



HAL
open science

Homicide et schizophrénie : à propos de 14 cas de schizophrénie issus d'une série de 210 dossiers d'expertises psychiatriques pénales pour homicide

S. Richard-Devantoy, J.-P. Duflot, A.-S. Chocard, J.-P. Lhuillier, J.-B. Garre, J.-L. Senon

► To cite this version:

S. Richard-Devantoy, J.-P. Duflot, A.-S. Chocard, J.-P. Lhuillier, J.-B. Garre, et al.. 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, 167 (8), pp.616. 10.1016/j.amp.2009.08.007 . hal-00580178

HAL Id: hal-00580178

<https://hal.science/hal-00580178>

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: Homicide et schizophrénie : à propos de 14 cas de schizophrénie issus d'une série de 210 dossiers d'expertises psychiatriques pénales pour homicide

Authors: S. Richard-Devantoy, J.-P. DufLOT, A.-S. Chocard, J.-P. Lhuillier, J.-B. Garre, J.-L. Senon



PII: S0003-4487(09)00237-6
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.08.007
Reference: AMEPSY 1068

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*

Please cite this article as: Richard-Devantoy S, DufLOT J-P, Chocard A-S, Lhuillier J-P, Garre J-B, Senon J-L, Homicide et schizophrénie : à propos de 14 cas de schizophrénie issus d'une série de 210 dossiers d'expertises psychiatriques pénales pour homicide, *Annales medio-psychologiques* (2008), doi:10.1016/j.amp.2009.08.007

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.

*Communication***Homicide et schizophrénie : à propos de 14 cas de schizophrénie issus d'une série de 210 dossiers d'expertises psychiatriques pénales pour homicide****Homicide and schizophrenia: A review of 14 cases from 210 forensic examinations of murderers****S. Richard-Devantoy ^a, J.-P. Dufлот ^b, A.-S. Chocard ^c, J.-P. Lhuillier ^d, J.-B. Garre ^e,
J.-L. Senon ^f**

^a *Chef de clinique – Assistant des hôpitaux, Département de Psychiatrie et Psychologie médicale (Pr. Garré), CHU, 4 rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France*

^b *Praticien Hospitalier, 100 rue de la Tricottière, Mayenne, France*

^c *Praticien Hospitalier, Département de Psychiatrie et Psychologie médicale, CHU Angers, France*

^d *Praticien Hospitalier – Chef de service, Secteur 7, CHS CESAME, Ste Gemmes sur Loire, France*

^e *Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, Département de Psychiatrie et Psychologie médicale, CHU Angers, France*

^f *Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, Service Hospitalo Universitaire de Psychiatrie et Psychologie Médicale, CHU et CHHL, BP 587 – 86021 Poitiers, France*

Auteur correspondant : Dr S. Richard-Devantoy, Chef de clinique - Assistant des hôpitaux, Département de Psychiatrie et Psychologie médicale (Pr. Garré), CHU, 4 rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France.

Tél. : 02 41 35 32 43

Mob. : 06 10 67 86 04

Adresse email : richarddevantoy@orange.fr

Résumé

La publicité de quelques crimes commis par des schizophrènes tend à stigmatiser et à généraliser dans l'opinion publique la peur liée à la pathologie schizophrénique. Or, 95 % des meurtriers ne présentent pas les critères diagnostiques de schizophrénie.

But : à partir d'expertises psychiatriques pénales confiées par deux experts, cet article se propose de décrire les différences entre les profils sociodémographique, clinique et criminologique des meurtriers schizophrènes et ceux indemnes de trouble psychiatrique.

Méthode : nous avons préalablement caractérisé le profil sociodémographique, clinique et criminologique d'une population de 210 homicides d'où sont extraits les 14 schizophrènes auteurs de meurtres. Dans un second temps, nous avons comparé le profil des auteurs présentant une schizophrénie ($n = 14$) à celui des auteurs ne souffrant d'aucun trouble psychiatrique ($n = 73$).

Résultats : le profil des homicides schizophrènes de notre série se particularise par un statut socioprofessionnel spécifique (célibataire, sans enfant et sans emploi) et par des antécédents psychiatriques (caractéristiques constamment signalées dans la population des schizophrènes non criminels) et de violence contre les personnes, plus fréquents que les meurtriers exempts de trouble mental. À l'exclusion de ces variables et de la clinique définissant la schizophrénie, il n'existe pas de différence significative du profil sociodémographique entre les homicides schizophrènes et ceux indemnes de trouble psychiatrique. Outre les similitudes dans les modalités temporo-spatiales et opératoires du passage à l'acte meurtrier entre les deux groupes (le soir, au domicile de la victime, avec trois moyens classiques [armes à feu, armes blanches et coups] dans un moment d'alcoolisation), les meurtriers schizophrènes commettent généralement seul un homicide non prémédité, strangulant plus souvent leur victime au cours d'une attaque soudaine, contrairement aux meurtriers sans pathologie avérée qui préméditent leur crime. On peut alors évoquer un état de violence émotionnelle. Dans 86 % des cas, une psychopathologie délirante motivait l'acte homicide du schizophrène. Quatre thématiques criminogènes prédominaient : la persécution, le syndrome d'influence, le mysticisme et la mégalomanie. La victime était connue dans 85,7 % des homicides commis par des schizophrènes : intrafamilial dans 25 % des cas et extrafamilial dans 60,7 % des cas. Le meurtrier sans pathologie psychiatrique avérée tue plus souvent une victime inconnue (23 %) que le meurtrier schizophrène (14 %). Enfin, l'irresponsabilité pénale ou l'atténuation de responsabilité est la règle pour le schizophrène meurtrier.

Conclusion : la psychopathologie du processus morbide infiltre l'acte homicide du schizophrène. L'appréciation du discernement au moment des faits devrait en tenir compte. La seule spécificité du meurtrier schizophrène serait sa victime : un membre de sa famille ou une connaissance.

Mots clés : Clinique ; Criminologie ; Homicide ; Schizophrénie ; Victime

Abstract

A few murders, which received saturated media coverage, obviously raises questions about the dangerous and violent nature of the mentally ill, which can sometimes culminate in homicide. Firmly rooted in the collective consciousness is the popular idea that someone who kills an unknown person in the street is mentally ill. On the contrary the epidemiological data are reassuring; only 5% of such murders are committed by the persons suffered of schizophrenia.

Aim: to establish the social, clinical and forensic differences between murderers suffering of schizophrenia disorder and murderers who are immune of psychiatric disorder, and especially to compare their respective records of psychiatrics disorder and their respective relationship with their victims.

Method: we studied the cases of 210 murderers, the offences related to the murders, and the social and clinical information collected from psychiatric court reports on persons convicted of homicide. Firstly, we identified the socio-demographic, clinical and criminological profiles of a group of 210 murderers from which were distinguished the schizophrenia murderers. Then, we compared the profiles of murderers suffering from schizophrenia (n=14), with 73 persons without any mental disorder.

Results: the profile of schizophrenic murderers of our series is characterized by a specific socio-professional status (single, without child and jobless) and by more frequent records of psychiatrist troubles (this characteristic is always found with criminals that are schizophrenics) and violence against human beings than murderers' immune of mental disorder. With the exception of these variables and of the clinic of schizophrenia, there is no noticeable difference of socio-demographic profile between schizophrenic murderers and murderers without psychiatric troubles. In addition to the similarities, between the two groups of murderers, in the temporal, location and operating characteristics of the commitment of the homicide (in the evening, at the house of the victim, with three classical means (firearms, knife and knocks), having drunk alcohol), schizophrenic murderers generally commit, alone, a non-premeditated murder, alone. They often strangle their victim in a sudden attack, whereas murderers without a known pathology often premeditate their crime. Therefore, it is possible to talk about a state of emotional violence. In 86% of cases, a delirious psychopathology was at the root of the homicide act of the schizophrenic person. Four criminological themes predominate: Persecution, syndrome of influence, mysticism and megalomania. Among the

victims of schizophrenic murderers, closest persons to and acquaintance of the murderers are over-represented; in 25% of cases the murder takes place within the family. Finally, penal irresponsibility or ... mitigation of penal responsibility of the schizophrenic murderer was generally recognized.

Conclusion: differences between murderers affected with and unaffected with schizophrenia lie on the psychopathology of the morbid process which underlies the homicide of the mentally ill person.

Keywords: Clinical study; Criminology; Homicide; Schizophrenia; Victim

1. Introduction

La médiatisation de quelques faits divers d'homicide commis par des schizophrènes tend à renforcer dans l'opinion publique l'idée que le crime émane de la déraison. Quarante-huit pour cent des Français pensent que les schizophrènes sont dangereux pour les autres [31]. Dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalité », le meurtre et le viol sont associés, pour une majorité des Français interrogés, au malade mental [16]. Pour autant, les schizophrènes hommes ou femmes représentent 3,6 à 10 % des meurtriers selon les séries [7-11,13,15,20,34,38,39,41], mais sont surreprésentés parmi les meurtriers [9]. Par rapport à une population indemne de pathologie mentale, la schizophrénie multiplierait le risque de violence homicide par 4 à 16 chez l'homme et par 6,5 à 26 chez la femme [8-10,13,34,41]. Eronen [9] précise que tous les schizophrènes ne devraient pas être considérés comme dangereux. Le sujet schizophrène auteur d'un meurtre a-t-il un profil sociodémographique, clinique et criminologique différent du criminel sans pathologie avérée ? À partir d'une série de 210 dossiers d'expertises d'homicides volontaires dont 14 sont le fait de sujets schizophrènes, l'objectif principal de cette étude rétrospective est de déterminer les différences entre les profils sociodémographique, clinique et criminologique des meurtriers schizophrènes et ceux indemnes de trouble psychiatrique.

2. Étude clinique

2.1. Matériel et méthode

Cette recherche, de nature essentiellement descriptive et concrète, porte sur 210 expertises d'homicides volontaires (homicides volontaires, meurtres, infanticides, parricides, assassinats) réalisées par deux experts psychiatres de la cour d'appel d'Angers entre le 1^{er} janvier 1975 et le 1^{er} janvier 2005. Le matériel d'étude comprend uniquement les pièces des dossiers d'expertise. Nous avons préalablement caractérisé le profil sociodémographique, clinique et criminologique d'une population de 210 meurtriers d'où sont extraits les 14 schizophrènes auteurs de meurtres. Dans un second temps, nous avons comparé le profil des auteurs présentant une schizophrénie (n = 14) à celui des agresseurs ne souffrant d'aucun trouble psychiatrique (n = 73).

Nous avons conservé le diagnostic des experts qui oscille parfois entre expertise et contre-expertise, voire surexpertise. Dans tous les cas, les diagnostics posés par les psychiatres experts ont été classifiés en tenant compte des critères du DSM-IV [2]. 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. La bibliographie a été recherchée par MEDLINE. L'analyse des données est faite par le logiciel statistique SSPM 12.

2.2. Résultats : comparaison des auteurs présentant une schizophrénie à ceux qui en sont indemnes

2.2.1. L'auteur du crime (Tableau I)

Les données sociodémographiques et les antécédents personnels des meurtriers des deux groupes sont résumés dans le tableau I. Seuls 15 % des auteurs schizophrènes n'avaient jamais eu de suivi psychiatrique, alors que 85 % avaient eu un suivi ou étaient suivis par un service de psychiatrie, le diagnostic de psychose n'étant pas nécessairement posé. Des comportements antisociaux ou une consommation de substances psychoactives avaient alors motivé une prise en charge psychiatrique. Soixante-dix pour cent d'entre eux avaient déjà été hospitalisés pour bouffée délirante aiguë, consommation de substances psychoactives (alcool, cannabis), épisode dépressif majeur ou tentative de suicide. Seulement deux auteurs schizophrènes avaient un traitement psychotrope au moment des faits. Quatre d'entre eux n'avaient jamais reçu de thérapeutiques antipsychotiques. Les antécédents de violence

physique envers autrui étaient fréquents et identiques dans les deux groupes (21,4 % vs 23,9 % [χ^2 : 0,04 ; $p = 1,000$]). La violence du schizophrène était dirigée vers la future victime et était survenue le plus souvent dans l'année précédant le crime. Un seul schizophrène avait déjà commis une tentative de meurtre un an auparavant. Les antécédents familiaux (alcoolisme paternel et suicide paternel ou du frère) étaient deux fois plus fréquents parmi les meurtriers schizophrènes.

Dans notre série, deux tiers des schizophrènes auteurs de meurtre présentaient une forme paranoïde (64,4 %). Les autres formes cliniques se répartissaient entre des formes résiduelles (21,4 %), désorganisées (7,1 %) et indifférenciées (7,1 %). Les comorbidités étaient fréquentes : alcoolisme (43 %), personnalité antisociale (7,1 %) et débilité mentale (7,1 %).

2.2.2. Le meurtre (Tableau II)

Les auteurs schizophrènes ont exécuté généralement seul leur crime, alors que les meurtriers sans trouble psychiatrique ont agi plus fréquemment, en groupe ou avec une complicité, au cours d'un autre délit, le plus souvent au cours d'un vol. La strangulation était un mode opératoire plus fréquent chez les auteurs schizophrènes.

Au moment du crime, les schizophrènes étaient en phase processuelle de leur maladie, délirants (86 %) ou discordants (71,5 %), tandis que les auteurs sans trouble psychiatrique se sont disputés (52,9 %) ou ont eu une altercation physique (27,1 %) dans les minutes précédant le crime. Les constructions délirantes paranoïdes des schizophrènes s'élaboraient volontiers autour de quatre principaux thèmes (tableau III) : la persécution (66,7 %), le mysticisme (58,3 %), les idées d'influence (58,3 %) ou la mégalomanie (25 %). Les mécanismes étaient multiples, variés et intriqués, les injonctions hallucinatoires relativement rares (16,7 %). La thématique de persécution sous-tendait certains passages à l'acte : dans un cas, il « se croyait le diable, se sentait persécuté par des airs de l'exorciste ». Des injonctions hallucinatoires étaient présentes pour deux sujets dont un exprimait un commandement intrapsychique qui lui enjoignait de « tuer sa mère, son chien et un moine afin de noircir son âme pour purifier et pacifier la terre ».

La clinique délirante et les violences interpersonnelles ont abouti à des émotions et des affects de colère (23,1 % vs 37,1 % [χ^2 : 0,954 ; $p = 0,369$]), de passion (7,7 % vs 11,4 % [χ^2 : 0,16 ; $p = 1$]) ou de peur (15,4 % vs 24,3 % [χ^2 : 0,492 ; $p = 0,723$]). Dans un tiers des

cas, le meurtrier, schizophrène ou non, était alcoolisé au moment des faits (38,5 % vs 35,5 % [x2 : 0,41 ; p = 1]).

Dans cette série, le comportement après l'homicide n'est pas caractéristique d'une éventuelle pathologie de l'auteur : les schizophrènes ont appelé les secours (35,7 % vs 29 % [x2 : 5,90 ; p = 0,093]), sont restés sur place (35,7 % vs 39,7 % [x2 : 0,79 ; p = 1]), ont maquillé leur crime (21,4 % vs 32,9 % [x2 : 0,71 ; p = 0,535]) et ont fui (64,3 % vs 60,3 % [x2 : 0,79 ; p = 1]) autant que les sujets indemnes de schizophrénie. L'homicide-suicide était rare dans les deux groupes.

2.2.3. La victime, l'homicidé (n = 14) (tableau IV)

La victime était connue dans 86 % des homicides commis par des schizophrènes : intrafamiliale dans 25 % des cas et extrafamiliale dans 61 % des cas. Le meurtrier sans pathologie psychiatrique avérée tue plus souvent une victime inconnue (23 %) que le meurtrier schizophrène (14 %).

2.2.4. L'expertise

Le délai entre les faits et l'expertise était plus court lorsque l'auteur souffrait d'une schizophrénie (100 jours vs 139,5 jours [p = 0,237]). Les schizophrènes auteurs de meurtres ont largement bénéficié d'une irresponsabilité pénale (64,3 % vs 0 % [x2 : 0,000]) ou d'une atténuation de responsabilité (28,6 % vs 5,4 % [x2 : 64,88 ; p < 0,0001]).

3. Discussion

Le profil des meurtriers schizophrènes de notre série se particularise par un statut socioprofessionnel spécifique (célibataire, sans enfant et sans emploi) et par des antécédents de violence contre les personnes plus fréquents que les meurtriers exempts de trouble mental. À l'exclusion de ces variables et de la clinique définissant la schizophrénie, il n'existe pas de différence significative du profil sociodémographique entre les meurtriers schizophrènes et ceux indemnes de trouble psychiatrique.

Outre les similitudes des modalités temporo-spatiales et opératoires du passage à l'acte meurtrier entre les deux groupes (le soir, au domicile de la victime, avec trois moyens classiques [armes à feu, armes blanches et coups] dans un moment d'alcoolisation), les

meurtriers schizophrènes commettent généralement seul un homicide non prémédité, strangulant plus souvent une victime connue, intrafamiliale, au cours d'une attaque soudaine. Dans 86 % des cas, une psychopathologie délirante motivait l'acte homicide.

D'un point de vue méthodologique, les rubriques étaient renseignées dans plus de 97 % 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, 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 meurtriers et l'instabilité temporelle des cadres nosographiques sur la période de l'étude de 30 ans. Nous n'avons pas, non plus, effectué d'appariement par âge et par sexe dans la comparaison entre les deux groupes. Enfin, pour déterminer les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques propres aux schizophrènes meurtriers, un groupe contrôle de schizophrènes non meurtriers aurait été nécessaire.

Les données de la littérature (Tableau V) confirment nos données et retrouvent le même profil chez les schizophrènes auteurs d'homicides : hommes dans 86 à 94 % des cas [3,4,8,14,18,19,24-27,33,40], jeunes autour de la trentaine [15,26,27,40], avec davantage d'antécédents d'actes violents, d'agressions physiques ou verbales contre les personnes, de contacts avec la police et d'abus d'alcool par rapport à des schizophrènes non meurtriers [33,40]. Ces trois dernières caractéristiques seraient uniquement retrouvées chez les meurtriers schizophrènes avec des traits de psychopathie et non chez ceux exempts de ces mêmes traits [19]. L'abus ou la dépendance aux substances psychoactives, en particulier l'alcool, augmentent le risque de passage à l'acte criminel chez le schizophrène [3,15,19,30,32,34,41]. Parmi les schizophrènes meurtriers, 37 à 59 % ont une histoire d'abus ou de dépendance à l'alcool [8,15,19,26,27] ; la présence de traits antisociaux varie du simple au quadruple selon les études, de 17 à 64 % [3,8,10,25,26,30,33,34,40]. Outre les sous-groupes cliniques de schizophrènes à propension hétéro-agressive (paranoïdes, psychopathiques et pseudo-neurologiques [19,35]), l'expression de la violence survient à différents moments du processus psychopathologique. Pour Nielssen et al. [29], 61 % des meurtriers psychotiques de leur série auraient commis leur homicide lors du premier épisode psychotique, défini par la période entre l'apparition des premiers symptômes psychotiques à la première rémission, et 69 % dans la première année d'évolution de la maladie. Plus la durée d'évolution de la schizophrénie sans traitement est longue, plus le risque de passage à l'acte homicide serait important [22,23,29], notamment dans la première année d'évolution de la

maladie psychotique [6,29]. La métaanalyse de Nielssen et al. [22] montre que 38,5 % des homicides commis par des psychotiques surviennent lors du premier épisode psychotique, avant la mise en place d'un traitement psychotrope. Dans 28 % à 40 % des cas, le meurtrier est inconnu des services de psychiatrie [8,19,26,40]. Le risque de commettre un acte homicide par un schizophrène serait quinze fois plus important avant qu'après la prise en charge psychiatrique et médicamenteuse [23]. Une longue phase de psychose non traitée serait associée à une moins bonne réponse thérapeutique aux antipsychotiques, augmentant le risque de rechute psychotique [12].

Concernant le suivi psychiatrique, l'étude de Meehan et al. [26] portant sur 85 schizophrènes apporte des éléments intéressants : 24 (28 %) n'avaient jamais eu aucun contact avec les services de psychiatrie, 18 (21 %) un contact supérieur à un an et 43 (51 %) avaient eu un suivi dans l'année avant le crime. Parmi ce dernier groupe, 24 sur 40 (60 %) avaient un suivi ambulatoire au CMP, deux avaient été vus dans la semaine précédant le crime, 16 sur 40 (40 %) ne se seraient pas rendus à leur dernier rendez-vous et 14 (35 %) étaient non compliants au traitement.

En outre, les hallucinations acoustico-verbales sont présentes chez 21 à 73 % des schizophrènes meurtriers au moment des faits [8,19,26,39] et le délire dans 33 à 95 % des cas [8,19,26,40]. Les thématiques criminogènes sont : la persécution, le mysticisme, la mégalomanie et le syndrome d'influence [1,4,5,7,8,17,21,26,33,40]. Une alcoolisation au moment de l'acte est fréquente, dans 25 à 55 % des cas selon les séries [8,15,19,26,29,33,37,40] et la consommation de toxiques dans 8 % des cas [26]. Le meurtre surviendrait majoritairement au domicile [19]. Les meurtriers schizophrènes avec des traits de psychopathie exécuteraient leur crime au cours d'une rixe, d'une dispute et dans un contexte d'alcoolisation (71 %) [19] et de violence de nature instrumentale [3] dont l'objectif premier est l'obtention d'un bénéfice particulier (bien, autorité, contact sexuel). A contrario, les schizophrènes sans traits de personnalité psychopathique, moins souvent alcoolisés au moment des faits que les schizophrènes psychopathes [19], réaliseraient leur meurtre dans un contexte de violence émotionnelle, motivée par des émotions, telles que la colère, la tristesse, la jalousie, ou encore la peur [3].

Enfin, insistons sur la spécificité des victimes des schizophrènes, qu'ils tuent dans le cercle restreint de leurs connaissances (Tableau VI). Un membre de la famille est la victime du schizophrène meurtrier dans 50 à 60 % des cas, et un inconnu dans seulement 12 à 18 % des cas [8,15,19,26,29,33,36,37,39,40]. S. Meehan et al. [26] rapportent 14 % de victimes inconnues quand le meurtrier est schizophrène et 23 % quand il ne l'est pas. Le risque

d'agression d'un inconnu est plus grand dans le cas d'un schizophrène homme, abusant des toxiques et vivant en dehors du domicile familial [26] et qui présente des traits de personnalité psychopathique [19].

4. Conclusion

L'homicide est un acte rare et il est encore plus rarement l'acte d'un schizophrène : 95 % des meurtriers ne sont pas des schizophrènes. Les données de notre série de 14 meurtriers schizophrènes et celles de la littérature mettent en évidence des facteurs de risque généraux de violence homicide (sexe masculin, âge jeune, faible niveau socio-économique, antécédent de violence envers autrui, abus d'alcool) et des facteurs plus spécifiques (diagnostic de schizophrénie avec des comorbidités d'abus de toxiques et/ou de troubles de la personnalité, forme clinique paranoïde, idées délirantes à thématique criminogène de persécution, de grandeur, de mysticisme ou d'influence, désorganisation de la pensée, durée de psychose non traitée longue, défaut d'insight, rupture de suivi ou de traitement médicamenteux), 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: Editions Ellipses 1997:177-80.
- [2] American Psychiatric Association (1994-1996). DSM-IV critères diagnostiques (Washington DC, 1994). Trad fr JD Guelfi et al. 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, Addad M. L'homicide des psychotiques en France. À propos d'une enquête portant sur cinq années (1977-1981). Ann Med Psychol 1982;141:101-6.
- [5] Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois ML. Criminologie et psychiatrie. Paris: Encycl Méd Chir, Psychiatrie 2002;37-906-A-10:15p.
- [6] Bourget D, Labelle A, Gagne P, et al. First episode psychosis and homicide: a diagnostic challenge. Can Psych Assoc Bull 2004;36:6-9.

- [7] Dubreucq JL, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Med Psychol* 2005;163:852-65.
- [8] Erb M, Hodgins S, Freese R, Müller-Isberner R, Jöckel D. Homicide and schizophrenia: may-be treatment does have a preventive effect. *Crim Behav Ment Health* 2001;11:6-26.
- [9] Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:497-501.
- [10] Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull* 1996;22:83-9.
- [11] Eronen M. Mental disorders and homicidal behavior in female subjects. *Am J Psychiatry* 1995;152:1216-8.
- [12] Farooq S, Large M, Nielssen O, Waheed W. The relationship between the duration of untreated psychosis and outcome in low-and-middle income countries: A systematic review and meta analysis. *Schizophr Res* 2009.
- [13] Fazel S, Grann M. Psychiatric morbidity among homicide offenders: a Swedish population study. *Am J Psychiatry* 2004;161:2129-31.
- [14] 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.
- [15] Gottlieb P, Gabrielsen G, Kramp P. Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76:285-92.
- [16] Greacen T. Principaux résultats II. Représentations de la santé mentale et du système de soins. Enquête de 1999-2003. La santé mentale en population générale : images et réalité. Deuxièmes rencontres des partenaires de santé à Paris, les 16 et 17 mars 2006. Mairie de Paris (DASES) – Psycom 75, 2006:13-6.
- [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. Schizophrénie et violence : mise à jour des connaissances et spécification des motifs et circonstances associés. *Forensic* 2005; numéro spécial: 5-9.
- [19] 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.
- [20] Koh K G W W, Gwee K P, Chan Y H. Psychiatric aspects of homicide in Singapore: a five-year review (1997-2001). *Singapore Med J* 2006;47(4):297-304.
- [21] Laajasalo T, Häkkänen H. Excessive violence and psychotic symptomatology among homicide offenders with schizophrenia. *Crim Behav Ment Health* 2006;16:242-53.

- [22] Large M, Nielssen O. Evidence for a relationship between the duration of untreated psychosis and the proportion of psychotic homicides prior treatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:37-44.
- [23] Large M, Nielssen O. Treating the first episode of schizophrenia earlier will save lives. *Schizophr Res* 2007;92:276-7.
- [24] 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.
- [25] 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; 1998:77-93.
- [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] Naudts K, Hodgins S. Neurobiological correlates of violent behavior among persons with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006;32:562-72.
- [29] Nielssen OB, Westmore BD, Large M, Hayes R. Homicide during psychotic illness in New South Wales between 1993 and 2002. *MJA* 2007;186:301-4.
- [30] 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.
- [31] Quintin P, Klein P, Carriere P. L'image de la schizophrénie et des patients auprès du grand public. *Enquête Institut Lilly/IPSOS. Nervure* 2002; XIV (9).
- [32] Räsänen P, Tiihonen J, Isohanni M, Rantakallio P, Lehtonen J, Moring J. Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26-year follow up study of an unselected birth cohort. *Schizophr Bull* 1998;24:437-41.
- [33] 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.
- [34] 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.

- [35] Senon JL, Manzanera C. Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médico-légaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique. *Ann Méd Psychol* 2005;163:870-7.
- [36] Shaw J, Amos T, Hunt IM, Flynn S, Turnbull P, Kapur N, Appleby L. Mental illness in people who kill strangers: longitudinal study and national clinical survey. *BMJ* 2004;328(7442):734-7.
- [37] 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.
- [38] Shaw J, Hunt I, Flynn S, et al. Rates of mental disorder in people convicted of homicide. *Br J Psychiatry* 2006;188:143-7.
- [39] 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.
- [40] 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.
- [41] 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.

Discussion

Intervention du Pr M. Bénézech – J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt et d'attention cette excellente communication qui, dans son ensemble, confirme les données de la littérature sur les relations entre schizophrénie et violences mortelles. Il ne fait pas de doute maintenant qu'en moyenne 10 % (de 3 à 20 % selon les études épidémiologiques internationales) des meurtriers présentent des symptômes psychotiques lors du passage à l'acte, la majorité de ces psychotiques souffrant de schizophrénie. J'ai noté dans votre exposé que 73 sujets sur les 210 auteurs d'homicide avaient été considérés par les deux experts comme psychiatriquement normaux, soit un tiers, pourcentage qui m'étonne car, dans la pratique expertale de notre pays, il est habituel de diagnostiquer des troubles mentaux, selon les classifications internationales, chez 90 à 95 % des meurtriers. J'ai encore noté la faible proportion de schizophrènes parricides (21 %), mais il est vrai que sur 14 observations on ne peut pas tirer de conclusions générales. Par ailleurs, vous avez inclus le « syndrome d'influence » dans les thèmes délirants alors que classiquement on le range dans les mécanismes où vous avez inscrit « l'automatisme mental ». Il y a peut-être là une source de confusion terminologique sur les différents pourcentages trouvés. Vous insistez à juste titre sur la fréquence des passages à l'acte en

début de maladie (première année), mais il ne faut pas oublier que bien des homicides schizophréniques surviennent après plus de 10-12 ans d'évolution, généralement à l'occasion d'une rupture thérapeutique entraînant la reprise ou l'aggravation des productions mentales pathologiques, des conduites addictives et des conflits intra ou extra-familiaux. La dangerosité dans le temps de certains schizophrènes passe ainsi par deux acmé, en début d'évolution et tardivement. Dans les facteurs augmentant le risque violent vous n'avez pas signalé l'absence ou la faiblesse de l'insight, mais on pourrait encore noter, parmi les prédateurs de dangerosité, l'adhésion forte aux idées délirantes, l'intensité des symptômes (anxiété, hallucinations), le port d'arme, etc. Enfin, vous avez déclaré, sur intervention, que certains de vos meurtriers psychotiques n'avaient obtenu qu'une atténuation de responsabilité pénale, alors que les faits étaient en relation directe avec des troubles délirants ou discordants. Il s'agit à mon avis d'un excès de pouvoir des experts, la responsabilisation partielle ou totale des malades psychotiques étant un véritable déni de justice, contraire au droit et à la sagesse des nations. Je termine en vous félicitant à nouveau pour ce travail de recherche si intéressant et remarquablement présenté.

Réponse du Rapporteur – La majorité des meurtriers ne présentent pas de « maladie mentale grave », dans la terminologie de Hodgins (trouble schizophrénique, psychose paranoïaque, trouble de l'humeur). Ainsi, dans la littérature internationale, 80 à 85 % des auteurs d'homicides en sont indemnes. En revanche, selon les auteurs, si l'on se réfère à une définition large (DSM-IV) de la maladie mentale, 30 %, pour les pays anglo-saxons (Shaw et al. 2006), à 90 %, pour les pays scandinaves (Eronen et al. 1996 ; Fazel 2004), des meurtriers répondraient aux critères diagnostiques d'un trouble psychiatrique (axe I ou II du DSM-IV). Le Pr Lempérière décrit, dans le *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte* (Deniker, Lempérière et Guyotat), les idées d'influence dans les thèmes délirants ; on retrouve aussi une description du syndrome d'influence dans les formes d'hallucinations psychiques. Enfin, je partage l'analyse de Monsieur le Professeur Bénézech sur les différents facteurs criminogènes. À côté du diagnostic de schizophrénie avec des comorbidités d'abus de toxiques et/ou de troubles de la personnalité, le type clinique paranoïde, des idées délirantes à thématique criminogène de persécution, de grandeur, de mysticisme ou d'influence, tout comme une désorganisation de la pensée, une durée de psychose non traitée longue, un défaut d'insight et une rupture de suivi ou de traitement médicamenteux participeraient au potentiel hétéroagressif du sujet schizophrène.

Dr P. Moutin – Votre communication est intéressante et montre, entre autres, que le pourcentage de schizophrènes meurtriers est le même que celui observé il y a une quarantaine d'années par les psychiatres et criminologiques. Ce qui a changé, en revanche, ce sont les appréciations des experts psychiatres concernant l'absence de discernement ou de responsabilité pénale, d'où l'augmentation de détenus psychotiques, schizophrènes compris, dans les établissements pénitentiaires. Dans votre étude, quels ont été les avis des experts sur les schizophrènes examinés ?

Réponse du Rapporteur – Dans notre étude, les experts psychiatres ont conclu à une irresponsabilité pénale, au sens de l'ancien article 64 ou de l'article 122-1 alinéa 1 du code pénal, pour 64,3 % des schizophrènes auteurs de meurtre, à une atténuation de responsabilité pour 28,6 % d'entre eux et à une responsabilité pénale dans un cas.

Dr J. Birnbaum – Avant le passage à l'acte, y a-t-il eu ou non une phase prodromique qui permet à la future victime de se mettre à l'abri, si elle a été bien informée ?

Réponse du Rapporteur – La modification de la thématique délirante et l'acutisation des angoisses liées au vécu délirant apparaîtraient un mois avant le passage à l'acte meurtrier chez les sujets souffrant de schizophrénie (Meehan 2006). Plus simplement, toute modification de la symptomatologie habituelle (Millaud 2005, Gravier 2005) interpellerait sur un danger imminent. Il faut conseiller à l'entourage du malade une surveillance étroite de celui-ci : la péjoration de l'état psychotique est pratiquement toujours présente avant le passage à l'acte (violence agie et menaces verbales).

La rupture du suivi psychiatrique ou la non compliance au traitement antipsychotique font partie des signaux d'alerte d'un éventuel comportement hétéroagressif. L'étude de Meehan et al. (2006) renseignent les antécédents psychiatriques de 85 schizophrènes : 24 (28 %) n'avaient jamais eu aucun contact avec les services de psychiatrie, 18 (21 %) un contact supérieur à un an et 43 (51 %) avaient eu un suivi dans l'année avant le crime. Parmi ce dernier groupe, 60 % avaient un suivi ambulatoire au CMP, deux avaient été vus dans la semaine précédant le crime, 40 % ne se seraient pas rendus à leur dernier rendez-vous et 35 % étaient non compliant au traitement.

Dr P. Van Amerongen – À propos des signes précurseurs, l'entourage est le mieux placé pour alerter et informer afin d'éviter le passage à l'acte. Encore faut-il écouter l'entourage en temps réel.

Par ailleurs, avez-vous une idée du type d'antipsychotique utilisé par ces personnes, oral ou d'action prolongée ?

Réponse du Rapporteur – Les données concernant l'utilisation d'antipsychotique sont peu nombreuses. Pour Russo et al. (2005), 25 % des schizophrènes meurtriers n'avaient jamais reçu de psychotropes. Parmi les patients recevant des antipsychotiques, les auteurs ne distinguent pas ceux recevant une forme à libération immédiate orale de ceux traités par des antipsychotiques d'action prolongée.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques et antécédents des auteurs schizophrènes et sans maladie mentale

	Sans pathologie mentale (n = 73)	Schizophrénie (n = 14)	P
Âge	31,7 ans	31,7 ans	0,997
Homme	48 (65,8 %)	13 (92,9 %)	0,056
Enfant unique	5 (7 %)	2 (14,3 %)	0,190
Vit seul au moment des faits	39 (53,4 %)	13 (92,9 %)	0,002
Sans enfant	29 (39,7 %)	11 (78,6 %)	0,009
Niveau d'étude supérieur	3 (4,2 %)	3 (21,4 %)	0,056
Sans emploi	31 (39 %)	9 (54,3 %)	0,051
Protections des biens	0 (0 %)	1 (7,1 %)	
Evénements de vie significatifs (0-18 ans)	36 (49,3 %)	8 (57,1 %)	0,772
ATCD psychiatriques personnels	24 (32,9 %)	12 (85,7 %)	< 0,0001
ATCD somatiques	7 (9,7 %)	3 (21,4 %)	0,356
ATCD de violence contre des personnes	17 (23,9 %)	3 (21,4 %)	1
ATCD judiciaires	20 (28,2 %)	7 (50 %)	0,126
ATCD de troubles du comportement dans l'enfance	3 (4,2 %)	1 (7,1 %)	1
ATCD psychiatriques familiaux	21 (31,3 %)	7 (63,6 %)	0,049
ATCD judiciaires familiaux	4 (6 %)	2 (18,2 %)	0,198

Tableau II : Le meurtre

	Sans pathologie mentale (n = 73)	Schizophrénie (n = 14)	P
Assassinat	29 (39,7 %)	2 (14,3 %)	0,019
Délit associé	20 (27,4 %)	2 (14,3 %)	0,347
Crime au domicile	50 (70,4 %)	9 (64,2 %)	0,785
Crime le soir	38 (54,3 %)	8 (57,1 %)	0,683
Crime en hiver	23 (31,9 %)	9 (64,3 %)	0,067
Arme à feu	27 (37,5 %)	5 (35,7 %)	0,697
Plusieurs moyens	13 (18,1 %)	1 (7,1 %)	0,450
Nombre de coups > 3	21 (31,3 %)	5 (38,5 %)	0,525
Acharnement	1 (1,5 %)	1 (7,1 %)	0,318
Délire	0 (53,8 %)	12 (85,7 %)	< 0,0001
Discordance	0 (0 %)	10 (71,4 %)	< 0,0001

Tableau III : Thèmes et mécanismes des 12 schizophrènes meurtriers, délirants au moment des faits

Thèmes		Mécanismes	
Persécution	68 %	Interprétation	50 %
Mysticisme	58 %	Intuition	8 %
Syndrome d'influence	58 %	Imagination	25 %
Mégalomanie	25 %	Hallucinations acoustico-verbales	91 %
Cosmique	8 %	Automatisme mental	25 %
Sexualité	8 %	Injonctions hallucinatoires	16,7 %
Filiation	8 %		

Tableau IV : La victime

	Sans pathologie mentale (n = 73)	Schizophrénie (n = 14)	P
Une seule victime	72 (98,6 %)	14 (100 %)	1
Sexe masculin	50 (68,5 %)	9 (64,3 %)	0,796
Parricide	2 (2,7 %)	3 (21,4 %)	0,002
Infanticide – libéricide	13 (17,8 %)	1 (7,1 %)	0,002
Epoux(se)	22 (30,1 %)	0 (0 %)	0,002
Autre membre famille	5 (6,8 %)	0 (0 %)	0,002
Connaissance	14 (19,2 %)	8 (57,1 %)	0,002
Inconnu	17 (23,3 %)	2 (14,3 %)	0,002

Tableau V : Caractéristiques cliniques et criminologiques des schizophrènes auteurs d'homicide dans la littérature :

	LORETTU et al. Canada, 1989	VALESKI et al. Israël, 1999	ERB et al. Allemagne, 2001	JOYAL et al. Finlande, 2004	MEEHAN et al. Angleterre, Pays de Galles, 2006
Nombre de meurtriers schizophrènes	n = 52	n = 33	n = 29	n = 58	n = 85
Population étudiée	Hommes et femmes Schizophrènes meurtriers Unités pour Malades Difficiles	Hommes et femmes Schizophrènes meurtriers Unités pour Malades Difficiles	Hommes et femmes Population d'homicides et de tentatives d'homicides (n = 290) En population générale	Hommes et femmes Population d'homicide En population générale	Hommes et femmes Population d'homicide (n = 1 594) En population générale
Durée de l'étude	Non précisée	Non précisée	1992-1996 (5 ans)	1984-1991	1996-1999 (3 ans)
A U T E U R	Âge	-	32 ans	-	32 ans
	Sexe masculin	-	94 %	86,2 %	-
	Célibataire	-	-	58,6 %	-
	Sans emploi	-	33 %	48,3 %	-
	Antécédents de condamnation pour violence	-	67 %	62,1% (1 récidiviste homicide)	-
	Antécédents psychiatriques	60 %	61 %	69 %	-
	Contact dans l'année	-	-	62,1 %	-
	Aucun contact avec les services de psychiatrie	40 %	39 %	31 %	-
	Antécédents de mésusage d'alcool	11,5 %	38 %	38 %	59 %
	Antécédents de mésusage aux toxiques	-	-	-	-
C R I M E	Arme blanche	34 %	52,5 %	-	-
	Moment du crime	-	Le week-end	-	-
	Alcool au moment Des faits	-	-	34,5 %	55 %
	Discernement altéré ou aboli	-	-	-	60 %
	Délire ou hallucinations au moment des faits	Délirants : 56 %	Délirants : 33 %, Hallucinations acoustico-verbales : 21%	Délirants : 86,2 %, Hallucinations acoustico-verbales : 72,4 %	Délirants : 95 %, Hallucinés : 71 %
VICTIME Connue	82 %	82 %	93 %	86 %	86 %
VICTIME inconnue	18 %	18 %	7 %	14 %	14 %

Tableau VI : Victimes des schizophrènes auteurs de meurtres

Victimes	Auteur, année, population étudiée, nombre de sujets							
	BENEZECH et al. 1982, France Population des 4 U.M.D. françaises n = 55 schizophrènes meurtriers	VALESKI et al. 1999, Israël Population d'U.M.D. n = 33 schizophrènes meurtriers	ERB et al. 2001, Allemagne Population d'homicide et tentative d'homicide n = 29 Schizophrènes meurtriers	JOYAL et al. Finlande, 2004 Population d'homicides n = 58 schizophrènes meurtriers	JOYAL et al. Finlande, 2004 n = 23 schizophrènes meurtriers sans traits psychopathiques associés	JOYAL et al. Finlande, 2004 n = 35 schizophrènes meurtriers avec traits psychopathiques associés	MEEHAN J. et al. 2006, Angleterre et Pays de Galles, Population d'homicide n = 85 schizophrènes meurtriers	RICHARD-DEVANTOY S. et al. Série de 210 meurtriers 2007, France Dossiers d'expertises psychiatriques n = 14 schizophrènes homicides
Connaissance	71,5 %	82 %	93,1 %	86 %	88 %	82 %	86 %	86 %
<i>Famille</i>	35 %	61 %	55,2 %	26 %	45 %	5 %	55 %	29 %
Parents	25,4 %	61 %	13,8 %	-	-	-	-	22 %
Enfants	-	-	3,4 %	-	-	-	-	7 %
Conjoints	1,6 %	-	20,7 %	-	-	-	-	-
Autres	8 %	-	17,3 %	-	-	-	-	-
<i>Voisin, proche, autres</i>	36,5 %	21 %	37,9 %	60 %	43 %	77 %	31 %	57 %
Victime inconnue	28,6 %	18 %	6,9 %	14 %	12 %	18 %	14 %	14 %