Caractérisation clinique et criminologique des meurtriers âgés présentant une démence

S. Richard-Devantoy, J.-B. Garré, T. Gallarda

▶ **To cite this version:**

S. Richard-Devantoy, J.-B. Garré, T. Gallarda. Caractérisation clinique et criminologique des meurtriers âgés présentant une démence. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 2011, 10.1016/j.amp.2011.04.007 . hal-00765606

HAL Id: hal-00765606
https://hal.science/hal-00765606

Submitted on 15 Dec 2012

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 clinique et criminologique des meurtriers âgés présentant une démence

Authors: S. Richard-Devantoy, J.-B. Garré, T. Gallarda

PII: S0003-4487(11)00102-8
DOI: doi:10.1016/j.amp.2011.04.007
Reference: AMEPSY 1323

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*

Please cite this article as: Richard-Devantoy S, Garré J-B, Gallarda T, Caractérisation clinique et criminologique des meurtriers âgés présentant une démence, *Annales medio-psychologiques* (2010), doi:10.1016/j.amp.2011.04.007

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.

ACCEPTED MANUSCRIPT

Communication

Caractérisation clinique et criminologique des meurtriers âgés présentant une démence

Clinical and criminological characteristics of elderly murderers with a dementia

S. Richard-Devantoy [a,b], J.-B. Garré [a], T. Gallarda [c]

[a] *Département de Psychiatrie et Psychologie médicale (Pr. J.-B. Garré), CHU, 4, rue Larrey, 49933 Angers Cedex 9, France*

[b] *UPRES EA 2646, Université d'Angers, UNAM, France*

[c] *Centre d'évaluation des troubles psychiques et du vieillissement, Service Hospitalier Universitaire (Pr J.-P. Olié), CHS Sainte Anne, 7, rue Cabanis, 75014 Paris, France*

Auteur correspondant : Docteur Stéphane Richard-Devantoy, MD, MS, Département de psychiatrie et de psychologie médicale, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers Cedex 9, France

Tél. : 02 41 35 32 43

Fax : 02 41 35 49 35

Adresse email : strichardevantoy@chu-angers.fr

Résumé

L'homicide est un acte rare, encore plus rare avec l'avancée en âge (de 1 à 4 % après 65 ans) ; il est très souvent suivi d'un suicide. L'homicide suivi d'une tentative de suicide ou d'un suicide accompli est classique dans la mélancolie lorsqu'il revêt une signification « altruiste » délirante. Chez certains couples, il s'inscrit parfois dans le contexte de « pactes suicidaires ». D'autres processus psychopathologiques sont plus fréquemment à l'origine de passages à l'acte meurtriers isolés chez un sujet âgé : décompensation paranoïaque tardive, dépendance majeure à l'alcool, syndromes démentiels. Plusieurs auteurs ont rapporté des observations de sujets âgés meurtriers atteints d'une affection démentielle, dégénérative ou carentielle. Nous illustrerons cette question complexe à partir de l'observation d'un homme de 78 ans dont l'homicide de son épouse a révélé une maladie démentielle dégénérative. Nous discuterons les caractéristiques cliniques et criminologiques des meurtriers âgés présentant une démence.

Mots clés : Âge ; Cognition ; Démence ; Démence ; Uxoricide

This page was created using **Nitro PDF** trial software.
To purchase, go to http://www.nitropdf.com/

ACCEPTED MANUSCRIPT

Abstract

Homicide is an extreme outcome of violence which is infrequent in older adults, with a prevalence ranging from 1% to 4%. In those cases, homicide is usually followed by suicide. Homicide appears in different psychopathology contexts: mood disorder, alcohol disorder and psychosis disorder. An association of mild to moderate dementia with homicide has been reported. The risk factors of homicide in demented patients remain unknown. Dysexecutive syndrome could be a cause of homicide in demented patients. The reported case highlights this issue and shows that neuropsychiatric evaluation of older murderers could be useful in understanding the murder. Clinical and criminological characteristics of elderly murderers with a dementia will also be discussed.

Keywords: Age; Cognition; Dementia; Homicide; Uxoricide

1. Introduction

L'homicide est un acte rare et encore plus rarement le fait d'un sujet âgé, de 1 à 4 % après 65 ans [6,7,27]. Il est alors très souvent suivi d'un suicide [2,16,17,27]. L'homicide suivi d'une tentative de suicide ou d'un suicide accompli est classique dans la mélancolie lorsqu'il revêt une signification « altruiste » délirante. Chez certains couples, il s'inscrit parfois dans le contexte de « pactes suicidaires », reflétant des dynamiques conjugales fusionnelles et en miroir narcissique. La séquence homicide/suicide peut également interrompre de façon dramatique une situation d'impasse au cours de laquelle un aidant familial isolé et exténué se sent débordé par la propre violence d'un malade, entièrement à sa charge. D'autres processus psychopathologiques sont plus fréquemment à l'origine de passages à l'acte meurtriers isolés chez un sujet âgé : décompensation paranoïde ou paranoïaque tardive, dépendance majeure à l'alcool, syndromes démentiels. Plusieurs auteurs ont rapporté des observations de sujets âgés meurtriers souffrant d'une affection démentielle dégénérative ou carentielle [3,20,24]. L'homicide peut révéler la maladie, alors que le patient vit toujours à son domicile et que l'altération cognitive apparaît modérée, mais des homicides ont aussi été rapportés à des stades évolués où perte d'autonomie, symptômes psycho-comportementaux et atteinte cognitive étaient installés. Des cas d'homicides commis par des

Accepted Manuscript

This page was created using **Nitro PDF** trial software.
To purchase, go to http://www.nitropdf.com/

ACCEPTED MANUSCRIPT

patients déments envers d'autres résidents de l'institution qui les héberge ont défrayé la chronique des faits divers mais demeurent exceptionnels.

Nous illustrerons la question complexe des liens entre démence et homicide à partir de l'observation d'un homme de 78 ans dont l'uxoricide a révélé une maladie démentielle dégénérative.

2. Cas clinique

Un homme âgé de 78 ans est admis à l'hôpital psychiatrique suite à un uxoricide. Se sentant menacé et persécuté par son épouse, il l'a tué à leur domicile, le matin entre 7 h. 45 et 8 heures, d'une vingtaine de coups de couteau au niveau des membres supérieurs et inférieurs et dans la région pectorale et abdominale. Son épouse est retrouvée dans le hall d'entrée de leur domicile alors qu'une dispute avait débuté dans la cuisine. Après les faits, il est resté sur place, a appelé les secours et a exprimé à leur arrivée des idées suicidaires : « Je ferais mieux de me tuer aussi. » Il n'était pas alcoolisé au moment des faits ni sous l'influence de substances psycho-actives.

Il n'avait pas d'antécédents personnels judiciaires ou psychopathologiques ni d'antécédent d'abus d'alcool ou de maladie neurodégénérative. Il n'avait aucun traitement psychotrope ni traitement spécifique d'une démence (inhibiteur de l'acétylcholinestérase ou mémantine). Ses antécédents médicaux comprenaient une presbytie, une presbyacousie et une insuffisance thyroïdienne oposubstituée. Son père présentait un trouble dépressif et s'était suicidé à l'âge de 80 ans.

Les évaluations neurologiques, psychiatriques et neuropsychologiques successives, réalisées à l'admission et deux ans après les faits, ont confirmé le diagnostic le plus probable de maladie d'Alzheimer à un stade modéré puis sévère selon les critères NINCDS-ADRDA [16]. À l'admission, le MMSE [8] était à 22/30 (score normal à 30/30), avec 3/5 à l'orientation temporelle, 5/5 à l'orientation spatiale, 3/3 au rappel libre immédiat, 1/5 au calcul, 3/3 au rappel différé, 6/8 au langage, et 1/1 en visuo-construction. La BREF [4] était à 12/18 (score normal > 15/18). Les troubles attentionnels et mnésiques portaient sur les événements récents avec tendance à égarer ses affaires, à oublier à mesure, à radoter et aux questions répétitives. Il présentait aussi des troubles dysexécutifs, avec difficultés pour gérer ses démarches et ses comptes, ainsi que des troubles gnosiques (non-reconnaissance des lieux connus). L'IADL [14] retrouvait une perte d'autonomie cotée à 3/4 (ne gère pas son traitement, ne prend pas les transports, ne fait pas ses comptes). Au test des cinq mots de

This page was created using **Nitro PDF** trial software.
To purchase, go to http://www.nitropdf.com/

ACCEPTED MANUSCRIPT

Dubois, il obtenait 10/10 en rappel libre, 4/5 en rappel immédiat non corrigé par l'indiçage, 2/5 au rappel libre différé sans apprentissage non aidé par l'indiçage, sans intrusion. L'horloge était correctement réalisée. Il présentait aussi une apraxie réflexive débutante à l'épreuve des praxies et une baisse des fluences [9] en catégorie l (sept animaux) et en littéral (quatre mots commençant par la lettre P), avec une persévération et une contamination par les consignes précédentes. L'examen neurologique était sans particularité. Au plan psychiatrique, il présentait un syndrome anxio-dépressif réactionnel à sa condition d'hospitalisation, marqué par une tristesse de l'humeur par moments, une insomnie d'endormissement ancienne, des cauchemars, une anxiété généralisée, une anticipation négative de l'avenir, une apathie et des ruminations obsédantes concernant le passage à l'acte avec amnésie de celui-ci. Le scanner cérébral objectivait une atrophie corticale et cérébelleuse avec discrète dilatation ventriculaire bilatérale et symétrique sans lésion ischémique ou hémorragique décelable, et un hippocampe droit un peu plus petit que le gauche.

Deux ans après le passage à l'acte homicide, la démence de M. A. progressait d'un stade modéré à sévère. Le MMS était à 15/30 avec une désorientation temporelle totale et spatiale partielle et avec des troubles attentionnels (1/5 au calcul), et mnésiques (0/3 au rappel immédiat et différé). Le syndrome dysexécutif s'intensifiait avec un score à la BREF de 4/18. L'IRM cérébrale montrait une atrophie cortico-sous-corticale diffuse sans prédominance focale, et quelques plaques de leucoariose. La scintigraphie cérébrale montrait un aspect compatible avec une pathologie dégénérative corticale diffuse, avec une forte composante frontale.

3. Discussion

Ce cas clinique d'uxoricide illustre la complexité des liens entre démence et passage à l'acte homicide. Il interroge aussi les particularités sociodémographiques, criminologiques et cliniques du sujet âgé auteur de meurtre, à partir desquelles l'expertise psychiatrique s'appuiera éventuellement pour conclure à un diagnostic de démence. Cette entité diagnostique doit être systématiquement questionnée chez un sujet âgé auteur d'un passage à l'acte violent, conditionnant les conclusions expertales et le devenir institutionnel du sujet.

La littérature sur les facteurs de risques de violence dans les populations médico-légales âgées est à ses balbutiements. Les études réalisées auprès de sujets incarcérés [1] et de patients hospitalisés dans des hôpitaux psychiatriques [25], éventuellement sécuritaires [22,23], suggèrent que certains facteurs de risque de violence chez les personnes âgées sont

This page was created using **Nitro PDF** trial software.
To purchase, go to http://www.nitropdf.com/

ACCEPTED MANUSCRIPT

identiques à ceux de personnes plus jeunes [3]. Les arrestations pour infraction avec violence hétéro-agressive chez les personnes âgées sont associées au genre masculin [22–24], à un statut socio-économique faible [1], à des antécédents de violence envers autrui [15], et à l'abus et la dépendance à l'alcool [1].

La description des caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques des sujets âgés auteurs de meurtre donne une argumentation psychopathologique nécessaire à l'approche psychiatrique expertale du passage à l'acte homicide du sujet âgé. Les facteurs sociodémographiques des meurtriers âgés confirment la prédominance masculine des agresseurs [10,15], le statut marital de célibataire, de divorcés ou séparés [10,15], le faible niveau d'éducation [10,15] et la fréquence des antécédents pénaux, et notamment d'arrestations pour violence [10].

Les meurtriers âgés agissent seuls [15]. L'arme du crime est une arme à feu dans plus de 50 % des cas (65,8 % pour Goetting [10] ; 89 % pour Kratcoski et al. [13] ; 78 % pour Lewis et al. [15]), suivent les coups de couteau (18 % pour Goetting [10]), et les coups (11 % pour Goetting [10]). Le crime a lieu au domicile [10,13,15], le soir, en seconde partie de nuit [10]. Les femmes âgées auteurs de meurtre commettent exclusivement leur homicide à leur domicile [10]. Un tiers des agresseurs sont alcoolisés au moment des faits [15]. Ils connaissent leur victime dans 75 % [10], 90 % [13] à 93 % des cas [15,26].

Les principales circonstances du passage à l'acte sont des contextes de conflits avec la victime (séparation conjugale principalement), de difficultés financières et de poursuites judiciaires. Les personnes âgées commettent souvent leur meurtre dans les suites d'une longue histoire de tensions interpersonnelles, suite à une dispute [10], ou dans un contexte psychopathologique [5,19,23]. L'acte homicide survient classiquement dans un contexte de mélancolie ou de suicide « altruiste » ; d'autres psychopathologies sous-tendent aussi de tels actes : processus psychotique paranoïde ou paranoïaque, dépendance alcoolique, syndrome démentiel. Plusieurs auteurs ont rapporté dans la littérature des cas de sujets meurtriers âgés de plus de 65 ans et présentant une démence dégénérative [3], de type maladie d'Alzheimer [22], ou carentielle par déficit en vitamine B12 [18] (cf. tableau 1), dont l'intensité était légère [24] à sévère [3,24]. Dans ce dernier cas, la persécution délirante intervient dans la genèse du meurtre quand le persécuteur est accessible [12,25]. Chez les sujets âgés, et a fortiori déments, la persécution délirante serait un facteur de risque de violence plus important que l'abus de toxiques [19].

Conclusion

This page was created using **Nitro PDF** trial software.
To purchase, go to http://www.nitropdf.com/

ACCEPTED MANUSCRIPT

Cette observation souligne l'intérêt, chez tout sujet criminel âgé de plus de 65 ans, d'une expertise neuropsychologique pour la pratique psychiatrique médico-légale. Outre l'intérêt diagnostique, la réalisation de cette expertise neuropsychologique (au minimum MMSE et BREF) éclairerait en partie l'appréciation du discernement du sujet au moment des faits et le devenir du sujet meurtrier, amnésiant et dément. La multiplication des actes de violences commis par les sujets déments, et a fortiori des actes homicides, interroge aussi la prise en charge institutionnelle et plus particulièrement les qualités exigibles des structures d'accueil pour ces sujets (unités médico-légales pour les sujets âgés, hôpitaux psychiatriques, unités géronto-psychiatriques, maisons de retraite aménagées…).

Conflit d'intérêt : aucun

Références

[1] Arndt S, Turvey CL, Flaum M. Older offenders, substance abuse, and treatment. Am J Geriatr Psychiatry 2002;10:733–9.

[2] Cohen D, Llorente M, Eisdorfer C. Homicide-suicide in older persons. Am J Psychiatry 1998;155:390–6.

[3] Dinniss S. Violent crime in an elderly demented patient. Int J Geriatr Psychiatry 1999;14:889–91.

[4] Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B. The FAB: a Frontal Assessment Battery at bedside. Neurology 2000;55:1621–6.

[5] Farragher B, O'Connor A. Forensic psychiatry and elderly people-a retrospective review. Med Sci Law 1995;35:269–73.

[6] Fazel S, Bond M, Gulati G, O'Donnell I. Elderly homicide in Chicago: a research note. Behav Sci Law 2007;25:629–39.

[7] Fazel S, Grann M. Older criminals: a descriptive study of psychiatrically examined offenders in Sweden. Int J Geriatr Psychiatry 2002;17:907–13.

[8] Folstein ME, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A pratical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189–98.

[9] Godefroy O, et le Groupe de réflexion sur l'évaluation des fonctions exécutives. Syndromes frontaux et dysexécutifs. Revue Neurologique 2004; 160 (10): 899-909.

[10] Goetting A. Patterns of homicide among the elderly. Violence Vict 1992;7:203–15.

This page was created using **Nitro PDF** trial software.
To purchase, go to http://www.nitropdf.com/

ACCEPTED MANUSCRIPT

[11] Heinik J, Kimhi R, Hes J. Dementia and crime: A forensic psychiatry unit study in Israel. Int J Geriatr Psychiatry 2004;9:491–4.

[12] Knight B. Geriatric homicide: or the Darby and Joan syndrome. Geriatr Med 1983;13:297–300.

[13] Kratcoski P. Circumstances surrounding homicides by older offenders. Crim Just Behav 1990;17:420–30.

[14] Lawton MP, Brody EM. Instrumental Activities of Daily Living Scale. http://www.abramsoncenter.org/pri/documents/IADL.pdf.

[15] Lewis CF, Fields C, Rainey E. A study of geriatric forensic evaluees: who are the violent elderly? J Am Acad Psychiatry Law 2006;34:324–432.

[16] Malphurs JE, Cohen D. A statewide case-control study of spousal homicide-suicide in older persons. Am J Geriatr Psychiatry 2005;13:211–7.

[17] Malphurs JE, Cohen D. A newspaper surveillance study of homicide-suicide in the United States. Am J Forensic Med Pathol 2002;23:142–8.

[18] McKhann G, Drachman D, Folstein M, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. Neurology 1984;34:939–44.

[19] Nestor PG. Neuropsychological and clinical correlates of murder and other forms of extreme violence in a forensic psychiatric population. J Nerv Ment Dis 1992;180:418–23.

[20] Rayel MG, Land WB, Gutheil TG. Dementia as a risk factor for homicide. J Forensic Sci 1999;44:565–7.

[21] Rayel MG. Clinical and demographic characteristics of elderly offenders at a maximum-security forensic hospital. J Forensic Sci 2000;45:1193–6.

[22] Rosner R, Wiederlight M, Harmon RB, Cahn DJ. Geriatric offenders examined at a forensic psychiatry clinic. J Forensic Sci 1991;36:1722–31.

[23] Rosner R, Wiederlight M, Schneider M. Geriatric felons examined at a forensic psychiatry clinic. J Forensic Sci 1985;30:730–40.

[24] Ticehurst SB, Gale IG, Rosenberg SJ. Homicide and attempted homicide by patients suffering from dementia: two case reports. Aust N Z J Psychiatry 1994;28:136–40.

[25] Ticehurst S, Ryan M, Hughes F. Homicidal behaviour in elderly patients admitted to a psychiatric hospital. Dementia 1992;3:86–90.

[26] Wilbanks W, Murphy D. The elderly homicide offender. In: Newman ES, Newman DJ, Gewirtz ML. Elderly criminals. Cambridge: Oeldeschlager, Gunn and Hain Publichers; 1984. p.79–91.

This page was created using **Nitro PDF** trial software.
To purchase, go to http://www.nitropdf.com/

ACCEPTED MANUSCRIPT

[27] Yorston G. Aged and dangerous. Old-age forensic psychiatry. Br J Psychiatry 1999;174:193–5.

Tableau 1 : meurtriers âgés avec un diagnostic de démence dans la littérature

	Ticehurst et al. 1992 [25]	Ticehurst et al. 1992 [25]	Rayel et al. 1999 [21]	Dinniss 1999 [3]
Âge	69 ans	78 ans	86 ans	78 ans
Sexe	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin
Antécédents psychiatriques	Aucun	Episode dépressif majeur à 53 ans	Aucun	Trouble anxieux Tentative de suicide
Abus d'alcool	Non	Non	Non	Oui
Antécédents Pénaux	Non	Violences physiques envers son épouse	Port illégal d'arme	Non
MMSE	26/30	13/30	Non renseigné	11/30
Fonctions cognitives altérées	Mémoire à court terme Mémoire verbale Mémoire visuo-spatiale	Désorientation temporo-spatiale Atteinte mnésique Aphasie Apraxie visuo-constructive	Désorientation temporo-spatiale Atteinte de la mémoire à court et long terme	Desinhibition sexuelle Hallucinations visuelles Réduction des praxies et de l'expression verbale
Scanner cérébral	Atrophie cérébrale modérée	Atrophie cérébrale diffuse	Non précisé	Atrophie cérébrale diffuse et modérée
IRM cérébrale	Atrophie temporale antérieure gauche Infarctus lacunaires	Non réalisée	Non réalisée	Non réalisée
Diagnostic	Démence	Maladie d'Alzheimer	Démence par déficit en vitamine B12 et syphillis tertiaire	Non précisé
Victime	Épouse	Épouse	Ex-épouse	Son épouse
Motif allégué	Conflit conjugal	Délire de persécution et de jalousie Conflit conjugal	Délire de persécution	Délire de persécution Conflit conjugal
Arme	Non précisé	Strangulation	Arme à feu	Coups
Lieu du crime	Domicile	Domicile	Non précisé	Domicile

This page was created using **Nitro PDF** trial software.
To purchase, go to http://www.nitropdf.com/

ACCEPTED MANUSCRIPT

Discussion

Dr Moutin – À côté des éléments neurocognitifs, s'agissant des facteurs sociologiques, importants au plan criminologique, existait-il dans le couple que vous avez décrit des antécédents de violences conjugales, et quelles étaient les conditions d'existence du couple (relations avec les autres membres de la famille, les voisins et autres amis) ?

Réponse du Rapporteur – Je vous remercie pour votre question. Le meurtrier dans le cas exposé n'avait aucun antécédent délictuel ni d'antécédent de violences extra ou intra-familiales. Le couple entretenait de bonnes relations avec les autres membres de la famille, les voisins…La littérature récente souligne l'importance des facteurs sociologiques (sexe masculin, célibat, conditions socio-économiques précaires…) et contextuels (séparation conjugale récente, victimisation dans l'année précédant l'acte violent) dans la genèse de comportements violents. Rappelons que la violence surgit dans une situation donnée, à un moment donné et dans une dynamique interrelationnelle donnée. Le caractère incertain de cette triple concordance temporelle, spatiale et dynamique explique l'imprévisibilité de certains comportements violents.

Dr Rioux – Pour compléter l'intervention de mon collègue, j'aurais aimé connaître le discours que tient le sujet sur ses parents et en particulier l'image qu'il a concernant son père. Ce dernier s'est suicidé vers le même âge que celui du sujet au moment de l'homicide, je crois. Cela peut-il avoir une influence sur le passage à l'acte ?

Réponse du Rapporteur – Je vous remercie pour votre question. Le discours tenu par le sujet sur ses parents était relativement pauvre. Dans la mesure où il a exprimé peu de choses autour du passage à l'acte de son père, je ne me risquerais pas à une interprétation de l'éventuel déterminisme de cet antécédent paternel dans la genèse du passage à l'acte. En simple hypothèse, nous pouvons interroger l'occurrence de prodromes dépressifs et suicidaires d'une pathologie démentielle débutante.

Pr M. Bénézech –Merci aux auteurs de cette intéressante communication de revenir sur un sujet qui semble actuellement peu à la mode, celui des relations entre l'homicide et les

This page was created using **Nitro PDF** trial software.
To purchase, go to http://www.nitropdf.com/

ACCEPTED MANUSCRIPT

états démentiels des personnes âgées. En effet, de nos jours, la plupart des recherches portant sur la « folie et le crime » concernent les sujets psychotiques (schizophrènes essentiellement) ou présentant des troubles de l'humeur (particulièrement la dépression), alors que les aliénistes d'autrefois consacraient toujours un chapitre important dans leurs ouvrages aux divers troubles du comportement des malades mentaux souffrant de « démence sénile et presbyophrénique », de « démence organique » (affaiblissements démentiels de nature artériopathique), de « démence secondaire » (par exemple la démence alcoolique, le syndrome de Korsakoff, la démence choréique, la paralysie générale, neurosyphilis très fréquente jadis puisqu'elle représentait environ 20 % des internés), de « démence vésanique » (dernier stade évolutif des psychoses en général et des délires chroniques en particulier, à l'exception de la paranoïa). Peut-être d'ailleurs pourriez-vous ajouter, avant publication dans les *Annales*, un mot sur ces considérations historiques dans votre communication. Les auteurs anciens connaissaient bien aussi les infractions diverses survenant dans la période prodromique de la démence précoce (schizophrénie), de la paralysie générale et des démences du sujet âgé. Merci encore aux auteurs de faire référence dans leur exposé oral à la désorganisation du passage à l'acte, comme en témoignent l'absence de véritable (dispute) préméditation, l'utilisation d'une arme trouvée sur place, les nombreuses blessures d'hésitation et l'ébauche d'une conduite de réparation de l'agresseur qui a appelé des secours en restant à côté de sa victime. Quant à l'irresponsabilité pénale de ce dernier, elle ne fait aucun doute chez ce dément déprimé et persécuté, en dépit de l'expert qui attend l'évolution ! Le « massacre » des criminels malades mentaux graves au moment des faits continue, ceux-ci envahissant le milieu carcéral qui remplace petit à petit l'hôpital psychiatrique.

Réponse du Rapporteur – Je ne peux que remercier Monsieur le Professeur Bénézech pour la qualité des précisions cliniques apportées à cette communication.

Accepted Manuscript

This page was created using **Nitro PDF** trial software.
To purchase, go to http://www.nitropdf.com/