



HAL
open science

Caractérisation sociodémographique, clinique et criminologique d'une population de 210 meurtriers

S. Richard-Devantoy, B. Gohier, A.-S. Chocard, J.-P. Duflot, J.-P. Lhuillier,
J.-B. Garré

► **To cite this version:**

S. Richard-Devantoy, B. Gohier, A.-S. Chocard, J.-P. Duflot, J.-P. Lhuillier, et al.. Caractérisation sociodémographique, clinique et criminologique d'une population de 210 meurtriers. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2009, 167 (8), pp.568. 10.1016/j.amp.2009.03.021 . hal-00580176

HAL Id: hal-00580176

<https://hal.science/hal-00580176>

Submitted on 27 Mar 2011

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

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

Accepted Manuscript

Title: Caractérisation sociodémographique, clinique et criminologique d'une population de 210 meurtriers

Authors: S. Richard-Devantoy, B. Gohier, A.-S. Chocard, J.-P. Duflot, J.-P. Lhuillier, J.-B. Garré



PII: S0003-4487(09)00132-2
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.03.021
Reference: AMEPSY 1018

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*

Received date: 12-12-2007
Accepted date: 20-3-2009

Please cite this article as: Richard-Devantoy S, Gohier B, Chocard A-S, Duflot J-P, Lhuillier J-P, Garré J-B, Caractérisation sociodémographique, clinique et criminologique d'une population de 210 meurtriers, *Annales medio-psychologiques* (2008), doi:10.1016/j.amp.2009.03.021

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

*Mémoire***Caractérisation sociodémographique, clinique et criminologique d'une population de
210 meurtriers****Socio-demographic, clinical, criminological and forensic characteristics of
210 murderers**

**S. Richard-Devantoy^a, B. Gohier^b, A.-S. Chocard^c, J.-P. DufLOT^d, J.-P. Lhuillier^e,
J.-B. Garré^f**

a) Chef de clinique-Assistant des hôpitaux, Département de Psychiatrie et Psychologie médicale, CHU, 4 rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France

b) Praticien Hospitalier, Département de Psychiatrie et Psychologie médicale, CHU Angers.

c) Praticien Hospitalier, Unité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU Angers.

d) Praticien Hospitalier, 100 rue de la Tricottière, Mayenne.

e) Praticien Hospitalier, Chef de service, Secteur 7, CHS CESAME, 49470 Sainte-Gemmes sur Loire, France.

f) Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Département de Psychiatrie et Psychologie médicale, CHU Angers.

Auteur correspondant : Stéphane Richard-Devantoy, Département de Psychiatrie et Psychologie médicale, CHU, 4 rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France

Tél. : 02 41 35 32 43 - 06 10 67 86 04

Adresse email : richarddevantoy@orange.fr

Texte reçu le 12 décembre 2007 ; accepté le 20 avril 2008

Résumé

Cet article, de nature essentiellement descriptive, interroge les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques d'une population de 210 meurtriers examinés par deux experts psychiatres angevins pendant une période de 30 ans. Les meurtriers de notre série sont majoritairement des hommes (73 %) d'âge jeune, 33 ans en moyenne, sans emploi (51 %), vivant seuls au moment des faits (49 %). Ils ont des antécédents psychiatriques dans deux tiers des cas et des antécédents judiciaires dans plus d'un tiers des cas. Cinquante pour cent des agresseurs ont vécu un événement de vie

significatif dans leur enfance : décès d'un parent, placement en foyer, maltraitance physique ou sexuelle. Les antécédents familiaux sont marqués par l'éthylisme paternel et le suicide.

Moins d'un cinquième des homicides présentent une pathologie mentale grave (schizophrénie $n = 14$, délire paranoïaque $n = 8$, trouble de l'humeur $n = 15$), un dixième souffrent d'une pathologie mentale « organique » (débilité mentale $n = 11$, démence $n = 5$, tableau neurologique $n = 5$) et plus d'un tiers ont un diagnostic de trouble de la personnalité ($n = 44$) ou d'abus ou de dépendance à l'alcool ($n = 35$). Un tiers des meurtriers de cette série sont indemnes de trouble psychiatrique ($n = 73$).

Le meurtre, associé à un délit dans 20 % des cas, est commis préférentiellement le soir (59 %), au domicile de la victime (70 %), au moyen d'une arme à feu (36 %), d'une arme blanche (21 %) ou par strangulation (9,6 %) dans un contexte d'alcoolisation (50 %), de dispute (49 %) et d'altercation physique (28 %), ou plus rarement dans un moment délirant (14 % des cas). La victime est connue (83 %). L'irresponsabilité pénale est prononcée pour un cinquième des meurtriers.

Abstract

After a saturated media coverage of some murders questions were raised about the mentally ill and their dangerous and violent nature which may sometimes culminate in homicide. The popular idea that someone who kills an unknown person in the street is mentally ill is firmly rooted in the collective consciousness. Yet, epidemiological data are reassuring: Only 15% of such murders are committed by the seriously mentally ill (schizophrenia, paranoia, melancholia).

Aim: To describe the socio-demographic, clinical and forensic characteristics of people convicted of 210 murderers.

Method: Consecutive series of cases of people convicted of murder in Angers between 1975 and 2005. Information on socio-demographic and clinical characteristics of perpetrators of homicide was collected from psychiatric reports prepared for the courts. This retrospective study identifies several types of pathological murders (schizophrenia, paranoiac delirious disorder, affective disorder: melancholia and hypomania, drugs abuses, personality disorders).

Results: The murderers were men whose mean age was 33. Most were single, living alone and jobless. Two thirds of them had psychiatric records and one third a record of violence against persons. There were 14 cases of schizophrenia (6,7 %), eight cases of persistent delusional disorder, 15 cases of affective disorder, 11 cases of mental disorder, 5 cases of neurological symptomatology, 44 cases of personality disorder and 35 cases of

alcohol abuse or alcohol dependency disorder. A third of the murderers did not have any kind of mental disorder ($n = 73$). Fifty-two (24%) were mentally ill. Two thirds had a history of mental illness and one third had a record of previous convictions of violence. Crimes were mostly committed at night-time and in the house of the victim. The most common method of killing was stabbing. 14 % had symptoms of mental illness at the time of the offence. The 217 victims were, in decreasing order, a family member, a current or former spouse/partner (53%), an acquaintance (30%) or a stranger (17%). The forensic and juridical consequences (via the application of former article 64 or the present article 122-1 of the French Criminal Code) were envisaged in less than ten per cent of the cases.

Conclusions: These data allowed the authors to determine the general risk factors of homicidal violence (male gender, youth and alcohol abuse) as well as some more specific factors (mental illness, co-morbidities...). The dynamic characteristics of the meeting of the crime protagonists should be added to these factors.

Mots-clés : Clinique ; Criminologie ; Homicide ; Prévention

Keywords: Homicide; Links with the Aggressor; Mental Disorder; Prevention

1. Introduction

L'homicide est un acte rare. Pourtant, l'actualité, plus ou moins récente, a fait la publicité des crimes de sang. Un philosophe célèbre, devenu mélancolique, étrangle sa femme, âgée de 70 ans, dans leur appartement et fait la une des journaux. Un paranoïaque, persuadé que le maire de sa commune incarnait les « apparatchiks » de la haute bourgeoisie de gauche, tue huit membres du conseil municipal réunis en séance. Le lendemain, il se suicide par défenestration au cours de sa garde à vue. Plus récemment, plusieurs affaires d'infanticides ont suscité l'effroi dans l'opinion publique. Le meurtre est souvent, dans l'imaginaire collectif, l'acte d'un malade mental. Les données épidémiologiques sur l'homicide contestent cette représentation : 80 à 85 % des homicides ne sont pas commis par des individus présentant une maladie mentale grave. L'objectif principal de cette étude rétrospective est de caractériser le profil sociodémographique, clinique et criminologique de cette population. Nous tentons ici à partir d'une série de 210 homicides de dresser les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques d'un meurtrier.

2. Matériel et méthode

Cette recherche, de nature essentiellement descriptive et concrète, porte sur 210 meurtriers examinés par deux experts psychiatres angevins entre le 1^{er} janvier 1975 et le 1^{er} janvier 2005. L'objectif principal de cette étude rétrospective est de caractériser le profil sociodémographique, clinique et criminologique de cette population. Le matériel d'étude comprend uniquement les pièces des dossiers d'expertises d'homicides (homicides volontaires, meurtres, infanticides, parricides, assassinats).

Nous avons conservé le diagnostic des experts pour les diagnostics de maladie mentale grave (schizophrénie, délire paranoïaque, trouble de l'humeur), de démence et de débilité mentale. Le diagnostic oscille parfois entre expertise et contre-expertise, voire surexpertise. Concernant les troubles de la personnalité et les abus et les dépendances aux toxiques, nous avons fait la synthèse des données des expertises psychiatriques et médico-psychologiques pour attribuer rétrospectivement un diagnostic selon le DSM-IV [2]. Dans tous les cas, les diagnostics posés par les psychiatres experts ont été classifiés en tenant compte des critères de la CIM-10 [31] et du DSM-IV. Nous avons analysé quatre grandes rubriques :

- la biographie, les antécédents et la pathologie mentale de l'auteur du crime ;
- les caractéristiques de la victime ;
- les faits criminels avec les affects ainsi que les comportements avant, pendant et après l'homicide, les données connues concernant la situation, les circonstances et le mode opératoire ;
- les conséquences médico-légales pour le devenir de l'individu et l'appréciation par l'expert de la dangerosité psychiatrique de l'auteur.

La bibliographie a été recherchée par MEDLINE. L'analyse des données est faite par le logiciel statistique SPSS 12.

3. Résultats

3.1. Les auteurs de meurtre (210 cas)

Les principales caractéristiques sociodémographiques, cliniques et les antécédents des 210 meurtriers sont résumés dans le tableau I.

3.1.1. Données sociodémographiques

Les meurtriers de notre série sont majoritairement de sexe masculin (meurtriers hommes : 72,9 % ; femmes : 27,1 %) ; le sex-ratio s'inverse à la faveur des femmes pour les meurtriers souffrant d'un trouble de l'humeur. L'âge moyen de l'agresseur est de 31,7 ans (16 ans-84 ans, écart type de 12,6) au moment des faits.

Ils vivent seuls (49 %) au moment des faits et sont par ordre décroissant : en couple, mariés (36,2 %) ou en concubinage (14,8 %), et plus rarement célibataires. Peu d'entre eux sont divorcés (7,1 %), séparés (6,2 %) ou veufs (1,4 %). La moitié d'entre eux sont parents. Le niveau éducatif est varié : enseignement primaire (56,7 %) ou secondaire (38,2 %), et très rarement supérieur (4,3 %). En activité pour 47 % d'entre eux, les auteurs d'homicide de notre série exercent majoritairement la profession d'ouvriers (44,4 %) ou d'employés (23,2 %), moins fréquemment celle d'artisans (15,8 %) ou d'agriculteurs (7,4 %), et rarement des professions intermédiaires (6,3 %) ou des fonctions de cadres (3,2 %).

L'autre moitié est sans activité professionnelle au moment des faits, c'est-à-dire au chômage (22 %), en invalidité (8,1 %), à la retraite (5,1 %), femme au foyer (5,6 %), en arrêt maladie (2 %) ou étudiant (3 %).

3.1.2. Événements de vie

L'enfance est marquée par des événements de vie significatifs pour 53 % des 210 homicides. Le décès d'un membre de la famille (28,1 %) est fréquent. Les autres événements de vie significatifs sont par ordre décroissant : un placement en foyer (17,6 %), une séparation parentale (11 %), des carences affectives (10,5 %), des violences parentales envers l'auteur (7,6 %), la non-connaissance de ses parents (7,1 %) et des abus sexuels (2,9 %).

Les carences affectivo-éducatives de l'auteur sont fréquentes, comme en témoignent la fréquence des décès d'un membre de la famille, les placements en foyer, et la non-connaissance d'un ou des deux parents. Ces événements de vie constituent des blessures narcissiques souvent importantes, et les situations de stress affectif ou émotionnel sont susceptibles de raviver des blessures anciennes. Ainsi dans notre série, nous retrouvons dans 30 % des cas une situation de rupture affective (rupture sentimentale, séparation conjugale, licenciement) dans le mois précédant le meurtre. Dans ces cas, le motif passionnel prédomine, questionnant la perte d'objet dans le processus criminel.

3.1.3. Antécédents psychiatriques personnels

Plus de deux tiers des auteurs de notre série ont des antécédents psychiatriques. À

l'exception des rares antécédents de psychose (3,8 %), de débilité mentale (3,8 %) ou d'anxiété (3,8 %), nous notons chez les 210 homicides quatre types principaux d'antécédents psychiatriques : des tentatives de suicide, des abus ou dépendances alcooliques, des troubles de l'humeur et des hospitalisations en psychiatrie. Dans un tiers des cas, les auteurs ont commis un (72 %), deux (9 %) ou plus de trois (19 %) gestes suicidaires, préférentiellement quand l'auteur a un trouble de l'humeur (53 %), utilisant tous les moyens classiques de tentative de suicide. Cette dernière est grave dans 27 % des cas. Plus de deux tiers des sujets consomment quotidiennement (62 %) ou occasionnellement (38 %) de l'alcool. Cette consommation débute, en moyenne, à l'âge de 18 ans. Les antécédents de troubles de l'humeur, présents chez 17 % des auteurs, sont représentés quasi exclusivement par des épisodes dépressifs, avec un premier épisode vers l'âge de 28 ans.

Enfin, un quart (24 %) des auteurs de notre série ont déjà été hospitalisés en psychiatrie pour essentiellement trois motifs : sevrage éthylique, épisode dépressif ou état psychotique. Il s'agit d'une seule (40 %), de deux ou trois (14 %) ou de plus de trois (46 %) hospitalisations en psychiatrie. L'âge de la première hospitalisation est, en moyenne de 25 ans. Enfin, un cinquième des auteurs de notre série recevaient un traitement psychotrope au moment des faits. Il s'agit majoritairement d'un traitement anxiolytique (56 %), plus rarement une thérapie antidépressive (16 %), antiépileptique (16 %) ou antipsychotique (12 %).

3.1.4. Antécédents psychiatriques et judiciaires familiaux

Les antécédents judiciaires familiaux sont rares (6,2 %). Il n'en est pas de même des antécédents psychiatriques, relativement fréquents, présents chez 38,6 % des ascendants ou collatéraux des auteurs. L'alcool et le suicide sont deux constantes dans les antécédents familiaux. Un tiers des 210 homicides a un antécédent familial d'éthylisme. L'alcool représente à lui seul 77 % des antécédents psychiatriques familiaux. Il s'agit essentiellement d'un éthylisme du père (81 %) ou des deux parents (14,3 %). Contrairement aux rares tentatives de suicide des ascendants ou des collatéraux, le suicide abouti est relativement fréquent (7,1 %), il s'agit alors d'un suicide du père (26,7 %) ou du frère (46,7 %), rarement de la mère (6,7 %) ou de la sœur (6,7 %).

3.1.5. Pathologie mentale (Figure 1)

Au sein de notre échantillon de 210 homicides, un tiers des meurtriers ne présentent ni pathologie ni trouble mental (n = 73). Un dixième d'entre eux ont au contraire une maladie

mentale grave. Les troubles psychiatriques sont répertoriés dans le tableau II et la figure 1.

Retenons quelques particularités. Les auteurs schizophrènes (n = 14) présentent dans deux tiers des cas une forme paranoïde. Dans 15 % des cas, le passage à l'acte révèle la schizophrénie. Les auteurs souffrant d'un trouble de l'humeur (n = 15) sont majoritairement déprimés au moment du meurtre. Concernant le diagnostic de trouble de la personnalité (n = 14), il s'agit essentiellement de personnalités du cluster B du DSM-IV pour lesquelles les dimensions d'impulsivité, d'immaturité et d'inaffectivité modulent les réponses psychiques de l'individu.

Une comorbidité de l'axe I ou II du DSM-IV est présente chez moins de 25 % des 210 homicides : alcoolisme (16,2 %), débilité mentale (3,3 %), trouble de la personnalité (1,9 %), abus de toxiques (1 %) et pathologie organique, essentiellement neurologique (1 %). La comorbidité alcoolique est fréquente, voire très fréquente, pour les sujets atteints d'une schizophrénie (43 %), d'une psychose paranoïaque (62,5 %) ou d'un trouble de personnalité (25 %). La présence de deux comorbidités est encore plus rare, uniquement quand l'auteur a un trouble mental.

3.1.6. *Éléments sémiologiques*

Le meurtrier délire au moment des faits dans 14 % des cas. Le délire s'intègre à la psychopathologie des schizophrènes, des délirants paranoïaques, des sujets souffrant d'un trouble de l'humeur, plus rarement et de manière plus anecdotique, à un sujet souffrant d'un éthylisme chronique, d'une démence ou d'une lésion neurologique. Les thématiques et les mécanismes délirants sont mentionnés dans le tableau III.

3.2. La scène du crime

Michel Bénézech [4,5] avance que les crimes pathologiques obéissent aux règles de la tragédie classique : unité de lieu, de temps et d'action. À quelques exceptions près et malgré l'hétérogénéité des actes homicides de notre série, la quasi-totalité des meurtres ont été perpétrés dans un même lieu, dans une même période temporelle brève et dans un même mouvement opératoire, et ce, même si l'auteur ne présente pas de pathologie mentale.

3.2.1. *Répartition spatiale et temporelle du meurtre*

Le crime est perpétré majoritairement au domicile (69,7 %) de la victime (58,2 %) ou

de l'auteur (11,5 %) et dans moins d'un tiers des cas à l'extérieur (30,3 %). Il n'existe pas de disparité géographique, l'homicide a lieu aussi bien en milieu rural qu'urbain. L'acte a lieu préférentiellement le soir après 18 heures (58,9 %), moins souvent en journée (27,2 %) ou en matinée (13,9 %).

3.2.2. *Infraction associée*

Dans 19,5 % des cas, l'auteur commet l'homicide durant l'accomplissement d'une autre infraction, majoritairement un délit [vols simples ou qualifiés (10 %)] ou un crime [tentative d'homicide (3,3 %) ou d'agressions sexuelles (2,4 %)].

3.2.3. *Les armes du meurtre*

Les armes à feu (36,4 %), les armes blanches (21,1 %), les coups (13,9 %) et la strangulation (9,6 %) représentent les quatre grands moyens de passage à l'acte homicide. Sont également utilisés les objets contondants (7,2 %), les médicaments (0,5 %), la noyade (2,9 %) ou l'immolation (1,4 %). La strangulation semble être un mode opératoire privilégié par les malades mentaux. Un cinquième des meurtriers associe un second moyen pour tuer leur victime. Le nombre de coups portés est relativement élevé, allant d'un seul (28,2 %) à cinq (21,8 %), voire à plus de cinq (30,2 %). L'acharnement est rare (4,9 %). Toutefois, dans 50 % des crimes de notre série le nombre de coups excède deux, signant le caractère volontiers émotionnel de l'acte. Les lésions par coups de couteau sont souvent multiples, allant jusqu'à 22 coups chez un schizophrène.

3.2.4. *Contexte du crime*

Dans notre série, l'auteur est habituellement le seul exécutant, notamment s'il présente une pathologie mentale. L'agression est en règle générale brutale, soudaine, n'excédant pas quelques minutes. Le crime survient essentiellement dans un contexte de dispute (49 %) ou d'altercation physique (28,2 %) ou dans un contexte psychopathologique de délire (14,2 %), de dépression (9,4 %), suicidaire (10,4 %), d'exaltation (1 %), de dépersonnalisation (0,5 %) ou de confusion (2,5 %). La clinique dépressive ou délirante et les violences interpersonnelles aboutissent à des sentiments de colère (39,6 %), de peur (16,8 %), de passion (8,9 %) ou de vengeance (5,9 %). L'alcool présent dans la moitié des cas au moment du meurtre potentialise ces affects et accentue la désinhibition. Cependant, l'alcoolémie n'est pas évaluée systématiquement. Lorsqu'elle a été mesurée, celle-ci est en moyenne de 1,7 g/L, se distribuant comme suit : inférieure à 1 g/L dans 34 % des cas, 1 à 2 g/L dans 25 % des cas et

supérieure à 2 g/L dans 40 % des cas.

3.2.5. Comportement après le crime

Le comportement après le crime diffère entre meurtriers : un cinquième appellent les secours (30 %), un cinquième maquillent la scène du crime (21,8 %). La moitié fuient (51,5 %), l'autre moitié restent sur place après leur crime (45,6 %).

Dix pour cent tentent de se suicider après l'homicide, exprimant dans les heures et jours précédents une intentionnalité suicidaire nette dans 43 % des cas, comme en témoignent les écrits, les testaments laissés sur les lieux du crime. Ils utilisent tous les moyens classiques de suicide et associent dans presque la moitié des cas plusieurs moyens. Soit le meurtrier utilise la même arme que celle employée pour tuer sa victime et la retourne contre lui, soit il utilise un autre moyen. Ce sont les meurtriers schizophrène (1 cas), dément (1 cas) et surtout mélancoliques (10 cas) qui tentent de se suicider après l'acte homicide. Les mélancoliques tentent dans 75 % des cas de se suicider dans les heures suivant l'homicide.

3.3. La victime, l'homicidé (n = 217) (Tableau IV)

Les victimes sont majoritairement de sexe masculin et majeures (79,5 % des victimes ont de plus de 18 ans). L'âge des victimes oscille entre quelques heures de vie, pour la victime la plus jeune, à 80 ans pour la victime la plus âgée. Les protagonistes se connaissent dans 83 % des cas. La victime est presque exclusivement une personne proche de l'auteur ou un membre de la famille, c'est-à-dire une victime spécifique connue [5], antérieurement connue de son agresseur (parent, voisin, ami, proche, relation).

Eu égard à la pathologie mentale éventuelle de l'auteur, le type de victime diffère : parricide, connaissance et inconnu pour le schizophrène ; infanticide, libéricide et uxoricide pour les auteurs déprimés ou mélancoliques, et parricide, uxoricide et connaissance pour les délirants paranoïaques. La victime est aspécifique quand le meurtrier présente un trouble de personnalité, une dépendance/un abus d'alcool ou quand il est indemne de pathologie mentale.

3.4. Les données médico-légales de l'expertise

Plus de 50 % des auteurs sont considérés par les experts comme responsables de leur acte (responsabilité pénale dans 54,5 % des cas). Ils concluent à l'irresponsabilité de l'auteur

dans 19 % des cas (article 64 : 18 % ; article 122-1 alinéa 1 du Code pénal : 1 %) et à une atténuation de responsabilité dans 26,5 % des cas (atténuation de responsabilité : 19,5 % et article 122-1 alinéa 2 du Code pénal : 7 %).

4. Discussion

Les rubriques étaient renseignées dans plus de 95 % des cas, soulignant la qualité du matériel d'étude. Toutefois, les principales limites de cette étude sont l'utilisation rétrospective de données d'expertises, le travail sur dossier (nous n'avons pas rencontré les individus), les biais de sélection (point de vue d'un seul expert), la non-standardisation des entretiens, le biais de reconstruction des événements par le patient à laquelle aurait pu adhérer l'expert, l'hétérogénéité du groupe des homicides (assassinat, homicide volontaire, parricide, infanticide) et l'instabilité temporelle des cadres nosographiques sur la période de l'étude de 30 ans.

4.1. Le profil d'un homicideaire (Tableau V)

Les meurtriers de notre série sont majoritairement des hommes jeunes, non immigrés, sans emploi, isolés, vivant seuls au moment des faits. Ils ont des antécédents psychiatriques dans deux tiers des cas, des antécédents médicaux dans un cinquième des cas et des antécédents judiciaires dans plus d'un tiers des cas. Ils ont vécu dans plus de 50 % des cas un événement de vie significatif dans leur enfance : décès d'un parent, placement en foyer, maltraitance physique ou sexuelle. L'éthylisme paternel et le suicide représentent les antécédents familiaux psychiatriques les plus fréquemment constatés. Moins d'un dixième des homicides présente une pathologie mentale grave (schizophrénie, délire paranoïaque, trouble de l'humeur) ; un autre dixième souffre d'une pathologie mentale « organique » (débilité mentale, démence, tableau neurologique). Un tiers des meurtriers de cette série sont indemnes de trouble psychiatrique.

Le meurtre, associé à un délit dans 20 % des cas, est commis préférentiellement le soir, au domicile de la victime, au moyen d'une arme à feu, d'une arme blanche ou par strangulation dans un contexte d'alcoolisation, de dispute et d'altercation physique, ou plus rarement dans un moment délirant (14 % des cas). La victime est connue. L'irresponsabilité pénale est prononcée pour un cinquième des meurtriers de notre série.

Les mêmes caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques chez

les meurtriers sont sériées dans l'étude de J. Shaw et al. [39]. Leur série de 718 homicides, commis entre avril 1996 et novembre 1997 en Angleterre, cible le profil des meurtriers : hommes jeunes, 27 ans en moyenne, célibataires et sans emploi, aux antécédents de violences contre les personnes dans un tiers des cas. Une minorité des auteurs (14 %) avaient déjà consulté auprès de services de soins en psychiatrie, 8 % dans l'année précédant le crime. Le crime est commis au moyen d'une arme blanche dans 39 % des cas, dans un contexte d'alcoolisation dans plus d'un tiers des cas et dans un moment dépressif, délirant ou hallucinatoire dans 14 % des cas. La victime est un membre de la famille (35 %), une connaissance (39 %) ou un étranger (26 %). Dans des séries de plus petite taille, deux autres auteurs, P. Gottlieb et al. [13] à Copenhague (n = 251) et K. Koh et al. [19] à Singapour (n = 110) décrivent le même profil de meurtrier. Les schizophrènes meurtriers se démarquent des auteurs sans pathologie mentale par une clinique spécifique propre au processus psychopathologique [3,6,7,9,18,21,23,26,27,29,34].

4.2. Facteurs criminogènes

Il faut être attentif aux antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool et à l'éventuelle psychopathologie délirante. Ces deux constantes interviennent dans la genèse du meurtre [14,15,22,33,37].

La consommation d'alcool et de stupéfiants est un facteur de risque de violence [36], et a fortiori d'homicide, chez les malades mentaux, mais aussi chez les sujets indemnes de trouble mental [46]. La consommation d'alcool constitue à la fois un facteur trait et un facteur état pour individu par rapport au risque d'homicide. En d'autres termes, l'alcool peut intervenir à trois niveaux dans la genèse d'un acte homicide. Le premier niveau serait représenté par le diagnostic principal d'éthylisme chronique (facteur trait) ; à un second niveau, l'alcool interviendrait comme une comorbidité (facteur trait) d'un diagnostic de l'axe I ou II du DSM-IV ; enfin à un troisième niveau, l'alcool peut également être consommé au moment de l'acte homicide (facteur état).

Le diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool est porté chez 1 % à 38 % des meurtriers selon les pays [8,10,12,19,32,46]. J. Shaw et al. [41] constatent sur une population de 1 579 meurtriers, 41 % d'abus d'alcool, 40 % d'abus de drogue, 11 % de dépendance à l'alcool et 9 % de dépendance aux toxiques ; 45 % des auteurs d'homicides ont consommé de l'alcool et 15 % étaient sous l'emprise de toxiques aux moments des faits. Une alcoolisation au moment de l'acte est en effet fréquente, dans 30 à 64 % des cas selon les séries

[14,19,25,41,44]. La consommation de toxiques au moment du meurtre varie entre 5 et 15 % selon les études [5 % Koh et al. 2006 ; 15 % McGrath 2005 ; 11 % Shaw et al. 2006].

Nos données rejoignent celles de la littérature qui mettent en évidence la présence de symptômes psychotiques chez 14 à 15 % des meurtriers au moment des faits et la présence d'un délire chez 7 à 10 % des homicides [13,19,40,42]. Les symptômes psychotiques, plus souvent le délire que les hallucinations, influenceraient le crime [17,30,43]. La thématique la plus fréquente est la persécution [6,17,18,21,30,34,43]. La participation d'une motivation délirante à la genèse de l'homicide demeure controversée dans la littérature. M. Bénézech [5] pense que « le meurtrier psychotique présenterait un état dissociatif ou délirant au moment de l'acte » et rejoint J. Lanzkron [20] pour qui les homicides des schizophrènes sont en relation avec le délire. M. Vielma et al. [45] affirment que le schizophrène tue peu souvent halluciné. Mais s'il est halluciné, il semble que la dangerosité du schizophrène soit plus nette quand il identifie ses voix : 66 % des patients identifiant les voix leur obéissent, alors qu'ils ne sont que 34 % à obéir à des voix non identifiées [1].

4.4. La victime

En population d'homicides, tous auteurs d'homicides confondus, J. Shaw et al. [39] relèvent la relation suivante entre le meurtrier et sa victime : un membre de la famille ou le partenaire dans 36 % des cas, une connaissance ou un voisin dans 39 % des cas et une victime inconnue dans 25 % des cas. Dans 75 % des cas, les protagonistes se connaissent. P. Gottlieb et al. [13] et K. Koh et al. [19] font le même constat : dans leur population d'homicides, respectivement 85 % et 67 % des meurtriers connaissent leur victime.

Au sein des homicides commis par des hommes, H. Gillies [12] relève que 44 % des victimes sont un membre de la famille du meurtrier chez les malades mentaux, contre 24 % quand le criminel est indemne de trouble mental. Chez les femmes, le pourcentage des victimes intra-familiales est identique dans les deux groupes. Les victimes privilégiées des hommes sont l'épouse et la maîtresse chez les meurtriers sans pathologie mentale, l'épouse et la mère chez les meurtriers souffrant d'un trouble mental. Les victimes des femmes meurtrières sont le mari dans les homicides non pathologiques et les enfants quand l'homicidaire souffre d'un trouble psychiatrique.

La proximité affective des protagonistes est d'autant plus marquée que le meurtrier présente une maladie mentale. En effet, 75 % à 98 % des malades mentaux auteurs de meurtres connaissent leur victime [6,11,12,19,24-26,32,40,42,47]. Le meurtre d'une personne

inconnue de l'auteur serait plus fréquent quand le criminel ne présente pas de maladie mentale. S. Shaw et al. [38] rapportent 7 % de victimes inconnues quand le meurtrier souffre d'une maladie mentale contre 25 % quand il en est indemne. Le meurtrier assassinant une victime inconnue présente rarement des symptômes psychiatriques au moment des faits (6 % des cas pour J. Shaw et al. [38]). A contrario, il est alcoolisé ou a pris de la drogue au moment du crime.

5. Conclusion

Les données de la littérature française et étrangère retrouvent le même profil sociodémographique, clinique et criminologique chez les auteurs d'homicides : hommes jeunes, âgés de 35 ans en moyenne, sans emploi, issus d'un milieu principalement ouvrier et de familles pauvres, aux antécédents de violences contre les personnes et aux antécédents d'abus ou de dépendances aux substances psychoactives [3,13,19,28,32,35,40,42,46,47]. Le crime a lieu dans un contexte d'alcoolisation souvent au moyen d'une arme d'opportunité. Les protagonistes se connaissent. Ces données permettent de dégager des facteurs de risque généraux de violence homicide (sexe masculin, âge jeune, milieu défavorisé, abus d'alcool) et des facteurs plus spécifiques (maladie mentale, comorbidités...) [16,36], auxquels il faudrait intégrer les aspects dynamiques de la rencontre entre les protagonistes.

Conflit d'intérêt : à compléter par l'auteur

Références

1. Allilaire JF, Lemonier E, Paillère-Martinot ML. Un exemple particulier d'homicides : ceux commis par les patients schizophrènes. Schizophrénie, passage à l'acte, homicide et criminalité. In : Albernhe T. Criminologie et Psychiatrie. Paris: Ellipses; 1997: 177-80.
2. American Psychiatric Association (1994-1996). DSM-IV (Washington DC, 1994). Trad fr JD Guelfi et col. Paris: Masson; 1996.
3. Barbera Pera S, Dailliet A. Homicide par des malades mentaux : analyse clinique et criminologique. Encéphale 2005; 31 (cahier 1): 539-49.
4. Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois ML. Criminologie et psychiatrie. Encycl Méd Chir, Psychiatrie, Paris, 2002; 37-906-A-10: 15 p.

5. Bénézech M. Classification des homicides volontaires et psychiatrie. *Ann Med Psychol* 1996;154:161-73.
6. Bénézech M, Haddad M. L'homicide des psychotiques en France. À propos d'une enquête portant sur cinq années (1977-1981). *Ann Med Psychol* 1996;154:161-73.
7. Erb M, Hodgins S, Freese R, Muller-Isberner R, Jöckel D. Homicide and schizophrenia: May-be treatment does have a preventive effect. *Crim Behav Ment Health* 2001;11:6-26.
8. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:497-501.
9. Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull* 1996;22:83-9.
10. Fazel S, Grann M. Psychiatric morbidity among homicide offenders: A Swedish population study. *Am J Psychiatry* 2004;161:2129-31.
11. Fioritti A, Ferriani E, Rucci P, Melega V. Characteristics of homicide perpetrators among Italian forensic hospital inmates. *Int J Law Psychiatry* 2006;29:212-9.
12. Gillies H. Homicide in the West of Scotland. *Brit J Psychiatry* 1976;128:105-27.
13. Gottlieb P, Gabrielsen G, Kramp P. Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76:285-92.
14. Gottlieb P, Gabrielsen G. Alcohol-intoxicated homicides in Copenhagen, 1959-1983. *Int J Law Psychiatry* 1992;15:77-87.
15. Graham K. The relationship between homicide and alcohol, drugs and psychiatric disorder: Some directions for prevention. *Addiction* 2006;101:1071-2.
16. Hodgins S, Müller-Isberner R. Preventing crime by people with schizophrenic disorders: The role of psychiatric services. *Brit J Psychiatry* 2004;185:245-50.
17. Humphreys MS, Johnstone EC, MacMillan JF, Taylor PJ. Dangerous behaviour preceding first admissions for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992;161:501-5.
18. Joyal CC, Putkonen P, Paavola P, Tiihonen J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med* 2004;34:433-42.
19. Koh KGWW, Gwee KP, Chan YH. Psychiatric aspects of homicide in Singapore: A five-year review (1997-2001). *Singapore Med J* 2006 ;47 :297-304.
20. Lanzkron J. Murder in insanity: A survey. *Am J Psychiatry* 1963;119:754-8.
21. Le Bihan P, Bénézech M. Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. À propos de 42 observations. *Ann Med Psychol* 2004;162:615-25.
22. Lindqvist P. Homicides committed by abusers of alcohol and illicit drugs. *Br J Addict*

1991;86:321-6.

23. Loretto L, Sanna NM, Nivoli G. Le passage à l'acte homicide du schizophrène. In : Millaud F. Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques. Paris: Masson; 1998. P. 77-93.

24. McKnight CK, Mohr JW, Quinsey RE, Erochko J. Mental illness and homicide. *Can Psychiatr Assoc J* 1966;11:91-8.

25. Mcgrath M, Oyeboode F. Characteristics of perpetrators of homicide in independent inquiries. *Med Sci Law* 2005;45:233-43.

26. Meehan J, Flynn S, Hunt I, et al. Perpetrators of homicide with schizophrenia: A national clinical survey in England and Wales. *Psychiatr Serv* 2006;57:1648-51.

27. Millaud F. L'homicide chez le patient psychotique : une étude de 24 cas en vue d'une prédiction à court terme. *Rev Can Psychiatrie* 1989;34:340-6.

28. Mucchielli L. Les homicides. In : Mucchielli L, Robert P. Crime et sécurité : l'état du savoir. Paris: La Découverte; 2002. P. 148-57.

29. Naudts K, Hodgins S. Neurobiological correlates of violent behavior among persons with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006;32:562-72.

30. Nestor PG, Haycock J, Doiron S, Kelly J, Kelly D. Lethal violence and psychosis: A clinical profile. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1995;23:331-41.

31. Organisation Mondiale de la Santé : CIM-10. Classification Internationale des Maladies : 10^e révision : chapitre V (F), Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et Directives pour le Diagnostic. Genève: Masson; 1993.

32. Petursson H, Gudjonsson GH. Psychiatric aspects of homicide. *Acta Psychiatr Scand* 1981;64:363-72.

33. Putkonen A, Kotilainen I, Joyal C, Tiihonen J. Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: A structural clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophr Bull* 2004;30:59-72.

34. Russo G, Salomone L, Della Villa L. The characteristics of criminal and non criminal mentally disordered patients. *Int J law Psychiatry* 2003;26:417-35.

35. Schanda H, Knecht G, Schreinzer D, Stompe Th, Ortwein-Swoboda G, Waldhoer Th. Homicide and major mental disorder: A 25-year study. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:98-107.

36. Senon JL, Manzanera C. Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médicolégaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique. *Ann Méd Psychol* 2005;163:870-7.

37. Senon JL, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? *Inf psychiatr* 2006;82:645-52.
38. Shaw J, Amos T, Hunt IM, Flynn S, Tunrull P, Kapur N, Appleby L. Mental illness in people who kill strangers: Longitudinal study and national clinical survey. *BMJ* 2004;328(7442):734-7.
39. Shaw J, Appleby L, Amos T et al. Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide: National clinical survey. *BMJ* 1999;318:1240-4.
40. Shaw J, Hunt I, Flynn S et al. Rates of mental disorder in people convicted of homicide. *Br J Psychiatry* 2006;188:143-7.
41. Shaw J, Hunt I, Flynn S, et al. The role of alcohol and drugs in homicides in England and Wales. *Addiction* 2006;101:1117-24.
42. Simpson A, McKenna B, Moskowitz A, Skipworth J, Barry-Walsh J. Homicide and mental illness in New Zealand, 1970-2000. *Br J Psychiatry* 2004;185:394-8.
43. Taylor PJ. Motives for offending among violent and psychotic men. *Br J Psychiatry* 1985;147:491-8.
44. Valevski A, Averbuch I, Radwan M, Gur S, Spivak B, Modai I, Weizman A. Homicide by schizophrenic patients in Israel. *Eur Psychiatry* 1999;14:89-92.
45. Vielma M, Vincente B, Hayes GD, Larkin EP, Jenner FA. Mentally abnormal homicide. A review of a special hospital male population. *Med Sci Law* 1993;33:47-54.
46. Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S, Ruschena D, Browne C. Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *Br J Psychiatry* 1998;172:477-84.
47. Wong M, Singer K. Abnormal homicide in Hong Kong. *Brit J Psychiatry* 1973;123:295-8.

Tableau I : L'auteur du meurtre : n=210 (%)

Age	31,7 ans (16-84 ans)
Homme	153 (72,9%)
Enfant unique	21 (10%)
Célibataire	103 (49%)
Niveau d'étude primaire	119 (56,7%)
Sans emploi	46 (22%)
Vit en milieu urbain	111 (53%)
Immigrés	13 (6,2%)
Environnement familial inexistant	13 (6,2%)
Evénements de vie (0-18 ans)	111 (53%)
ATCD psychiatriques personnels	132 (63%)
<i>ATCD de TS</i>	<i>44 (21%)</i>
<i>ATCD d'alcoolisme</i>	<i>86 (41%)</i>
<i>ATCD d'hospitalisation</i>	<i>50 (24%)</i>
ATCD somatiques	45 (21%)
ATCD de violence contre des personnes	65 (31%)
ATCD judiciaires	78 (37%)
ATCD psychiatriques familiaux	81 (38,6%)
ATCD judiciaires familiaux	12 (6%)

Article : Caractérisation sociodémographique, clinique et criminologique d'une série de 210 meurtriers

Tableau II : Diagnostic principal des 210 meurtriers selon la CIM-10

Diagnostic principal	Effectif (%)
Z 03.2 Aucun diagnostic	73 (34,8%)
F 20. Schizophrénie	14 (6,7%)
F20.0 Schizophrénie paranoïde	8
F 20.1 Schizophrénie désorganisée	1
F 20.3 Schizophrénie indifférenciée	2
F 20.5 Schizophrénie résiduelle	3
F 22 Trouble délirant	8 (3,8%)
F 3x. Trouble de l'humeur	15 (7,1%)
F 32 Episode dépressif majeur isolé	2
F32.3 Episode dépressif avec caractéristiques mélancoliques	9
ou avec des symptômes psychotiques	
F30.9 Trouble bipolaire	1
F34 Trouble cyclothymique	1
F34.1 Dysthymie	1
Hypomanie	1
F 70.x à F 79.x Retard mentaux	11 (5,2%)
F0x. Démence	4 (1,9%)
F03 Démence non spécifiée	2
F06.7 Trouble neuro-cognitif léger	1
F10.73 Démence persistante liée à l'alcool	1
F41.9 Troubles anxieux	1 (0,5%)
Troubles organiques	5 (2,4%)
Q98.4 Syndromes de Klinefelter	2
Syndrome frontal sur séquelle d'anévrysme	1
Syndrome de Korsakoff	1
F 60. Troubles de la personnalité	44 (21%)
F60.0 Personnalité paranoïaque	1
F60.1 Personnalité schizoïde	6
F60.2 Personnalité antisociale	4
F60.3 Personnalité émotionnelle labile	4
F60.4 Personnalité histrionique	3
F60.9 Trouble de personnalité sans précision	18
F 10. Abus et dépendance aux toxiques	34 (16%)
F10.1 Abus à l'alcool	13
F10.2 Dépendance à l'alcool	21
F12.2 Dépendance aux cannabis	1

Article : Caractérisation sociodémographique, clinique et criminologique d'une série de 210 meurtriers

Tableau III : Principaux thèmes et mécanismes des 14% meurtriers délirants sur les 210 homicides

Thèmes délirants	Fréquence %
Persécution	69
Mysticisme	30
Syndrome d'influence	23,6
Jalousie	16,7
Sexualité	16,7
Mégalomanie	13,3
Mécanismes délirants	Fréquence %
Interprétation	80
Intuition	33
Imagination	25
Hallucinations acoustico-verbales	43,3
Automatisme mental	10
Injonctions hallucinatoires	6,7

Article : Caractérisation sociodémographique, clinique et criminologique d'une série de 210 meurtriers

Tableau IV : Victime des 210 homicides (%)

Une seule victime	97
Sexe féminin	34,5
Famille	53
Parents	4,3
Enfants	20
Conjoint(e)	23,5
Frère/soeurs	1
Autres	4,2
Connaissance (amis, voisins)	30
Connaissance lointaine	16,2
Amis	9,5
Voisins(es)	4,3
Inconnu	17

Article : Caractérisation sociodémographique, clinique et criminologique d'une série de 210 meurtriers

Tableau V : Profil des meurtriers suivant les études

	GOTTLIEB et al. [12] (Danemark, 1987)	SHAW et al. [38] (Angleterre, 2006)	KOH et al. [18] (Singapour, 2006)	Série de 210 homicidaires (France, 2007)
Nombre de sujets	251	1594	110	210
Durée de l'étude	1959-1983 (25 ans)	1996-1999 (3 ans)	1997-2001 (5ans)	1975-2005 (30 ans)
A U T E U R	Age	31 ans	27 ans	32 ans
	Sexe masculin	85,5%	90%	88%
	Célibataire	-	15%	57%
	Sans emploi	-	50%	26,4%
	Antécédents de violence	-	37%	44%
	Antécédents psychiatriques	-	18%	-
	Schizophrénie	6,5%	5%	5,5%
	Antécédents de mésusage d'alcool	-	42%	23 %
Antécédents de mésusage aux toxiques	55%	40%	-	
C R I M E	Arme blanche	-	37%	46 %
	Alcool au moment des faits	55%	45% (alcool) 15% (drogues)	30%
	Discernement altéré ou aboli	-	10%	15%
VICTIME connue	85%	75%	86%	83%
VICTIME inconnue	15%	25%	14%	17%

Article : Caractérisation sociodémographique, clinique et criminologique d'une série de 210 meurtriers

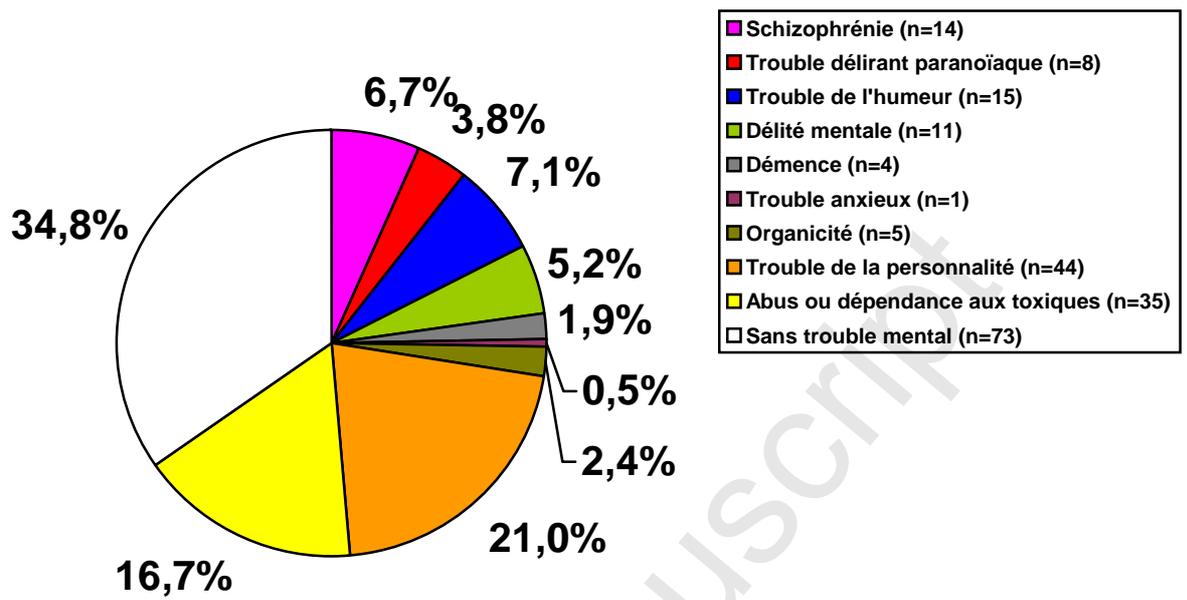


Figure 1 : Répartition diagnostique des 210 homicides

Article : Caractérisation sociodémographique, clinique et criminologique d'une série de 210 meurtriers