



**HAL**  
open science

## La crise homicide: pendant de la crise suicidaire? Particularités chez le sujet schizophrène

S. Richard-Devantoy, M. Voyer, B.Gohier, J.B. Garré, J.-L. Senon

### ► To cite this version:

S. Richard-Devantoy, M. Voyer, B.Gohier, J.B. Garré, J.-L. Senon. La crise homicide: pendant de la crise suicidaire? Particularités chez le sujet schizophrène. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 2010, 168 (1), pp.62. 10.1016/j.amp.2009.10.004 . hal-00610674

**HAL Id: hal-00610674**

**<https://hal.science/hal-00610674>**

Submitted on 23 Jul 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: La crise homicidaire: pendant de la crise suicidaire?  
Particularités chez le sujet schizophrène

Authors: S. Richard-Devantoy, M. Voyer, B.Gohier, J.B.  
Garré, J.-L. Senon



PII: S0003-4487(09)00333-3  
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.10.004  
Reference: AMEPSY 1096

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*

Please cite this article as: Richard-Devantoy S, Voyer M, Garré JB, Senon J-L, La crise homicidaire: pendant de la crise suicidaire? Particularités chez le sujet schizophrène, *Annales medio-psychologiques* (2008), doi:10.1016/j.amp.2009.10.004

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***La crise homicide : pendant de la crise suicidaire ?****Particularités chez le sujet schizophrène****Homicidal crisis: Counterpart of a suicidal crisis?****Particularities in schizophrenic subjects****S. Richard-Devantoy<sup>a,b</sup>, M. Voyer<sup>c</sup>, B.Gohier<sup>a</sup>, J.B. Garré<sup>a</sup>, J.-L. Senon<sup>c</sup>**<sup>a</sup> *Département de Psychiatrie et Psychologie médicale, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, 4 rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France*<sup>b</sup> *UPRES EA 2646, Université d'Angers, UNAM, Angers, France*<sup>c</sup> *Service Hospitalo Universitaire de Psychiatrie et Psychologie Médicale, CHU et CHHL, BP 587, 86021 Poitiers, France*

Auteur correspondant : Dr Stéphane Richard-Devantoy, Département de Psychiatrie et Psychologie médicale, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, 4 rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France

Adresse email : richarddevantoy@orange.fr

**Résumé**

La prise en charge des suicidants offre un modèle de réflexion tant les phénomènes de l'homicide et du suicide sont intimement liés sur le plan clinique, psychopathologique, neuropsychologique et biologique. Actes destructeurs, auto ou hétéroagressifs, le suicide et l'homicide suscitent les mêmes préoccupations et interrogations du clinicien : présence d'idéation suicidaire ou homicide ? Pathologie psychiatrique sous-jacente ? Antécédents de tentative de suicide ou de violence physique envers autrui ? Ce dernier paramètre est indéniablement le facteur de risque le plus probant d'un comportement suicidaire ou homicide à venir.

Ces similitudes nous font envisager la « crise homicide » comme le pendant de la crise suicidaire, et nous offrent la possibilité d'appréhender le potentiel homicide. Cette évaluation repose sur un trépied clinique : les *facteurs de risque d'homicide* (facteurs généraux : sexe masculin, âge jeune, faible niveau socio-économique, antécédent de violence envers autrui, abus d'alcool ; et facteurs 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); *l'urgence et l'imminence du passage à l'acte* (fréquence, intensité des idées de violence ou d'homicide, spatialité, temporalité et modalités du scénario homicidaire); et le *danger de l'acte homicide* (léthalité et accessibilité aux moyens).

*Mots clés* : Crise homicidaire ; Homicide ; Prévention ; Schizophrénie ; Suicide

### **Abstract**

Schizophrenics are at increased risks of violence and of committing homicide as compared to the general population. The objective of this review was to examine which factors were associated with schizophrenia, and to assume a “homicidal crisis” and an analysis tool of the homicidal potential. First, the authors highlighted that male gender, a young age, a low socioeconomic status, a history of violence and alcohol abuse could be considered as general homicide-related factors, while drug abuse, personality disorders, clinical paranoia, delusions of persecution religious or not, delusions of grandeur, lack of insight, disorganized thinking, a lengthy duration of untreated psychosis, or a monitoring or treatment which were discontinued were more schizophrenia-specific factors for homicide. Secondly, the urgency of homicide plans (place, time, conception, preparation of the homicidal scenario, frequency and intensity of homicidal thoughts) needed to be completed by the danger of the homicide itself (lethality and accessibility of murder weapon). The relationship between past and current episodes of aggressive behaviour reinforces the importance of including a careful assessment of past history of violent behaviour as part of the routine psychiatric evaluation.

*Keywords*: Homicidal crisis; Homicidal potential; Homicidal scenario; Prevention; Risks factor

### **1. Introduction**

Les liens entre comportements homicides et conduites suicidaires sont étroits au plan clinique, psychopathologique, biologique et neuropsychologique. Cliniquement, le suicide et

l'homicide suscitent les mêmes préoccupations et interrogations du clinicien : présence d'idéation suicidaire ou homicidaire ? Pathologie psychiatrique sous-jacente ? Antécédent de tentative de suicide ou de violence physique envers autrui ? Ce dernier paramètre est indéniablement le facteur de risque le plus probant d'un comportement suicidaire ou homicidaire à venir. Clérambault [12] insistait sur le potentiel criminogène du suicidaire : « Le sujet, avant de se suicider, est apte à tuer ceux pour lesquels il a sans cesse autant d'anxiété que pour lui-même. » Asnis et al. [4] ont montré la forte prévalence d'idéations suicidaires chez des sujets meurtriers. Examinant 517 patients psychiatriques ambulatoires, ils retrouvaient 4 % d'antécédent de tentative d'homicide, parmi lesquels 91 % avaient déjà commis une tentative de suicide ; 86 % des sujets exprimant des idéations homicides avaient également des idées suicidaires. Au plan psychopathologique, S. Freud a souligné ce lien et a postulé que le suicide était un retournement centripète de la haine et de l'hostilité, un meurtre réfléchi. Il le suggère dans *Deuil et mélancolie* [20] : « Nul n'éprouve de velléités de suicide qui ne soient une impulsion au meurtre retournée contre soi-même. » Dans un autre registre épistémologique, au plan biologique et depuis les travaux d'Asberg et al. [3], de nombreuses études contrôlées ont confirmé le rôle d'un dysfonctionnement sérotoninergique dans la violence autoagressive (suicides, mutilations) ou hétéroagressive (homicides et agressions physiques). Les déprimés unipolaires avec un taux bas d'acide hydroxy-indol-acétique (5-HIAA) dans le liquide céphalorachidien (LCR) auraient un risque significativement plus élevé de suicide violent que des unipolaires sans cette anomalie biologique. Ce même trait biologique est retrouvé chez les marines américains réformés en raison de bagarres répétées, le taux de 5-HIAA dans le LCR étant inversement corrélé au nombre d'agressions commises (plus il y avait d'agressions, plus le 5-HIAA était bas).

Enfin, des similitudes au plan neuropsychologique sont retrouvées entre des sujets aux comportements auto ou hétéroagressif. Les schizophrènes violents présentent un syndrome dysexécutif plus marqué que les schizophrènes non violents [39]. De même, les suicidants euthymiques au moment de l'évaluation neuropsychologique (unipolaire, bipolaire ou schizophrénique) présentent un syndrome dysexécutif et un déficit de l'inhibition cognitive dans des tâches motrices, attentionnelles et verbales [44].

Ces similitudes peuvent-elles nous faire envisager la « crise homicidaire » comme le pendant de la crise suicidaire ? Nous esquissons le concept de « crise homicidaire » et définissons les paramètres de l'évaluation du potentiel de violence homicidaire.

## 2. Le concept de « crise homicide » et l'évaluation du potentiel homicide

Les phénomènes de l'homicide et du suicide sont intimement liés ; l'évaluation du potentiel suicidaire (risque, urgence, danger du passage à l'acte [19]) des suicidaires ou suicidants offre un modèle de réflexion et nous suggère de transposer le modèle de la crise suicidaire à celui du passage à l'acte homicide.

### 2.1. Concept de « crise homicide »

La compréhension des processus cognitifs, affectifs et comportementaux mis en jeu et notre réflexion sur le concept de « crise homicide » passent par l'exposé du cas particulier du passage à l'acte du schizophrène (figure 1). Il modélise le cheminement des idées de violence homicide, dont la trajectoire peut être à tout moment interrompue par le passage à l'acte. Nous postulons que l'homicidaire a la sensation d'être dans une impasse et d'avoir épuisé toutes ses stratégies défensives et tous les moyens mis à sa disposition pour résoudre les difficultés auxquelles il tente de faire face (figure 2).

La dynamique de l'homicide du schizophrène s'appréhende de manière diachronique en quatre étapes successives [35], se superposant parfois au point de passer directement de la première à la dernière étape du modèle théorique. La mise en acte violente du patient est secondaire aux aspects émotifs et psychologiques liés à la symptomatologie délirante et hallucinatoire. Ainsi, un patient paranoïde qui craint pour sa vie agit secondairement à la peur générée par le délire ; un patient soumis à des hallucinations impérieuses peut agir par peur de la rétorsion à son endroit, rétorsion quelquefois exprimée directement dans les contenus hallucinatoires, ou par épuisement émotif après avoir lutté pendant une longue période contre les phénomènes hallucinatoires. Il existe donc un enchaînement de réactions psychologiques classiques, secondaires aux altérations perceptuelles, qui jouent un rôle essentiel dans l'apparition de la violence. Link et al. [33] parlent à ce sujet du principe de rationalité dans l'irrationalité. Le potentiel hétéroagressif du sujet provient de la répercussion émotionnelle du délire [6,11]. De la même manière que dans la crise suicidaire, la crise homicide serait la cristallisation progressive d'idéations homicides en un point de résolution d'une impasse cognitive. Autrement dit, l'idée d'homicide apparaîtrait comme la dernière solution à une souffrance dont l'inventaire des échappatoires se serait avéré infructueux.

## 2.2. *Évaluation du potentiel homicidaire*

Concevoir la prévention de l'acte violent pose la question des déterminants fécondant la violence. Il semble possible de dégager des facteurs de dangerosité ou de propension à la violence dont la convergence et l'intrication aboutiraient au passage à l'acte hétéroagressif verbal, physique ou sexuel. Dans cette évaluation, on distingue deux niveaux : l'un statique (à savoir la recherche de facteurs de risques de passage à l'acte), et l'autre dynamique (telle ou telle interaction plutôt qu'une autre génère un comportement violent). La violence surgit dans une situation donnée, à un moment donné, dans une dynamique interrelationnelle donnée. Le caractère incertain de cette triple concordance temporelle, spatiale et dynamique explique l'imprévisibilité de certains comportements violents. Le processus d'évaluation est, en même temps, la première étape de l'établissement d'une relation de confiance. Le déroulement de l'entretien, l'identification des facteurs de risque et le fait d'exprimer au patient notre opinion et nos arguments quant à sa dangerosité, sont l'opportunité d'une reconnaissance par le sujet de son risque de violence. La conceptualisation de la crise homicidaire offre une perspective, simple et rapide à mettre en œuvre lors d'un entretien clinique, de réaliser l'évaluation du potentiel homicidaire qui repose sur la recherche de facteurs de risques de passage à l'acte, sur la mise en évidence d'un éventuel scénario homicide, et sur la dangerosité et l'imminence de ce dernier.

### 2.2.1. *Facteurs de risques de passage à l'acte homicide chez le schizophrène (facteurs prédisposant à l'apparition du geste)*

Indépendamment de la prise de drogues ou d'alcool, les troubles schizophréniques augmenteraient de manière significative le risque de commettre un homicide, par un facteur six chez les hommes et par dix chez les femmes [14,16,17,61]. L'association schizophrénie et abus d'alcool multiplierait, par rapport à la population générale, le risque d'acte homicide par 16 [16,17] à 29 [61] chez les hommes, et par 84 chez la femme [16,17]. Le diagnostic de schizophrénie ne suffit pas à être, en soi, porteur d'un pronostic de risque de comportement violent ou homicide, mais c'est bien l'association de ce diagnostic avec des facteurs de risques 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 (comorbidités d'abus de toxiques et/ou de troubles de la personnalité, forme clinique paranoïde, 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.

Les antécédents de criminalité seraient le meilleur prédicteur d'une future criminalité [9,23,36]. La récidive criminelle serait associée à la présence, chez le récidiviste, d'un alcoolisme, d'une psychopathie ou d'une schizophrénie [15,32,38,41,43,57,58]. Rasanen et al. [43] ont montré que le risque de récidive de crime violent pour les malades mentaux était lié au diagnostic de schizophrénie, et plus particulièrement à l'association schizophrénie et alcool. Ce risque était multiplié par neuf pour les schizophrènes alcooliques par rapport à la population générale, et par cinq pour les sujets atteints d'une psychose non-schizophrénique. Pour les schizophrènes sans comorbidité alcoolique, le risque de récidive criminelle était identique à celui de la population générale. Les antécédents personnels de violences [29,49] et médico-légaux sont relativement fréquents [50] parmi les meurtriers. Les schizophrènes meurtriers ont 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 [45,59], caractéristiques exclusivement retrouvées chez les meurtriers schizophrènes avec des traits de psychopathie [27].

#### 2.2.2. *Évaluation de l'urgence du passage à l'acte homicide*

L'appréciation de l'imminence du passage à l'acte violent ou homicide repose sur l'exploration des idées, intentions et fantasmes de violence, et sur l'évaluation de la clinique psychiatrique, appelant à une même démarche sémiologique.

##### 2.2.2.1. *Idées immédiates de violence ou d'homicide*

Il s'agit donc de mesurer l'urgence et le danger d'un éventuel scénario homicidaire, c'est-à-dire l'imminence de celui-ci, et sa faisabilité. À l'issue de l'entretien, le clinicien doit s'assurer d'obtenir une réponse aux questions suivantes : le sujet a-t-il des idées de violence et/ou d'homicide, des fantasmes destructeurs obsédants, des fantasmes de violence ou d'homicides [8,29,35] ? Critique-t-il ses intentions de violence ? Le sujet est-il prêt à retrouver une éventuelle personne visée ? Quelle est l'élaboration du scénario homicidaire ? Où ? *Quand* ? Et *comment* compte-t-il le mettre à l'œuvre ? Quels moyens a-t-il envisagé ?

Dans l'étude de Lorretu et al. [35], deux tiers des schizophrènes meurtriers verbalisaient des intentions d'homicides dans les jours précédant le passage à l'acte. Dans l'étude de Le Bihan et al. [34], les psychotiques auteurs de parricides ont exprimé un sentiment ancien d'impasse relationnelle, d'étouffement, d'échec de toutes les tentatives de prise de distance avec le ou les parent(s) victime(s) ; 86 % avaient exprimé auparavant une intention de tuer objectivement. Un schizophrène exprimant des menaces de mort est donc

quatre fois plus à risque de commettre un acte homicide par rapport à un schizophrène ne proférant pas ces menaces [63].

#### 2.2.2.2. *La clinique dite « classique »*

Une *symptomatologie psychotique* (délire [2,14,26,27,56,59] à thème de persécution [26,27,56], de mysticisme et de mégalomanie [55], modification de la thématique délirante [37] ; hallucinations acoustico-verbales [14,27,37], familières [1,28], discordance, dimension négative [13]), un *déni*, un défaut *insight*, des éventuels *éléments thymiques*, dépressifs [7,27,53], et des idéations suicidaires [13], participent de par leur présence et leur intensité au potentiel hétéroagressif. Ces éléments cliniques fluctuent dans le temps et sont à rechercher attentivement lors de l'entretien psychiatrique pour évaluer l'urgence du passage à l'acte.

#### 2.2.2.3. *Autres éléments cliniques*

Le psychiatre évalue aussi les éléments psychodynamiques (passage à l'acte, *acting out*, mécanisme de défense, capacité d'élaboration et de mentalisation) et les facteurs neuropsychologiques (les capacités cognitives, la rigidité cognitive, l'impulsivité, les troubles de mémoire, la désorganisation de la pensée) [13,23].

#### 2.2.3. *Évaluation du danger du passage à l'acte homicide*

L'évaluation du danger homicide repose sur la létalité et l'accessibilité du moyen choisi pour le passage à l'acte.

#### 2.2.4. *Évaluation du potentiel homicide (Figure 3, 4)*

La conceptualisation de la crise homicide offre une perspective, simple et rapide à mettre en œuvre lors d'un entretien clinique, de réaliser l'évaluation du potentiel homicide qui repose sur la recherche de facteurs de risques de passage à l'acte, sur la mise en évidence d'un éventuel scénario homicide et sur la dangerosité et l'imminence de ce dernier. Au terme de cette évaluation, nous pouvons conclure à un risque faible, moyen et élevé, dont la prise en compte déterminera l'orientation des soins ultérieurs (mode d'hospitalisation, thérapeutique...).

### 3. Les échelles d'évaluation

À côté de l'entretien psychiatrique classique, l'évaluation de la dangerosité passe par le biais d'échelles dites actuarielles, qui visent à documenter les facteurs de risques et les gestes de violence antérieurs du sujet : l'échelle semi-structurée « Historical Clinical Risk-20 » (HCR-20) [65], et la « Psychopathie Check List révisée » (PCL-R) [25], ou encore la VRAG [23], et l'Homicidal Behavior Survey [5].

### 4. Conclusion

Évaluer la dangerosité d'un individu a été la première tâche des aliénistes, et un des fondements de la clinique psychiatrique médico-légale. Le psychiatre est souvent, et de plus en plus, interpellé par cette question à l'interface psychiatrique et légale par l'évaluation du potentiel auto ou hétéroagressif du sujet. C'est bien là une de ces préoccupations quotidiennes, apprécier, évaluer, mesurer, quantifier le risque suicidaire, mais aussi dans certains cas, homicide.

### 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. P. 177-80.
- [2] Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Am J Psychiatry* 2000;157:566-72.
- [3] Asberg M, Traskman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:1193-7.
- [4] Asnis GM, Kaplan ML, van Praag HM, et al. Homicidal behaviors among psychiatric outpatients. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:127-32.
- [5] Asnis G, Kaplan L, Hundorfean G, Saeed W. Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1997;20:405-25.
- [6] Barbera Pera S, Dailliet A. Homicide par des malades mentaux : analyse clinique et criminologique. *Encéphale* 2005;31:539-49.

- [7] Bénézech M. Dépression et crime : Revue de la littérature et observations originales. *Ann Méd Psychol* 1991;149:150-65.
- [8] Bénézech M, Benayoun M D, Hachouf S. Homicide sadique d'un homosexuel par un schizophrène. Considérations médico-légales sur les fantasmes pervers chez les psychotiques. *Ann Med Psychol* 2001;159:363-9.
- [9] Bonta J, Law M, Hanson K. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychol Bull* 1998;123:123-42.
- [10] Bourget D, Labelle A, Gagne P, et al. First episode psychosis and homicide: a diagnostic challenge. *Can Psych Assoc Bull* 2004;36:6-9.
- [11] Cheung P, Schweitzer I, Yastrubetskaya O, Crowley K, Tuckwell V. Studies of aggressive behaviour in schizophrenia: is there a response bias? *Med Sci Law* 1997;37:345-8.
- [12] Clérambault GG. La folie à double forme. L'homicide altruiste chez les mélancoliques. In: Clérambault GG. *Œuvres psychiatriques*. Paris: Frénésie Editions; 1987. P. 668-78.
- [13] Dubreucq JL, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Med Psychol* 2005;163:852-65.
- [14] 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.
- [15] Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Factors associated with homicide recidivism in a 13-year sample of homicide offenders in Finland. *Psychiatr Serv* 1996;47:403-6.
- [16] Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:497-501.
- [17] Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull* 1996;22:83-9.
- [18] Estroff SE, Zimmer C. Social networkx, social support and violence among persons with severe persistent illness. In: Monahan J, Steadman H. *Violence and mental disorder*. The university of Chicago Press 1994. P. 259-95.
- [19] Fédération française de psychiatrie. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Paris: John Libbey Eurotext; 2001.
- [20] Freud S. Deuil et mélancolie. In: Freud S. *Métapsychologie*. Paris: Gallimard; 2005.
- [21] Gardner W, Lidz C, Mulvey P, et al. A comparaison of actuarial methods for identifying repetitive violent patients with mental illnesses. *Law Hum Behav* 1996;20:35-48.
- [22] Gottlieb P, Gabrielsen G, Kramp P. Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76:285-92.

- [23] Gravier B, Lustenberger Y. L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question. *Ann Med Psychol* 2005;163:668-80.
- [24] Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Multi-Health Systems, 1991.
- [25] Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:476-83.
- [26] Humphreys MS, Johnstone EC, MacMillan JF, Taylor PJ. Dangerous behaviour preceding first admissions for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992;161:501-5.
- [27] 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.
- [28] Junginger J. Predicting compliance with command hallucinations. *Am J Psychiatry* 1990;147:245-7.
- [29] Laajasalo T, Häkkänen H. Excessive violence and psychotic symptomatology among homicide offenders with schizophrenia. *Crim Behav Ment Health* 2006;16:242-53.
- [30] 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.
- [31] Large M, Nielssen O. Treating the first episode of schizophrenia earlier will save lives. *Schizophr Res* 2007;92:276-7.
- [32] Laurell J, Daderman A. Recidivism is related to psychopathy (PCL-R) in a group of men convicted of homicide. *Int J Law Psychiatry* 2005;28:255-68.
- [33] Link B, Stueve A. Psychotic symptoms and the violent/illegal behaviour of mental patients compared to community controls. In: Monahan J, Steadman H. *Violence and mental disorder*. Chicago: The University of Chicago Press; 1994. P. 137-59.
- [34] 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.
- [35] 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.
- [36] McNiel DE, Binder RL, Greenfield TK. Predictors of violence in civilly committed acute psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1988;145:965-70.
- [37] 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.

- [38] Modestin J, Ammann R. Mental disorders and criminal behaviour. *Br J Psychiatry* 1995;166:667-75.
- [39] Naudts K, Hodgins S. Neurobiological correlates of violent behavior among persons with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006;32:562-72.
- [40] 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.
- [41] Putkonen A, Ryyänänen OP, Eronen M, Tiihonen J. The quantitative risk of violent crime and criminal offending: a case-control study among the offspring of recidivistic Finnish homicide offenders. *Acta Psychiatrica Scand* 2002;106:54-7.
- [42] 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.
- [43] 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.
- [44] Raust A, Slama F, Mathieu F, et al. Prefrontal cortex dysfunction in patients with suicidal behavior. *Psychol Med* 2007;37:411-9.
- [45] 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.
- [46] Sachs GS. A review of agitation in mental illness: burden of illness and underlying pathology. *J Clin Psychiatry* 2006;67:5-12.
- [47] 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.
- [48] Senon JL, Manzanera C. Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médicolegaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique. *Ann Méd Psychol* 2005;163:870-7.
- [49] 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;328:734-7.
- [50] Shaw J, Hunt I, Flynn S, et al. Rates of mental disorder in people convicted of homicide. *Br J Psychiatry* 2006;188:143-7.
- [51] 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.

- [52] Schwartz R, Petersen S, Skaggs J. Predictors of homicidal ideation and intent in schizophrenia: a empirical study. *Am J Orthopsychiatry* 2001;71:379-84.
- [53] Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono R. Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchments Area Surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41:761-70.
- [54] Swanson JW, Van Dorn R, Monahan J, Swartz M. Violence and leveraged community treatment for persons with mental disorders. *Am J Psychiatry* 2006;163:1404-11.
- [55] Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:490-9.
- [56] Taylor PJ. Motives for offending among violent and psychotic men. *Br J Psychiatry* 1985;147:491-8.
- [57] Tiihonen J, Hakola P, Eronen M, Vartiainen H, Ryyänänen OP. Risk of homicidal behavior among discharged forensic psychiatric patients. *Forensic Sci Int* 1996;79:123-9.
- [58] Tiihonen J, Hakola P. Psychiatric disorders and homicide recidivism. *Am J Psychiatry* 1994;151:436-8.
- [59] 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.
- [60] 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.
- [61] Wallace C, Mullen P, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004;161:716-27.
- [62] Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry* 2002;180:490-5.
- [63] Warren LJ, Mullen PE, Thomas SD, Ogloff JR, Burgess PM. Threats to kill: a follow-up study. *Psychol Med* 2008;38:599-605.
- [64] Webster CD, Douglas KS, Eaves D, et al. HCR-20: Assessing risk of violence, version 2. Simon Fraser University 1997.

<p>Première étape : <b>Situation dangereuse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Accumulation de frustrations, d'échecs,</li> <li>➤ Altération des rapports interpersonnels,</li> <li>➤ Menace de l'intégrité physique et psychique,</li> <li>➤ Impasse, angoisses.</li> </ul>	<p>Deuxième étape : <b>Recherche de causes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le monde extérieur, source de danger,</li> <li>➤ Ou, pluralisation des origines du danger.</li> </ul>	<p>Troisième étape : <b>Recherche de solutions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Éloignement de la situation de danger (fugues, voyage, tentative de suicide),</li> <li>➤ Affrontement à la situation de danger par des demandes d'aide d'autrui (hôpitaux psychiatriques, police, justice),</li> <li>➤ Mécanisme d'annulation de la situation de danger : modalité idéative psychotique (contenus délirants d'invulnérabilité ou d'omnipotence).</li> </ul>	<p>Quatrième étape : <b>L'homicide</b></p> <p>Tentative inadéquate de résolution de la situation dangereuse</p>
--	---	---	---

Figure 1 : Modélisation du passage à l'acte du schizophrène

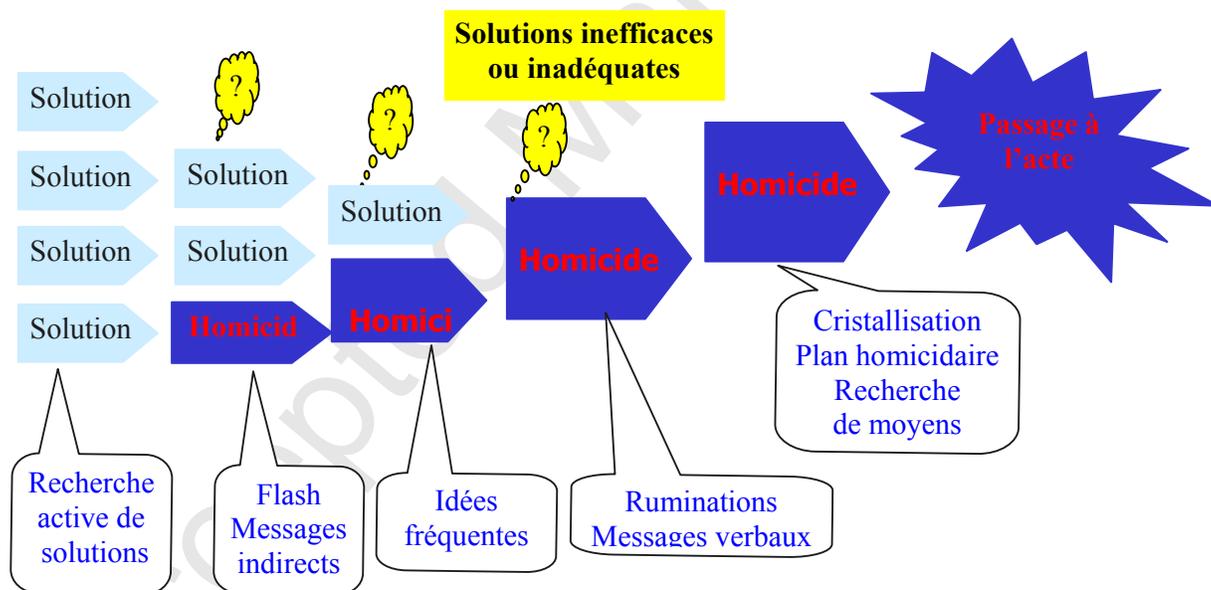


Figure 2 : La crise homicidaire

<b>Facteurs de risque d'homicide</b>	
<i>Facteurs généraux</i>	<i>Facteurs spécifiques</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexe masculin [13,25,38], 86 à 94 % des meurtriers schizophrènes [14,27,37,59].</li> <li>- Âge jeune [13,18,37], 30 ans [24,37,59]</li> <li>- Faible niveau socio-économique [46,54,55], célibat, absence d'emploi [48].</li> <li>- Antécédent de violence envers autrui [9,21,36]</li> <li>- Abus d'alcool [46,48,62] <ul style="list-style-type: none"> <li>- 37 à 59 % des schizophrènes meurtriers, ont une histoire d'abus ou de dépendance à l'alcool [14,22,27,37,51],</li> <li>- 25 à 55 % sont alcoolisés au moment du meurtre [14,22,27,37,51] et 8 % ont pris des toxiques [37].</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic de schizophrénie [14,16,17,61]</li> <li>- Comorbidités d'abus de toxiques [14,22,27,37,51]</li> <li>- Comorbidité de troubles de la personnalité [14,17,37,42,47]</li> <li>- Forme clinique paranoïde [17,20,37,47,59,61]</li> <li>- Inconnus des services de psychiatrie dans 28 et 40 % [14,27,37,59]</li> <li>- Durée de psychose non traitée longue [30,31,40]</li> <li>- Lors du premier épisode psychotique, avant la mise en place d'un traitement psychotrope [10,30,40]</li> <li>- Rupture de suivi ou de traitement médicamenteux [37]</li> <li>- Être un proche ou un membre de la famille [14,22,27,37,59]</li> <li>- Défaut d'insight et anomalies neuropsychologiques d'origine frontale [39]</li> </ul>

**Figure 3 : Facteurs généraux et spécifiques associés au passage à l'acte homicide du schizophrène**

<b>Évaluation du potentiel suicidaire</b>	<b>Évaluation du potentiel homicidaire</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Facteur de risque</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Âge, sexe masculin (3/1), isolement socio-affectif</li> <li>❖ ATCD personnels ou familiaux de TS ou suicide</li> <li>❖ ATCD de pathologie psychiatrique (EDM, Trouble de la personnalité, Alcool, Schizophrénie)</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Urgence</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Scénario suicidaire : Où ? Quand ? Comment ?</li> <li>❖ Idées suicidaires</li> <li>❖ Clinique psychiatrique</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Danger</b> : Létalité et accessibilité du moyen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Facteur de risque</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Âge jeune, sexe masculin (9/1), isolement socio-affectif</li> <li>❖ ATCD personnels ou familiaux de violence ou judiciaire</li> <li>❖ ATCD de schizophrénie</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Urgence</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Scénario suicidaire : Où ? Quand ? Comment ?</li> <li>❖ Idées/fantasmes de violence</li> <li>❖ Clinique schizophrénique</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Danger</b> : Létalité et accessibilité du moyen</li> </ul>

**Figure 4 : L'évaluation du potentiel suicidaire et homicidaire**

## Discussion

*Dr P. Houillon* – Je tiens à remercier les auteurs de cette communication qui rappellent les caractères de l'acte auto ou hétéroagressif chez le schizophrène.

Du fait que nous observons de plus en plus souvent le recours aux drogues par ces patients, ne faut-il pas en tenir compte dans l'analyse des particularités du passage à l'acte ? La toxicomanie surajoutée ne modifie-t-elle pas de façon sensible les traits caractéristiques qui viennent d'être énoncés ?

*Réponse du Rapporteur* – Je partage votre interrogation. Ainsi, le choix de la victime est indirectement lié au mode de vie du schizophrène, lui-même déterminé en partie par la psychopathologie de la maladie, du type clinique de schizophrénie et des comorbidités éventuelles. Nous savons aussi que les schizophrènes meurtriers avec des traits de personnalité antisociale consomment plus souvent des toxiques (Joyal et al. 2004, Senon et al. 2005). La consommation de toxiques est un facteur de risque indépendant d'actes violents. Les schizophrènes meurtriers avec une personnalité antisociale et des comportements violents depuis l'enfance auraient de meilleures performances exécutives et verbales (moins d'anomalies du cortex dorsolatéral et du cortex préfrontal médian), une plus grande impulsivité (dysfonctionnement du cortex orbito-frontal), avec des difficultés d'inhibition dans la prise de décision et du comportement, moins de signes neurologiques mineurs, plus d'anomalies de la substance blanche du système amygdalien-orbitofrontal, et moins de réduction de volume de l'hippocampe que des schizophrènes sans ses mêmes traits de fonctionnement (Naudts, 2006). Enfin, les schizophrènes avec des traits de personnalité antisociale auteurs de meurtre ne vivent généralement pas avec leur victime (seulement 31 %), contrairement aux schizophrènes homicidaires non psychopathes qui vivent dans 70 % des cas sous le même toit que leur victime (Joyal et al., 2004). Le schizophrène avec des traits de personnalité psychopathique tue plus souvent une victime connue extrafamiliale (77 %) que le schizophrène présentant un sous-type autre de la maladie (43 %) (Joyal et al., 2004).

*M. Bénézech* – Votre intéressant et clair exposé reste très classique puisque vous présentez des données déjà largement connues et publiées, aussi bien dans les *Annales Médico-Psychologiques* que dans d'autres revues. Les prédicteurs de dangerosité chez les psychotiques ainsi que les relations suicide-homicide ont fait l'objet de très nombreux travaux internationaux, bien que nombre de confrères les ignorent à peu près complètement. Vous

avez cependant le mérite d'insister sur l'intérêt des méthodes actuarielles d'évaluation de la dangerosité de certains malades mentaux graves, et d'attirer une fois encore notre attention sur les rapports entre comportements dangereux hétéro et autoagressifs.

*Réponse du Rapporteur* – À côté des méthodes actuarielles d'évaluation de la dangerosité, le modèle de la crise homicide offre un outil simple et rapide à mettre en œuvre lors d'un entretien clinique, pour réaliser l'évaluation du potentiel homicide qui repose sur la recherche de facteurs de risques de passage à l'acte, sur la mise en évidence d'un éventuel scénario homicide et sur la dangerosité et l'imminence de ce dernier. Le processus d'évaluation est, en même temps, la première étape de l'établissement d'une relation de confiance. Le déroulement de l'entretien, l'identification des facteurs de risques et le fait d'exprimer au patient notre opinion et nos arguments quant à sa dangerosité, sont l'opportunité d'une reconnaissance par le sujet de son risque de violence.