] Virkkunen M. Insulin secretion during the glucose tolerance test among habitually violent and impulsive offenders. *Aggressive Behavior*. 1986;12(4):303-10.
- [101] Holi M, Auvinen-Lintunen L, Lindberg N, Tani P, Virkkunen M. Inverse correlation between severity of psychopathic traits and serum cortisol levels in young adult violent male offenders. *Psychopathology*. 2006;39(2):102-4.

- [102] Book AS, Starzyk KB, Quinsey VL. The relationship between testosterone and aggression: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*. 2001;6(6):579-99.
- [103] Bain J, Langevin R, Dickey R, Ben-Aron M. Sex hormones in murderers and assaulters. *Behavioral Sciences & the Law*. 1987;5(1):95-101.
- [104] Archer J, Graham-Kevan N, Davies M. Testosterone and aggression: A reanalysis of Book, Starzyk, and Quinsey's (2001) study. *Aggression and Violent Behavior*. 2005;10(2):241-61.
- [105] Schlinger BA, Callard GV. Aromatization mediates aggressive behavior in quail. *General and comparative endocrinology*. 1990;79(1):39-53.
- [106] SCHLINGER BA, CALLARD GV. Aromatase Activity in Quail Brain: Correlation with Aggressiveness*. *Endocrinology*. 1989;124(1):437-43.
- [107] Sánchez-Martin J, Fano E, Ahedo L, Cardas J, Brain P, Azpíroz A. Relating testosterone levels and free play social behavior in male and female preschool children. *Psychoneuroendocrinology*. 2000;25(8):773-83.
- [108] Dabbs JM, Morris R. Testosterone, social class, and antisocial behavior in a sample of 4,462 men. *Psychological Science*. 1990;1(3):209-11.

- [109] Dabbs JM, Carr TS, Frady RL, Riad JK. Testosterone, crime, and misbehavior among 692 male prison inmates. *Personality and individual Differences*. 1995;18(5):627-33.
- [110] Fishbein D. *The Biology of Antisocial Behaviour*'. New. 1996.
- [111] Roy A, Virkkunen M, Linnoila M. Monoamines, glucose metabolism, aggression towards self and others. *International Journal of Neuroscience*. 1988;41(3-4):261-4.
- [112] Siever LJ. Neurobiology of aggression and violence. *American Journal of Psychiatry*. 2008.
- [113] Coccaro EF. Central serotonin and impulsive aggression. *The British Journal of Psychiatry*. 1989.
- [114] Minzenberg MJ, Siever LJ. Neurochemistry and pharmacology of psychopathy and related disorders. *Handbook of psychopathy*. 2006:251-77.
- [115] Siever LJ, Buchsbaum MS, New AS, Spiegel-Cohen J, Wei T, Hazlett EA, et al. d, l-fenfluramine response in impulsive personality disorder assessed with [18F] fluorodeoxyglucose positron emission tomography. *Neuropsychopharmacology*. 1999;20(5):413-23.
- [116] Constantino JN, Morris JA, Murphy DL. CSF 5-HIAA and family history of antisocial personality disorder in newborns. *American Journal of Psychiatry*. 1997.

- [117] **Clarke RA, Murphy DL, Constantino JN. Serotonin and externalizing behavior in young children. *Psychiatry Research*. 1999;86(1):29-40.**
- [118] **Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications: Cambridge university press; 2013.**
- [119] **Nomura M, Nomura Y. Psychological, Neuroimaging, and Biochemical Studies on Functional Association between Impulsive Behavior and the 5-HT_{2A} Receptor Gene Polymorphism in Humans. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006;1086(1):134-43.**
- [120] **de Boer SF, Koolhaas JM. 5-HT 1A and 5-HT 1B receptor agonists and aggression: a pharmacological challenge of the serotonin deficiency hypothesis. *European journal of pharmacology*. 2005;526(1):125-39.**
- [121] **Veronica Witte A, Flöel A, Stein P, Savli M, Mien LK, Wadsak W, et al. Aggression is related to frontal serotonin-1A receptor distribution as revealed by PET in healthy subjects. *Human Brain Mapping*. 2010;31(2):339-.**
- [122] **Canli T, Lesch K-P. Long story short: the serotonin transporter in emotion regulation and social cognition. *Nature neuroscience*. 2007;10(9):1103-9.**

- [123] Raine A, Buchsbaum MS, Stanley J, Lottenberg S, Abel L, Stoddard J. Selective reductions in prefrontal glucose metabolism in murderers. *Biological psychiatry*. 1994;36(6):365-73.
- [124] Niehoff D. *The biology of violence*. New York: Free Press; 1999.
- [125] Koenen KC, Caspi A, Moffitt TE, Rijdsdijk F, Taylor A. Genetic influences on the overlap between low IQ and antisocial behavior in young children. *Journal of abnormal psychology*. 2006;115(4):787.
- [126] Bartels JM, Ryan JJ, Urban LS, Glass LA. Correlations between estimates of state IQ and FBI crime statistics. *Personality and individual differences*. 2010;48(5):579-83.
- [127] Loney BR, Frick PJ, Ellis M, McCoy MG. Intelligence, callous-unemotional traits, and antisocial behavior. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 1998;20(3):231-47.
- [128] Dougherty DM, Dew RE, Mathias CW, Marsh DM, Addicott MA, Barratt ES. Impulsive and premeditated subtypes of aggression in conduct disorder: Differences in time estimation. *Aggressive behavior*. 2007;33(6):574-82.
- [129] Vitacco MJ, Neumann CS, Wodushek T. Differential Relationships Between the Dimensions of Psychopathy and Intelligence Replication With Adult Jail Inmates. *Criminal Justice and Behavior*. 2008;35(1):48-55.

- [130] Cadesky EB, Mota VL, Schachar RJ. Beyond words: how do children with ADHD and/or conduct problems process nonverbal information about affect? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;39(9):1160-7.
- [131] Raine A, Yaralian PS, Reynolds C, Venables PH, Mednick SA. Spatial but not verbal cognitive deficits at age 3 years in persistently antisocial individuals. *Development and Psychopathology*. 2002;14(01):25-44.
- [132] Isen J. A meta-analytic assessment of Wechsler's P> V sign in antisocial populations. *Clinical psychology review*. 2010;30(4):423-35.
- [133] Moffitt TE, Lynam DR, Silva PA. NEUROPSYCHOLOGICAL TESTS PREDICTING PERSISTENT MALE DELINQUENCY*. *Criminology*. 1994;32(2):277-300.
- [134] Eriksson Å, Hodgins S, Tengström A. Verbal intelligence and criminal offending among men with schizophrenia. *International Journal of Forensic Mental Health*. 2005;4(2):191-200.
- [135] Luria AR. Disturbances of higher cortical functions with lesions of the frontal region. *Higher cortical functions in man*: Springer; 1980. p. 246-365.
- [136] Miller EK, Cohen JD. An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annual review of neuroscience*. 2001;24(1):167-202.

- [137] **Morgan AB, Lilienfeld SO. A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function. Clinical psychology review. 2000;20(1):113-36.**
- [138] **Kavanagh L, Rowe D, Hersch J, Barnett KJ, Reznik R. Neurocognitive deficits and psychiatric disorders in a NSW prison population. International Journal of Law and Psychiatry. 2010;33(1):20-6.**
- [139] **Giancola PR, Shoal GD, Mezzich AC. Constructive thinking, executive functioning, antisocial behavior, and drug use involvement in adolescent females with a substance use disorder. Experimental and Clinical Psychopharmacology. 2001;9(2):215.**
- [140] **Hancock M, Tapscott JL, Hoaken PN. Role of executive dysfunction in predicting frequency and severity of violence. Aggressive behavior. 2010;36(5):338-49.**
- [141] **Potempa VP. Lévy-Bruhl, L., Le surnaturel et la nature dans la mentalité primitive. 1934.**
- [142] **Beaver KM, DeLisi M, Vaughn MG, Wright JP. The intersection of genes and neuropsychological deficits in the prediction of adolescent delinquency and low self-control. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. 2008.**
- [143] **Rakic P. Neurogenesis in adult primate neocortex: an evaluation of the evidence. Nature Reviews Neuroscience. 2002;3(1):65-71.**

- [144] Pascual-Leone A, Freitas C, Oberman L, Horvath JC, Halko M, Eldaief M, et al. Characterizing brain cortical plasticity and network dynamics across the age-span in health and disease with TMS-EEG and TMS-fMRI. *Brain topography*. 2011;24(3-4):302-15.
- [145] Filley CM, Price BH, Nell V, Antoinette T, Morgan AS, Bresnahan JF, et al. Toward an understanding of violence: neurobehavioral aspects of unwarranted physical aggression: Aspen Neurobehavioral Conference consensus statement. *Cognitive and Behavioral Neurology*. 2001;14(1):1-14.
- [146] Van Elst LT, Woermann F, Lemieux L, Thompson P, Trimble M. Affective aggression in patients with temporal lobe epilepsy. *Brain*. 2000;123(2):234-43.
- [147] Yang Y, Raine A, Lencz T, Bihle S, LaCasse L, Colletti P. Volume reduction in prefrontal gray matter in unsuccessful criminal psychopaths. *Biological psychiatry*. 2005;57(10):1103-8.
- [148] Yang Y, Raine A, Han C-B, Schug RA, Toga AW, Narr KL. Reduced hippocampal and parahippocampal volumes in murderers with schizophrenia. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2010;182(1):9-13.
- [149] Boccardi M, Ganzola R, Rossi R, Sabattoli F, Laakso MP, Repo-Tiihonen E, et al. Abnormal hippocampal shape in offenders with psychopathy. *Human brain mapping*. 2010;31(3):438-47.

- [150] Craig MC, Catani M, Deeley Q, Latham R, Daly E, Kanaan R, et al. Altered connections on the road to psychopathy. *Molecular psychiatry*. 2009;14(10):946-53.
- [151] Blair R. The emergence of psychopathy: Implications for the neuropsychological approach to developmental disorders. *Cognition*. 2006;101(2):414-42.
- [152] Raine A, Lee L, Yang Y, Colletti P. Neurodevelopmental marker for limbic maldevelopment in antisocial personality disorder and psychopathy. *The British Journal of Psychiatry*. 2010;197(3):186-92.
- [153] Glenn AL, Yang Y, Raine A, Colletti P. No volumetric differences in the anterior cingulate of psychopathic individuals. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2010;183(2):140-3.
- [154] Hirono N, Mega MS, Dinov ID, Mishkin F, Cummings JL. Left frontotemporal hypoperfusion is associated with aggression in patients with dementia. *Archives of neurology*. 2000;57(6):861-6.
- [155] Raine A, Park S, Lencz T, Bihrlé S, LaCasse L, Widom CS, et al. Reduced right hemisphere activation in severely abused violent offenders during a working memory task: an fMRI study. *Aggressive behavior*. 2001;27(2):111-29.

- [156] Deeley Q, Daly E, Surguladze S, Tunstall N, Mezey G, Beer D, et al. Facial emotion processing in criminal psychopathy. *The British Journal of Psychiatry*. 2006;189(6):533-9.
- [157] Müller JL, Sommer M, Döhnell K, Weber T, Schmidt-Wilcke T, Hajak G. Disturbed prefrontal and temporal brain function during emotion and cognition interaction in criminal psychopathy. *Behavioral sciences & the law*. 2008;26(1):131-50.
- [158] Lee TM, Chan S-C, Raine A. Hyperresponsivity to threat stimuli in domestic violence offenders: a functional magnetic resonance imaging study. *The Journal of clinical psychiatry*. 2009;70(1):36-45.
- [159] Buckholtz JW, Treadway MT, Cowan RL, Woodward ND, Benning SD, Li R, et al. Mesolimbic dopamine reward system hypersensitivity in individuals with psychopathic traits. *Nature neuroscience*. 2010;13(4):419-21.
- [160] Patrick CJ. Psychophysiological correlates of aggression and violence: an integrative review. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*. 2008;363(1503):2543-55.
- [161] Raine A. *Psychopathology of crime*: Elsevier Science; 1993.
- [162] Lorber MF. Psychophysiology of aggression, psychopathy, and conduct problems: a meta-analysis. *Psychological bulletin*. 2004;130(4):531.

- [163] Ortiz J, Raine A. Heart rate level and antisocial behavior in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(2):154-62.
- [164] Farrington DP. The relationship between low resting heart rate and violence. *Biosocial bases of violence*: Springer; 1997. p. 89-105.
- [165] Birbaumer N, Veit R, Lotze M, Erb M, Hermann C, Grodd W, et al. Deficient fear conditioning in psychopathy: a functional magnetic resonance imaging study. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(7):799-805.
- [166] Flor H, Birbaumer N, Hermann C, Ziegler S, Patrick CJ. Aversive Pavlovian conditioning in psychopaths: Peripheral and central correlates. *Psychophysiology*. 2002;39(4):505-18.
- [167] Fairchild G, Van Goozen SH, Stollery SJ, Goodyer IM. Fear conditioning and affective modulation of the startle reflex in male adolescents with early-onset or adolescence-onset conduct disorder and healthy control subjects. *Biological Psychiatry*. 2008;63(3):279-85.
- [168] Gao Y, Raine A, Venables PH, Dawson ME, Mednick SA. Association of poor childhood fear conditioning and adult crime. *American Journal of Psychiatry*. 2010.

- [169] Raine A, Venables PH, Williams M. High autonomic arousal and electrodermal orienting at age 15 years as protective factors against criminal behavior at age 29 years. *The American journal of psychiatry*. 1995;152(11):1595.
- [170] Brennan PA, Raine A, Schulsinger F, Kirkegaard-Sorensen L, Knop J, Hutchings B, et al. Psychophysiological protective factors for male subjects at high risk for criminal behavior. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154(6):853-5.
- [171] Santesso LD, Dana LR, Schmidt LA, Segalowitz SJ. Frontal electroencephalogram activation asymmetry, emotional intelligence, and externalizing behaviors in 10-year-old children. *Child Psychiatry and Human Development*. 2006;36(3):311-28.
- [172] Stanford MS, Houston RJ, Barratt ES. Psychophysiological correlates of psychopathic disorders. *The International Handbook of Psychopathic Disorders and the Law: Laws and Policies*. 2007:83-101.
- [173] Gao Y, Raine A. P3 event-related potential impairments in antisocial and psychopathic individuals: A meta-analysis. *Biological psychology*. 2009;82(3):199-210.
- [174] Mitchell E. The aetiology of serial murder: Towards an integrated framework. Unpublished doctoral dissertation, University of Cambridge, United Kingdom. 1997.

- [175] Virkkunen M. Reactive hypoglycemic tendency among habitually violent offenders. *Nutr Rev.* 1986;44(Suppl):94-103.
- [176] Kanarek RB. Nutrition and violent behavior. *Understanding and preventing violence.* 1994;2:515-39.
- [177] Wakschlag LS, Pickett KE, Cook Jr E, Benowitz NL, Leventhal BL. Maternal smoking during pregnancy and severe antisocial behavior in offspring: a review. *American Journal of Public Health.* 2002;92(6):966-74.
- [178] Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Maternal smoking before and after pregnancy: effects on behavioral outcomes in middle childhood. *Pediatrics.* 1993;92(6):815-22.
- [179] Wakschlag LS, Lahey BB, Loeber R, Green SM, Gordon RA, Leventhal BL. Maternal smoking during pregnancy and the risk of conduct disorder in boys. *Archives of general psychiatry.* 1997;54(7):670-6.
- [180] Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Maternal smoking during pregnancy and psychiatric adjustment in late adolescence. *Archives of general psychiatry.* 1998;55(8):721-7.
- [181] Brennan PA, Grekin ER, Mednick SA. Maternal smoking during pregnancy and adult male criminal outcomes. *Archives of general psychiatry.* 1999;56(3):215-9.

- [182] Maughan B, Taylor A, Caspi A, Moffitt TE. Prenatal smoking and early childhood conduct problems: testing genetic and environmental explanations of the association. Archives of General Psychiatry. 2004;61(8):836-43.**
- [183] Streissguth A, Barr H, Kogan J, Bookstein F. Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with fetal alcohol syndrome (FAS) and fetal alcohol effects (FAE). Final report to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1996:96-06.**
- [184] Schonfeld AM, Mattson SN, Riley EP. Moral maturity and delinquency after prenatal alcohol exposure. Journal of studies on alcohol. 2005;66(4):545-54.**
- [185] Roebuck TM, Mattson SN, Riley EP. Behavioral and Psychosocial Profiles of Alcohol-Exposed Children. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 1999;23(6):1070-6.**
- [186] Mattson SN, Schoenfeld AM, Riley EP. Teratogenic effects of alcohol on brain and behavior. Alcohol Research and Health. 2001;25(3):185-91.**
- [187] Fast DK, Conry J, Looock CA. Identifying fetal alcohol syndrome among youth in the criminal justice system. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. 1999;20(5):370-2.**

- [188] Liu J, Wuerker A. Biosocial bases of aggressive and violent behavior—implications for nursing studies. *International journal of nursing studies*. 2005;42(2):229-41.
- [189] Arseneault L, Tremblay RE, Boulerice B, Saucier JF. Obstetrical complications and violent delinquency: Testing two developmental pathways. *Child development*. 2002;73(2):496-508.
- [190] Pine DS, Shaffer D, Schonfeld IS, Davies M. Minor physical anomalies: modifiers of environmental risks for psychiatric impairment? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(3):395-403.
- [191] Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Archives of general psychiatry*. 2000;57(10):979-86.
- [192] Kandel E, Mednick SA, Kirkegaard-Sorensen L, Hutchings B, Knop J, Rosenberg R, et al. IQ as a protective factor for subjects at high risk for antisocial behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1988;56(2):224.
- [193] Moser G. *L'agression*: Presses universitaires de France; 1987.
- [194] Berkowitz L. Frustration-aggression hypothesis: examination and reformulation. *Psychological bulletin*. 1989;106(1):59.
- [195] Rotter JB. *Social learning and clinical psychology*. 1954.

- [196] Bandura A. Aggression: A social learning analysis: Prentice-Hall; 1973.
- [197] Hayes SC, Rincover A, Volosin D. Variables influencing the acquisition and maintenance of aggressive behavior: Modeling versus sensory reinforcement. *Journal of abnormal psychology*. 1980;89(2):254.
- [198] Bandura A, Ross D, Ross SA. Imitation of film-mediated aggressive models. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1963;66(1):3.
- [199] Rotton J, Frey J. Air pollution, weather, and violent crimes: concomitant time-series analysis of archival data. *Journal of personality and social psychology*. 1985;49(5):1207.
- [200] Dengerink H, Schnedler R, Covey M. Role of avoidance in aggressive responses to attack and no attack. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1978;36(9):1044.
- [201] Reynolds G, Catania A, Skinner B. Conditioned and unconditioned aggression in pigeons. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*. 1963;6(1):73.
- [202] Widom CS. The cycle of violence. *Science*. 1989;244(4901):160-6.

- [203] Leschied A, Chiodo D, Nowicki E, Rodger S. Childhood Predictors of Adult Criminality: A Meta-Analysis Drawn from the Prospective Longitudinal Literature 1. Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice. 2008;50(4):435-67.**
- [204] Athens LH. The creation of dangerous violent criminals: University of Illinois Press; 1992.**
- [205] Katz J. Seductions of crime: Moral and sensual attractions in doing evil: Basic Books; 1988.**
- [206] Debray Q, Nollet D. Les personnalités pathologiques: approche cognitive et thérapeutique: Elsevier Health Sciences; 2011.**
- [207] Duntley JD, Buss DM. The Plausibility of Adaptations for Homicide. 2005.**
- [208] Duntley J, Buss DM. The origins of homicide. Evolutionary forensic psychology. 2008:41-64.**
- [209] Buss DM. The murderer next door: Why the mind is designed to kill: Penguin; 2006.**
- [210] Duntley JD. Adaptations to dangers from humans. The handbook of evolutionary psychology. 2005:224-49.**
- [211] Kenrick DT, Sheets V. Homicidal fantasies. Ethology and Sociobiology. 1993;14(4):231-46.**

- [212] Daly MW, Wilson S. M.(1990). Killing the competition: Female/female and male/male homicide. *Human Nature*.1:81-107.10.
- [213] Daly M, Wilson MI. Violence against stepchildren. *Current Directions in Psychological Science*. 1996;5(3):77-81.
- [214] Eysenck SB, Eysenck HJ. Crime and personality: an empirical study of the three-factor theory. *The British Journal of Criminology*. 1970;10(3):225-39.
- [215] Megargee EI. Undercontrolled and overcontrolled personality types in extreme antisocial aggression. *Psychological Monographs: General and Applied*. 1966;80(3):1.
- [216] Bergeret J. La personnalité normale et pathologique: Dunod Paris; 1974.
- [217] Williams KR, Flewelling RL. The social production of criminal homicide: A comparative study of disaggregated rates in American cities. *American Sociological Review*. 1988;421-31.
- [218] Messner SF, Rosenfeld R. Social structure and homicide. *Homicide: A sourcebook of social research*. 1999;27-41.
- [219] Sampson RJ. Family management and child development: Insights from social disorganization theory. *Advances in criminological theory*. 1992;3:63-93.

- [220] Tierney J, O'Neill M. **Criminology: theory and context: Routledge; 2013.**
- [221] Featherstone R, Deflem M. **Anomie and strain: Context and consequences of Merton's two theories. Sociological inquiry. 2003;73(4):471-89.**
- [222] Sutherland EH. **Principles of criminology (.) JB Lippincott. New York. 1939.**
- [223] Miller WB. **Lower class culture as a generating milieu of gang delinquency. Journal of social issues. 1958;14(3):5-19.**
- [224] Wolfgang ME, Ferracuti F, Mannheim H. **The subculture of violence: Towards an integrated theory in criminology: Tavistock Publications London; 1967.**
- [225] Ball-Rokeach SJ. **Values and violence: A test of the subculture of violence thesis. American Sociological Review. 1973;736-49.**
- [226] Drapkin I, Viano E. **Victimology: Lexington Books Mass.; 1974.**
- [227] Ressler RK, Burgess AW, Douglas JE, Hartman CR, D'AGOSTINO RB. **Sexual killers and their victims identifying patterns through crime scene analysis. Journal of Interpersonal Violence. 1986;1(3):288-308.**
- [228] Luckenbill DF. **Criminal homicide as a situated transaction. Social Problems. 1977:176-86.**

- [229] Goffman E. Interaction ritual: essays on face-to-face interaction. 1967.
- [230] Miethe TD, Meier RF. Crime and its social context: Toward an integrated theory of offenders, victims, and situations: Suny Press; 1994.
- [231] Block R. Violent crime: Environment, interaction, and death: Lexington Books Lexington, MA; 1977.
- [232] Messner SF, Tardiff K. The social ecology of urban homicide: An application of the “routine activities” approach. *Criminology*. 1985;23(2):241-67.
- [233] Leather P, Lawrence C. Perceiving pub violence: the symbolic influence of social and environmental factors. *British Journal of Social Psychology*. 1995;34(4):395-407.
- [234] Steinert T, Whittington R. A bio-psycho-social model of violence related to mental health problems. *International journal of law and psychiatry*. 2013;36(2):168-75.
- [235] Roberts AR, Zgoba KM, Shahidullah SM. Recidivism among four types of homicide offenders: An exploratory analysis of 336 homicide offenders in New Jersey. *Aggression and Violent Behavior*. 2007;12(5):493-507.

- [236] Douglas J, Burgess AW, Burgess AG, Ressler RK. Crime classification manual: A standard system for investigating and classifying violent crime: John Wiley & Sons; 2013.
- [237] Holmes RM, Holmes ST. Contemporary perspectives on serial murder: Sage Publications; 1998.
- [238] Salfati C, editor The nature of expressiveness and instrumentality in homicide, and its implication for offender profiling. 6th Investigating Psychology Conference, Liverpool, England; 2001.
- [239] Salfati C, Grey J, editors. Profiling US Homicide. Annual Meeting of the American Society of Criminology, November, Chicago; 2002.
- [240] Fox JA, Levin J. The will to kill: Explaining senseless murder: Pearson/Allyn and Bacon; 2006.
- [241] Fox JA, Levin J. Overkill: Mass murder and serial killing exposed: Springer; 2013.
- [242] Fox JA, Levin J. Extreme Killing: Understanding Serial and Mass Murder: Understanding Serial and Mass Murder: Sage Publications; 2014.
- [243] Godwin M. Reliability, validity, and utility of extant serial murderer classifications. *The Criminologist*. 1998;22:194-210.

- [244] Godwin M. Reliability, validity, and utility of criminal profiling typologies. *Journal of Police and Criminal Psychology*. 2002;17(1):1-18.
- [245] Canter DV, Wentink N. An empirical test of Holmes and Holmes's serial murder typology. *Criminal justice and behavior*. 2004;31(4):489-515.
- [246] Putkonen A, Kotilainen I, Joyal CC, Tiihonen J. Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: A structured clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophrenia Bulletin*. 2004;30(1):59.
- [247] Nivoli G. Dynamiques homicidaires chez les schizophrènes. *Cahiers Internationaux Pinel*. 1980;10:81-123.
- [248] Richard-Devantoy S, Voyer M, Gohier B, Garré J-B, Senon J-L, editors. *La crise homicide: pendant de la crise suicidaire? Particularités chez le sujet schizophrène*. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*; 2010: Elsevier.
- [249] Rowan A. The place of acting out in psychoanalysis: from Freud to Lacan. *Psychoanalytische Perspectieven*. 2000;41(42):83-100.
- [250] Schlesinger LB. The catathymic crisis, 1912-present: A review and clinical study. *Aggression and Violent Behavior*. 1997;1(4):307-16.

- [251] Declercq F, Maleval J-C. Homicide sadique sexuel, schizophrénie et «crise catathymique»: étude de cas 1. L'Evolution psychiatrique. 2012;77(1):67-79.
- [252] Richard-Devantoy S, Duflot J-P, Chocard A-S, Lhuillier J-P, Garré J-B, Senon J-L, editors. Homicide et schizophrénie: à propos de 14 cas de schizophrénie issus d'une série de 210 dossiers d'expertises psychiatriques pénales pour homicide. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique; 2009: Elsevier.
- [253] Millaud F, Lemay M. Le passage à l'acte: aspects cliniques et psychodynamiques. 1998.
- [254] Bouhlel S, Nakhli J, Meriem HB, Ridha R, Ali BBH. Les facteurs liés aux actes d'homicide chez les patients tunisiens atteints de schizophrénie. L'Évolution Psychiatrique. 2014;79(4):611-8.
- [255] Le Bihan P, Bénézech M, editors. La récurrence dans l'homicide pathologique. Étude descriptive et analytique de douze observations. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique; 2005: Elsevier.
- [256] Arieti S. Schizophrenia: The Manifest Symptomatology, the Psychodynamic and Formal Mechanisms. American Handbook of Psychiatry: ed. S. Arieti 1: 455-484. New York; 1959.
- [257] ARIETI S. La psychodynamique de la schizophrénie. American Journal of Psychotherapy. 1968;22.

- [258] Musatti CL. Trattato di psicoanalisi: Einaudi; 1949.**
- [259] Jung CG. Collected Works Vol 9 1959.**
- [260] Clérambault Gd. Automatisme mental et scission du moi. Œuvres psychiatriques. 1920:457-67.**
- [261] Richard-Devantoy S, Chocard A-S, Bouyer-Richard A-I, Duflot J-P, Lhuillier J-P, Gohier B, et al. Homicide et psychose: particularités criminologiques des schizophrènes, des paranoïaques et des mélancoliques: À propos de 27 expertises. L'Encéphale. 2008;34(4):322-9.**
- [262] Cornic F, Olié J-P. Le parricide psychotique. La prévention en question. L'Encéphale. 2006;32(4):452-8.**
- [263] Bénézech M, editor Folie où es-tu?: Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique; 2010: Elsevier.**
- [264] Bouchard J-P, editor Violences, homicides et délires de persécution. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique; 2005: Elsevier.**
- [265] Guiraud P. Les meurtres immotivés (1931). Evolution psychiatrique. 2007;72(4):599-605.**
- [266] Paillet J-J. Claude Balier (sous la direction de). Revue française de psychosomatique. 2005(1):177-85.**

- [267] Freeman D, Garety PA, Bebbington PE, Smith B, Rollinson R, Fowler D, et al. Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *The British Journal of Psychiatry*. 2005;186(5):427-35.
- [268] Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behaviour research and therapy*. 1978;16(4):233-48.
- [269] van Os J, Verdoux H. Diagnosis and classification of schizophrenia: categories versus dimensions, distributions versus disease. *The epidemiology of schizophrenia*. 2003:364-410.
- [270] Johns LC, Cannon M, Singleton N, Murray RM, Farrell M, Brugha T, et al. Prevalence and correlates of self-reported psychotic symptoms in the British population. *The British Journal of Psychiatry*. 2004;185(4):298-305.
- [271] Freeman D, Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Bebbington PE. A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*. 2002;41(4):331-47.
- [272] Kesting ML, Lincoln TM. The relevance of self-esteem and self-schemas to persecutory delusions: a systematic review. *Compr Psychiatry*. 2013;54(7):766-89.
- [273] Kraepelin E. *Psychiatrie; ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*: Barth; 1913.

- [274] Chambon O. Psychothérapie cognitive des psychoses chroniques. *Psychologie Medicale*. 1994;26(9):970-.
- [275] Chambon O, Rouvière S, Favrod J, Marie-Cardine M. La psychothérapie cognitive des délires chroniques. Théorie et application. *Journal de Thérapie comportementale et cognitive*. 1993;3(1):4-15.
- [276] Chambon O, Marie-Cardine M, Favrod J. Les thérapies comportementales et cognitives des troubles psychotiques. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*. 1997;7(1):13-20.
- [277] Chambon O, Perris C, Marie-Cardine M. Techniques de psychothérapie cognitive des psychoses chroniques: Elsevier Masson; 1997.
- [278] Ballet G, Vallon C, Antheaume A. *Journal de médecine légale, psychiatrique et d'anthropologie criminelle*: H. Delarue; 1906.
- [279] Falret J. La folie raisonnante ou folie morale (1866). *PSN*. 2011;9(4):223-33.
- [280] Lasègue C. Du délire de persécutions 1852.
- [281] Magnan V, Sérieux P. Leçons cliniques sur le délire chronique à évolution systématique. *V Lee cl sur les mal ment*. 1890:213-375.
- [282] Sérieux P, Capgras J, Collee M. Les folies raisonnantes: le délire d'interprétation: Laffitte; 1982.

- [283] **Signer SF. "Les psychoses passionnelles" reconsidered: a review of de Clerambault's cases and syndrome with respect to mood disorders. Journal of psychiatry & neuroscience : JPN. 1991;16(2):81-90.**
- [284] **Bentall RP, Corcoran R, Howard R, Blackwood N, Kinderman P. Persecutory delusions: a review and theoretical integration. Clinical psychology review. 2001;21(8):1143-92.**
- [285] **Bleuler E. Dementia praecox ou le groupe des schizophrénies (traduction française). 1993. EPELGREC Ed Paris. 1911.**
- [286] **Leyrie J. Manuel de psychiatrie légale et de criminologie clinique: Libr. philosophique J. Vrin; 1977.**
- [287] **Vaillant GE. Involuntary coping mechanisms: A psychodynamic perspective. Dialogues in clinical neuroscience. 2011;13(3):366.**
- [288] **Lacan J. De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité: Seuil; 1980.**
- [289] **Lacan J. Motifs du crime paranoïaque: le crime des soeurs Papin. Le minotaure. 1933;3(4):25-8.**
- [290] **LACAN J. Les complexes familiaux (la famille: le complexe, facteur concret de la psychologie familiale, les complexes familiaux en pathologie). Encyclopédie Française. 1938;8.**
- [291] **Lacan J. Écrits, Paris. Le Seuil. 1966:124.**

- [292] De Greeff É. *Amour et crimes d'amour*: Bruxelles: C. Dessart; 1942.
- [293] Asnis GM, Kaplan ML, Hundorfean G, Saeed W. Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 1997;20(2):405-25.
- [294] Swanson JW, Holzer III CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Psychiatric Services*. 1990;41(7):761-70.
- [295] Teplin LA. The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. *American Journal of Public Health*. 1990;80(6):663-9.
- [296] Teplin LA. Psychiatric and substance abuse disorders among male urban jail detainees. *American Journal of Public Health*. 1994;84(2):290-3.
- [297] Teplin LA, Abram KM, McClelland GM. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women: I. Pretrial jail detainees. *Archives of General Psychiatry*. 1996;53(6):505-12.

- [298] Tiihonen J, Isohanni M, Rasanen P, Koiranen M, Moring J. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154(6):840-5.
- [299] McNiel DE, Binder RL. Clinical assessment of the risk of violence among psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*. 1991;148(10):1317-21.
- [300] Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Fischer JE, Haug H-J. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clinical practice and epidemiology in mental health*. 2007;3(1):30.
- [301] Nielssen OB, Westmore BD, Large MM, Hayes RA. Homicide during psychotic illness in New South Wales between 1993 and 2002. *Medical journal of Australia*. 2007;186(6):301.
- [302] Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Mental disorders and vulnerability to homicidal death: Swedish nationwide cohort study. 2013.
- [303] Rodway C, Flynn S, While D, Rahman MS, Kapur N, Appleby L, et al. Patients with mental illness as victims of homicide: a national consecutive case series. *The Lancet Psychiatry*. 2014;1(2):129-34.

- [304] Fioritti A, Ferriani E, Rucci P, Melega V. Characteristics of homicide perpetrators among Italian forensic hospital inmates. *International journal of law and psychiatry*. 2006;29(3):212-9.
- [305] Valevski A, Averbuch I, Radwan M, Gur S, Spivak B, Modai I, et al. Homicide by schizophrenic patients in Israel. *European psychiatry*. 1999;14(2):89-92.
- [306] Catanesi R, Carabellese F, Troccoli G, Candelli C, Grattagliano I, Solarino B, et al. Psychopathology and weapon choice: A study of 103 perpetrators of homicide or attempted homicide. *Forensic science international*. 2011;209(1):149-53.
- [307] Richard-Devantoy S, Bouyer-Richard A, Jollant F, Mondoloni A, Voyer M, Senon J-L. Homicide, schizophrénie et abus de substances: des liaisons dangereuses? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2013;61(4):339-50.
- [308] Monahan J, Steadman HJ, ROBBINS PC, SILVER E, APPELBAUM PS, GRISSO T, et al. Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;176(4):312-9.
- [309] Vielma M, Vincente B, Hayes G, Larkin E, Jenner F. Mentally Abnormal Homicide—A Review of a Special Hospital Male Population. *Medicine, Science and the Law*. 1993;33(1):47-54.

- [310] **Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: evidence from a birth cohort. Archives of general psychiatry. 1992;49(6):476.**
- [311] **Tardiff K, Marzuk PM, Leon AC, Portera L, Weiner C. Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital. American Journal of Psychiatry. 1997;154(1):88-93.**
- [312] **Hodgins S, Janson C-G. Criminality and violence among the mentally disordered: The Stockholm Metropolitan Project: Cambridge University Press; 2002.**
- [313] **Teplin LA, Abram KM, McClelland GM. Does psychiatric disorder predict violent crime among released jail detainees? A six-year longitudinal study. American Psychologist. 1994;49(4):335.**
- [314] **Klassen D, O'Connor WA. Demographic and case history variables in risk assessment. Violence and mental disorder: Developments in risk assessment. 1994:229-57.**
- [315] **McGrath M, Oyebode F. Characteristics of perpetrators of homicide in independent inquiries. Medicine, science and the law. 2005;45(3):233-43.**
- [316] **Russo G, Salomone L, Della Villa L. The characteristics of criminal and noncriminal mentally disordered patients. International journal of law and psychiatry. 2003;26(4):417-35.**

- [317] Zeleznik PSAAF. **Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence: Oxford University Press, USA; 2001.**
- [318] Millaud F, Roy R, Gendron P, Aubut J. **Un inventaire pour l'évaluation de la dangerosité des patients psychiatriques. Canadian journal of psychiatry. 1992;37(9):608-15.**
- [319] Richard-Devantoy S, Bouyer-Richard A-I, Annweiler C, Gourevitch R, Jollant F, Olie J-P, et al. **Major mental disorders, gender, and criminological circumstances of homicide. Journal of forensic and legal medicine. 2016;39:117-24.**
- [320] Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. **Mental disorders and homicidal behavior in Finland. Archives of general psychiatry. 1996;53(6):497-501.**
- [321] Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. **Schizophrenia and homicidal behavior. Schizophrenia bulletin. 1996;22(1):83.**
- [322] association. **Ap. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) Traduction française coordonnée par Guelfi JD. 1983, 1989, 1996 Paris : Masson,.**
- [323] Taylor PJ, Gunn J. **Homicides by people with mental illness: myth and reality. The British Journal of Psychiatry. 1999;174(1):9-14.**

- [324] Gottlieb P, Gabrielsen G, Kramp P. Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1987;76(3):285-92.
- [325] Taylor PJ. Motives for offending among violent and psychotic men. *The British Journal of Psychiatry*. 1985;147(5):491-8.
- [326] Grassi L, Peron L, Marangoni C, Zanchi P, Vanni A. Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric in-patients: a 5-year Italian study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2001;104(4):273-9.
- [327] Millaud F, Marleau JD, Proulx F, Brault J. Violence homicide intra-familiale. *Psychiatrie et violence*. 2008;8(1).
- [328] Côté G, Hodgins S. The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*. 1992;15(1):89-99.
- [329] Taylor PJ, Gunn J. Violence and psychosis. II--Effect of psychiatric diagnosis on conviction and sentencing of offenders. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984;289(6436):9-12.
- [330] Le Bihan P, Bénézech M, editors. Degré d'organisation du crime de parricide pathologique: mode opératoire, profil criminologique. À propos de 42 observations. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*; 2004: Elsevier.

- [331] Shaw J, Hunt IM, Flynn S, Meehan J, Robinson J, Bickley H, et al. Rates of mental disorder in people convicted of homicide. *The British Journal of Psychiatry*. 2006;188(2):143-7.
- [332] Corrado RR, Cohen I, Hart S, Roesch R. Comparative examination of the prevalence of mental disorders among jailed inmates in Canada and the United States. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2000;23(5):633-47.
- [333] Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *The British Journal of Psychiatry*. 2002;180(6):490-5.
- [334] Kennedy H, Kemp L, Dyer D. Fear and anger in delusional (paranoid) disorder: the association with violence. *The British Journal of Psychiatry*. 1992;160(4):488-92.
- [335] Bourgeois M, Bénézech M, Le Bihan P, editors. *La haine psychotique et le passage à l'acte destructeur. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*; 2005: Elsevier.
- [336] Cheung P, Schweitzer I, Crowley K, Tuckwell V. Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions. *Schizophrenia research*. 1997;26(2):181-90.
- [337] McNiel DE, Eisner JP, Binder RL. The relationship between command hallucinations and violence. *Psychiatric services*. 2000.

- [338] Wessely S, Buchanan A, Reed A, Cutting J, Everitt B, Garety P, et al. Acting on delusions. I: Prevalence. *The British Journal of Psychiatry*. 1993;163(1):69-76.
- [339] Nestor PG, Haycock J, Doiron S, Kelly J, Kelly D. Lethal violence and psychosis: a clinical profile. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*. 1995;23(3):331-41.
- [340] ADDAD M. BM. Schizophrénie et délinquance. *Ann Med Psychol*. 1977.
- [341] Taylor PJ, Leese M, Williams D, Butwell M, Daly R, Larkin E. Mental disorder and violence. A special (high security) hospital study. *The British Journal of Psychiatry*. 1998;172(3):218-26.
- [342] Erb M, Hodgins S, Freese R, Müller-Isberner R, Jöckel D. Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2001;11(1):6-26.
- [343] Bjorkly S. Psychotic symptoms and violence toward others--a literature review of some preliminary findings: part 2. Hallucinations. *Aggression and Violent Behavior*. 2002;7(6):605-15.
- [344] Nolan KA, Czobor P, Roy BB, Platt MM, Shope CB, Citrome LL, et al. Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatric services*. 2003.

- [345] Schanda H, Knecht G, Schreinzer D, Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Waldhoer T. Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;110(2):98-107.
- [346] Joyal CC, Putkonen A, Paavola P, Tiihonen J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychological medicine*. 2004;34(03):433-42.
- [347] Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of general psychiatry*. 2006;63(5):490-9.
- [348] Fish FJ, Casey PR, Kelly B. Fish's clinical psychopathology: signs and symptoms in psychiatry: RCPsych Publications; 2007.
- [349] Link BG, Stueve A, Phelan J. Psychotic symptoms and violent behaviors: probing the components of “threat/control-override” symptoms. *Social psychiatry and psychiatric Epidemiology*. 1998;33(1):S55-S60.
- [350] Swanson J, Estroff S, Swartz M, Borum R, Lachicotte W, Zimmer C, et al. Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. *Psychiatry*. 1997;60(1):1-22.

- [351] Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and delusions: Data from the MacArthur violence risk assessment study. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(4):566-72.
- [352] Appelbaum PS, Robbins PC, Roth LH. Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses. *American Journal of Psychiatry*. 1999.
- [353] Maaranen P, Tanskanen A, Hintikka J, Honkalampi K, Haatainen K, Koivumaa-Honkanen H, et al. The course of dissociation in the general population: A 3-year follow-up study. *Comprehensive psychiatry*. 2008;49(3):269-74.
- [354] Waller NG, Ross CA. The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of abnormal psychology*. 1997;106(4):499.
- [355] Lipsanen T, Korkeila J, Peltola P, Järvinen J, Langen K, Lauerma H. Dissociative disorders among psychiatric patients. *European Psychiatry*. 2004;19(1):53-5.
- [356] Larøi F, Van Der Linden M. Nonclinical Participants' Reports of Hallucinatory Experiences. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 2005;37(1):33.

- [357] Vandevoorde J, Le Borgne P. Dissociation et passage à l'acte violent: une revue de littérature. *L'Évolution Psychiatrique*. 2015;80(1):187-208.
- [358] Lachaux B. A propos de la dangerosité des patients schizophrènes. Les dangérosités: De la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie. 2004:169-75.
- [359] Senninger J-L, Fontaa V. Les unités pour malades difficiles: Aakar Books; 1994.
- [360] Scott CL, Resnick PJ. Violence risk assessment in persons with mental illness. *Aggression and Violent Behavior*. 2006;11(6):598-611.
- [361] Sauvagnat F, VAISSERMANN A. Contributions psychanalytiques à la prévention des passages à l'actes psychotiques. *Criminologie et psychiatrie*. 1997:611-9.
- [362] Junginger J. Predicting compliance with command hallucinations. *Am J Psychiatry*. 1990;147(2):245-7.
- [363] Monahan J, Steadman HJ, Silver E, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, et al. Rethinking risk assessment. The MacArthur study of mental disorder and violence. 2001.

- [364] Braham LG, Trower P, Birchwood M. Acting on command hallucinations and dangerous behavior: A critique of the major findings in the last decade. *Clinical Psychology Review*. 2004;24(5):513-28.
- [365] Arango C, Calcedo Barba A, González-Salvador T, Calcedo Ordóñez A. Violence in inpatients with schizophrenia: A prospective study. *Schizophrenia Bulletin*. 1999;25(3):493.
- [366] Yen C-F, Yeh M-L, Chen C-S, Chung H-H. Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization, and social adjustment for outpatients with schizophrenia: a prospective study. *Comprehensive psychiatry*. 2002;43(6):443-7.
- [367] Waldheter EJ, Jones NT, Johnson ER, Penn DL. Utility of social cognition and insight in the prediction of inpatient violence among individuals with a severe mental illness. *The Journal of nervous and mental disease*. 2005;193(9):609-18.
- [368] Arango C, Bombín I, González-Salvador T, García-Cabeza I, Bobes J. Randomised clinical trial comparing oral versus depot formulations of zuclopenthixol in patients with schizophrenia and previous violence. *European psychiatry*. 2006;21(1):34-40.
- [369] Lincoln TM, Hodgins S. Is lack of insight associated with physically aggressive behavior among people with schizophrenia living in the community? *The Journal of nervous and mental disease*. 2008;196(1):62-6.

- [370] Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. American journal of psychiatry. 1998.**
- [371] Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, Noffsinger SG, Resnick PJ, Camlin-Shingler K. Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 2004.**
- [372] Foley SR, Kelly BD, Clarke M, McTigue O, Gervin M, Kamali M, et al. Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis. Schizophrenia research. 2005;72(2):161-8.**
- [373] Soyka M, Graz C, Bottlender R, Dirschedl P, Schoech H. Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. Schizophrenia research. 2007;94(1):89-98.**
- [374] Alia-Klein N, O'Rourke TM, Goldstein RZ, Malaspina D. Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample. Aggressive Behavior. 2007;33(1):86-96.**
- [375] Voyer M, Jaafari N, Senon J-L, editors. Insight et comportements violents chez les patients souffrant d'une schizophrénie. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique; 2011: Elsevier.**

- [376] Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S, Ruschena D, Browne C. Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *The British Journal of Psychiatry*. 1998;172(6):477-84.
- [377] Fazel S, Grann M. Psychiatric morbidity among homicide offenders: a Swedish population study. *American Journal of Psychiatry*. 2015.
- [378] Koh K, Gwee K, Chan Y. Psychiatric aspects of homicide in Singapore: a five-year review. *Singapore Med J*. 2006;47(4):297-304.
- [379] Coid JW. DSM-III diagnosis in criminal psychopaths: a way forward. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 1992.
- [380] Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro Á, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2011;21(5):321-32.
- [381] Moran P. The epidemiology of antisocial personality disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 1999;34(5):231-42.
- [382] Malmquist CP, Volavka J. Homicide: A psychiatric perspective: American Psychiatric Pub.; 2006.
- [383] Hodgins S, Piatosa MJ, Schiffer B. Violence among people with schizophrenia: phenotypes and neurobiology. *Neuroscience of Aggression*: Springer; 2013. p. 329-68.

- [384] Stapleton TR. Mania in criminal populations. *Western Journal of Medicine*. 1979;131(2):165.
- [385] Gay C, Mathis D. Troubles bipolaires et dangerosité. Beaurepaire C de, Bénézech M, Kottler C (dir): *Les dangerosités* Paris: John Libbey Eurotext. 2004:177-87.
- [386] Fava M. Crises de colère dans les troubles dépressifs unipolaires. *L'Encéphale*. 1997;23:39-42.
- [387] Bénézech M, editor [Depression and crime. Review of the literature and original cases]. *Annales médico-psychologiques*; 1991.
- [388] Bourget D, Whitehurst L. Capgras syndrome: a review of the neurophysiological correlates and presenting clinical features in cases involving physical violence. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2004;49(11):719.
- [389] Penny G, Leong GB, Silva JA, Weinstock R. Dangerous delusions of misidentification of the self. *Journal of Forensic Science*. 1995;40(4):570-3.
- [390] Lechner WV, Dahne J, Chen KW, Pickover A, Richards JM, Daughters SB, et al. The prevalence of substance use disorders and psychiatric disorders as a function of psychotic symptoms. *Drug and alcohol dependence*. 2013;131(1):78-84.
- [391] Hambrecht M, Häfner H. Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biological psychiatry*. 1996;40(11):1155-63.

- [392] Mauri M, Volonteri L, De Gaspari I, Colasanti A, Brambilla M, Cerruti L. Substance abuse in first-episode schizophrenic patients: a retrospective study. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2006;2(1):4.
- [393] Strakowski SM, Tohen M, Stoll AL, Faedda GL, Mayer PV, Kolbrener ML, et al. Comorbidity in psychosis at first hospitalization. *American Journal of Psychiatry*. 1993;150:752-.
- [394] McGinty EE, Choksy S, Wintemute GJ. The relationship between controlled substances and violence. *Epidemiologic reviews*. 2016:mxv008.
- [395] CABALLERO F, Bisiou Y. *Droit de la drogue*, 2ème éd. Dalloz; 2000.
- [396] Macdonald S, Anglin-Bodrug K, Mann RE, Erickson P, Hathaway A, Chipman M, et al. Injury risk associated with cannabis and cocaine use. *Drug and alcohol dependence*. 2003;72(2):99-115.
- [397] Haque Q, Cumming I. Intoxication and legal defences. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2003;9(2):144-51.
- [398] Barre M, Richard D, Senon J. *Délinquance et toxicomanie*. *Revue Documentaire Toxibase*,(2). 1997:1-16.
- [399] Miller NS, Gold MS, Mahler JC. Violent behaviors associated with cocaine use: possible pharmacological mechanisms. *International journal of the addictions*. 1991;26(10):1077-88.

- [400] Markowitz S. Alcohol, drugs and violent crime. *International Review of Law and economics*. 2005;25(1):20-44.
- [401] Lagasse LL, Hammond J, Liu J, Lester BM, Shankaran S, Bada H, et al. Violence and Delinquency, Early Onset Drug Use, and Psychopathology in Drug-Exposed Youth at 11 Years. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006;1094(1):313-8.
- [402] Friedman AS, Glassman K, Terras A. Violent behavior as related to use of marijuana and other drugs. *Journal of Addictive Diseases*. 2001;20(1):49-72.
- [403] Curran HV, Rees H, Hoare T, Hoshi R, Bond A. Empathy and aggression: two faces of ecstasy? A study of interpretative cognitive bias and mood change in ecstasy users. *Psychopharmacology*. 2004;173(3-4):425-33.
- [404] Amar MB. Les psychotropes criminogènes. *Criminologie*. 2007:11-30.
- [405] Klötz F, Petersson A, Isacson D, Thiblin I. Violent crime and substance abuse: a medico-legal comparison between deceased users of anabolic androgenic steroids and abusers of illicit drugs. *Forensic science international*. 2007;173(1):57-63.
- [406] Pérez-Díaz C, Huré M-S. Violences physiques et sexuelles, alcool et santé mentale. Populations et traitements judiciaires. OFDT/CNRS, Paris. 2006.

- [407] **Baltieri DA, de Andrade AG. Drug consumption among sexual offenders against females. International journal of offender therapy and comparative criminology. 2007.**
- [408] **Testa M. The impact of men's alcohol consumption on perpetration of sexual aggression. Clinical psychology review. 2002;22(8):1239-63.**
- [409] **Moore TM, Stuart GL. A review of the literature on marijuana and interpersonal violence. Aggression and Violent Behavior. 2005;10(2):171-92.**
- [410] **Raynaud M. Cannabis et santé. Flammarion Médecine-Sciences, Paris; 2004.**
- [411] **Costes J-M. Cannabis, données essentielles: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2007.**
- [412] **LEYRIE J. A propos de l'effet des benzodiazépines homicides. Etude de critères de responsabilité pénale. Journal de médecine légale droit médical. 1992;35(8):515-9.**
- [413] **Michel L, Lang J. Benzodiazépines et passage à l'acte criminel. L'Encéphale. 2003;29(1):469-85.**
- [414] **Valleur M. Toxicomanie et délinquance. Toxicomanies. 2005:206.**

- [415] **Bramness JG, Skurtveit S, Mørland J. Flunitrazepam: psychomotor impairment, agitation and paradoxical reactions. Forensic science international. 2006;159(2):83-91.**
- [416] **Nestor PG, Kimble M, Berman I, Haycock J. Psychosis, psychopathy, and homicide: a preliminary neuropsychological inquiry. American Journal of Psychiatry. 2002.**
- [417] **Naudts K, Hodgins S. Neurobiological correlates of violent behavior among persons with schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2006;32(3):562-72.**
- [418] **Krakowski MI, Convit A, Jaeger J, Lin S, Volavka J. Neurological impairment in violent schizophrenic inpatients. Am J Psychiatry. 1989;146(7):849-53.**
- [419] **Hoptman MJ, Volavka J, Johnson G, Weiss E, Bilder RM, Lim KO. Frontal white matter microstructure, aggression, and impulsivity in men with schizophrenia: a preliminary study. Biological psychiatry. 2002;52(1):9-14.**
- [420] **Krakowski M, Czobor P, Chou JC-Y. Course of violence in patients with schizophrenia: relationship to clinical symptoms. Schizophrenia Bulletin. 1999;25(3):505-17.**

- [421] Joyal CC, Gendron C, Cote G. Nature and frequency of aggressive behaviours among long-term inpatients with schizophrenia: a 6-month report using the modified overt aggression scale. Canadian journal of psychiatry. 2008;53(7):478-81.**
- [422] Meehan J, Psych M, Flynn S, Hunt IM, Robinson J, Bickley H, et al. Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales. Psychiatric services. 2006.**
- [423] Fazel S, Buxrud P, Ruchkin V, Grann M. Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses: a national case-control study. Schizophrenia research. 2010;123(2):263-9.**
- [424] Bland RC, Newman SC, Thompson AH, Dyck RJ. Psychiatric disorders in the population and in prisoners. International Journal of Law and Psychiatry. 1998;21(3):273-9.**
- [425] Sells DJ, Rowe M, Fisk D, Davidson L. Violent victimization of persons with co-occurring psychiatric and substance use disorders. Psychiatric Services. 2003.**
- [426] Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Criminal victimization of persons with severe mental illness. Psychiatric services. 1999;50(1):62-8.**

- [427] Hartwell S. Triple stigma: Persons with mental illness and substance abuse problems in the criminal justice system. *Criminal Justice Policy Review*. 2004;15(1):84-99.
- [428] Ran M-S, Chen P-Y, Liao Z-G, Chan CL-W, Chen EY-H, Tang C-P, et al. Criminal behavior among persons with schizophrenia in rural China. *Schizophrenia research*. 2010;122(1):213-8.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- **Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.**
- **Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.**
- **Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.**
- **Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.**
- **Les médecins seront mes frères.**
- **Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.**
- **Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.**
- **Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.**
- **Je m'y engage librement et sur mon honneur.**

قسم أبقراط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي الأول.
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله.

والله على ما أقول شهيد .

جامعة محمد الخامس - الرباط
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 218

سنة : 2016

النهج النفسي والسرييري للقتل عند ذهاني

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

السيد: عثمان عيوش

المزداد في: 28 يوليوز 1990 بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: القتل - الذهان - إمراضية نفسية - فصام وجنون العظمة.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

مشرف

أعضاء

{

السيد: محمد زكرياء بشري

أستاذ في الطب النفسي

السيد: جمال المحساني

أستاذ في الطب النفسي

السيد: عبد الرزاق الوناس

أستاذ في الطب النفسي

السيد: أحمد بورزة

أستاذ في طب الأعصاب

السيد: محمد القادري

أستاذ في الطب النفسي